

**IDENTIFICACIÓN EN SALUD PÚBLICA, EL
DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN Y
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.**

**JORGE LUIS RESTREPO PIMIENTA
ESPERANZA FLOREZ FERNANDEZ
JAIRO ANTONIO CONTRERAS CAPELLA**



9 789585 173705

Versión Digital. Catalogación en la fuente título: Identificación en salud pública, el derecho humano a la alimentación y seguridad alimentaria y nutricional.

Catalogación en la publicación. Universidad del Atlántico. Departamento de Bibliotecas

Restrepo Pimienta, Jorge Luís -- Flórez Fernández, Esperanza -- Contreras Capella, Jairo Antonio.

Identificación en salud pública, el derecho humano a la alimentación y seguridad alimentaria y nutricional / Jorge Luís Restrepo Pimienta, Esperanza Flórez Fernández, Jairo Antonio Contreras Capella. - 1 edición. - Puerto Colombia, Colombia: Sello Editorial Universidad del Atlántico, 2021.

Incluye bibliografía. Ilustraciones.

ISBN: 978-958-5173-70-5 (Digital descargable)

1. Salud Pública. 2. Derechos humanos. 3. Seguridad alimenticia. I. Autor. II. Título.

CDD: 613 R436

Los datos consignados en la catalogación fueron tomados del registro del título en la Cámara del Libro en fecha 2021-11-10, bajo radicado No. 421238 [Consultado el 11 de noviembre de 2021 según registro adjunto a la solicitud de catalogación].



Sello Editorial
**UNIVERSIDAD
DEL ATLÁNTICO**

www.unitlantico.edu.co

Kilómetro 7, Antigua Vía a Puerto Colombia.
Barranquilla, Colombia.

© 2021, Sello Editorial Universidad del Atlántico.

Coordinación editorial

Jorge Armando Navarro Beltran

Asistencia editorial

Estefanía Calderón Potes.

Diseño y diagramación

Carlos Andres Orozco Palacio y Laura Marcela Abril

Revisión y corrección

Deiner Teran Carmargo.

Fotografía de Portada

Envato Elements

Impreso y hecho en Barranquilla, Colombia.

Ditar S.A. www.ditar.co

Kilómetro 7, Vía a Juan Mina.

Parque Industrial Clavería.

Printed and made in Barranquilla, Colombia.

ISBN : 978-958-5173-70-5

Primera Edición: Noviembre 2021



Esta obra se publica bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Esta licencia permite la distribución, copia y exhibición por terceros de esta obra siempre que se mencione la autoría y procedencia, se realice con fines no comerciales y se mantenga esta nota. Se autoriza también la creación de obras derivadas siempre que mantengan la misma licencia al ser divulgadas.

Identificación en salud pública, el derecho humano a la alimentación y seguridad alimentaria y nutricional.

Danilo Hernández Rodríguez

Rector

Leonardo Niebles Núñez

Vicerrector de Investigaciones, Extensión y Proyección Social

Alejandro Urieles

Vicerrector de Docencia

Mariluz Stevenson

Vicerrectora Financiera

Josefa Cassiani Pérez

Secretaria General

Miguel Caro Candezano

Jefe del Departamento de Investigaciones

**Agradecimientos especiales
Facultad de Nutrición y Dietética**

Esperanza Flórez Fernández

Decana de Nutrición

2021

Autores



JORGE LUIS RESTREPO PIMIENTO

Abogado, Especialista en Educación, Derecho Constitucional, Derecho Laboral y Seguridad Social, Magíster en Salud Pública, Magister en Derecho profundización Seguridad Social, Doctor en Derecho y Pos Doctor en Epistemología y Protección Social, Investigador Senior, Docente Titular, Arbitro Laboral.



ESPERANZA FLOREZ FERNANDEZ

Nutricionista Dietista, Licenciada en Docencia, Magister en Salud Pública, Magister en Docencia e Investigación Universitaria, PhD en Ciencias Gerenciales, Universidad Rafael Bellosillo Chacín, Investigadora, Decana y Docente de Carrera de la Universidad del Atlántico.



JAIRO ANTONIO CONTRERAS CAPELLA

Abogado, Economista y Contador Público, Especialista en Tributación, Estudios pedagógicos, Administración Pública, Magister en Administración de Empresas y Doctor en Ciencias Pedagógicas, Pos Doctor en Derechos Humanos, Gerencia Pública y Gobierno Investigador Senior, director Centro de Investigaciones Jurídica y socio-jurídica, Luis Eduardo Nieto Arteta Universidad del Atlántico.

LIBRO PRODUCTO DE INVESTIGACIÓN

IDENTIFICACIÓN EN SALUD PÚBLICA, EL DERECHO
HUMANO A LA ALIMENTACIÓN Y SEGURIDAD
ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.

Jorge Luis Restrepo Pimienta
Docente de Carrera Universidad del Atlántico

Esperanza Flórez Fernández
**Docente de Carrera y Decana Facultad Nutrición y Dietética
Universidad del Atlántico**

Jairo Antonio Contreras Capella
**Rector y director Centro de Investigaciones
Jurídicas y Socio-Jurídicas**

Universidad del Atlántico
2021

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I	11
METODOLOGÍA	11
1.1 COMPRESIÓN HISTÓRICA Y CONCEPTUAL DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES	12
1.2 CONSECUENCIAS PRÁCTICAS QUE TIENE PARA EL CONSTITUCIONALISMO COLOMBIANO QUE UN DERECHO SEA FUNDAMENTAL.....	16
1.3 CLASIFICACIÓN DE DERECHOS HUMANOS TEÓRICO CIENTÍFICO DOCTRINAL.....	16
1.4 EVOLUCIÓN HISTÓRICA SOCIAL DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES	19
1.5 ESTADO DEMOLIBERAL CRÍTICAS A LA IGUALDAD PARTICIPATIVA	23
1.5.1 APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES, MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA	24
1.6 SALUD PÚBLICA Y SISTEMAS DE SALUD EN TORNOS JURÍDICOS FUNDAMENTALES.....	27
CAPÍTULO II.....	32
SALUD PÚBLICA Y FACTORES DETERMINANTES EN SALUD	32
DIMENSIONALIDADES DE LA SALUD PÚBLICA	32
2.1 PRECEPTOS, DETERMINACIONES Y PRINCIPIOS DE LA SALUD PÚBLICA Y COLECTIVA	35
2.1.1 MARCHA SOCIAL, CALIDAD HUMANA Y CONSTRUCTIVISMO SALUDABLE	37
2.1.2 INSTITUCIONALISMO SOCIO-POLÍTICO EN SALUD COLECTIVA	39
2.1.3. REDIMENSIÓN SOCIO EDUCATIVA DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD	45
2.1.4. CAMBIOS Y MEJORAS EN SALUBRIDAD PÚBLICA Y COLECTIVA.....	46
2.1.5. IDENTIFICACIÓN DE EVIDENCIAS EN SALUD PÚBLICA Y COLECTIVA.....	47
2.2. FINES DOGMÁTICOS EN SALUD PÚBLICA SOCIAL	48
2.2.1. PERÍODO DE CONOCIMIENTO.....	51
2.2.2. PERÍODO UBICACIÓN.....	52
2.2.3. PERÍODO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA SOSTENIBLE	53
2.2.4. PERÍODO DE UNIVERSIDAD Y DEMANDA INDUCIDA	54
2.3. HIGIENE HISTÓRICA SOCIAL	56
2.4 PROCESO SALUD Y ENFERMEDAD	66
2.5 PRIORIDADES EN SALUD PÚBLICA CONTEXTO COLOMBIANO, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.....	70
CAPÍTULO III	79
DERECHO ALIMENTACIÓN EN MEDICINA SOCIAL	79
LA ALIMENTACIÓN ADECUADA COMO GARANTÍA DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA.....	79
3.1 DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN VERSUS OTROS DERECHOS	83
3.2 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y LA GARANTÍA DEL DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN	83
3.3 MARCO NORMATIVO COLOMBIANO PARA SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	85
CONCLUSIONES	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87

TABLA DE CONTENIDO

RELACIÓN DE TABLAS

TABLA 1 MARCO LEGAL EN DERECHO FUNDAMENTAL A LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	26
TABLA 2. NIÑOS Y NIÑAS EN LA PRIMERA INFANCIA: 0 A 4 AÑOS, ENSIN 2015	74
TABLA 3. POBLACIÓN EN EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES. 05 A 12 AÑOS, ENSIN 2015	76
TABLA 4. JOVENES Y ADULTOS: 18 A 64 AÑOS, ENSIN 2015	77

TABLA DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1. LAS ESFERAS DE LA SALUD Y LOS COMPONENTES SOCIALES	28
ILUSTRACIÓN 2. OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE	84

Introducción

El presente Libro de producto de un proceso de investigación científica enmarcado dentro de un proyecto de investigación de convocatoria propuesta por la Universidad del Atlántico, el cual tiene por objeto un tema de sensibilidad social en Salud la Seguridad Alimentaria y Nutricional en ámbito de Derechos humanos en Salud pública.

Es así que los derechos humanos se consideran conquistas productos de luchas sociales y jurídicas de ellos colectivos en aras de recocer su dignidad humana en plenitud que no es otra cosa que es el valor y determinación de hombre para tener orden físico, psíquico y social y armonía con la naturaleza, familia, comunidad, población y sociedad.

Ahora bien, la seguridad alimentaria y nutricional, se hace derecho fundamental en la en mediad que es el único instrumento o vehículo que hace mantener protegida la vida humana, suministrada y administrada de los nutrientes, higiene y disfrute óptimo de componentes bioquímicos que logran la energía, vigor y vitalidad de los seres humanaos.

Es así que dentro de la salud pública y política pública alimentaria y nutricional, se requiere enseñar, adoptar y establecer la promoción educación y participación activa de los sujetos sociales del sistema de salud y sanitario al igual que el gobierno a partir de su tres poderes y sus regulaciones el empoderamiento de la alimentación y nutricional en perspectiva de garantías y derechos fundamentales de la sociedad de forma universal, solidaria y eficiente.

Por toda esta realidad de reclamos de derechos en seguridad alimentaria y nutricional se construye el presente Libro, el cual está compuesto por tres capítulos los cuales son Derechos Fundamentales, Salud Pública y Derecho Fundamental a la Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Capítulo I- dogmática de derechos fundamentales

1. Metodología

Con esta publicación se pretende mostrar e identificar en salud pública, el derecho humano seguridad alimentaria y nutricional, donde su eje fundamental es una población determinada que es beneficiada con un conjunto de normas y políticas establecidas¹.

Esta por ser una investigación donde intervienen hechos sociales y normativos se define de carácter eminentemente cualitativa, donde se hace un marcado estudio de situaciones y acontecimientos a través de valoraciones argumentativas y documentales de los participantes. Dado que producto investigativo es un estudio de orden cualitativo, en consonancia a un tipo interpretativa, hermenéutica, documental con una marcada tendencia al análisis lógico jurídico-social en salud².

En este sentido es loable definir las técnicas de investigación a utilizar en este análisis investigativo, se establecen la observación, revisión bibliográfica y el análisis documental. Con respecto a las técnicas a utilizar o a emplear, se hace necesario los instrumentos adecuados los cuales son: lista de chequeo, resumen, mapas de ideas y la ficha bibliográfica.

¹ ÑAUPAS PAITÁN, Humberto, Metodología de la investigación Cuantitativa – Cualitativa y Redacción de la Tesis, Ediciones de la U, Bogotá, 2018, página, 375

² Ibidem 374

1.1 comprensión histórica y conceptual de los derechos fundamentales:

La Salud Pública se puede identificar con el conjunto de esfuerzos organizados de la sociedad de acuerdo con una misión esencial: prevenir problemas de salud y fomentar la salud de la comunidad. Es primordial en esa labor la convergencia en el trabajo de personas que idealmente tienen un alto grado de especialización, aunque provengan de diferentes perfiles profesionales de partida³.

Es así como el de la diversidad temática ente ellas la protección alimentaria y nutricional en su comprensión de derecho fundamental formación, enmarcado en el modelo de Atención Primaria en salud que se desarrollará en el país en el próximo decenio, y el cual es imperativo a nivel mundial; es así que el derecho constitucional moderno se basa en los derechos fundamentales humanizados.

En el anterior entendiendo que la salud pública es un proceso dinámico en el cual debe existir un compromiso de los individuos y las comunidades en el mantenimiento de un estado de salud óptimo, pero que a la vez refuerzan el papel del Estado como garante de las condiciones de salud en lo relacionado al bienestar físico, psicológico y social básico para el desarrollo del ciudadano en todas las etapas de su vida. No existe una constitución moderna que no busque la protección de estos derechos⁴; según García Villegas expresa a manera ilustrativa en cuanto de Estado de Derecho y Derechos fundamentales así:

“Existe un estrecho nexo de interdependencia, genético y funcional, entre el Estado de Derecho y los Derechos Fundamentales, ya que el Estado de Derecho exige e implica para serlo garantizar los derechos fundamentales, mientras que éstos exigen e implican para su realización al Estado de Derecho. De otro lado, el tipo de Estado de Derecho (liberal o social) proclamado en los textos constitucionales depende del alcance y significado que en ellos se asigne a los derechos fundamentales, y a su

3 GARCÍA VILLEGAS, Mauricio/ UPRIMNY, YEPES, Rodrigo. La Reforma a la Tutela. ¿Ajuste o Desmonte? Revista de Derecho Público No. 15, Universidad de los Andes, 2002

4 Ibidem

vez, éstos ven condicionado su contenido por el tipo de Estado de Derecho en que se formula. Así mismo la Constitución económica es el soporte material de la actuación de los derechos fundamentales.”⁵

Ahora bien, es necesario añadir a manera descriptiva que los derechos humanos son prerrogativas o garantías sustentadas en la dignidad humana, sus características son:

1. Universalidad: los derechos humanos tienen un consenso en toda cultura; son categorías morales que tienen determinado consenso, son interculturales.
2. Principalista: están redactados en cláusulas o normas que se fundamentan en principios. Deben aplicarse con fundamento en el principio pro homine, esto es, con fundamento en las personas a las que protege.
3. Antiutilitarista: no negociables, se respetan por sí mismos, se aplican a todas las personas.

Para continuar dando argumentos es de expresar que existen diferencias entre los derechos fundamentales y los derechos humanos; cuando se habla de derechos se mira la estructura del mismo, esto es, que prescriba una conducta clara, que sea exigible, que goce de un remedio judicial (una acción).

Cabe resaltar que el Estado protege los derechos fundamentales (contra particulares también, los derechos humanos por su parte no, ya que los derechos fundamentales tienen eficacia normativa horizontal (drittwirkung) lo cual incluye la obligación de los particulares que se ajuste su conducta a los deberes fundamentales; por su parte, los derechos humanos tienen eficacia horizontal pues el obligado a respetarlos y garantizarlos es el Estado, en ese sentido, cuando un particular vulnera un derecho humano la conducta ilícita se traslada como un deber del estado por el incumplimiento y de brindar la garantía) y son exigibles a él, toda vez que este se obliga al firmar los tratados a través de los cuales son protegidos y siendo el garante de estos⁶.

⁵ PEREZ LUÑO, Antonio. Los Derechos Fundamentales. Madrid, Tecnos 1998. Págs. 19 - 51.

En este sentido de significación aplicada a la protección alimentaria y nutricional en el marco de la medicina social o salud colectiva se pueden conceptuar que “los derechos humanos, constitucionales y fundamentales no son, en estricto sentido, conceptos sinónimos. Por ello, si bien el contenido normativo de ellos pueden ser muy similar, se trata de condiciones y calidades desde el humanismo centrado que tienen una o posición o status jurídico y filosófico parcialmente diverso, por lo cual el uso de uno u otro término puede tener consecuencias normativas y prácticas diferentes (...) los derechos humanos y los derechos fundamentales operan en campos jurídicos y en contextos lingüísticos diversos. El uno es un concepto ético-político y del derecho internacional, mientras que el otro es una categoría del derecho constitucional, esto es, del derecho público interno.”⁷

Ahora bien, en aras de aclarar, ilustrar, informar y soportar los derechos humanos configuran un conjunto de obligaciones de respetabilidad y garantía que tiene el Estado, frente a las personas, de suerte que en este campo parece claro que sólo el Estado es responsable por la violación de esos derechos (...) son las naciones y no los privados quienes se han obligado gracias a los reconocimientos de los acuerdos y tratados internacionales⁸.

Desde una perspectiva epistémica científica social y jurídica en cuanto a los procesos históricos, esas garantías fueron concebidas para frenar y prevenir los abusos estatales. Filosóficamente, esa especificidad de los derechos humanos se justifica por cuanto los ciudadanos delegan en el Estado la administración y organización legítima de la violencia: es necesario entonces establecer mecanismos de específicos de protección para los ciudadanos frente al poder armado. Esos mecanismos son los derechos humanos.”⁹

En relación a los antes mencionado, es de expresar que no todos los derechos constitucionalizados son fundamentales, no todos los derechos humanos son fundamentales; “los derechos constituciona-

6 Ibidem.

7 UPRIMNY YEPES, Rodrigo. Algunas Reflexiones Sobre la Responsabilidad por la Violación de los Derechos Humanos en la Constitución. EN: Seminario de Derechos Fundamentales. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, de la Maestría en Derecho. Págs. 1 - 20.

8 Ibidem

9 Ibidem.

les y fundamentales que son, en el plano constitucional, el equivalente jurídico de los derechos humanos, a nivel del derecho internacional público”¹⁰

Para seguir haciendo alusión de reticencias en cuanto a los derechos fundamentales constituyen la principal garantía con que cuentan los ciudadanos de un Estado de Derecho de que el sistema jurídico y político en su conjunto se orientará hacia el respeto y el fomento del humanismo: en su estricta dimensión individual (Estado Liberal de Derecho), o fusionando la exigencia de solidaridad es la conclusión del componente social y colectiva de la vida humana (Estado Social de Derecho)¹¹.

Asimismo es válido afirmar que las libertades fundamentales se presentan en la normativa constitucional como un conjunto de valores objetivos básicos, y al mismo tiempo, como el marco de protección de las situaciones jurídicas subjetivas: 1- En su significación axiológica objetiva los derechos fundamentales representan el resultado del acuerdo básico de las diferentes fuerzas sociales logrado a partir de relaciones de tensión y de los consiguientes esfuerzos de cooperación encaminados al logro de metas comunes; constituyen pues los cálculos del consenso sobre el que se debe edificar cualquier sociedad democrática¹².

2- En su extensión subjetiva los derechos fundamentales determinan el estatuto jurídico de los ciudadanos, tanto en sus relaciones con el Estado como en sus relaciones entre sí, por lo tanto, tales derechos tutelan la libertad, autonomía y seguridad no sólo frente al Estado, en un enfoque de Biografía del Estado, sino también frente a los demás miembros de la sociedad. El paso del estado liberal al estado social de derecho ha puesto en primer plano, la incidencia positiva de los derechos fundamentales a todos los sectores del ordenamiento jurídico y también en el seno de los nexos entre particulares.

3- En la doctrina constitucional actual las libertades primordiales desempeñan por lo tanto una doble función: en el plano subjetivo actúan como garantía de la libertad individual, a los que se unen la

¹⁰ Ibidem.

¹¹ VILLAR BORDA, Luis. Estado de derecho y Estado social de derecho. Revista Derecho del Estado n.º 20, diciembre, 2007.

¹² Ibidem

defensa de los derechos sociales y colectivos; en el plano objetivo los derechos fundamentales toman la dimensión institucional a partir de la cual su contenido debe funcionarizarse lograr así, los fines y valores plasmados en la Constitución.”¹³

1.2 - Consecuencias prácticas que tiene para el constitucionalismo colombiano que un derecho sea fundamental:

Ahora bien, es de argumentar e interpretar jurídico social que “La diferencia entre los derechos constitucionales en general y los derechos fundamentales es esencialmente de reforzamiento de garantía. En efecto, no todos los derechos constitucionalizados son derechos fundamentales ya que éstos últimos gozan de unas garantías suplementarias”¹⁴, que en Colombia son:

1. Son tutelables: artículo 86 CN.
2. Se regulan por ley estatutaria: artículo 152 CN.
3. Las reformas constitucionales a derechos fundamentales tienen garantías suplementarias: artículo 377 CN. No hay derechos absolutos, sin embargo, sus núcleos esenciales son absolutos.

1.3 Clasificación de derechos humanos teórico científico doctrinal.

Las posturas conceptuales, epistémicas en tipologías y grados de derechos para explicar incidencias, implicaciones, ámbitos y entornos en cuanto Derecho Humanos, en su esquema de trascendencia en el mundo político, sanitario, domiciliario, jurídico, cultural, social y económico, es de allí que se hace menester clasificar según doctrinas, corrientes y parámetros:

a) clasificación según Generación

1. Primera generación: derechos civiles y políticos generan obli-

¹³ PEREZ LUÑO, Antonio. Los Derechos Fundamentales. Madrid, Tecnos 1998. Págs. 19 – 51.

¹⁴ UPRIMNY YEPES, Rodrigo. Algunas Reflexiones Sobre la Responsabilidad por la Violación de los Derechos Humanos en la Constitución. EN: Seminario de Derechos Fundamentales. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, de la Maestría en Derecho. Págs. 1 – 20.

gación negativa o de abstención, son de aplicación inmediata, clara, prescriptible y aplicable directamente.

2. Segunda generación: derechos económicos, sociales y culturales generan obligación positiva de hacer o proveer, son prestacionales, programáticos y de aplicación progresiva.
3. Tercera generación: derechos colectivos generan obligación de hacer y reconocer, buscan incluir a excluidos.
4. Cuarta generación: aspiraciones universales derechos ecológicos, generan obligación de hacer.

Esta clasificación según la obligación que de ellos se desprende, alude a la fundamentación histórica de cómo se gestaron. Tradicional ha sido muy criticada, actualmente se usa solo como un referente histórico, sin embargo, se entiende que, de acuerdo con los contenidos de cada uno de los derechos y las obligaciones de los Estados, el debate sobre aplicabilidad directa, prestacionalidad, etc., está más o menos superado. Por eso se ha avanzado con otras formas de clasificación.

b) clasificación según la obligación:

1. Abstención
2. Protección: El estado avala que estos no sean vulnerados
3. Garantía: promover o proveer.

Válgase decir que, esta ordenación permite determinar la conducta estatal de tal forma que su proceder se agrupe (i) en una abstención; (ii) en la intervención sobre la conducta de terceros, y (iii) en el ascenso directo del deber de realizar los derechos. Son los deberes de respeto, garantía y adopción de medidas; visibilizan el compromiso que sustantivamente debe desarrollar el Estado como obligado principal frente a los derechos humanos.

4. Obligaciones de respeto o de abstención: nivel en el cual los Estados debe prescindir de obstaculizar de alguna forma, el goce de los derechos humanos tanto a nivel individual como colectivo. Por ejemplo: Frente a los derechos sociales el Estado debe abstenerse de

adoptar políticas discriminatorias que impidan o limiten el acceso de ciertas personas a los elementos esenciales del derecho a la salud. Así mismo existe el deber del Estado de respetar el libre desarrollo de la personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico.

5. Obligaciones de garantía o de protección: el cumplimiento de las garantías se proyecta en el compromiso de protección y su cumplimiento (satisfacción) el Estado debe evitar que esos derechos sean vulnerados; se disgrega en las siguientes obligaciones:

- La obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos y las libertades reconocidas sin discriminación alguna
- El deber del Estado de prevenir las violaciones de los derechos humanos: (i) deber de normas; (ii) el seguimiento del cumplimiento; (iii) debe de tener un seguimiento de su implementación; (iv) eliminar los impedimentos estructurales.
- El Estado debe de indagar las violaciones de los derechos humanos
- Es deber condenar las violaciones
- Implantar el restablecimiento de los derechos violados cuando no se ejecutó en el debido proceso o tiempo.
- Es obligación mantener el contenido esencial.

6. Es compromiso adoptar medidas para el efectivo cumplimiento, los derechos de garantía: toma los deberes primordiales del derecho internacional según la cual todo Estado lo implementa según su marco jurídico de establecer las medidas justas para efectuar las obligaciones acordes al tratado. Las medidas no son solo legislativas; se debe de incluir la existencia de recursos judiciales efectivos y la elaboración de sentencias judiciales en conformidad con los derechos humanos. como los derechos sociales los cuales tienen un carácter inmediato para su cumplimiento e implementación y si se encuentra que los recursos no han sido adecuados se toma que el Estado está infringiendo sus obligaciones internacionales.

Conforme a esto surge una separación definida: el ordenamiento entre obligaciones y efecto inmediato, obligaciones y acatamiento progresivo; las primeras son las que pueden ser requeridas en todo

tiempo, con independencia de las dificultades de condiciones presupuestal u otro tipo de impedimentos que afronte un determinado Estado, entre ellas están: el compromiso de adecuar el marco legal; la obligación de producir y publicar información; la obligación de proveer recursos judiciales y otros recursos efectivos; la obligación de garantizar niveles principales de los derechos.

“Las obligaciones de acatamiento progresivo operan frente a los derechos civiles y a los derechos sociales, ante los cuales los Estados tienen una obligación general de mejorar paulatinamente la protección de los derechos humanos. La progresividad entendida como el compromiso de proceder efectivamente posible con miras a obtener la eficacia de los derechos, aunque se reconoce que la satisfacción plena de las dimensiones prestacionales de los derechos supone una cierta gradualidad.”¹⁵

1.4 Evolución histórica social de los derechos fundamentales.

Dentro de esquema de político social de Biografía del Estado y el Jurídico social en relación a la seguridad alimentaria y nutricional, es destacar el término derechos fundamentales surge en Francia en 1770, en el marco del movimiento o órdenes de cambio político y cultural que condujo a la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, de 1789.

Asimismo, en este entendido la expresión ha alcanzado luego especial relieve en Alemania donde bajo la denominación de los Grundrechte se ha articulado de modo especial tras la Constitución de Weimar de 1.919 el sistema de relación entre el individuo y el Estado Social, en cuanto al basamento de todo el orden jurídico-político. Este es su sentido en la actual Constitución de Bonn de 1.949.

Válgase decir que la expresión derechos fundamentales y su consagración positiva tiene sus raíces filosóficas en los avatares históricos del pensamiento humanista, en tesis como la unidad universal de los hombres o la afirmación cristiana de la igualdad esencial de to-

15 Op cit UPRIMNY YEPEZ, Rodrigo y otros. Módulo de Formación Autodirigida en Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario. Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla, Bogotá. Pág. 207.

dos los seres humanos ante Dios (doctrina estoica), conduciendo al desarrollo a través del iusnaturalismo medieval de la idea de unos postulados suprapositivos que orientan y limitan, como mecanismos de legitimidad.”¹⁶En el medioevo se comienza a humanizar el derecho; a mediados del siglo XVI y todo el transcurso del XVII.

“los teólogos De Vitoria y Las Casas quienes al defender los derechos personales de los habitantes de los nuevos territorios descubiertos y colonizados por la Corona de España sentaron las bases doctrinales para el reconocimiento de la libertad y dignidad de todos los hombres, y junto con Vázquez de Menchaca partiendo de un concepto utilitarista del poder político y un marcado individualismo, propiciaron la difusión del término iura naturalia o derechos naturales de los individuos.”¹⁷

Se buscaba defender la dignidad de una manera no muy clara, lo cual permite el surgimiento de la idea de tolerancia, sin embargo, este concepto era visto como una carga emotiva que causaba cierta repulsión. Se da la necesidad por las guerras religiosas de crear ¹⁸la tolerancia religiosa, la cual muta a tolerancia política, tolerancia del Estado (Locke) y se comienza a tratar la idea de dignidad (humanismo - renacimiento).

Seguidamente se destaca a Locke dentro del marco contractualista del Estado donde todos colocan parte de sus derechos civiles y humanos para consolidar la construcción social o colectiva de derechos para todo el conglomerado humano que hace parte de esa sociedad que pretende conservarse con orden y lo lógica humanista natural, por ello este expresa:

“Defensa de los derechos naturales a la vida, la libertad y la propiedad se convierte en el fin prioritario de la sociedad civil y en el principio legitimador básico del gobierno. Al tiempo que Pufendorf cifró en la dignidad humana el postulado del que deriva su sistema de derechos naturales (...) en pleno siglo XVIII, Rousseau concibió la formulación más célebre de la teoría del

16 Op cit PEREZ LUÑO, Antonio. Los Derechos Fundamentales. Madrid, Tecnos 1998. Págs. 19 - 51.

17 Ibidem. página 14

18 Ibidem pagina 17

contrato social, para justificar mediante ella toda forma de poder en el libre consentimiento de los miembros de la sociedad”.

El detenimiento de garantías sociales se hace con las manifestaciones de la voluntad de colectivo donde la validez de las decisiones en pro de la regulación de derechos humanos en todas las composiciones y dimensiones de prioridades y órdenes para tender la sociedad en sus necesidades o contingencias humanas que le hacen de presente la fragilidad es así que es válido afirmar:

*“Dicho consentimiento halla su expresión en la voluntad general, a cuya formación concurre cada ciudadano en condiciones de igualdad, y que constituye el fundamento de la ley entendida como instrumento para garantizar y limitar la libertad”.*¹⁹

Con la revolución francesa se defendía la igualdad de participación (Rousseau), por su parte, en la revolución estadounidense, se defendía la libertad (Hobbes), contraponiéndose y surgiendo tensiones entre demócratas y liberales, éstos se preocupaban por el respeto a su derecho a la libertad veían con especial relevancia la necesidad de establecer límites al Estado y su intervención, pero los demócratas por su parte defendían la búsqueda de la igualdad de participación, éste era el principio político más importante.

Posteriormente aceptaron que la participación popular era una de las mejores maneras de garantizar las libertades, y los demócratas aceptaron que la participación se garantizaba con la libertad; se unen libertad e igualdad y surge el demoliberalismo, criticado por Marx quien decía que la igualdad era formal pero no material. La democracia liberal los afronta mediante la inclusión de otras categorías: los derechos sociales, de esta manera para el pensador:

“Kant representa la culminación de un proceso teórico dirigido a depurar las doctrinas ius naturalistas de elementos empíricos y pseudohistóricos, al fundar el derecho natural exclusivamente sobre principios a priori, en cuanto exigencias absolutas de la razón práctica, considerando que todos los derechos

¹⁹ Ibidem.

naturales se compendian en el derecho a la libertad, en cuanto ésta puede coexistir con la libertad de los demás según una ley universal. Contribuyó directamente a la configuración del concepto de Estado de Derecho categoría interdependiente con la de los derechos fundamentales²⁰.

Durante la segunda mitad del siglo XVIII se produjo la paulatina sustitución del término clásico de los derechos naturales por el de los derechos del hombre, denominación definitivamente popularizada por la obra de Thomas Paine *The Rights of Man*²¹.

Paralelamente al proceso doctrinal hubo una progresiva producción de escritos normativos llamados cartas o declaraciones de derechos del conjunto de deberes, facultades y libertades.

Durante el periodo medieval ha tenido gran relevancia la Carta Magna entre el Rey Juan sin Tierra y los obispos y barones de Inglaterra, punto de partida de la *Petition of Rights* de 1628 y del *Habeas Corpus* de 1679. Diez años después el *Bill of Rights*, cierra este ciclo de documentos ingleses. Las libertades en este periodo sufren un profundo cambio pues de libertades estamentales pasan a libertades generales en el plano del derecho público.

A su turno, los textos norteamericanos especialmente la declaración de independencia y el *Bill of Rights* del Buen Pueblo de Virginia, ambos de 1776 revelan los presupuestos iusnaturalistas e individualistas que los inspiran²².

Por último, se tiene las declaraciones norteamericanas y otros documentos de la Europa Continental predestinados a reconocer la tolerancia y la autonomía religiosa y los presupuestos racionalistas y contractualistas de la escuela del derecho natural ejercieron una influencia directa sobre la *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano* de 1789 donde se insiste en el carácter universal de los derechos consagrados por su fundamento racional cuya validez

20 Ibidem Página 18

21 Ibidem página 23

22 SANTIAGO, Alfonso. Neoconstitucionalismo. Sesión privada del Instituto de Política Constitucional del 3 de abril de 2008. Canales De La Academia Nacional De Ciencias Morales y Políticas. Página 60

se considera absoluta.”²³

1.5 Estado demoliberal críticas a la igualdad participativa

En este sentido se destaca las apreciaciones de Pérez Luño, cuando una vez expresa para comprender los avances, gestiones, cambios y desafíos del Estado Moderno y contemporáneo en relación de derechos fundamentales:

“Que las transformaciones del Estado de Derecho no sólo han determinado una ampliación del ámbito de eficacia de los derechos fundamentales, sino que han contribuido a un ensanchamiento de su contenido”.

Ahora bien, como es notorio, la formulación clásica de George Jellinek sobre las sucesivas etapas de afirmación de los derechos públicos subjetivos se desglosaba en cuatro frases o estados:

“El status subiectionis, que determina la situación puramente pasiva de los destinatarios de la normativa emanada del poder político; b) el status libertatis, que comporta el reconocimiento de una esfera de libertad individual negativa de los ciudadanos, es decir, la garantía de la no intromisión estatal en determinadas materias; e) el status civitatis, en el que los ciudadanos pueden ejercitar pretensiones frente al Estado, lo que equivale a poder reclamar un comportamiento positivo de los poderes públicos para la defensa de sus derechos civiles, y d) el status activae civitatis, situación activa en la que el ciudadano goza de derechos políticos, esto es, participa en la formación de la voluntad del Estado como miembro de la comunidad política. Ahora bien, estos estados o situaciones jurídicas subjetivas se conciben, prioritariamente, como instrumentos de defensa de intereses individuales (Jellinek denomina globalmente los tres últimos status de su tipología como die Rechte des einzelnen). Por ello, en la medida en que se ha adquirido plena consciencia de que el disfrute real de los derechos y libertades por todos los miembros de la sociedad exigía garantizar unas cuotas de

²³ Ibidem. Pagina 40

bienestar económico que permitieran la participación activa en la vida comunitaria, se ha hecho inevitable añadir a la clasificación de Jellinek un nuevo estado: el status positivus socialis"²⁴.

También vale decir que en este modelo de Estado hubo la inclusión: Voto censitario y restringido, exclusivo de los ciudadanos; asimismo para Marx: lo ve como un plan burgués para dominar las masas ya que la igualdad es formal y no material.

En este orden cronológico es necesario decir que a lo largo del siglo XIX el proletariado va adquiriendo protagonismo histórico y cuando desarrolla una consciencia de clase reivindica unos derechos económicos y sociales frente a los clásicos derechos individuales frutos del triunfo de la revolución liberal burguesa²⁵.

También cabe resaltar que la Constitución de Weimar (1919) ha sido durante mucho tiempo el texto inspirador de las cartas constitucionales que han intentado conjugar en su sistema de derechos fundamentales, las libertades con los derechos económicos, sociales y culturales."²⁶

Con el amparo de la tutela adquieren fuerza, son un decálogo moral y son derechos subjetivos. En el estado social democrático de derecho confluyen tres grandes tradiciones del pensamiento político: liberal, socialista y demócrata²⁷.

1.5.1 Aproximación al concepto de los Derechos Fundamentales, medicina social y Salud Colectiva.

La Fudamentalidad de un Derecho es medido desde la dimensión en el impacto y relevancia de la dignidad humana basándose en las teóricas y preceptos del humanismo, ilustración, iluminismo

24 Pérez Luño, Antonio. Los Derechos Fundamentales. Madrid, Tecnos 1998. págs. 19-51.

25 ZULUAGA GIL, Ricardo. Historia Del Constitucionalismo En Colombia. Una Introducción. Estudios de Derecho -Estud. Derecho- Vol. LXXI. N.º 157, junio 2014. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia.

26 Ibidem. Pagina 14

27 Ibidem Página 18

y enciclopedismo social académico, que han puesto al hombre en mejor estado o condición de civilización, desarrollo, potencialidad, adaptabilidad y cambio de mentalidad transformadora, por tanto, es válido precisar que derechos fundamentales son el resultado de una doble coincidencia:

a) el encuentro entre la tradición humanista filosófica, esta simbolizada prioritariamente por el iusnaturalismo con los lineamientos democráticos, con las técnicas positivas de protección consolidando las libertades propias del movimiento constitucionalista, encuentro que se plasma en el Estado de Derecho;

b) el asunto de mediación y de síntesis entre las reclamaciones de las libertades tradicionales de carácter individual, con procedimientos de las necesidades primordiales de carácter económico, cultural

y colectivo a cuya satisfacción y tutela se dirigen los derechos sociales²⁸.

Los derechos fundamentales aparecen, como el período más avanzado del proceso de positivación de los derechos naturales en los textos constitucionales del Estado de Derecho proceso que tendría su punto de conexión en los derechos humanos²⁹.

Es así como los derechos humanos suelen venir entendidos como un conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humanas, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional. En tanto que con la noción de los derechos fundamentales se tiende a aludir a aquellos derechos humanos garantizados por el ordenamiento jurídico positivo: en la mayor parte de los casos en su normativa constitucional, y que suelen gozar de una tutela reforzada."³⁰

28 Op cit Pérez Luño, Antonio. Los Derechos Fundamentales. Madrid, Tecnos 1998. págs. 19-51.

29 YEPES, Francisco J. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. IDRC, 2010.

30 Ibidem. Página 60

Tabla 1 Marco legal del principio Fundamental a la Seguridad Alimentaria y Nutricional

TITULO	RESUMEN
Ley 9 de 1979	Expide Código sanitario nacional.
Ley 10 de 1990	Se organiza el Sistema Nacional de Salud
Ley 100 de 1993	Se crea el Sistema de Seguridad Social integral.
Ley 715 de 2001.	Normas orgánicas en materia de recursos y competencias.
Ley 1122 de 2007	Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438 de 2011	Crecimiento Institucional y se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud
Ley 1751 de 2015	Derecho Fundamental a la Salud
Ley 1753 de 2015	Plan Nacional de Desarrollo enfoque de modelos de Atención en Salud
Decreto 2200 de 2005	La reglamentación en el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones
Decreto 3518 de 2006	Regulariza el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
Decreto 1011 de 2006	El sistema debe ser preciso en las garantías de calidad del Sistema General de Seguridad Social
Decreto 3039 de 2007	plan de salud pública 2007-2010
Resolución 0425 de 2008.	Precisa la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.
Resolución 0412 de 2000	Se constituye las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda promovida y de obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención.

Conpes 109 de 2007	Política Pública Nacional de Primera Infancia
Conpes 113 de 2008	Política Nacional de seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN).
Ley 1295 de 2009	La atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN.
Ley 1450 de 2011	Plan Nacional de Desarrollo, 2010 - 2014.
Ley 1523 de 2012	Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres
Resolución 4505 de 2012	Reporte congruente con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de imperativo acatamiento.

1.6 Salud pública y sistemas de salud entorno jurídico fundamental

Consecutivamente en materia de estructuralismo sistémico en salud se encuentra el Derecho fundamental a la seguridad alimentaria y nutricional, cabe destacar los trabajos en la salud pública y colectiva, no pueden promover sin un escenario, que acontecen dentro de un ambiente más amplio en la gestión de la salud, por lo que en el instante de hacer el análisis del concepto de salud pública no puede verse fuera del contenido del sistema de salud. La salud pública es intrínseca³¹.

Asimismo, el régimen de salud se precisa como “las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud”, todo sistema promueve el derecho al acceso a los servicios integrales y permanentes, también vale destacar que el sistema comprendido involucra el cuidado de las personas en cualquier etapa su contexto

³¹ Ibidem

con la finalidad de fomentarla recuperación de la salud, además de disminuir o compensar la incapacidad de proporcionándole los medios, recursos y condiciones para tal fin³².

También, suele ocurrir el que existen costos crecientes de los servicios suponen un peligro constante o permanente para las iniciativas destinadas a mejorar el estado de la salud de los asociados, es por ello que los sistemas de salud se fortalecen en la medida que garanticen los derechos humanos fundamentales tales como la libre escogencia y el acceso a los servicios con calidad y oportunidad.

Cabe expresar que la explicación también concentra las labores realizadas sobre los elementos determinantes de la salud y realizadas con el fin de mejorar la salud de las poblaciones con autonomía y propiedad jurídica de los operadores del área pública o privada. El sistema debe de llegar a ser más amplio en su servicio y concentrarse o involucra a la asistencia médica. El régimen de salud tiene relaciones con los principales componentes sociales a saber: la sociedad civil, de funcionamiento básicamente privado y que incluye al mercado, el sector público no estatal o comunitario y el estado.

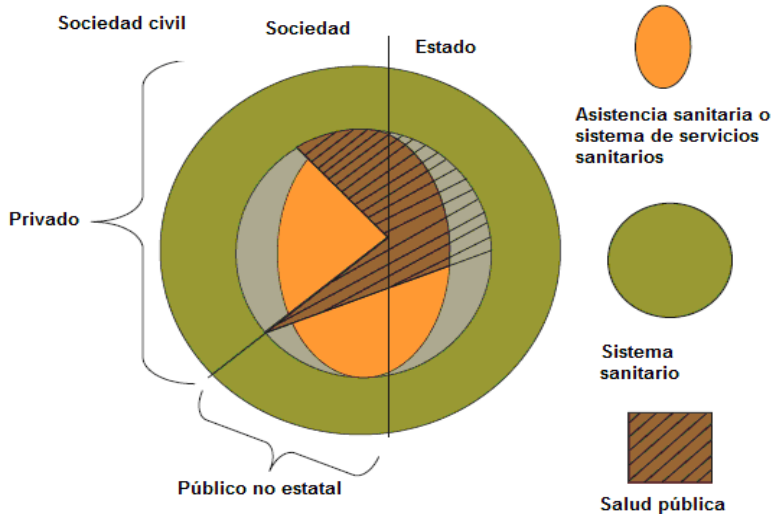


Ilustración 1. Las esferas de la salud y los componentes sociales

32 ORDÓÑEZ, MALDONADO, Alejandro. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud - Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas. ISBN 978-958-99991-5-8, Procuraduría General de la Nación, pág. 13.

Fuente: OPS

De esta manera el concepto la salud pública trasciende los límites del sistema está compuesto de aspectos externos, las cuales son muy importantes para la salud de las poblaciones, pero es conveniente limitar las gestiones al sistema de salud³³.

Seguidamente en el contexto de derecho fundamental de seguridad alimentaria y nutricional, vale decir que el régimen de salud tiene como finalidad primordial y esencial de gestionar un sistema que mejore de la mejor forma posible y de acuerdo a cada situación específica, generación calidad a la salud, es decir promover salud para las personas, pero principalmente para la población en su conjunto³⁴.

Téngase en cuenta que la eficacia social es su labor principal es el servicio, la efectividad no es suficiente, el sistema debe generar satisfacción individual y social como resultado de la calidad del servicio

prestado y una exigencia legítima del sistema político de las sociedades democráticas. El siguiente indicador es el de satisfacción que desempeña el sistema de salud y ambos constituyen los logros finales, que están presentes en los sistemas de salud³⁵.

En secuencia a lo antes expresado se puede decir la salud está fundamentada en valores, algunos de los cuales se constituyen en principios organizados, estableciendo por la organización para funcionamiento. En las Américas los sistemas de salud se orientan, entre otros, por los siguientes principios: Equidad, participación social, eficiencia, descentralización, Integralidad de la atención, solidaridad³⁶.

Ahora bien, a manera aclarativa, los sistemas de salud demandan de muchos recursos y de espacios para su funcionamiento, operatividad, ejecución y control dentro del proceso administrativo, entre los

33 THIELMANN, Klaus. Determinantes de salud: potencial investigativo y estratégico de la Medicina General Integral. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2005, vol. 21, no 5-6, p. 0-0.

34 Ibidem pág. 4

35 TABIMA GARCÍA, Diomedes. La salud pública en Colombia: un derecho en vía de reconocimiento. Director, Departamento de Medicina Comunitaria, Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia, 2012. Pag 18

36 Ibidem pág. 34

más solicitadas se encuentra las siguientes conjeturas y basamentos de análisis estructurados con características y calidades tales como:

“El liderazgo, la información, los recursos humanos, conocimientos y tecnología apropiada y la inversión, es decir que el objetivo principal necesario para definir las pautas a trabajar de los sistemas, así como su organización y funcionamientos generales; para ello la Organización Panamericana de la Salud resalta cuatro de sus funciones globales: rectoría, prestación de servicios, financiación y aseguramiento de la atención. Las ocupaciones esenciales de la salud pública están inmersas en la gestión por parte de la rectoría del sistema de salud junto con la conducción, regulación, armonización de la prestación de los servicios, modulación de la financiación y supervisión y aseguramiento de la atención”³⁷.

37 Ibidem Página 39

Capítulo II - salud pública y factores determinantes en salud

2. Dimensionalidades de la salud pública

La salud como participación social, relativa cultural y dinámica, está permeada de complejidades a la que se ve enfrentada la salud pública en carácter disciplinar y prestacional, se localizan altamente por los contextos políticos, económicos y sociales que se atañe la población³⁸.

Continuando con la demarcación de la idea es de anotar que las distintas interacciones entre el ciudadano, la sociedad, la economía y el entorno geográfico, cultural conciernen un carácter transversal hacia los aspectos físicos y psicológicos de los seres humanos que coinciden en un sistema social sanitario establecido; así las cosas, es válido sintetizar que:

“Cimentando lo anterior se puede expresar que una actividad fundamental del sistema sanitario y salud, mediante la realización de estudios epidemiológicos demográficos necesarios y útiles para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación, valoración y evaluación sanitaria, que debe tener como base un sistema organizado de información y publicación sanitaria, de vigilancia y de acción epidemiológica; surge así la salud pública, con la competencia de informar, vigilar, proteger y promocionar todo aquello que afecte positiva o negativamente a la salud”³⁹.

³⁸ El bienestar del individuo depende en gran medida de su entorno, pues, aun dentro de unas circunstancias físicas y corporales excepcionales, un ambiente deteriorado y una crisis social puede erosionar al individuo hasta afectar, en alguna medida, su salud y bienestar.

³⁹ OPS. Enfoques prioritarios en salud pública. En: Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública. Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud - Oficina Regional para las Américas. Washington. 2000 pp. 7-31. Organización.

Se puede evidenciar que la representación de un espacio saludable desde el Estado de Bienestar tiene su complejidad en el ejercicio de resolver las situaciones consideradas desfavorables es así:

“La desigualdad, la pobreza y la constante movilización socio-económica son los contextos propicios para vulnerar las formas de acción gubernamental en las presentes coyunturas, haciendo que la constantemente sean sometidos a la verificación empírica científica y aprobación política con el fin de adaptarse a los preceptos un desarrollo humano sustentable”⁴⁰.

Es así que la salud pública enlaza múltiples elementos entre ellos se tiene la una política sanitaria, la cual se solicita crear un marco y una estructura en causadores de ese método en concordancia con la naturaleza y esencia de los bienes públicos y la índole moral, axiológico y ontológico de las acciones que se ejecuten en las diferentes vertientes de protección, regulación e imposición, por tanto:⁴¹; cabe precisar que lo anterior de manera de síntesis dialógica, es lo que constituye la modalidad de gobierno, y esta derivará de una forma u otra según la ideología y las razones naturales, geográficas, climatológicas, económicas, cognitivas y éticas de cada Estado, expresándose en las diferentes políticas que se lleven a cabo⁴², entonces en este sentido es de definir y apreciar los derechos fundamentales para verificar la dimensión relacional con las contingencias bilógicas de los hombres en entornos diferenciados:

“La concepción de los derechos fundamentales determina, de este modo, la propia significación de la operatividad del sistema de salud y prestación de salud pública, con demarcaciones en seguridad alimentaria y nutricional de los diversos grupos etarios en los Estados que promulgan humanismos saludable, cabe entonces apreciar que esto hace que las acciones para la salud pública y colectiva necesiten que los ente gubernamentales entren en un ámbito de constante interacción con los diversos actores involucrados en la protección de los derechos a la salud y la vida digna , del mismo modo, genera la necesidad de esta-

40 FRANCO, Álvaro. Tendencias y teorías en salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2006, vol. 24, no 2, p. 119-130.

41 Ibidem

42 Ibidem

blecer procesos de coordinación de roles a partir de “enfoques integradores y estructurales”⁴³ iniciando desde lo científico, ético y lo político para poder garantizar las dinámicas implementadas sean consecuente a la respuesta de la necesidad social”⁴⁴.

Teniendo en cuenta las disposiciones multidisciplinar de la salud pública cimenta las prácticas sanitarias y logra la transformación del sistema de salud para el mundo actual. A partir de allí, la eficacia y la eficiencia se convierten en pilares esenciales para las nuevas disposiciones, las cuales deben expresar las políticas oportunas hacia la solución de problemáticas sociales y sanitarias que viven las sociedades⁴⁵; Dentro de un esquema funcional, el área de salud:

“Es la estructura fundamental de un sistema sanitario que busca dividir las áreas de salud en zonas básicas, esta delimitación se realiza teniendo en cuenta la distancia máxima de la población más alejada de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido; el grado de concentración o dispersión de la población; las características epidemiológicas de la población reflejadas en morbilidad y mortalidad; y las instalaciones y recursos sanitarios del sector, contexto básico territorial de la atención primaria de salud es donde desarrollan su actividad de las instituciones prestadoras de salud y centros integrales de atención primaria”⁴⁶.

De este modo se destaca que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha establecido seis enfoques prioritarios y de carácter transversal a la labor profesional y estatal de la situación de salud, encauzada a construir una hoja de ruta hacia el bienestar social de la actualidad:

“fortalecer los valores y principios de la salud pública; los movimientos sociales la construcción de alianzas para promover la salud de calidad y una vida de calidad; nuevos métodos de

43 FRANCO. Op. Cit, p. 120.

44 Ibidem Pagina 123

45 La visión multidisciplinar en la construcción de políticas públicas es propuesta por Lasswell (1951) como herramienta fundamental en la comprensión y resolución de problemas sociales. Su relevancia radica en la posibilidad de adecuar cada área del conocimiento a la ejecución eficaz y eficiente de la gestión gubernamental. Véase: Lasswell, H., & Lerner, D. “The policy orientation”. The Policy Sciences. Stanford: Stanford University Press. 1951.

46 ibidem.

las entidades sociales con autoridad social, gobernabilidad y acción intersectorial, la revalorización de la promoción y de la prevención en salud; una reforma sectorial con compromiso social; vínculos establecidos en evidencias"⁴⁷.

Por último, se destaca la significación axiológica, ontológica, ética, biótica y dogmática objetiva los derechos fundamentales de la salud pública y salud colectiva que representan el resultado del acuerdo básico de las diferentes fuerzas determinantes de carácter social, logrado a partir de relaciones de tensión y de los consiguientes esfuerzos de cooperación encaminados al logro de metas comunes en esto se resalta que:

*"corresponde a los derechos fundamentales un importante cometido legitimador de las formas constitucionales del Estado de Derecho, ya que constituyen los presupuestos del consenso sobre el que se debe edificar cualquier sociedad democrática; en otros términos, su función es la de sistematizar el contenido axiológico objetivo del ordenamiento democrático al que la mayoría de los ciudadanos prestan su consentimiento y condicionan su deber de obediencia al Derecho"*⁴⁸. Esto comportan también la garantía esencial de un proceso político libre y abierto, como elemento informador del funcionamiento de cualquier sociedad pluralista, de allí se derivan la multi variada de régimen en salud en función de la salud pública como son el régimen ordinario, espacial y exceptuado para cubrir toda la población⁴⁹.

2.1 Preceptos, determinaciones y principios de la salud pública y colectiva

Para el constitucionalismo actual no sería lo que es sin los derechos fundamentales. Las normas que sancionan el estatuto de los derechos fundamentales, junto a aquéllas que consagran la forma de Estado y las que establecen el sistema social sanitario y salud, se

47 OPS. Op. Cit, p. 9

48 Op Cit Pérez Luño, Antonio. Los Derechos Fundamentales. Madrid, Tecnos 1998. págs. 19-51.

49 Ibidem Pagina 45

utilizan las concluyentes para definir el modelo constitucional de sociedad. Sin que quepa considerar estas tres cuestiones como compartimentos estancos, habida cuenta de su inescindible correlación, haciendo historia es necesario decir que:

“En el transcurso de la posguerra se dirigió a todos entes internacionales a repensar los postulados más allá de la lucha por el poder y la carrera armamentistas. La deshumanización de lo político había provocado a una sociedad resiliente de la violencia a orientarse hacia una vida digna⁵⁰.

Entonces por ello, la promulgación de la salud como derecho imprescriptible, intransferible, inaplazable e inalienable en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 desde esta perceptiva y perspectiva netamente positivista regulativa transformó o cambio la visión, intenciones, funciones y dinámicas de todos los actores de los sistemas políticos democráticos sanitarios de este modo se destaca que:

“A partir de esto, las interacciones sociales se vieron ineludibles a suscitar el bienestar, principalmente, gracias a los compromisos constitucionales de los Estados⁵¹, por tanto, el humanismo hace parte de ello, “El humanismo es un movimiento social, político y jurídico moderno con repercusiones contemporáneas, que trae consigo dentro de los periodos de la historia fuertes valoraciones de las condiciones de normalidad y garantías del ser humano de allí que suele orientar los de derechos humanos e integrarlos en los pactos internacionales, consintió de pasar de las insuficiencias sin obligatoriedad a responsabilidades universales, indivisibles e inalienables que deben ser ejecutadas por cada Estado. Como por los demás agentes del sistema social, capacitando lo de legitimidad a las peticiones desde una orientación político-legal”⁵².

Con los logros de reivindicación que tomo, la salud pública logro grandes avances garantistas que le permitiera adquirir valores

50 PICCHIO, Antonella, et al. Condiciones de vida: perspectivas, análisis económico y políticas públicas. En: Revista de economía crítica, 2009, vol. 7, no 1, p. 27-54.

51 OPS. Op. Cit, p. 10.

52 SCHUFTAN, Claudio. Un enfoque puntual de los principios y los temas clave de los derechos humanos aplicados a la salud. Medicina Social, 2007, vol. 2, no 2, p. 78-89.

como la; la equidad, donde el Estado debe establecer un régimen de salud transversal a todas las dinámicas de su población, es decir, implementar la equidad a través de sus instituciones, darle la condición social que permita a cualquier ciudadano desarrollarse en un espacio seguro y con equilibrio⁵³, las inspiraciones constitucionales demarcan y dan pautas por ello se dice:

“Que el preámbulo que sirve como herramienta para la toma de responsabilidades por parte de la sociedad civil que pueden verse materializadas en las demandas sociales, donde la población presenta públicamente las situaciones que imposibilitan un ambiente saludable. Es cuando los mecanismos de participación política son un instrumento indispensable en la protección del derecho a la salud, ya que permiten que las ramas del poder público interactúen con la ciudadanía a fin de comprender y resolver las necesidades de cada uno de los colectivos, lo cual permite una producción pública eficaz y eficiente en los territorios”⁵⁴.

2.1.1 Marcha Social, calidad humana y constructivismo saludable

La salud desde la percepción de sistema, tomo estos criterios del Estado de Bienestar, Social y democrático, hace que se reclamen una diversidad de garantías para mantener la condición de normalidad del ser humano, por tanto, al aparato gubernativo como a la colectividad, se enlazan para obtener permanentemente elementos que consoliden una vida digna. Esto, entendiendo que la salud en su análisis de condición de normalidad es un asunto perpendicular a todas las facetas del hombre, por toda esta dinámica es pertinente anotar:

“En proporción a esto, la universalidad integral administrada por parte de los gobiernos en sostener la generación de múltiples proyectos en torno a las políticas en salud, es necesario

53 GARCÍA, Juan Darío; CÁICEDO, Beatriz. La dimensión económica y política de los servicios de atención en salud: un aporte general para el derecho a la salud y la justicia sanitaria en Colombia. Facultad Nacional de Salud Pública, 2002, vol. 20, no 1.

54 Lo anterior implica una responsabilidad bidireccional en la relación de diálogo entre quienes exigen y quienes formulan soluciones, dado que la retroalimentación de las acciones de la administración solo puede ser posibles si el gobernante permite espacios de interacción y el gobernado actúa a través de ellos, aspectos que pueden observarse en los procesos de accountability y la rendición de cuentas. Véase: Velasco, M. “Propuesta metodológica para una rendición de cuentas bidireccional. Hacia la concepción de un modelo de corresponsabilidad social”. Fescol. Documentos para la construcción y fortalecimiento del proceso constituyente de la Región Central de Colombia. Bogotá: Ed. Gente Nueva. 2007.

que las instituciones implicadas interactúen simultáneamente bajo el mismo objetivo en común: que es constituir una buena calidad de vida a la población”⁵⁵,

De esta manera los salubristas públicos y salubristas colectivos tienen a manifestar en un enfoque de contenido desarrollista en relación al progreso y sostenimiento de la vida humana permanente, sustentable y con futuro asegurado para todas las generaciones que:

“La transcendencia permite crear acuerdos entre las instituciones del Estado y los grupos de beneficio radica en evitar que la salud se le cambie el sentido de lo público, ya que su atributo principal tiene un carácter de “mediación entre conocimiento científico y saberes-técnicos; [los] actores sociales y formuladores/ejecutores de políticas; [el] campo de la salud y ambiente-vida”, a fin de efectuar las intenciones de los convenios internacionales”⁵⁶.

Es preciso, puntualizar que las instituciones gubernamentales, recurso humano en salud, la comunidad científica, las organizaciones y la sociedad civil, procedan en los mismos compendios éticos, que concibe el bienestar como un valor primordial para la comunidad más allá de la supervivencia, donde el buen vivir requiere de acciones de empatía y apoyo hacia el otro, reconociendo los derechos y deberes de todos los actores en la formación de un ambiente propio para el desarrollo de las personas⁵⁷, entonces en enfoque de dignidad humana se puede manifestar:

“La disposición hacia una vida digna es un pilar principal de los Estados democráticos contemporáneos para proveer servicios sociales a sus ciudadanos; al personal en salud, en proteger de la mejor manera posible a quienes se han delicado imperantemente en cuidar; a los oponentes, para forjar retroalimentaciones y mejoren los indicadores del sistema de salud; a las organizaciones, para idear programas que faciliten el desarrollo humano dentro de un ambiente sostenible; y, finalmente, los ciudadanos, como eje primordial de buenas prácticas humani-

55 OPS. Op. Cit. p. 11.

56 Ibid. p. 11.

57 ALVARADO GARCIA, Alejandra. La ética del cuidado. Aquichan. 2004, vol.4, n.1 pp.30-39.

stas”⁵⁸.

Lo particular de lo universal que brinda el bienestar es lo que verdaderamente impulsa a la regulación en las naciones; la solidaridad con el fin de alcanzar igualdad de acceso a atenciones sanitarias; el desarrollo de servicios que conduzcan a tener una calidad de vida dignificada; se focaliza en las estrategias de las diferentes agrupaciones existentes que están en los Estados; y desde el propósito kantiano que proyecta un ciudadano global, que puede desplegarse por el mundo en la búsqueda de sus propósitos⁵⁹, dentro de los derechos en cuerpos y alma de humanos y relaciones públicas y políticas se presenta la salud la cual se afirma en este sentido:

“De este modo, designar la salud como un asunto público implica un propósito común que, a medida que se alcanza, lleva a las comunidades a mejorar las actividades a las que son partícipes. Lo anterior permite establecer nuevas metas en lo social, lo político y lo económico, que superan el simple instinto de conservación”⁶⁰.

La salud toma cuerpo y estructura, el bienestar se incrementa aparecen nuevas situaciones que permite que el individuo se desenvuelva de mejor manera, teniendo la capacidad de desarrollar mejores formas de interacciones y logre trasformar en las áreas que comúnmente se ha establecido⁶¹. Permite el fortalecimiento de los procesos democráticos, donde el ciudadano asuma su papel político, las empresas lleguen a un nivel de competitividad sostenible o sustentable y la academia tenga mayores alcances en la realización de una vida digna y plena.

2.1.2 Institucionalismo socio-político en salud Colectiva

Precisando en el entorno de las organizaciones y tradiciones de instancias de poder que configuran las instauraciones, los gobiernos y mandatarios formulan, elaboran y aprueban entre sus políticas la

⁵⁸ Es necesaria la existencia de corresponsabilidad de los actores implicados en el sistema de salud, ya que su adecuada articulación definirá el éxito en la atención.

⁵⁹ ALVARADO GARCÍA. Op. Cit, p. 35.

⁶⁰ Ibidem página 35

⁶¹ FRANCO-GIRALDO, A. La salud pública en discusión. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública, v. 37, n. 1, 2 feb. 2019.

particular de índole sanitaria y salud en la cuales se centrada en el cuidado y sostenimiento de la salud de los individuos, colectivos y de la población en general, por tanto, se destaca que:

“Tiene como objetivo primordial la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos; pero no hay que perder de vista que, gracias a ella, y tal como se persigue con cualquier otra, les es posible también incrementar por medio de los servicios, la competitividad de las naciones y regiones, reducir costes, lograr economías internas y estabilizar el gasto”⁶².

Lo anterior precisa, que la salud no solo debe ser liderada por la medicina, debe ser amplio su alcance hacia todas las áreas de interacción en las que se puede desarrollar el ser humano, lo cual, implica que el Estado y la sociedad actúen de manera relacionada hacia un mismo objetivo. Por lo tanto, lo político, lo económico y lo cultural se vuelven fundamentales para comprender las problemáticas entorno a la salud, así como los proyectos que posiblemente puedan resolverlos, esto conlleva a determinar:

“Se aumenta el análisis de las dificultades que se crean a partir de una “red multicausal” de condiciones y, así mismo, se disponen a recibir respuesta de diversos sectores para atender puntualmente las particularidades íntegramente⁶³. Tomando esta perspectiva implica la idea de un Estado Social de Derecho, el cual sustenta entre sus principales características la comprensión del desarrollo humano de forma integral, a partir de la Declaración de Derechos humanos donde se proclaman los derechos sociales orientados al bienestar”⁶⁴.

De lo anterior se deduce ampliamente que el Estado debe ser el productor, gerente y garante principal del cumplimiento de las políticas públicas y sociales direccionadas y con el objetivo a lograr a la vida digna de su población, por lo cual, ocasiona en su accionar el establecimiento de un sistema de salud que vele por una oportuna calidad de vida de los asociados de esta manera:

⁶² Ibidem

⁶³ OPS. Op. Cit, p. 12.

⁶⁴ El Estado de Bienestar preferido en los acuerdos internacionales permitió, en palabras de H.L. Wilensky, 1975 “estándares mínimos de salario, alimentación, salud, habitación, educación, asegurados para todos los ciudadanos bajo la idea de derecho y no simplemente de caridad”, centrando la dignidad como fin último del ser humano.

“Llevando al desarrollo de una institucionalidad con énfasis social, entendida por la OPS como “el conjunto de organismos estatales encargados del diseño, coordinación, ejecución y financiamiento de las políticas sociales”⁶⁵.

De modo histórico se destacan en cuanto a los elementos de naturaleza estatal es válido decir que el moderno Estado, en la idea del Welfarestate, Estado Social o Estado de bienestar, estos se caracterizan dentro de su fines, filosofía, función, dinámicas, horizontes y estructura de:

“Implementa y aplica en la sociedad la norma que considera necesaria para regular sus relaciones con los individuos, ahora bien, partiendo de la necesidad de una” corrección” moral de los desajustes existentes basada en la noción de igualdad y en la justicia social sistémica en salud, sanidad, seguridad social en salud, salud pública y colectiva (ideados de forma genérica por nuestra sociedad como principios esenciales de desarrollo)”⁶⁶.

Es así que se adiciona, la aparición del Estado de bienestar implica el desarrollo de garantías para equilibrar la correlación de fuerzas existentes de los sistemas sociales en toda relación comunitaria, cualquiera sea el ámbito que se contempla, buscando esencialmente la equidad, progreso, desarrollo, protección y desarrollo (la libertad basada en la decisión avanzada colectivamente) con el fin de permitir el acceso igualitario de todos los miembros de la sociedad a los servicios públicos comunes (es decir facilitando la posibilidad real de acceder a ellos).

Seguidamente en aras de afirmar El Estado actual se basa por tanto en una distribución igualitaria de derechos, deberes y beneficios (justicia redistributiva); es decir que, sobre la base del interés común, se garanticen los medios para que aquellos más desfavorecidos y por tanto “desiguales” discriminadas y desatendidas desde los sistemas sociales fundamentales tengan iguales prerrogativas de ejercer sus “potencialidades” mínimas en todos los ámbitos y poder así desarrollar la esencia de su libertad, es pertinente en este sentido

⁶⁵ OPS, Op. Cit, p. 13.

⁶⁶ Ibidem Página 14

traer a colocación:

“Como señala Rawls (1971, pág. 5) un estado será justo cuando sus ciudadanos estén preparados para afirmar una serie de principios característicos que permitan asignar derechos y deberes básicos a cada persona y determinar cuál es la distribución apropiada de los beneficios y las obligaciones de la cooperación social y pública”.

De la idea antes expuesto se puede decir también que los procedimientos, que deben de mantener los acciones, programas y proyectos de políticas originan una orientación diferenciada, que permite su adaptabilidad a los conocimientos de realidades económicos y culturales que se evidencia al interior de su entorno geográfico espacial⁶⁷ es así que:

“efectuando primordialmente los principios de derechos humanos abriendo el camino de la equidad para la construcción colectiva de la ética del cuidado. Es indispensable el carácter transversal de los objetivos de la estatalidad que se necesita para llevar una conducta de autoridad social, que conecte en sus decisiones públicas la participación de todos los mis agentes que se desenvuelven en el sistema”⁶⁸.

Las interacciones se regularizan, desde lo local, regional hasta lo nacional, no es preciso que la arquitectura de un sistema de salud propio de las naciones democráticas actuales, permitiendo que al Estado tiene dentro de sus prioridades los siguientes propósitos para alcanzar la sanidad y equilibrio colectivo de lo bilógico, psico y social de los habitantes de tal manera en está:

“Igualar los rasgos distintivos de sus dinámicas por medio de sus instituciones descentralizadas y, del mismo modo, asegura a la ciudadanía para la expresión de sus intereses entorno a los problemas que considere prioritarios como colectivo. Desde Von Haldenwang, la descentralización posibilita el equilibrio entre el fortalecimiento de las estructuras del ente estatal y la

67 MORENO GÓMEZ, Germán Alberto. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud-MIAS-para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? Revista médica de Risaralda, 2016, vol. 22, no 2, p. 73-74.

68 Ibidem pagina 60

*aceptación del régimen político*⁶⁹.

Dentro del Estado se encuentra un elemento decisivo para el desarrollo de la política pública en salud pública social, asimismo se contiene en este el concepto de gobernabilidad, el cual tiene en su quehacer epistemológico analizar, estudiar y abordar la acción, sentido y actividades de los gobernantes y dirigentes frente a sociedad civil todo esto con:

*“el propósito de ambientar coherentemente la relación entre las solicitudes, necesidades y reclamos sociales y su priorización en la agenda pública junto al desarrollo de una intervención estatal eficaz para los colectivos”*⁷⁰.

Cabe destacar en este sentido que es necesario en tanto el nivel de vínculo o relación entre estos actores sociales es lo que consentirá la posibilidad de comprender con lógica y sensibilidad humana lo Público en tanto a servicio esencial ayuda colectiva; en palabras de Ibarra, la gobernabilidad se percibe como:

*“Un fenómeno dinámico en el cual se establece una relación entre gobernantes y gobernados donde las capacidades de las instituciones y los movimientos sociales marchan en la construcción de una condición social adecuada de manera tal que les permitan direccionarse llevando a los ciudadanos a creer y respetar la autoridad establecida en la medida que esta autoridad permita mantener expectativas sobre el cumplimiento del gobierno en términos de eficiencia y eficacia”*⁷¹.

Seguidamente es de manifiestas que la responsabilidad de las distintas instituciones significa gran parte de los desafíos para la observancia de los designios de la gobernabilidad; de esta postura se tiene que:

“siendo constantes receptoras de las distintas demandas sociales procedentes de las dinámicas entre los entes territoriales,

69 VON HALDENWANG, Christian. Hacia un concepto politológico de la descentralización del Estado en América Latina. Revista EURE-Revista de Estudios Urbano Regionales, 1990, vol. 16, no 50, p. 225.

70 Ibidem pagina 45

71 IBARRA, S. del P. Descentralización, gobernabilidad y legitimidad: una discusión politológica. Papel político (13), 2001, p. 88.

se hace imperante que estos enfoquen su accionar sea bajo la visión holística de la atención en salud. Comprender que cada órgano institucional hace parte de un todo, que en este caso sería la promoción del bienestar y la equidad para la ciudadanía formula una buena articulación intersectorial”⁷².

En cuanto a gerencia y operatividad de los sistemas sociales en salud pública el gobierno la gobernabilidad y la gobernanza, suele parecer una herramienta la denominada gestiones por parte del Estado deben de desplegar desde de un espacio global que se fije desde una misma intención, como lo es la vida digna es así que se puede destacar en este sentido:

“La directriz en común es la que forja a cada institución pública ejecute objetivos desde sus áreas para aportar al carácter integral de la salud pública que, en su esencia, se nutre de todas las áreas del conocimiento y, por tanto, promueve que las políticas en educación, medio ambiente, entre otras, partan su gestión desde los principios constitucionales que encauzan la calidad de la vida de los seres humanos”⁷³.

Consecutivamente a las ideas antes esbozadas y tenido en cuenta nuevos procesos de Gestión Pública encauzada en expandir el camino del pensamiento democrático actual que acoge la teoría científica y positiva de la administración de Taylor⁷⁴ en donde:

“Para la gestión pública, expresa un enfoque organizacional enmarcado en la departamentalización de las funciones, en las cuales, si bien existe una planeación específica para cada uno de los sectores, todos se encuentran encaminados a participar en el todo de la función del Estado”⁷⁵. De esto suele ocurrir que las intervenciones coordinadas que permiten ver los indicadores de gestión de las políticas públicas en salud, ya que no solo logra la vinculación y la formulación de proyecto coordinados, sino que vigilen a cada sector que este articulado a un solo objetivo, lo que permite aislar los

72 OPS. Op. Cit, p. 13

73 GIMÉNEZ MERCADO, Claudia; VALENTE ADARME, Xavier. El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes. Cuadernos del CENDES, 2010, vol. 27, no 74, p. 51-79.

74 BERNAL AGUDO, José Luis, et al. La nueva gestión pública (NGP/NPM): El desembarco de las ideas neoliberales con la LOMCE. 2013.

75 La distribución de acciones estatales por medio de órganos privados y sociales para la prestación de servicios públicos refleja lo que Taylor denomina la “descentralización de las decisiones” por medio de estrategias de competitividad del sector privado en clave de incentivos y sanciones. Además de esto, la inserción de la idea de cliente al ciudadano, las sistematizaciones de procesos de control de las acciones han transgredido la manera de comprender lo público bajo exigencias en la actualidad.

causantes de las problemáticas y las respuestas de cada uno de los sectores que participan en la gestión⁷⁶

2.1.3. Redimensión socio educativa de la promoción y prevención en salud.

Los compromisos adquiridos fundamentalmente se encuentra la inicial Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en 1986, consagrada en la llamada Carta de Ottawa, la cual establece nuevos ejercicios en materia de políticas públicas, entendiendo la salud física, mental y social como indicador del desarrollo humano y la equidad sanitaria como medios para ser alcanzados. Por ello, se prescribe “la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad” como prerrequisitos indispensables para el fomento de la salud; por tanto, la salud en una mirada es de:⁷⁷.

“concebir la salud más allá de la ausencia de enfermedad conduce a reconfigurar las formas de promoción y prevención desarrolladas por la institucionalidad. El carácter transversal con la cual es apreciada requiere una transformación en los paradigmas de las dinámicas políticas, económicas y culturales que expresa el sistema social actual y que, en efecto, dirigen las acciones dentro del sistema de salud de los Estados”⁷⁸

La Carta de Ottawa limita la necesidad de dirigir los caminos, a todos los integrantes del sistema social, en camino a una nueva concepción del bienestar y, a partir de allí, se facilita los mecanismos de acción a esa vida saludable o bien lo expresa, esta encauzada a la extensión de “fomentar al máximo su salud potencial”⁷⁹.

Al punto, de comprensión que nos enfocamos es a la importancia del convenio para que todos los actores del sistema social sean capaces de reestructurar sus comportamientos y constituyan prácticas organizadas al bienestar general, lo que implica visibilizar puntos

⁷⁶ OPS. Op. Cit. p. 14.

⁷⁷ CARTA DE OTTAWA. Primera conferencia internacional sobre promoción de salud. Ottawa, 21 de noviembre de 1986.

⁷⁸ Ibidem

⁷⁹ CARTA DE OTTAWA. Op.

fijos reales de bienestar como el empleo, la alimentación, vivienda, entre otros, y otros contundentes que se relacionan a las creencias, formaciones y emociones haciendo de la salud, tal como lo sustenta de López, “una acción educativa, persuasiva y motivacional orientada a fomentar conocimiento y preferencia a los comportamientos humanos saludables”⁸⁰, de esta manera se puede manifestar que:

“El Estado regularmente de forma integral las acciones de los actores involucrados ya que, al ser un aspecto transversal a todas las interacciones humanas, es importante la existencia de una autoridad gubernamental que controle las dinámicas económicas, sociales y sanitarias que se generen puedan llegar a desviar el propósito común de ofrecer una vida digna a su población. Esto nos ubica a que las políticas públicas direccionadas a las áreas concernientes, la promoción de ambientes saludables, darles estructura a las acciones comunitarias, el desarrollo de aptitudes individuales y la reorientación del servicio sanitario”⁸¹.

2.1.4. Cambios y mejoras en salubridad Pública y Colectiva.

Para Franco-Giraldo, tiene dentro de su expresión literaria lograr a exhortar al igual que repensar las políticas de salud, con sentido social humanitario, implica adaptar las estructuras institucionales a las visiones del ciudadano global que en tanto se puede expresar que:

Se puede afirmar que entonces para continuar ilustrando, interpretando y argumentado los contenidos de la salubridad pública con carácter de transformacional de las lógicas de factores determinantes en la enfermedad a partir de la gestión y administración sanitaria Estatal, por ello se torna consecuente presenta que las:

“Nuevos desafíos exigen análisis y pensamiento estratégico, capacidad de negociación, competencia social y creatividad; políticas públicas salutogénicas, entornos sociales saludables,

⁸⁰ LÓPEZ, Elkin Martínez. Promoción de la salud. Investigación y Educación en Enfermería, 1998, vol. 16, no 2. p. 127.

⁸¹ LÓPEZ, Elkin Martínez Op. Cit., p. 129.

cambios en el concepto de lo público en relación con la salud, garantía de acceso a la salud; democratización política, cultural y del conocimiento, fortalecimiento de la sociedad civil, desarrollo local entre otros aspectos”⁸².

Uno de los principales efectos del fracaso de los sistemas de salud en América Latina se encuentra sumamente relacionado con la incorrecta implementación de los programas de prevención y promoción de la salud bajo el concepto obsoleto de “ausencia de enfermedad”; dejando a un lado el enfoque holístico de la producción pública sanitaria⁸³, en este entorno se muestra:

“El real accionar expone la importancia de buenas prácticas, velando por un bienestar más allá de lo físico, y que posibilita el desarrollo del ser humano y sus intereses en un ambiente sostenible. Esto es lo que ha sido obviado por los Estados latinoamericanos en simples reestructuraciones enmarcados en reducción de costos”⁸⁴.

La gestión estatal no puede estar sujeta a la ausencia de las enfermedades como componente determinante para el desarrollo humano, ya que la salud en el presente se extiende principalmente en ajustar los bienes naturales a escenarios específicas, es decir, la institucionalidad debe saber equalizar las posibilidades de desarrollo a toda la sociedad civil donde encuentren en igualdad de condiciones para hallar calidad de vida por ello se complementa con:

“La visión social del Estado debe ser consecuente en proveer calidad de vida que se adapte a las circunstancias del individuo consigo y su entorno social. Es lo que debe proclamar el Estado de Derecho, promoción del bienestar y equidad en los colectivos y sus territorios”⁸⁵.

82 Ibid. p. 195.

83 Los sistemas de salud en Latinoamérica han priorizado los servicios de atención en hospitales antes de políticas económicas, ambientales y educativas que, de manera alterna, promuevan el desarrollo humano, dejando a un lado la integralidad de un estado saludable en las dinámicas sociales a las que se ve inmersa la ciudadanía.

84 LÓPEZ. Op. Cit. p. 125.

85 El desarrollo pleno a través de acciones que permitan la calidad de vida en la ciudadanía es el estandarte principal de los Estados democráticos contemporáneos.

2.1.5. Identificación de Evidencias en Salud Pública y Colectiva

La salud pública la cual está vinculada a la rama científica siempre ha fundamentado sus procedimientos y conclusiones a partir de la experiencia. Concibiendo los aspectos que comprende, la imperante necesidad de proceder de manera meticulosa y eficaz en todo lo relacionado al cuidado de la vida, expresando grandes responsabilidades en lo político, lo social y lo moral al momento de “indagar, analizar y explicar” los conflictos que se despliegan en la búsqueda del bienestar⁸⁶, entre tanto la comisión de pretender científicamente ayudar en salud se podría predicar:

“Al fundamentar su gestión en evidencias, los adelantos investigativos en salud pública se exponen como principal herramienta para los fines del Estado, ya que presentan las causales y los conductos a seguir para solucionar las problemáticas sanitarias, por lo cual, se toman como contribuciones a la hora de tomar la decisión durante la formulación de políticas públicas⁸⁷. Es evidente la importancia de un trabajo mancomunado entre la ciencia médica y la gestión gubernamental a fin de alcanzar una salud integral”.

En este sentido, se hace inevitable que las estrategias de desarrollo en ciencia y tecnología actúen en consonancia con el ejercicio político en “el equilibrio adecuado entre la excelencia y la pertinencia de la investigación en salud”⁸⁸. Cabe resaltar la gran importancia que el Estado enfoque todos sus recursos en el avance investigativo conformes a su entorno, se abrirán los caminos al desarrollo transversal del bienestar colectivo del asociado de ello es necesario investirse o diseñar formas reflejadas en:

“Las estrategias utilizadas a partir de la idea globalizada de la salud es la creación de agendas concertadas entre las organizaciones científicas y los Estados alrededor del mundo, que articulen los recursos investigativos, políticos y financieros a nivel nacional e internacional⁸⁹. Con estas condiciones, se ha

86 DE LOS RÍOS, Rebecca. La promoción de la investigación en salud pública: búsqueda del equilibrio entre pertinencia y excelencia. Revista Panamericana de Salud Pública, 1999, vol. 5, p. 309-315.

87 DE LOS RÍOS. Op. Cit, p. 310.

88 Ibid., p. 311.

89 DE LOS RÍOS. Op. Cit., p. 312.

fundamentado a establecer concursos de apoyo en proyectos de investigación, el trabajo colaborativo entre organizaciones científicas⁹⁰, la colaboración entre países para dotar de recursos a las organizaciones y efectuar una responsabilidad conjunta que armonice la cooperación técnica y permita cumplir los acuerdos en derechos humanos para la vida digna de todas las sociedades”.

2.2. Fines dogmáticos en salud pública social.

La principal finalidad de la salud pública consiste en viabilizar el libre desenvolvimiento de la vida de manera integral en los aspectos sociales y económicos que participe⁹¹. Con esto se da el aprovisionamiento, del bienestar, la libertad y productividad, necesaria en los Estados una garantía de carácter universal y concertado, en su total literalidad, sea consagrada en las constituciones para su ejecución.

De esta forma, se concibe que el carácter multidimensional, requiere una pertinente reflexión acerca de todas y cada una de las áreas en que interactúan los grupos humanos⁹². Se da, bajo el precepto

general del bienestar, físico, psíquico, ambiental, social y económico, entre otros, que puedan afectar las interacciones⁹³.

Siguiendo a Vega-Franco⁹⁴ “la salud pública contemporánea constituye un espacio que, por su propia naturaleza, reúne elementos biológicos, sociales y culturales tanto de individuos como de colectividades, pero su dominio concierne centralmente a la población y su entorno”. Se puede afirmar que la influencia del ámbito nat-

⁹⁰ Dentro de los objetivos de Salud y bienestar de los ODS, como acuerdo internacional, se establecieron entre las metas “apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos” Véase: Mohammed, A. Adhanom, T. Vida saludable, bienestar y objetivos de desarrollo sostenible. Boletín de La Organización Mundial de La Salud, 2018, vol. 96, no 9, p. 589-664.

⁹¹ OMS. Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud N|°240, pág. 39. 30ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 2-19 de mayo de 1977.

⁹² Como se ha reiterado, la visión holística del desarrollo humano es el punto de partida para abrir espacios de discusión en lo público que obliguen a incluir la salud como un objetivo imprescindible en la estructuración de todas las políticas.

⁹³ RUA. Concepto de Salud y de Salud Pública. Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante.

⁹⁴ VEGA-FRANCO, L. La salud en el contexto de la nueva salud pública. México, D.F.: El Manual Moderno/Universidad Nacional Autónoma de México, 2000, 148 pp.

ural o un sistema donde confluyen dinámicas propias de los seres humanos que deben ser oportunamente propiciadas por las autoridades que detentan el poder político.

Los niveles de influencia en la población in situ, se considera el poder público como componente formal y determinado de acción; de un modo que ejecuta y afianza de forma objetiva los asuntos sociales. Se le establece a la salud pública una identidad funcional, que designa los parámetros de como se le debe de ejecutar el plan de acción a los ciudadanos⁹⁵.

Las funciones comprenden, de manera inexorable, los criterios de análisis, indagación de los estudios de las realidades; que rodean a la salud; participación poblacional, las inconveniencias, distribución, prestación de servicio, la disminución, distinción y el control de riesgos, y otros⁹⁶, de estos puede:

“Acotar que las generalidades, cuya predestinación se fortalece en el acercamiento racional sobre el análisis de las funciones esenciales de la salud pública, a grosso modo, se describen bajo los propósitos venideros, continuamente esté vigente de los parámetros determinados, por medio de la cual se establece el modus operandi del Estado, como sujeto activo del desarrollo e implementación de la salud pública, toda vez que se comprenda esta descripción empírico-conceptual como una obligación superior a cargo del mismo, como lo afirma Gañán”⁹⁷.

La coincidencia práctica se categoriza en distintas etapas; es decir, dentro del espacio de mejoramiento de la salubridad integral para todos los individuos, instituciones, grupos, comunidades y actores integrantes de la sociedad, en esta perspectiva es menester traer a mención:

“Para la Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria (DIGESA)⁹⁸ corresponde equivalentemente a las

95 DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA, Funciones Esenciales de la Salud Pública. Ministerio de Salud, Perú, pág. 2.

96 ARTAZA BARRIOS, OSVALDO. Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal: experiencia federal. - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2017, pág. 13.

97 GAÑÁN ECHAVARRÍA, Jaime León. Op. Cit, p. 19.

98 DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA. Op. Cit, p. 19.

operaciones identificables, pero cada una de estas funciones se desarrolla dentro de una etapa de procedibilidad contextual, que se pueden determinar de la manera continuada”.

2.2.1. Período de Conocimiento

La prevención se toma como el punto originario junto con la prevención para sí poder establecer planes de acción, que se dirigen a la intervención estatal, bajo la prerrogativa a la garantía constitucional del ejercicio y goce del derecho a la salud, por tanto, es de precisar que:

“se deben ejecutar una serie de funciones por parte del Estado interventor, dentro del conducto de las instituciones públicas y privadas que colaboran en la aplicación eficaz de las políticas de salud pública en materia individual y colectiva con todos los ciudadanos”⁹⁹.

Las funciones enmarcan las actividades con las que se miden la planificación, participación, vigilancia, indagación, la valoración de todos los elementos del manejo público en salud y sanidad por ende en todo estudio del panorama contextual que cobija el marco poblacional y comunitario sobre el cual se da aplicabilidad a las diferentes directrices materializadas en:

“Las políticas públicas¹⁰⁰, cuya discusión es objeto de este traslado, con el fin de determinar las áreas de acción funcionales y las que aducen mejoría, ya sea de manera inmediata o progresiva, dentro de la ejecución de las políticas con posterioridad a este análisis”.

Por consiguientemente, estas actividades se ejecutan a través de investigaciones y estudios de carácter sociológico en salud, para establecer la relación entre necesidad-precepto, y de esta manera obrar en ocasión de la relevancia especial de un sector con respecto de

⁹⁹ GAÑÁN ECHAVARRÍA, Jaime León. Op. Cit. p. 72.

¹⁰⁰ El modelo secuencial de las políticas públicas establece como paso inicial la identificación del problema, en el cual se realiza un análisis de las condiciones poblacionales frente a la situación conflictiva, en este punto se hace necesario incluir un proceso investigativo para hallar las causas y las posibles vías de intervención del aparato gubernamental. Véase: Deubel, A. N. R. (2008). Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? Estudios políticos, (33), 67-91.

otros, todo esto, dentro de la misma autoridad convencional de la naturaleza del asunto.

La sociología, se ha tomado como una herramienta para descubrir la incidencia del entorno en que se mueve el individuo, y su desenvolvimiento como elemento integral de la sociedad, en todas sus formas entonces:

“Se puede, comprender que la evaluación procedente de las ciencias sociales resulta fundamental para la comprensión de las necesidades en salud de los ciudadanos tanto individual como colectiva, ya que se representa como la herramienta idónea para el análisis del individuo y su desarrollo en todas las esferas de la vida social, como lo describen Rojo y García”¹⁰¹.

2.2.2. Periodo ubicación

En un momento dado, se lleva a cabo el proceso donde se convergen y se inicia la actuación mediadora del Estado, donde se aplican los lineamientos jurídicos de la circunscripción correspondiente al tema en cuestión, en donde se reúnen a todos los sujetos que intervienen en la relación del ejercicio cabe afirmar establecer:

“En este segmento se hacen efectivas las funciones de comunicación, monitoreo, equidad, y calidad¹⁰². Puesto que se transmite la intencionalidad de llevar al pleno enteramiento a la comunidad acerca de la disposición estatal para garantizar un estado de bienestar común a todos los incorporados, así como controlar el proceso de ejecución de la actividad, como lo atañe Artaza”¹⁰³.

Se toma, el principio de equidad en el desarrollo de la gestión y la administración de forma que ambas se entre cruzan para la efectiva mediación del sistema estatal en favor de la población, siempre presente como una obligación de éste con aquella. Por otra parte,

101 ROJO PÉREZ, Nereida; GARCÍA GONZÁLES, Rosario. Sociología y salud. Reflexiones para la acción. Escuela Nacional de Salud Pública, Rev. Cubana Salud Pública. v.26 n.2 Ciudad de La Habana jul.-dic. 2000.

102 Esto se encuentra relacionado dentro del ciclo de política al análisis de procesos de formulación de la política. Véase: WINCHESTER, Lucy. Políticas públicas: formulación y evaluación. 2016.

103 ARTAZA BARRIOS, Osvaldo. Op. Cit, p. 101.

Manrique¹⁰⁴:

“se da una discusión dinámica acerca de la visibilidad del Estado con respecto a la eficacia de las políticas públicas, es imperante aclarar que la realidad sobrepasa las estipulaciones que resultan con respecto a la prevención sobre transparencia en el ejercicio y exhibición del poder público, y especialmente en el ámbito económico”¹⁰⁵”

Consecutivamente, las disposiciones que se necesitan para responder a los indicadores como punto diferenciador ante las diferentes medidas dadas por la auditoría de la sucesión aplicativa por tanto dentro de institución rectora desde los preceptos constitucionales y legales para el manejo de lo público y universal en salud que es:

“El Estado establece todos los mecanismos posibles (por lo menos teóricamente) para que su actividad interventora se lleve a cabo con toda la pertinencia, eficiencia y procedencia, y para esto, se utiliza el aparato estatal, por medio del accionar de las instituciones y/o entes de control, controlando y comprobando el cumplimiento y la debida prestación del servicio a la comunidad”¹⁰⁶.

2.2.3. Periodo de Gestión administrativa sostenible.

Si le realizamos seguimiento al proceso de intervención fiscal y de sanidad, se determinan las directrices y regímenes aplicables al ejercicio, con respecto a las autoridades sanitarias y su labor de administradora del proceso. En estas etapas confluyen los cargos de rectoría, principalmente, y las de responsabilidad, manejo y administración¹⁰⁷, por ende, se subraya:

“El desarrollo de este accionar, a la orden de las entidades a cargo, se representa en tareas de conducción, que van encami-

104 MANRIQUE VILLANUEVA, Lina; ESLAVA SCHMALBACH, Javier. Auscultando la corrupción en la salud: Definición y causas. ¿Qué está en juego?, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 4 octubre-diciembre 2011 (308-314). Pág. 2-3.

105 Ibidem

106 CIFUENTES, Blanca Piedad. Auditoría del Servicio. CES Salud Pública. 2015; 6: 102-115, pág. 5.

107 Este es un elemento crucial dentro de la idea descentralizada del sistema de salud. Véase: CARNOTA LAUZÁN, Orlando. El costo en salud y la corresponsabilidad clínica desde un enfoque gerencial. Revista Cubana de Salud Pública, 2010, vol. 36, p. 222-232.

nadas a la gestión de los recursos, del personal, y de cada una de las actividades específicas dentro de su respectivo radio de acción, en otras palabras, la coordinación del itinerario y toda la logística necesaria para su implementación”¹⁰⁸.

Es pertinente decir que el sistema está enmarcado por métodos dándole las directrices nacionales en general, buscando establecer acciones simplificadas y procedimientos estandarizados que dentro es la gestión sistémica funcional en agentes sanitarios estos:

“A su vez, se trata de un proceso de administración de los recursos económicos destinados para el traslado de la actividad general, sin hacer obstáculo a los conductos de transparencia que no deben nunca ausentarse del sumario, bajo el entendido de que tales recursos provienen tanto de empleados con empleadores a escala nacional, es decir, proviene de la población, quienes son los principales contribuyentes”¹⁰⁹.

2.2.4. Periodo de Universidad y demanda inducida.

La convicción con la que se desenvuelve el grupo colabora a la eficiencia del servicio, se describen una serie de procedimientos encaminados a la representación del manejo eficaz del personal, asegurando la capacitación y cualificación de este, para que la estructura orgánica esté representada por factores de experticia, competencia y profesionalismo, entonces se comprende de tal sentido:

“Es cuando se extienden las funciones de ascenso, y administración al personal, garantizando recursos humanos para la confección de las prácticas administrativas, laborales, económicas y sociales de salud pública. A su vez, se trata de asegurar un acceso equitativo a los servidores sanitarios, y su interacción con la población”¹¹⁰.

108 MUÑOZ, Fernando. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.

109 ORDÓNEZ, MALDONADO, Alejandro. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud - Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas. ISBN 978-958-99991-5-8, Procuraduría General de la Nación, pág. 13.

110 OMS. Personal Sanitario. Departamento de Recursos Humanos para la Salud, Organización Mundial de la Salud.

Dándole conclusión a este punto, la OPS¹¹¹ aclara que, a través del trabajo y aplicación de las políticas públicas en materia de salud, lo que se busca es la accesibilidad a toda la población, a excepción alguna de discriminación, de manera sectorizada, de acuerdo con las necesidades de cada región, para que exista un acceso universal en la atención y el servicio de la salud pública, para todos, de ello se infiere:

“Analizando las distintas fases, se podría entrever cinco grandes focos funcionales de la salud pública: observación, evaluación, resiliencia, calidad, vigilancia, promoción y acceso. Igualmente, el valor principal de la función de la salud pública, entendida como un derecho, teniendo el carácter de servicio público para todos; conlleva a pensar que lo que se consigna en la planificación de las estrategias dirigidas en la implementación del servicio, su acceso propicio y la atención universal, no converge fuera de la concepción de la dignidad humana como centro de la actividad estatal, propiamente, de la salud pública, como lo establece Pineda”¹¹².

El progreso de la salud pública como una función estatal, se desarrollan presupuestos de inclusión, en donde los ciudadanos no sólo participan en el ejercicio de esta función, sino que hacen parte de todo el proceso, es decir, conviven en todas las etapas¹¹³, en sentido de realce de etapas y procedimientos administrativos se cita:

“El proceso de planificación, son objeto (su calidad de vida) de análisis, en el estudio de las necesidades sanitarias que posean, puesto que se deben observar los contextos de vida en las que se hallan, para establecer las directrices hacia las cuales se va a encaminar el plan de acción. Ulteriormente, en la etapa de calidad, asumen el papel de entes de vigilancia y control, como veedores de la actividad del Estado en el desarrollo de las políticas públicas”¹¹⁴, es decir, cuando el plan de acción ya

111 OPS; OMS. 53vo. Consejo Directivo. 66.A Sesión Del Comité Regional De La OMS Para Las Américas, Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014, CD53.R14. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para las Américas.

112 PINEDA OLIVEROS, Olga Lorena. Capítulo I. Caracterización social del Estado colombiano. En: La Salud Pública Como Función Estatal. Responsabilidad del Estado por omisión de políticas públicas de sanidad mental. ISBN 978-958-769-313-3. 2015, pp. 17-26.

113 SALVADOR HERNÁNDEZ, Yudith. La participación ciudadana en la Salud Pública. Educación Médica. Correo Científico Médico, Versión On-Line ISSN 1560-4381. Cm Vol.22 No.4 Holguín Oct.-Dic, 2018.

114 SÁNCHEZ RAMOS, Miguel Ángel. La participación ciudadana en la esfera de lo público*. Universidad Autónoma del Estado de México. Espacios Públicos, ISSN: 1665-8140. Vol. 12, núm. 25, Toluca, México, 2009, pp. 85-102.

ha entrado en una etapa de ejecución”.

Por último, se desenvuelve como “usuario” en la etapa de acceso, puesto que es el beneficiario directo del despliegue de esta función estatal en la realidad, con esto se pretende facilitar n manejo coherente sostenible de acciones donde:

“Se realiza una comprobación de la accesibilidad y calidad del servicio, así como la integralidad que debe abarcar, en atención a toda la ciudadanía¹¹⁵, sin discriminación de ningún tipo. Contario sensu, se establezca una atención incluyente, integral, generalizada y de calidad para toda la población”¹¹⁶.

2.3. Higiene Histórica Social

El higienismo, como campo de investigación, se encargó de analizar la relación entre la salud pública, el individuo, colectivo y el medio ambiente, de esta manera pudiesen explicarse los orígenes de enfermedades endémicas y epidémicas¹¹⁷ que estos están:

“basados en el comportamiento del sistema, y con estudios realizados a partir de la preocupación e interés sobre la calidad de vida y el desarrollo de los individuos dentro del mismo sistema”¹¹⁸.

Cabe decir que dentro del higienismo regulado debe existir ley General de Sanidad (código Sanitario Ley 9 de 1979), establece lineamientos y principios generales en los cuales se contiene orientación y educación para la salud, desarrollo sustentable y sostenible de la población, así también la prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, su extensión a toda la población de forma progresiva, acceso en condiciones de igualdad efectiva, superación de las desigualdades territoriales y sociales, participación comunitaria a través de los entes territoriales, zonas

115 ARTAZA BARRIOS, Osvaldo. Op. Cit, p. 101.

116 Ibidem 102

117 El contexto de crisis sanitaria propio del momento histórico hizo que cobrará gran relevancia el análisis de la enfermedad transmisible, su origen y prevención, lo cual, a gran escala significó el inicio de los planteamientos de la salud colectiva.

118 ARTEAGA, Luis. Higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica. Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque. Historiam Illustrandam, 1985, vol. 5, p. 417-425.

éticas y raizales pro ello en aras en verificar se puede:

“destacar que la labor de comprobar e implementar nuevas directrices estatales y sistémicas desde lo jurídico, social y político para la vida de los individuos en relación con el medio ambiente y el sistema en el cual se desarrollan se convirtió en unos los pilares de la salud pública y el cuidado general, impactando de manera profunda en la cotidianidad de los años en los cuales empezó a desarrollarse y alcanzando nuevas conquistas en materia de control social y prevención de salubridad”¹¹⁹.

Los factores determinantes en salud se enfrentan desde el higienismo es una preocupación propia de siglos anteriores, su progreso sirvió como cimiento primordial para el desarrollo de la corriente histórica del estudio medioambiental y la salud pública, es en sentido historiográfico se resalta:

“Parte de la segunda mitad del siglo XIX, la preocupación se extendida por la higiene d ellos alimento y seguridad nutricional, forjó en la sociedad una apertura de pensamiento, dándole a los individuos una nueva manera de practicar y comportarse, en los currículos escolares se extendieron textos respecto a la higiene y su importancia en la sociedad, generando así en los más jóvenes una serie de dinámicas de cuidado y urbanidad”¹²⁰, también la consagración de la urbanidad y la higiene como un valor moral en la época, y la manera en que estos permearon dentro de los currículos escolares, se extendió con mayor velocidad la necesidad de conductas de limpieza y autocuidado que lograran, al ser realizadas de manera general por la sociedad civil, disminuir los estragos de las enfermedades y las transmisiones y contagios que azotaban a la población de la época”.

En este sentido la prestación de servicios se puede decir que esta función de los sistemas de salud más identificable por todos, corresponde administrar el curso de atención en salud, promoción, prevención, atención, diagnóstico, intervención, recuperación y reha-

119 Ibidem 467

120 GUEREÑA, Jean-Louis. Urbanidad, higiene e higienismo. Áreas. Revista Internacional de Ciencias Sociales, 2000, no 20, p. 62.

bilitación.

Pueden identificarse prestadores individuales como el médico en su propia consulta, y prestadores institucionales (IPS y ESE), entonces las medidas tomadas por el higienismo posicionaron la consagración de la limpieza y lograron establecerla como un valor social universal¹²¹ elementos propios de la atención primaria en salud o factores determinantes en salud tales como la seguridad alimentaria y nutricional.

De esta manera logrando convertir las acciones de cuidado, higiene, asepsias, lavado de manos de cuerpo, autocuidado - tales como los baños - en una norma social necesaria para el mantenimiento de la salud pública, con posiciones de los expertos en inmunidad puede expresarse:

“Asimismo, de esta coyuntura, el respeto de este nuevo valor público y sus implicaciones dentro de las acciones particulares se convertiría en un factor imprescindible para el mantenimiento del orden social, instaurando también la necesidad de planificar las ciudades de tal forma que pudiesen implementar de la mejor manera posible todos los parámetros de higiene y limpieza¹²² que permitieran aminorar la transmisión de enfermedades contagiosas”.

La base de estudio en cual se encilla el higienismo Público es una de las prioridades la salud pública la cual genera permanentes cambios y transformaciones dentro de los ambientes y contextos urbanos, interrelaciones, vínculos, obligaciones, responsabilidades de la ciudadanía infraestructura de ciudad de esta forma la interacción de las personas y colectivos con su espacio geográfico

También se hace de interés en razón de fundamento que los postulados conformes al higienismo son la plataforma para resolver las crisis sanitarias y de esta manera convertirse en la experta en la

121 Antes relegada a un papel secundario que dependía de las necesidades de ostentación del individuo, es decir, la limpieza evoluciono de ser un lujo para las altas sociedades a un valor colectivo que correspondía a los individuos independientemente de su condición económica.

122 Al comprender que las condiciones de salud del entorno eran, en gran medida, las causantes de estragos en la salud de los individuos, el urbanismo tuvo que enfocarse a la construcción de planes de mejora en los cuales pudiese purificarse en la mayor medida posible las condiciones estructurales de las ciudades, de forma que estas dejaran de ser un campo fértil para el desarrollo y transmisión de enfermedades.

atención de modelos colectivos de asistencia social de poblaciones, grupos, comunidad e individuos así la salud viene a organizar y planificar el funcionamiento regular de los impactos sociales en la salud y la enfermedad, téngase presente siempre buscando el bienestar general de las poblaciones ¹²³, entonces en aras de afianzar lo expuesto es menester:

“Para comprender el impacto que generó esta corriente a las bases de la sociedad, es necesario describir el panorama y la normalidad propia del principio del siglo XIX. En, primeramente, la pulcritud parecía estar reservada exclusivamente para aquello que fuese visible, es decir, era una cuestión de apariencias que se restringía a mantener aquellas partes del cuerpo que se encontraban bajo constante observación de la manera más presentable posible, por tanto, los baños no eran parte de las dinámicas de vida regulares como lo son actualmente”¹²⁴.

Al no estar delimitado específicamente las construcciones baños dentro de los reglamentos públicos, les concernían entonces a cuestiones de “crisis permanente” demostrando los intentos de consolidarse la salud pública en una variable moral social que consiguiera, debido a la intensa preocupación por los aspectos de la regeneración, originarse distintas conductas y miserias dentro de los individuos y colectivos entonces argumentando vale matizar:

“Con la masificación del discurso higienista se transformaron las necesidades domésticas, generando así nuevos baños en las viviendas para facilitar la higiene de las personas y corresponder con las exigencias de su círculo de interacciones; el higienismo impulsó en gran medida el establecimiento de la salud pública dentro de las dinámicas estatales¹²⁵, la gran relevancia del movimiento de salud pública que establecía la necesidad de los Estados de inmiscuirse en las cuestiones sanitarias y generar políticas de control y garantías que generaran una legislación fijada. Lo más importante de este movimiento es que

123 THOMASZ, Ana Gretel. Debajo de la alfombra de los barrios del sur. Derecho a la ciudad o nuevas formas de higienismo. Intersecciones en antropología, 2010, vol. 11, no 1, p. 15-27.

124 VALLEJO, Gustavo Gabriel. Higienismo y sectores populares en La Plata. Estudios del Hábitat, 1997.

125 Como la persecución de intereses de carácter económico y social a garantizar el correcto desarrollo de los individuos y la conservación de su integridad física y su bienestar, de forma que no se vieran afectadas sus actividades dentro del sistema político y no hubiese desbalances en los demás campos del desarrollo.

no se restringía a las cuestiones técnicas, sino que buscaba, de manera integral, una mejora óptima y sistemática del ambiente urbano que lograra la estabilización social”¹²⁶.

Ahora bien, siguiendo afirmaciones y conceptos en cuanto a la preocupación histórica, científica, social y cultural de las sociedades del conocimiento, es permitente esbozar la concepción de promover el pensamiento de las prácticas sanitarias en la vida cotidiana fue de:

“Edwin Chadwick, un hombre con formación jurídica y desarrollo dentro del campo de la administración pública, el cual participó en el diseño de la legislación sanitaria inglesa y afirmaba que la necesidad de salud pública no correspondía a un conjunto de necesidades particulares sino a la necesidad general de desarrollo económico y del capital humano en los Estados, por tanto, la salud pública como sujeto relevante dentro de las administraciones se debía a su necesidad de conservar el cuidado del cuerpo como un estadio de bienestar y mejorar las condiciones”¹²⁷.

Se debían de observar los escenarios que originaban el declive de la salud pública eran de carácter individual (ausencia de principios promocionales y seguimientos antropológico y antropométricos en salud), la generalidad de las mismas era de carácter similar y no es-tribaban únicamente de un individuo (aire pesado con impurezas, aguas residuales, descomposición de animales, atmosfera toxica, lluvias acidas, ausencia de alcantarillado y acueducto, sin recolectores de aguas lluvias), es así que:

“por lo tanto, el higienismo planteaba la existencia de una responsabilidad estatal y una responsabilidad individual, ambas ineludibles y necesarias para una correcta sintonía y desarrollo de la planificación de la ciudad y la salud pública”¹²⁸.

Continuando en orden sucesivas de ideas lógicas y argumentati-

¹²⁶ GOROSTIZA, José Luis Ramos. Edwin Chadwick, el movimiento británico de salud pública y el higienismo español. Revista de Historia Industrial. Economía y Empresa, 2014, vol. 23, no 55, p. 13.

¹²⁷ GOROSTIZA, Op. Cit., p. 17.

¹²⁸ Ibidem

vas se puede afirmar entonces que, las preocupaciones higienistas toman como punto de referencia un conjunto de necesidades que se llevan a un plano social, cultural y antropológico sanitario, entre estos por enunciar la pobreza, precariedad, miseria y falta de nutrición y alimentación:

“Donde el mantenimiento del ambiente y las relacionan con las actividades individuales de autocuidado, generando así unas nuevas dinámicas de interacción en las cuales la responsabilidad particular se adhesión a la responsabilidad administrativa y se construye ciudad a partir de la planificación técnica y el establecimiento de nuevas normas de conducta y valores morales públicos que siroan de garantía a las medidas implementadas, es decir, la salud pública dentro de esta perspectiva se compone de acciones particulares de cuidado y acciones institucionales de conservación, garantía y prevención”¹²⁹.

En cuanto a las aspiraciones higienistas lo fundamental era el objetivo social-cultural, se entreve la influencia de las clases marginadas y menos privilegiadas con complicaciones de salud que azotaban a los ciudadanos, de tal manera que, los predecesores de esta corriente pretendían formar e ilustrar al poder público y su protagonismo de la salud de la población a partir de estudio lógicos, los cuales se orientaban en la prosperidad y el patrimonio frente a las desigualdades.¹³⁰

“Después de la revolución industrial y con el surgimiento de una clase obrera masiva, los problemas de salud individual se transformaron en un problema de eficacia y desarrollo económico en cuanto, al tocarse los límites de la resistencia de un individuo, se le inhabilita o rentabiliza en el desarrollo en las actividades laborales. De esta manera, el origen de las enfermedades cobró un entendimiento social, y se comenzó a relacionar la precariedad de las condiciones de vida con los problemas de la salud colectiva”¹³¹.

129 GUEREÑA, Jean-Louis. Urbanidad, higiene e higienismo. Areas. Revista Internacional de Ciencias Sociales, 2000, no 20, p. 67.

130 QUINTANAS, Anna. Higienismo y medicina social: poderes de normalización y formas de sujeción de las clases populares. Isegoría, 2011, no 44, p. 274.

131 QUINTANAS, Op. Cit., p. 276

Es trascendente en esta idea que el médico social se modificará hasta transfigurarse en un actor en constante interacción con la comunidad y poblaciones, pues, al tratar enfermedades o patologías con un origen social, que afectaban de la misma manera a la comunidad y grupos determinados, era forzoso estar conectados en debida forma al mundo social contextual y las tipologías de los individuos y colectivos, tanto aquellos que sufrieran las enfermedades como sus cercanos¹³².

Era un hecho casi improbable desunir los modelos dados por la medicina y la salud colectiva en cuanto estos tienen incidencias en grupos de profesionales del sector, en la vida de los colectivos, de los individuos de la política, llegando a constituir en responsabilidades de la dirección local y regional, contemplados en la idea de bienestar integral sostenibles de la población.

“Las implicaciones sociales dadas por parte de la salud pública, lo ambiental es de igual manera determinante en el desarrollo y mantenimiento de esta, de tal forma que, el cuidado del ambiente es una medida de prevención y control que influye ampliamente en las variables de administración pública de salud y buen gobierno. Los desastres naturales tienen gran incidencia dentro del desarrollo de una comunidad, por tanto, la institucionalidad debe contar con una cobertura y capacidad de acción suficiente para que estos no erosionen el sistema”¹³³.

Cane expresar en ámbito de valoraciones la importancia de señalar la definición de desastre y damnificación desde una óptica saludable con repercusiones colectivas a partir de sanidad fisiológica, mental y social, esto conlleva a ubicar el control preventivo de los procesos biológicos y físico, ocasionarían desastres e inundaciones, colocando a la población en estado deplorables, damnificación, pobreza y limitaciones de acceso a la seguridad alimentaria y nutricional¹³⁴.

“Ahora bien, los desastres se producen por diferentes motivos que son ajenas del ser humano, existe también un gran número

132 QUINTANAS, Op. Cit., p. 277

133 ARCOS GONZALEZ, Pedro Ignacio; CASTRO DELGADO, Rafael y BUSTO PRADO, Francisco del. Disasters and public health: an approach based on the theoretical framework of epidemiology. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 2002, vol.76, n.2. pp.121-132.

134 NOJI, Eric K. Impacto de los desastres en la salud pública. Pan American Health Org, 2000.

de los mismos que se desarrollan a partir de un mal manejo de su entorno por parte de las comunidades, por esto, es imprescindible que las administraciones implementen sistemas de control y vigilancia en lo referente a la salud ambiental que permitan controlar la relación entre los habitantes de su territorio y el ecosistema del territorio, evitando así las dinámicas perjudiciales que, a largo plazo, podrían convertirse en desastres a gran escala que afectarían la fortaleza institucional y el buen desarrollo de la salud colectiva, o, que pueden descontrolar el sistema político con una situación que sobrepase la capacidad administrativa, los cuales dejan secuelas en muchos factores determinantes de salud”¹³⁵.

Colocando a tono con las demandas, reclamos y solicitudes primordiales de la sociedad donde es necesario que las poblaciones con riegos y daños padecidos por fenómenos naturales a causa de erosión y demás agentes del suelo y disfuncionamiento geológico, generado por mal uso de los desechos entre otros, entonces se asumen atendiendo en salud Pública y previniendo el daño del espacio geográfico y ecológico, ello permite salvar a la población.

“Es de vital importancia que se reconozca que se examine la relación entre las condiciones ambientales de una población y su situación en salud, al comprender como el entorno interfiere de una u otra manera en el desarrollo de la misma, es posible que la administración encuentre las prioridades a intervenir y logre realizar políticas integrales y pertinentes que solucionen los problemas o mejoren las condiciones generales, se puede explicar, que una comunidad presenta una enfermedad constante que puede estar relacionada a la falta de agua potable, al reconocer e intervenir el problema la dirección optimiza el sistema de salud y mejora la salud colectiva de esa comunidad en específico y de las agrupaciones con las que tiene contacto”¹³⁶.

El proceso de Atención en salud en una concatenación de etapas por tanto cabe decir que emergencia es un servicio, donde la fase inicial es determinantes progreso, protección de las comunidades, por

135 Ibidem Pagina 6

136 LILLIBRIGDE, Op. Cit., p. 70

tanto, la administración y gestión pública en salud debe encargarse de la intervención y seguimiento de poblaciones vulnerables y se garantice el acceso a los servicios sanitarios y médicos asistenciales y preventivos en el marco de la salud pública.

Es así en aras de resaltar los requerimientos socio-jurídico, judiciales por vías de acciones de tutela y garantismo deben realizarse en reconocimiento del derecho fundamental a la salud y el derecho a la vida y a la dignidad humana que debe defender el Estado, es así en una reseña histórica que:

“Para mencionar en las décadas anteriores el índice de muerte en las sociedades, además de los desastres naturales mencionados anteriormente, fue la transmisión a gran escala de enfermedades, sin embargo, el descubrimiento de sus causales, fuentes de infección, mecanismos de transmisión, catalizadores y variables de susceptibilidad logró desarrollar una serie de medidas preventivas y material académico que, además de disminuir la mortalidad generada por las mismas, influyó en el desarrollo socioeconómico y la nueva perspectiva de acción de las administraciones”¹³⁷.

Dentro del control de las patologías transmisibles e infectocontagiosas es esencial al momento de instituir una política de salud territoriales a través de los planes de trabajo, desarrollo, esto es lo que indica que los gobernantes requieren de perfiles epidemiológicos basados en realidades patógenas transmisibles e infectocontagiosas.

“Causada por un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos, y se manifiestan por la transmisión de ese agente o sus productos, de una persona o animal infectados, o de un reservorio, a un huésped susceptible, directamente o indirectamente a través de una planta intermediaria, un animal huésped, un vector o el ambiente inanimado, es de mencionar, que surge del entorno y se hospeda en el individuo siendo capaz de reproducirse en otros”¹³⁸.

137 GESTAL OTERO, Juan Jesús. Enfermedades infecciosas emergentes. Alerta mundial. Respuesta mundial. 1997.

138 YADÓN, Zaida, et al. Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina. OPS, 2006.

Teniendo presente estas premisas se puede decir, primordialmente la función de salud pública, siendo de orden colectivo en cuanto a la transmisión masiva en un gran número de la comunidad, es decir, una persona infectada por un agente externo es capaz de colapsar el sistema de salud sanitario al no controlar la transmisión de la patología y ocasionar que se saturen las instituciones prestadoras de salud, se contagie talento humano sanitario y se deban instituir medidas fundamentales de prevención y inspección que modifiquen las actividades regulares de la ciudadanía entonces precisando :

“El higienismo es una de las bases del desarrollo de la salud colectiva y ciudadanía, en cuanto logró consagrar una serie de nuevos valores de autocuidado y prevención que fueron fundamentales al momento de constituir políticas de salud urbana y control de enfermedades, además, los principios desarrollados por este movimiento reconocieron tempranamente la injerencia del entorno y la salud ambiental para el mantenimiento de la salud individual, estableciendo al entorno como un actor activo en la conservación de la vida propia y al prójimo como una variable relevante al momento de cuidarse a sí mismo”¹³⁹.

Finalmente, de lo descrito es preciso señalar como puntos clave en cuanto a proceso históricos, orígenes epistemológicos, etimológico y científico social-cultural desde el objeto, objetivo y sujetos de estudio del higienismo por tanto se trae a colocación lo siguiente:

“Desde sus orígenes el higienismo buscaba analizar la relación entre el individuo, la salud colectiva y el entorno, para así poder explicar el origen de las enfermedades infecciosas que se transmitían de forma masiva en las poblaciones, es decir, como campo de investigación, surgió con la motivación de comprender y describir el sistema de interacciones individuo-salud-entorno para poder generar acciones preventivas y de control que garantizaran tanto la expectativa de vida como la mejora de las condiciones. Uno de los hitos históricos que logró modificar de manera más profunda la estructura de los Estados fue la revolución industrial, y, en salud específicamente, con el sur-

gimiento de una clase obrera masiva, la salud individual se volvió una parte esencial del sistema económico, pues, los trabajadores que no se encontraran en condiciones físicas óptimas no serían capaces de producir de la manera que la actividad lo requería, por tanto, al surgir enfermedades transmisibles masivas que podían afectar a un alto porcentaje de la fuerza laboral de un Estado; Una vez reconocido el medio ambiente como un factor imprescindible para la consecución de la salud pública, se identifican también los principales requerimientos que debe garantizar un Estado a la población para mantener condiciones de vida óptimas y permitan la rápida actuación gubernamental; Las enfermedades transmisibles son una de las principales preocupaciones cuando se piensa en salud pública, pues, el carácter masivo que pueden tener las mismas es capaz de colapsar, por tanto, su control y prevención es esencial para la garantía de salud como derecho humano, es decir, al controlar las enfermedades transmisibles y limitar su foco de influencia se están garantizando los derechos humanos”¹⁴⁰.

2.4 Proceso salud y enfermedad

En una demarcación lógico fisiológica, biológica y social, es resaltar la salud y la enfermedad no son condiciones ni estados nítidamente diferenciados, sino que son parte de un perpetuo y constante, de una ponderación inestable de múltiples factores naturales, sociales, individuales y colectivos¹⁴¹.

En este orden de ideas cabe destacar en precisión que la salud y enfermedad son conceptos antagónicos, pero a la vez es un proceso fenomenológico causa efecto que depende de múltiples factores sociales, políticos, biológicos, mentales, económicos y estatales, es así que vale decir que en cuanto experiencia clínica se valora regularmente la salud de los individuos, apreciando por una parte signos vitales, objetivos que demuestran la presencia de enfermedades, síndromes, daños corporales, accidentes, lesiones, secuelas incapac-

140 ZÚÑIGA, Francisco Azuero. La organización institucional y La regulación en el sistema general de seguridad social en salud en

Colombia. En: La salud en Colombia: Logros, retos y recomendaciones. 2012, p. 187.

141 Ibidem Pag 189

itantes o de situaciones de riesgo y contingencias diversas, y de otra parte los síntomas y percepciones subjetivas del individuo persona¹⁴².

Es este sentido se hace necesario evaluar y valorar la salud de una población o colectivo, se examinan los registros, historias y epicrisis sobre frecuencia de las enfermedades, sus consecuencias mortales y no mortales como grados de pérdida de la capacidad laboral en estudio de barómetros (deficiencia, discapacidades, minusvalías, invalidez), y presencia de factores de riesgo sociales, ambientales y bilógicos. Pero asimismo se averiguan aspectos más subjetivos como salud percibida, restricciones, limitaciones y discriminaciones

para ciertas actividades y hábitos de vida de los individuos de la población¹⁴³

La salud puede definirse entonces es una condición fundante de la existencia humanan, asociado a la condición de bienestar integral del individuo acompañado de autocuidados para mantener salubridad de carácter permanente, para obtener salud o mantenerla se requiere de elementos, instrumentos o factores de múltiples ordenes los cuales son sociales, económicos, sanitarios, políticos, ambientales genéticos, culturales, educativos y bilógicos¹⁴⁴.

“Luego de explicar la salud es menester decir que la Enfermedad es la carencia de bienestar integral en el individuo, es un estado de disfuncinabilidad fisiológica, bilógica, social, mental, ambiental y cultural, que se ocasiona por los desacuerdos socio-políticos, ingobernabilidad, ausencia de estado y manipulación factores bióticos (protistas, moneras, hongos, animales y vegetales) y abióticos (atmósfera, aires, fuego, agua)”¹⁴⁵.

Con el propósito con el que se evalúa la salud enfermedad, es desarrollar las intervenciones encaminadas a mejorar la vida de individuos o población. En la atención personalizada mediante acciones

142 Ibidem Pagina 190

143 PÁEZ SALAMANCA, Gustavo Nicolás. Estudio Sobre La Geografía Sanitaria En Colombia. Ministerio De Salud Y Protección Social. Min Salud, julio, 2013.

144 JULIO PRETEL, José Domingo. El Derecho A La Salud En Colombia: Evolución Y Defensa Frente A Un Estado Que Dista De Ser Garante. Carta Al Editor. Avances Y Salud - Vol. 1:(2) Julio - diciembre 2017 (51 - 54).

145 Ibidem 60

públicas, políticas públicas, programas de salud pública programas sanitarios efectivos, tratamientos concretos y consejos individualizados, asimismo nivel colectivo, desde los organismos de la administración sanitaria suscitando operaciones de publicación, educación, información y prevención o determinando los recursos necesarios para la atención de los enfermos¹⁴⁶.

El gobierno nacional posee dentro de sus obligaciones el cumplimiento de la Constitución Política Colombiana, es así como acorde a sus funciones organizan servicios de salud de tal forma que respondan a las necesidades de la población, antes de la aparición de la Ley 100 de 1993, en Colombia el sistema de seguridad social en salud desde la dimensión prestacional asistencial tiene instituciones, regímenes, normas y procedimientos, por tanto incluía en la estructura del ministerio de salud y protección social, el cual desarrolla políticas rectoras de promoción, prevención y atención con direcciones entre ellas la de, campañas directas, dirección de epidemiología, dirección de salud ambiental y una dirección médica en esta es responsable de los programas de atención en salud, materno infantil, vacunación, enfermedades crónicas, seguridad alimentaria y nutricional; para afianzar esto es necesario enunciar:

“En el entorno jurídico la Ley 100 de 1993 y los decretos Reglamentarios modificaron completamente la estructura y como resultado desaparecieron los responsables de las campañas directas incluyendo vacunación, control de malaria y dengue, control de enfermedades de transmisión sexual¹⁴⁷.”

En cuanto al Plan de Beneficios se creó el Plan de Atención Básica (PAB) ahora denominado PIC plan de intervenciones colectivas, varios conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción, prevención de enfermedades, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad¹⁴⁸; que fue reemplazado por el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) cuyo objetivo era la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud, y la promoción de condiciones y estilos de vida

146 Ibidem 62

147 IV foro: El sistema de salud en Colombia. Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

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

saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar¹⁴⁹. Dicho plan incluía el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSIC) que reemplazaba al PAB y complementaba las tareas previstas (POS), entonces en cuanto a manejo territorial en Colombia:

“los organismos territoriales deben elaborar su propio plan siguiendo los lineamientos definidos por el Ministerio de la Protección Social ente de dirección, constituidos por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos, pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, medidas para el control de factores de riesgo para la salud, etc”¹⁵⁰.

A este respecto cobran vital importancia del Perfil epidemiológico, la identificación de los factores protectores y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan prioridades en salud pública. Los PSIC locales se desarrollan siguiendo lineamientos trazados para ello por el Ministerio de la Protección Social (MPS) y atendiendo a las prioridades en salud pública del PNSP decreto 3039 de 2007, el cual definió las siguientes prioridades para el período 2008-2010:

La salud infantil

La salud sexual y reproductiva

La salud oral

La salud mental y las lesiones violentas evitables

Las enfermedades transmisibles y las zoonosis

Las enfermedades crónicas no transmisibles

La nutrición.

La seguridad sanitaria y del ambiente.

La Ley 1438 de 2011 es una reforma al sistema de salud que aumento el institucionalismo, diseñando lineamientos para el Plan Decenal de Salud Pública donde están contenidas metas, objetivos, prioridades, fines, prospectivas y perspectivas de la nación y entes

¹⁴⁹ Ley 1122 de 2007. Modificaciones en el sistema General de Seguridad Social en Salud y otras disposiciones.

¹⁵⁰ Ibidem

territoriales entre los periodos 2012 y 2021. Para su elaboración con la participación ciudadana, los entes territoriales, los actores de salud a nivel comunitario, quienes a partir de mesas de trabajo nacionales concertaron la agenda de prioridades en salud pública que debería abordarse durante los próximos 10 años, por tanto, se estable que:

“Las acciones de salud colectiva en Colombia son competencia de los entes gubernamentales de salud pública, estas están organizadas de tal modo que el PSIC municipal enfatice en las actividades de promoción y prevención de su competencia, mientras que el departamento enfoque su esfuerzo en el desarrollo de la vigilancia en salud pública, el laboratorio de salud pública, la inspección, vigilancia y control de factores de riesgo del ambiente, el control de vectores y zoonosis y particularmente el control de gestión de los recursos de salud pública en el ámbito de su jurisdicción y el control de las acciones de promoción y prevención del POS”¹⁵¹.

De esta forma se constituye una prioridad buscar asociaciones y complementariedad entre el quehacer departamental y municipal en esta materia, para que confluyan puntos de acuerdo que puedan guiar los planes de trabajo. Es ente sentido donde cobra vigencia la necesidad de formar recurso humano en salud que lidere las acciones de salud colectiva propias del sistema de salud en el contexto colombiano, que permitan la consecución de las metas trazadas en los planes de desarrollo a nivel nacional, departamental y local, así como los objetivos y metas trazados en el plan decenal de salud pública 2012 -2021.

2.5 Prioridades en salud pública contexto colombiano, seguridad alimentaria y nutricional

El desarrollo histórico del ser humano ha permitido que este evolucione de acuerdo a las necesidades del entorno, dando respuestas a cada uno de los desafíos que se le presentaban en materia de supervivencia. Desde la época de los nómadas que recorrían las grandes

¹⁵¹ Ley 1438 de 2011

planicies en busca del alimento en las manadas de animales que les servían de sustento, en los asentamientos de las primeras comunidades al escasear el sustento animal y al descubrir por accidente la agricultura, desde la conquista de nuevos mundos, de nuevas rutas de viaje, desde la conformación de los asentamientos urbanos, el crecimiento de las grandes ciudades, la aparición de la industrialización, la tecnología y la globalización, desde los inicios, el ser humano se ha visto abocado a una serie de enfermedades que han sido materia de preocupación por ser más letales que las mismas guerras¹⁵².

Las enfermedades infectocontagiosas que estuvieron ligadas al desarrollo de la humanidad en los primeros 18 siglos de nuestra era y que hoy en día aparecen como enfermedades re emergentes, fueron y siguen siendo foco de interés de la Salud Pública. Pero dada la complejidad de los cambios experimentados en la actualidad por la transición demográfica, se ha dado cabida a otros males que aquejan a los individuos y poblaciones¹⁵³.

Es por eso que en la actualidad se habla de enfermedades crónicas no transmisibles (ECTN), de accidentes de tráfico y lesiones personales, de enfermedades Laborales. Hoy los retos en salud pública se enfrentan, ya no solo a un microorganismo, sino a factores de riesgo de diferente índole y a respuestas sociales inadecuadas o deficientes ante los altos índices de morbimortalidad¹⁵⁴.

La atención primaria, que debe ser la “el lugar de entrada” del sistema asistencia en salud, no cumple con el papel exacto que tiene asignado y es causa de desequilibrios que sobrecargan la actividad de instituciones prestadoras de salud; es por ello es que se analiza desde una posición lógica descriptiva en materia de patologías y determinantes estadísticos para tomar correctivos nacionales cuando se expresa que en un día 6 de cada 10 muertes en el mundo se deben a afecciones no transmisibles; tres a afecciones transmisibles o nutricionales; y una a traumatismos, entonces cabe considerar:

152 RODRÍGUEZ, Lilia. Factores sociales y culturales determinantes en salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva. Quito: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008. Página 48.

153 Ibidem página 58

154 Ibidem página 60

“Los estilos de vida poco saludables, por dependencias y malos hábitos: drogas, alcohol, tabaquismo, alimentación incorrecta (por exceso o por defecto), vida sedentaria, aficiones peligrosas (en las que se arriesga la salud), etc. Es así que las consecuencias se desarrollan patrones de mortalidad que reflejan niveles elevados de enfermedades infecciosas y el riesgo de defunción durante el embarazo y el parto, además de cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias crónicas que provocan la mayoría de las muertes en el mundo desarrollado1 Estadísticas Sanitarias Mundiales”¹⁵⁵.

Dentro de los análisis descriptivos en cuanto a la tabla número uno se puede observar el comportamiento de las tasas de mortalidad según las causas más frecuentes, y es de resaltar como las enfermedades transmisibles evidencian las tasas más altas, con respecto a las enfermedades transmisibles y los traumatismos.

Para continuar es necesario anotar que la Salud como estado positivo y colectivo. Transmisión social de la enfermedad prevención por ello en cuanto a la tercera encuesta nacional de situación nutricional de Colombia 2015 es un instrumento clave para el seguimiento de políticas públicas nacionales y territoriales en materia de salud, alimentación y nutrición. En dicho trabajo se organizado interinstitucionalmente Con la participaron (ICBF), el Ministerio de Salud y Protección Social, (INS), el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, y la Universidad Nacional de Colombia.

Válgase anotar para mayor especificación que durante el trabajo de campo realizado entre noviembre de 2015 y diciembre de 2016 se entrevistaron 151.343 personas de 44.202 hogares en 295 municipios del país. Los resultados más relevantes de la Encuesta se presentan según las algunas de las condiciones socioeconómicas de los hogares y de las diferentes etapas de la vida. La realidad nutricional de un niño o niña y su sobrevivencia hasta los 5 años dependen directamente de sus prácticas de alimentación.

“La desnutrición crónica, que mide el retraso en la talla para la edad, disminuyó de 13,2% en 2010 a 10,8% en 2015. En 1990,

155 Ibidem 61

uno de cada cuatro niños tenía desnutrición crónica, mientras que hoy solo es uno de cada diez”.

“Colombia continúa dentro de la meta de 5% establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre desnutrición aguda o indicador de peso para la talla. En 2015 alcanzó 1,6%, superior al 0,9% presentado en 2010”.

“La desnutrición global, que marca el peso para la edad, afecta a 3,7% de los menores del país, menos de la mitad del registro de 1990, cuando impactaba a 8,6% de los menores de 5 años”.
“Similar a la tendencia mundial, el exceso de peso –que incluye tanto sobrepeso como obesidad– subió de 4,9% en 2010 a 6,3% en 2015; sin embargo, en el país es más baja la situación con respecto a Centroamérica (7,4%) y a Suramérica (7,0%)”.

“El 72 por ciento de los menores de 2 años de edad recibió lactancia materna en su primera hora de vida, con lo que Colombia superó la meta establecida por la OMS y el UNICEF de mejorar el inicio temprano de la lactancia materna en al menos 70 por ciento”.

“En cuanto a la lactancia materna exclusiva, se observó que aproximadamente 1 de cada 3 niños menores de 6 meses (36,1%) fue alimentado solo con leche materna, por lo cual se requiere reforzar esta práctica para llegar a la meta internacional del 50% fijada por la OMS. El 41% de niños de seis a 23 meses de edad amamantados y no amamantados tienen una dieta mínima aceptable, que contempla frecuencia y variedad de alimentos mínimos. Tres de cada diez niños y dos de cada diez niñas de tres a cinco años de edad practican actividades de juego que generan sudoración y aumento de la respiración (juego activo)”.

En síntesis, descriptiva interpretativa que es imperioso diferenciar entre las condiciones, de la información y conocimientos, esto quiere decir que llegar a su delimitación no ha sido tarea fácil en periodos anteriores y se han ofrecido características distintas desde las

diferentes disciplinas que lo han abordado. En nuestros días, las ciencias de la computación y del management convergen en la concepción de los datos como sucesos o entidades representados de manera simbólica con capacidad para ser procesados.

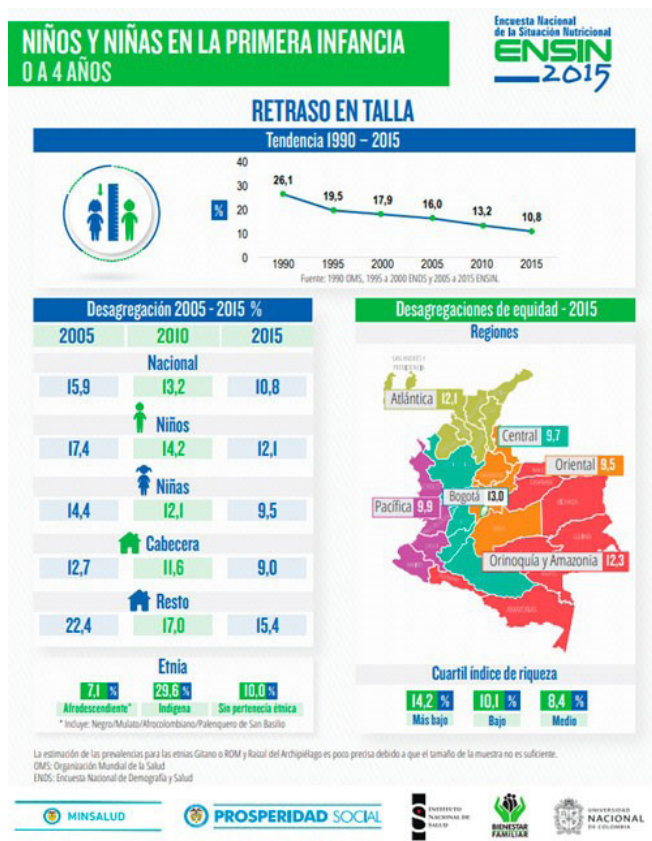


Tabla 2. Niños y niñas en la primera infancia: 0 a 4 años, ENSIN 2015

La edad escolar es una fase crucial durante la cual los menores experimentan un crecimiento continuo, consolidan sus gustos y hábitos alimenticios y se empiezan a adaptar a la alimentación de adulto.

Siete de cada 100 menores en edad escolar presentan desnutrición crónica. En los indígenas, 30 de cada 100 menores presentan este problema, mientras que esta situación se extiende a 11 de cada 100 niños de los hogares más pobres del país. El exceso de peso en los menores en edad escolar se incrementó de 18,8% en 2010 a 24,4% en 2015.

Largos periodos haciendo uso aparatos tecnológicos, dedicados a actividades sedentarias como ver TV o jugar con videojuegos, afecta a siete de cada diez escolares las urbes, frente a cinco de cada diez de zonas rurales. El problema es más marcado entre la población de mayores ingresos, afectando a ocho de cada diez menores.

Los adolescentes demandan mayor consumo de alimentos ricos en energía, proteínas y micronutrientes.

“La desnutrición crónica afecta a uno de cada diez de los adolescentes del país, concentrándose en indígenas (36,5%), los más pobres de la población (14,9%) y aquellos que viven en zonas rurales (15,7%).

Uno de cada cinco adolescentes (17,9%) presenta exceso de peso.

Ocho de cada diez adolescentes permanecen más de dos horas frente a una pantalla, en especial entre quienes viven en áreas urbanas y aquellos con ingresos medios y altos”.

Las responsabilidades de los adultos afectan en muchos casos la alimentación, dedicándole poco tiempo, consumiendo más alimentos procesados y menos comidas preparadas en casa. La oferta de alimentos procesados, frituras y dulces, así como una vida sedentaria, propician el desarrollo de obesidad muchas veces asociada a deficiencias nutricionales.

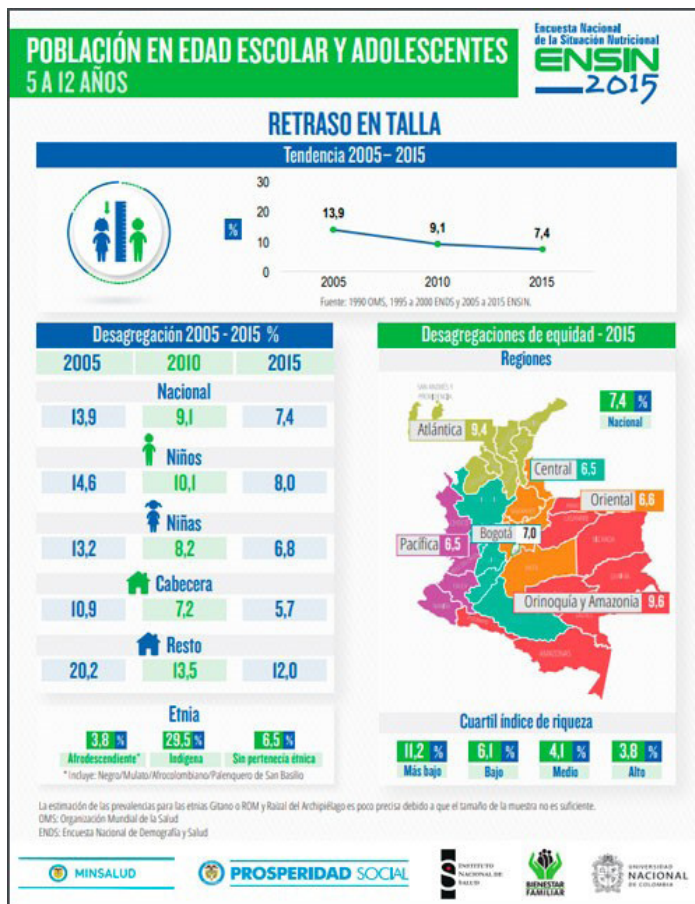


Tabla 3. Población en edad escolar y adolescentes. 05 a 12 años, ENSIN 2015

“Uno de cada tres jóvenes y adultos tiene sobrepeso (37,7%), mientras que uno de cada cinco es obeso (18,7%). En este sentido, el 56,4% de la población presenta exceso de peso, lo que significa un incremento de 5,2 puntos porcentuales con respecto al 2010. La obesidad es más frecuente en las mujeres (22,4%) que en los hombres (14,4%)”.

“Aproximadamente la mitad de los adultos colombianos realiza 150 minutos semanales de actividad física moderada o 75 minutos semanales de actividad vigorosa o fuerte, como lo recomienda la OMS. Cuatro de cada diez mujeres y seis de cada diez hombres atienden esta medida de prevención”.

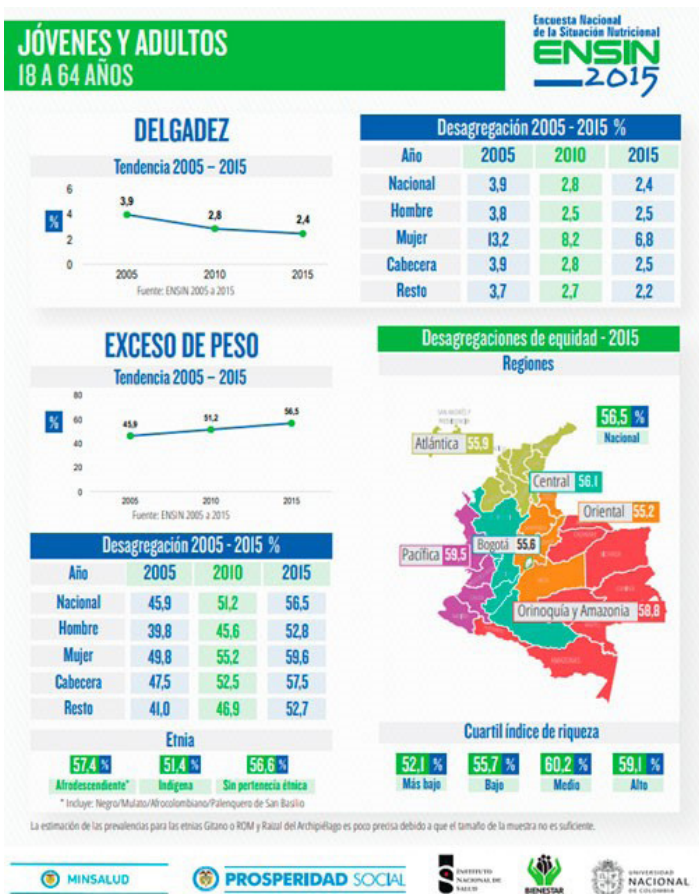


Tabla 4. Jóvenes y adultos: 18 a 64 años, ENSIN 2015

¿Qué comprendemos por Seguridad Alimentaria? es entendida como el acceso seguro permanente, suficiente con estabilidad y de calidad, para una vida sana y activa.

“La no garantía de los alimentos se redujo a 54,2% de los hogares con respecto a 2010, cuando se situó en 57,7%. No obstante, más de la mitad de los hogares colombianos continúa con dificultades para conseguir alimentos. Ocho de cada diez hogares liderados por indígenas y cinco de cada diez cuyo jefe no tiene pertenencia étnica se encuentran en inseguridad alimentaria. Entre tanto, seis de cada diez hogares liderados por mujeres y cuatro de cada diez liderados por hombres tienen este

mismo problema"¹⁵⁶.

156 <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional#ensin3>

Capítulo III - Derecho alimentación en medicina social

3. La alimentación adecuada como garantía de la seguridad alimentaria

La alimentación estipulada como derecho humano, es necesario citar en primera instancia la Constitución Política de Colombia de 1991 que en su artículo 44 reconoce el derecho a la alimentación como un derecho fundamental de los niños, de las mujeres embarazadas y después del parto y del adulto mayor que se encuentre en estado de indigencia¹⁵⁷.

Estos elementos legales, fundamentan la importancia del Derecho Humano a la Alimentación, de acuerdo a lo expresado por la FAO, “El derecho a la alimentación no es el derecho a ser alimentado sino, primordialmente, el derecho a alimentarse en condiciones de dignidad”¹⁵⁸. El derecho humano a la alimentación, tiende a ser económicamente racional, reduciendo el hambre y promoviendo el crecimiento económico, aumentando la seguridad alimentaria convirtiéndolo a los individuos económicamente más productivos y haciendo que se enfermen menos¹⁵⁹.

El derecho humano a la alimentación es el garante de la seguridad alimentaria, está dado cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a una alimentación suficiente, equilibrada, completa, adecuada, inocua, variada y nutritiva que atienda las necesidades y satisfaga las preferencias alimenticias

157 Constitución política de Colombia art 44 a 46)

158 RODRÍGUEZ GARAVITO, César. La judicialización de la salud: síntomas, diagnóstico y prescripciones. BERNAL, O. Gutiérrez, C. (Comp.) La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. Colombia, Bogotá, DC: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Uniandes, 2012.

159 RESTREPO PIMIENTA, Jorge Luis. Dimensión Jurídico-Antropológica de la Política Pública en Salud. Universidad Sergio Arboleda, Bogotá, 2012.

para una vida activa y sana.

La alimentación como principio fundamental, aporta en gran medida a la Seguridad alimentaria, los Estados, se encuentran en la obligatoriedad de velar por la Seguridad alimentaria. La condición natural de obligatoria procede del derecho internacional y de las constituciones y legislaciones nacionales de los países¹⁶⁰.

El Derecho humano a la Alimentación según la FAO, se puede definir de la siguiente forma.

“El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla El derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra en dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a que pertenece el consumidor y que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna”¹⁶¹.

Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la alimentación el derecho humano a la alimentación es también la garantía para la coalición en la seguridad alimentaria y nutricional tales como la disponibilidad, la accesibilidad y la adecuación. La disponibilidad de los alimentos depende de la obtención a través de los recursos naturales a través del cultivo de la tierra, la ganadería, la pesca, la caza, la recolección disponible para la venta a través de los mercados o tiendas comerciales¹⁶².

La accesibilidad, es la forma económica de obtener el alimento, sin comprometer de modo alguno otras necesidades básicas del hogar, el acceso a los alimentos se debe garantizar haciendo que se encuentre al alcance de todos, así también, el acceso a los alimentos debe estar garantizado para aquellas personas que tengan necesidades especiales o presenten algún tipo de vulnerabilidad nutricional in-

160 PINEDA OLIVEROS, Olga Lorena. Capítulo I. Caracterización social del Estado colombiano. En: La Salud Pública Como Función Estatal. Responsabilidad del Estado Por omisión de políticas públicas de sanidad mental. ISBN 978-958-769-313-3. 2015, pp. 17-26.

161 ibidem.

162 Ibidem página 30

cluyendo dentro de estas aquellas víctimas del conflicto armado o que se encuentren en lugares remotos¹⁶³.

El derecho humano a la alimentación debe garantizar que un alimento sea adecuado, este elemento, se constituye en otro eje importante de la seguridad alimentaria. Un alimento adecuado es aquel que debe suministrarse a las personas teniendo en cuenta sus necesidades nutricionales tales como la edad, las condiciones de vida, la salud, la ocupación, el sexo entre otros. De igual manera, el derecho de consumir alimentos inocuos, libres de sustancias nocivas, contaminantes industriales, plaguicidas, procesos agrícolas.

La garantía del derecho humano a la alimentación, involucra el aspecto cultural, una alimentación adecuada, debe garantizar que sea aceptada respetando el punto de vista religioso, o acciones culturales aceptables dentro de una población¹⁶⁴.

Por otra parte, garantizar el carácter fundamental a la alimentación no es lo mismo que un derecho al ser alimentado. Es decir, no entregar alimentos a poblaciones que dada sus necesidades lo requieran, esto las convierte en poblaciones dependientes que no son capaces de satisfacer sus propias necesidades, es preferible proveerlas de semillas, tierra, agua, recursos técnicos donde puedan ser capaces de autoabastecerse. Hay que tener en cuenta esos aspectos que puedan ser requeridos de proveer alimentos a una población cuando ha sido sometida a conflictos armados o víctimas de un desastre natural las cuales no podrán tener acceso a los alimentos dadas las circunstancias.

El no acceso a la alimentación no es por la carencia de alimentos. En el mundo existe suficiente cantidad de alimentos para proveer a los seres humanos, impidiendo con ello problemas de desnutrición, la complicación radica en el acceso a los alimentos por la falta de ingresos, la discriminación y la exclusión social¹⁶⁵.

El derecho humano a la alimentación, la seguridad alimentaria y la soberanía alimentaria, no son conceptos iguales. Sin embargo, según la FAO están articulados entre sí, de tal manera que define a la se-

163 Ibidem página 34

164 JUSIDMAN RAPOPORT, Clara. El derecho a la alimentación como derecho humano, Salud pública Méx vol.56 supl.1 Cuernavaca 2014.

165 GAÑÁN ECHAVARRÍA, JAIME LEÓN. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. Superintendencia Nacional de Salud, 2013, págs. 16,38.

guridad alimentaria *“cuando todas las personas tienen en todo momento el acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana”* la Seguridad alimentaria, es previa al derecho humano a la alimentación, es decir, se debe preservar primero la seguridad alimentaria. Hay que tener en cuenta que la seguridad alimentaria, no es denominada como un concepto jurídico, es decir, no hay una imposición de obligaciones a los interesados como tampoco se les otorga derechos¹⁶⁶.

La soberanía alimentaria, es un concepto más emergente que de acuerdo a la FAO, *“las personas definen su propio alimento y su propio modelo de producción de alimentos (como la agricultura y la pesquería)”*, lo que significa, que las personas pueden determinar su capacidad de abastecimiento, la protección interna de los alimentos, la regulación de los alimentos con fines comerciales. La Soberanía alimentaria es conceptualizada como la promoción de un modelo alternativo de agricultura, de políticas comerciales y de prácticas comerciales, que bien puede facilitar a la población el derecho humano a la alimentación¹⁶⁷.

El derecho a la alimentación es reconocido internacionalmente, permitiendo que las personas tengan acceso a una alimentación adecuada como también la manera de tener recursos suficientes para garantizar la sostenibilidad de la seguridad alimentaria. A los Estados mundiales, se les es impuesto jurídicamente, el derecho humano a la alimentación de tal manera que se pueda superar el hambre y la desnutrición y se garantice la seguridad alimentaria para toda la población¹⁶⁸.

Dicho de otra manera, El derecho a la alimentación, hace referencia a la obligatoriedad que deben tener los Estados traspasando las fronteras, cumpliendo los pactos de comercio celebrados, como por el ejemplo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales lo cual requiere que sus Estados, adopten las medidas necesarias para una distribución equitativa de la oferta mundial de

166 Ibidem página 67

167 PAGANINI, José María. Capítulo 2. Las Políticas De Salud. Contribución Especial. Editorial De La Universidad Nacional De La Plata (EDULP), 2007, p. 68.

168 Ibidem Página 69

alimentos en relación con la necesidad¹⁶⁹.

3.1 Derecho humano a la alimentación versus otros derechos

El establecimiento del vínculo del derecho humano a la alimentación con otros derechos es de fundamental importancia, es la garantía del cumplimiento de otros derechos, como el derecho a la salud, a la vida, agua potable, a la educación, a una vivienda adecuada, al trabajo. Si son vulnerados algunos de estos derechos donde se involucre la alimentación, hay una ruptura de la violación de los derechos esenciales. A manera de ejemplo, si una persona sufre de desnutrición, se ve afectada la salud. Es decir, cuando un niño sufre de enfermedad diarreica, pero se le niega el acceso a tratamiento médico, no puede disfrutar de una situación nutricional adecuada, aunque tenga acceso a la alimentación¹⁷⁰.

La ausencia de agua potable, por ejemplo, no garantiza la inocuidad en la preparación de los alimentos, la carencia de elementos para procesar los alimentos al no tener una vivienda digna socava el derecho humano a la alimentación. En cuanto a la educación, la falta de ingesta de alimentos adecuados sobre todo en la población infantil, impiden el desarrollo cognitivo ocasionando con ello deserción, de igual forma el desconocimiento de la escogencia de los alimentos con alto valor nutricional, también forma parte de la orientación educativa para mantener condiciones de salud dignas.

3.2 Objetivos de desarrollo sostenible y la garantía del derecho humano a la alimentación¹⁷¹.

Los Estados Miembros de las Naciones Unidas, en el año 2015, aprobaron la agenda 2030 y dar cumplimiento a 17 objetivos de Desarrollo sostenible para en 15 años alcanzarlos. Sin embargo, se puede precisar que no resultarán alcanzables en el tiempo establecido.

Los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) son principios básicos

¹⁶⁹ Ibidem Pagina 70

¹⁷⁰ PEREZ RIVERA, Pascual, Fundamentos de Salud Pública, CIB, Medellín, 1997, Página 36.

¹⁷¹ Ibidem página 37.

para tener un futuro sostenible, conexos con los desafíos ambientales, políticos y económicos con que se enfrenta nuestro mundo, concentrados para cambiar el mundo y las personas.



Ilustración 2. Objetivos de desarrollo sostenible

La pobreza es un problema de derechos humanos, la pobreza la enmarcan el hambre, la malnutrición, la limitación a los servicios básicos, la insuficiencia al acceso a la educación, una vivienda digna, la falta de agua potable, servicio como la salud, la discriminación, la exclusión social, la contribución de los necesitados en la toma de decisiones, la inseguridad alimentaria entre otros¹⁷².

El segundo objetivo de desarrollo sostenible, se denomina hambre cero, este objetivo está enmarcado en asegurar una alimentación adecuada especialmente para las personas más pobres, sin distinción de edad, sexo. Este objetivo incluye la seguridad alimentaria y nutricional, contribuyendo así a la erradicación de la pobreza y la inclusión social¹⁷³.

172 MARLOS ESCAMILLA Yanira. Editorial E-learning Objetivos De Desarrollo Sostenible Agenda 2030.

173 Memorias de seminario Iberoamericano de seguridad alimentaria y nutricional en la ciudad. Bogotá sin hambre)

3.3 Marco normativo colombiano para seguimiento de la política pública en seguridad alimentaria y nutricional.

En Colombia, El Decreto 2055 del 4 de junio de 2009, por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, CISAN tiene a su cargo la coordinación y seguimiento de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -PNSAN.

Cabe expresar que dicha comisión está integrada por diferentes sectores involucrados su función es coordinar y controlado por la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, en su estado de fusión es de servir como instancia de concertación entre los diferentes agentes de la misma, como también elaboración del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional - PLAN SAN. La concertación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional sobre la base de los lineamientos establecidos en el Conpes 113 de 2008 o un documento que sea reemplazado por los sectores organizados de la sociedad civil quien podrá emitir consideraciones siempre y cuando estén organizados sobre el tema¹⁷⁴.

Seguidamente en el espacio jurídico normativo del cual goza protección, instrumentalización y coerción de los derechos fundamentales aplicados a la población en cuanto a nutrición, alimentación y seguridad de los mismo, d se encuentra el 4 del Decreto 2055 de 2009, por medio del cual establece la Secretaría técnica y la comisión intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional -CISAN- las cuales tiene un objeto definido en el sector el cual consiste en apoyar, articular las políticas, lineamientos, iniciativas y acciones técnicas definidas que surjan de estas instituciones.

174 Decreto 2055 de 4 de junio de 2009

Conclusiones

El presente libro de carácter investigativo en derechos fundamentales en materia de alimentación, nutrición y seguridad alimentaria se hizo desde una perspectiva eminentemente antropológica en la connotación biológica y social de la comunidad y humanística de aplicación de normas jurídicas adoptadas para una soberanía alimentaria con gestión de calidad y accesos a los servicios alimentarios sostenibles y pensados en desarrollo humano y social de los individuos y los colectivos.

Se resaltó la salud pública en tanto su objeto, misión, visión, determinación en los factores y elementos sociales, biológicos, anatómicos, microbiológicos en la sostenibilidad de la población frente a los procesos de alimentación y nutrición en aras de conservar estos en la eficacia y validez de derechos humanos fundamentales, los cuales constituyen en principios rectores de la gobernabilidad y gobernanza del Estado en tanto a la permite una población saludable.

Pasando por la higiene social, que es una forma de mantener la pulcritud en el sistema y organización colectiva para dar un resultado de sociedades sanas en tanto su cuidado saneamiento básico, agua potable y alimentos óptimos de consumo humano con los elementos bioquímicos necesarios para mantener el cuerpo fortalecido.

Referencias bibliográficas

- ACOSTA, Jorge Hernán Florez; BECERRA, Sara Catalina Atehortúa; MEJÍA, Alba Cristina Arenas. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. En: Gerencia y Políticas de Salud, 2009, vol. 8, no 16.
- ALLIN, Sara, et al. Making decisions on public health: a review of eight countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.
- ALVARADO GARCIA, Alejandra. La ética del cuidado. Aquichan. 2004, vol.4, n.1 pp.30-39.
- ÁLVAREZ, Andrés, et al. El coronavirus en Colombia: vulnerabilidad y opciones de política. 2020.
- ÁLVAREZ GUTIÉRREZ, Ramón; NERI, Rolando. Atención médica en la URSS. Salud Pública de México, 2014, vol. 10, no 4, p. 459-464.
- ALVAREZ, Eduardo. Centenario de la Organización Panamericana de la Salud. Biomédica, 2002, vol. 22, no 2, p. 101.
- ARAI, Yutaka. The role of international health law and the WHO in the regulation of public health. En Law and the Public Dimension of Health, 2001.
- ARBELÁEZ, Mónica. Evaluación de la eficacia del derecho a la salud en Colombia a partir del proceso de descentralización sanitaria. DS: Derecho y salud, 2007, vol. 15, no 1, p. 29-74.
- ARCOS GONZALEZ, Pedro Ignacio; CASTRO DELGADO, Rafael y BUSTO PRADO, Francisco del. Disasters and public

health: an approach based on the theoretical framework of epidemiology. *Rev. Esp. Salud Pública* [online]. 2002, vol.76, n.2. Pp.121-132.

- ARTAZA BARRIOS, OSVALDO. *Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal: experiencia federal*. - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2017, pág. 13.
- ARTEAGA, Luis. Higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 1985, vol. 5, p. 417-425.
- ÁVILA-AGÜERO, María Luisa. *Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud*. *Acta Médica Costarricense*, 2009, vol. 51, no 2, p. 71-73.
- BARRAGÁN, Horacio, et al. *Fundamentos de salud pública*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP), 2007.
- BEAGLEHOLE, Robert; BONITA, Ruth. *Public health at the crossroads: achievements and prospects*. Cambridge University Press, 2004.
- BELLÓ, Mariana; BECERRIL-MONTEKIO, Victor M. *Sistema de salud de Argentina*. *Salud pública de México*, 2011, vol. 53, p. s96-s109.
- BERMÚDEZ BUENO, William. *Estado Social de Derecho: Consideraciones sobre su trayectoria histórica en Colombia a partir de 1991*. *Cuestiones Políticas* Vol. 28. N° 48, enero-junio 2012, 51 - 77
- BERNAL, Oscar. *La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones*. En: Ediciones Uniandes-Universidad de los Andes, 2012.
- BERNAL AGUDO, José Luis, et al. *La nueva gestión pública (NGP/NPM): El desembarco de las ideas neoliberales con la*

LOMCE. 2013.

- BOBBIO, Norberto. Teoría general del derecho (trad.: Jorge Guerrero). Bogotá: Temis, 2013.
- BORDA, Luis Villar. Estado de derecho y Estado social de derecho. *Rev. Derecho del Estado*, 2007, vol. 20, p. 73.
- CARTA DE OTTAWA. Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Ottawa, 21 de noviembre de 1986.
- CARMONA, J. U. La Aplicación Judicial de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos. Derecho internacional de los derechos humanos. Memoria del VII Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional, 2002, p. 181.
- CASTAÑO, Ramón A. Los Mandatos Constitucionales Sobre El Derecho A La Salud: Implicaciones De Equidad Y Eficiencia. Serie Documentos. Documentos De Trabajo. No. 3 julio, 2006
- CIFUENTES, Blanca Piedad. Auditoría del Servicio. CES Salud Pública. 2015; 6: 102-115, pág. 5.
- COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1993. No. 41148. p. 1-168.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. 162. Ley 715 de 2001, Título III, Artículo 42.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 de 2007.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1751 de 2015.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1751 de 2015.

- COLOMBIA. Constitución Política de 1991, Artículo 11.
- COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 2020.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 0429 de 2016.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución número 666 de 2020.
- COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 402, 2020.
- COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 417. 2020.
- COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 457 de 2020.
- COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 459. 2020.
- COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 461. 2020
- COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 512, 2020.
- COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 749, 2020
- COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 794 de 2020.
- COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 796 de 2020.
- COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 798

de 2020.

- COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Plan Decenal De Salud 2012-2020.
- COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General, no 14. 22º período de sesiones Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000, p. 3.
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ley 100 de 1993, Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993, artículo 179. Act. - Dic, 2019.
- CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA, Sentencia C-067 del 4 de febrero de 2003, MP: Dr. Marco Gerardo Monroy Cabra, expediente: D-4111.
- CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA, Sentencia C-250 del 28 de marzo de 2012, MP: Dr. Humberto Antonio Sierra Porto, expedientes: D-8590, D-8613 y D-8614 acumulados.
- CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA, Sentencia C-710 del 5 de julio de 2001, MP: Dr. Jaime Córdoba Triviño, expediente: D-3287.
- CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA, Sentencia T-502 del 27 de junio de 2002, MP: Dr. Eduardo Montealegre Lynett, expediente: T-554767.
- CRUZ, M. Palacios, et al. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. Revista Clínica Española, 2020.
- CUETO, Marcos; BROWN, Theodore; FEE, Elizabeth. El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. En Apuntes: Revista de Ciencias Sociales, 2011, vol. 38, no 69, p. 129-156.
- CUETO, Marcos. La “cultura de la sobrevivencia” y la salud

pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 2015, vol. 22, no 1, p. 255-273.

- DANE. Boletín Técnico Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2018.
- DANTÉS, Octavio Gómez, Et Al. Sistema De Salud De México. *Salud Pública De México*, 2011, Vol. 53, P. S220-S232.
- DARIMONT, Barbara; LIU, Dongmei. El sistema de salud de China: entre la privatización y los servicios de salud pública. *Revista Internacional de Seguridad Social*, 2013, vol. 66, no 1, p. 105-126.
- DE LOS RÍOS, Rebecca. La promoción de la investigación en salud pública: búsqueda del equilibrio entre pertinencia y excelencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1999, vol. 5, p. 309-315.
- DÍAZ ALDRET, Ana. Participación ciudadana en la gestión y en las políticas públicas. VOLUMEN XXVI. NÚMERO 2, PP. 341-379 *Gestión y Política Pública* 341, 2017.
- DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA, Funciones Esenciales de la Salud Pública. Ministerio de Salud, Perú, pág. 2.
- DONATI, Pierpaolo; LUCAS, Antonio. La política social en el Estado de Bienestar: el desafío de los sistemas complejos. *Reis*, 1987, no 37, p. 57.
- ECHAVARRÍA, J. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Monitor Estratégico*, 2012, vol. 3, no 7.
- FERNÁNDEZ SEGADO, Francisco. La dimensión axiológica del Derecho Constitucional. Universidad de Santiago. *Revista Derecho del Estado* n.º 20, diciembre, 2007.

- FIGUEROA GARCIA-HUIDOBRO, Rodolfo. El Derecho A La Salud. Estudios constitucionales, Santiago, vol. 11, n. 2, p. 293, 2013.
- FRANCO-GIRALDO, Álvaro; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. Gaceta Sanitaria, 2008, vol. 22, no 3, p. 280-286.
- FRANCO, Álvaro. Tendencias y teorías en salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2006, vol. 24, no 2, p. 119-130.
- FRANCO-GIRALDO, A. La salud pública en discusión. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública, v. 37, n. 1, 2 feb. 2019.
- FRANCO-GIRALDO, Á. Promoción de la salud (ps) en la globalidad. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 193-201, 2012.
- GAÑÁN ECHAVARRÍA, JAIME LEÓN. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. Superintendencia Nacional de Salud, 2013, págs. 16,38.
- GARCÍA, Juan Darío; CAICEDO, Beatriz. La dimensión económica y política de los servicios de atención en salud: un aporte general para el derecho a la salud y la justicia sanitaria en Colombia. Facultad Nacional de Salud Pública, 2002, vol. 20, no1.
- GARCÍA VILLEGAS, Mauricio/ UPRIMNY, YEPES, Rodrigo. La Reforma a la Tutela, ¿Ajuste o Desmonte? Revista de Derecho Público No. 15, Universidad de los Andes, 2002.
- GESTAL OTERO, Juan Jesús. Enfermedades infecciosas emergentes. Alerta mundial. Respuesta mundial. 1997.
- GIL, Carlos Gómez. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): una revisión crítica. Papeles de relaciones eco sociales y cambio global, (140), 2018, p. 107-118.

- GOLBERT, Laura; ROCA, Emilia. De la Sociedad de Beneficencia a los derechos sociales. 2010.
- GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, Antonio. Reflexiones sobre salud pública Internacional. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2011, vol. 37, p. 372-379.
- GONZÁLEZ-JARAMILLO, Valentina, et al. Proyecciones de impacto de la pandemia COVID-19 en la población colombiana, según medidas de mitigación. Datos preliminares de modelos epidemiológicos para el período del 18 de marzo al 18 de abril de 2020. *Revista de Salud Pública*, 2020, vol. 22, no 1.
- GONZÁLEZ NORIEGA, Olga Cecilia. Responsabilidad del Estado en Colombia: Responsabilidad por el Hecho de las Leyes. *Humanidades*, Vol. 37. No. 1 - 2009. Facultad de Ciencias Humanas.
- GONZÁLEZ PÉREZ, Ubaldo. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista cubana de salud pública*, 2002, vol. 28, no 2, p. 157-175.
- GOROSTIZA, José Luis Ramos. Edwin Chadwick, el movimiento británico de salud pública y el higienismo español. *Revista de Historia Industrial. Economía y Empresa*, 2014, vol. 23, no 55, p. 13.
- GUEREÑA, Jean-Louis. Urbanidad, higiene e higienismo. *Arreas. Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 2000, no 20, p. 67.
- GUERRERO, Luis; LEÓN, Aníbal. Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 2008, vol. 18, no 53, p.610-633.
- GUERRERO, Ramiro, et al. Sistema de salud de Colombia. En: *Salud pública de México*, 2011, vol. 53, p. s144-s155.
- HABERMAS, Jürgen. El concepto de dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos. *Diánoia*, 2010, vol. 55,

no 64, p. 3-25.

- IBARRA, S. del P. Descentralización, gobernabilidad y legitimidad: una discusión politológica. *Papel político* (13), 2001, p. 88.
- ISRAEL MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS. Health and social services. 1 de abril de 2008. Recuperado de: <https://mfa.gov.il/MFA/MFAES/Facts%20About%20Israel/SALUD/Pages/SALUD-%20Servicios%20de%20Salud.aspx>.
- IÑIGUEZ ROJAS, Luisa. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina; Geography and health: themes and perspectives in Latin America. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano. Universidad de La Habana. *Cadernos de Saúde Pública*. Pública vol.14 n.4 Rio de Janeiro Oct./Dec, 1998.
- HERNÁNDEZ, Arturo Fierros. Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX). *Gaceta médica de México*, 2014, vol. 150, no 2, p. 195-199.
- HERRERA FLORES, Joaquín. La reinención de los derechos humanos. Andalucía: Atrapasueños, 2008.
- HURTADO DE BARRERA, Jacqueline. Metodología de la investigación guía para la comprensión holística de la ciencia. Bogotá: Quirom, 2012.
- JARAMILLO, Iván, et al. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. En: *Revista de Salud Pública*, 2000, vol. 2, no 2, p. 145-164.
- JARAMILLO-MEJÍA, Marta Cecilia; CHERNICHOVSKY, Dov. Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí. En: *Estudios Gerenciales*, 2015, vol. 31, no 134, p. 30-40.
- JULIO PRETEL, José Domingo. El Derecho A La Salud En Colombia: Evolución Y Defensa Frente A Un Estado Que Dista De

Ser Garante. Carta Al Editor. Avances Y Salud – Vol. 1:(2) Julio – diciembre 2017 (51 – 54).

- LARACH, María Angélica. El Acuerdo sobre la aplicación de medidas sanitarias y fitosanitarias: contenido y alcance para América Latina y el Caribe. CEPAL, 2003.
- LATORRE, María; BARBOSA, S. Avances y retrocesos en la salud de los colombianos en las últimas décadas. La salud en Colombia, logros, retos y recomendaciones. Ediciones Uniandes, Bogotá, 2012, p. 11-66.
- LILLIBRIGDE, Scott. Impacto de los desastres en la salud pública. “Manejo de los aspectos de salud ambiental en los desastres: agua, excretas humanas y albergues”. Pan American Health Org, 2000- P- 64.
- LÓPEZ, Elkin Martínez. Promoción de la salud. Investigación y Educación en Enfermería, 1998, vol. 16, no 2. p. 127.
- LUHMANN, NIKLAN. (1998). Sistemas sociales: lineamientos para una teoría general (Vol. 15). Anthropos Editorial, pág. 157.
- MACEIRA, Daniel. Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino. CEDES, 2008.
- MANRIQUE VILLANUEVA, Lina; ESLAVA SCHMALBACH, Javier. Auscultando la corrupción en la salud: Definición y causas. ¿Qué está en juego?, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 4 octubre-diciembre 2011 (308-314). Pág. 2-3.
- MARÍN CASTILLO, Juan Carlos. El Estado Social de Derecho: un paradigma aún por consolidar. Rev. Jur. Der. vol.3 no.4 La Paz jun. 2016.
- MARSHALL BARBERÁN, Pablo. El estado de derecho como principio y su consagración en la Constitución Política. Revista de derecho (Coquimbo). versión On-line ISSN 0718-9753.

RDUCN v.17 n.2. Coquimbo 2010. Revista de Derecho Universidad Católica del Norte, Año 17 -N° 2, 2010 pp. 185-204.

- MAYA, Edgardo. El derecho a la salud en la perspectiva de los derechos humanos y del sistema de inspección, vigilancia y control de quejas en materia de salud. Revista Colombiana de Psiquiatría. Print version ISSN 0034-7450. vol.37 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2008.
- MEJÍA-ORTEGA, Luz M.; FRANCO-GIRALDO, Álvaro. Protección social y modelos de desarrollo en América Latina. Revista de Salud pública, 2007, vol. 9, p. 471-483.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Sala situacional de la Población Adulta Mayor. Oficina de Promoción Social. Gobierno de Colombia, 2018.
- MIRA, J.J. La participación ciudadana en salud. Revisión de revisiones. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Versión impresa ISSN 1137-6627. Anales Sis San Navarra vol.41 no.1 Pamplona ene./abr, 2018.
- MUÑOZ, Fernando. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000. p. 126-134.
- MUÑOZ, Iván F., et al. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2009, vol. 27, no 2, p. 142-152.
- NAVARRO, Vicente. Concepto actual de la salud pública. Martínez, F., Castellanos, PL, Navarro, V., Salud Pública, 1998, p. 49-54.
- NIKKEN, Pedro, et al. El concepto de derechos humanos. IIDH (ed.), Estudios Básicos de Derechos Humanos, San José, I, 1994, p. 23.

- NOJI, Eric K. Impacto de los desastres en la salud pública. Pan American Health Org, 2000.
- ÑAUPAS PAITÁN, Humberto, Metodología de la investigación Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la Tesis, Ediciones de la U, Bogotá, 2018.
- O'DONNELL, Owen; PROPPER, Carol. Equity and the distribution of UK National Health Service resources. Journal of health economics, 1991, vol. 10, no 1, p. 1-19.
- OEA. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador". Artículo 10, noviembre de 1988.
- ONU. Declaración Universal de las Naciones Unidas. Capítulo VIII: Acuerdos Regionales. Artículo 55. San Francisco, 1945.
- ONU. Declaración Universal de los Derechos humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. París, 1948.
- OMS. Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud N|°240, pág. 39. 30ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 2-19 de mayo de 1977.
- OMS. Constitución de La Organización Mundial De La Salud. Documentos Básicos, 48va. Edición, 2014.
- OMS. Personal Sanitario. Departamento de Recursos Humanos para la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- OMS. Promoción de la salud: Glosario. 1998.
- OPS. Enfoques prioritarios en salud pública. En: Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública. Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud - Oficina Regional para las Américas. Washington. 2000 pp. 7-31.

- OPS; OMS. 53vo. Consejo Directivo. 66.A Sesión Del Comité Regional De La Oms Para Las Américas, Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014, CD53.R14. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud - Oficina Regional para las Américas.
- ORDÓÑEZ, MALDONADO, Alejandro. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud - Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas. ISBN 978-958-99991-5-8, Procuraduría General de la Nación, pág. 13.
- PÁEZ, G. N., et al. Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. Ministerio de Salud. 2007.
- PÁEZ SALAMANCA, Gustavo Nicolás. Estudio Sobre La Geografía Sanitaria En Colombia. Ministerio De Salud Y Protección Social. MinSalud, julio, 2013.
- PAGANINI, José María. Capítulo 2. Las Políticas De Salud. Contribución Especial. Editorial De La Universidad Nacional De La Plata (EDULP), 2007, p. 68.
- PAPACCHINI, Ángelo. Los derechos humanos a través de la historia. En Revista Colombiana de Psicología, 1998, no 7, p. 138-200.
- PÉREZ LUÑO, Antonio. Los Derechos Fundamentales. Madrid, Tecnos 1998. págs. 19-51.
- PEREZ RIVERA, Pascual, Fundamentos de Salud Pública, CIB, Medellín, 1997, Página 36.
- PINEDA OLIVEROS, Olga Lorena. Capítulo I. Caracterización social del Estado colombiano. En: La Salud Pública Como Función Estatal. Responsabilidad del Estado Por omisión de políticas públicas de sanidad mental. ISBN 978-958-769-313-3. 2015, pp. 17-26.
- QUINHOES, Trajano Augustus Tavares; FLEURY, Sonia. La

reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América en los años' 90. *Salud colectiva*, 2005, vol. 1, p. 129-153.

- QUIÑÓNEZ, Jorge Haddad. Los Servicios de Salud en la República Popular China.
- QUINTANAS, Anna. Higienismo y medicina social: poderes de normalización y formas de sujeción de las clases populares. *Isegoría*, 2011, no 44, p. 274.
- RESTREPO PIMIENTA, Jorge Luis. Dimensión Jurídico-Antropológica de la Política Pública en Salud. Universidad Sergio Arboleda, Bogotá, 2012.
- RESTREPO PIMIENTA, Jorge Luis. Fundamentos Derecho Procesal de la Seguridad Social en Salud. Vélez, Bogotá, 2015.
- RESTREPO PIMIENTA, Jorge Luis. Conceptos Científicos en Seguridad social en Salud en contexto globalización y Estado. Universidad de la Costa, Barranquilla, 2017.
- RIGGIROZZI, Pía. Coronavirus y el desafío para la gobernanza regional en América Latina. *Análisis Carolina*, 2020, no 12, p. 1.
- RODRÍGUEZ GARAVITO, César. La judicialización de la salud: síntomas, diagnóstico y prescripciones. BERNAL, O. Gutiérrez, C. (Comp.) La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. Colombia, Bogotá, DC: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Uniandes, 2012.
- RODRÍGUEZ, Lilia. Factores sociales y culturales determinantes en salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva. Quito: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008.
- RODRÍGUEZ-MORALES, Alfonso J., et al. Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. *Acta Medica peruana*, 2020, vol. 37, no 1, p. 3-7.

- ROJO PÉREZ, NEREIDA; GARCÍA GONZÁLES, ROSARIO. Sociología y salud. Reflexiones para la acción. Escuela Nacional de Salud Pública, Rev. Cubana Salud Pública v.26 n.2 Ciudad de La Habana jul.-dic. 2000.
- RUA. Concepto de Salud y de Salud Pública. Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante.
- RITZER, GEORGE. "Teoría Sociológica Clásica", McGraw Hill. Madrid, 1996.
- SÁENZ, Francisco Miguel Bombillar; MIRAS, Antonio Pérez. El derecho a la protección de la salud desde una perspectiva multinivel y de derecho comparado. Revista europea de derechos fundamentales, 2015, no 25, p. 299-331.
- SALVADOR HERNÁNDEZ, Yudith. La participación ciudadana en la Salud Pública. Educación Médica. Correo Científico Médico, Versión On-Line ISSN 1560-4381. Cm Vol.22 No.4 Holguín Oct.-Dic, 2018.
- SÁNCHEZ RAMOS, Miguel Ángel. La participación ciudadana en la esfera de lo público*. Universidad Autónoma del Estado de México. Espacios Públicos, ISSN: 1665-8140. Vol. 12, núm. 25, Toluca, México, 2009, pp. 85-102.
- SÁNCHEZ-SAGRADO, T. La atención primaria en Suecia. SEMERGEN-Medicina de Familia, 2016, vol. 42, no 6, p. 408-411.
- SANTIAGO, Alfonso. Neoconstitucionalismo. Sesión privada del Instituto de Política Constitucional del 3 de abril de 2008. Canales De La Academia Nacional De Ciencias Morales y Políticas.
- SCHUFTAN, Claudio. Un enfoque puntual de los principios y los temas clave de los derechos humanos aplicados a la salud. Medicina Social, 2007, vol. 2, no 2, p. 78-89.
- SOCIAL, M. d. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encar-

gados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud. Informe Final.

- SOLÓRZANO, Francisco Xavier. El sistema de salud del Canadá y su financiamiento. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1997, vol. 1, p. 180-185.
- SUÁREZ MORALES, Danny Mauricio. Análisis Socio-Jurídico Del Estado Social De Derecho “Un Principio Que Contextualiza Al Estado Colombiano”. Artículo de Reflexión. Facultad de Derecho. Universidad Católica de Colombia. Bogotá D.C. 2016.
- TABIMA GARCÍA, Diomedes. La salud pública en Colombia: un derecho en vía de reconocimiento. Director, Departamento de Medicina Comunitaria, Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia, 2012.
- THIELMANN, Klaus. Determinantes de salud: potencial investigativo y estratégico de la Medicina General Integral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2005, vol. 21, no 5-6, p. 0-0.
- THOMASZ, Ana Gretel. Debajo de la alfombra de los barrios del sur. Derecho a la ciudad o nuevas formas de higienismo. Intersecciones en antropología, 2010, vol. 11, no 1, p. 15-27.
- TULCHINSKY, Theodore H.; VARAVIKOVA, Elena A. Chapter 13. National Health Systems. The new public health. Academic Press, 2014, p.466
- URBANOS, Rosa. La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 2010, vol. 24, p. 7-11.
- VALENCIA HERNÁNDEZ, Javier Gonzaga. Los Principios Y Valores Del Estado Social De Derecho Como Marco Jurídico Político Para La Resolución De Los Conflictos. *Gest. Ambient.*, Volumen 10, Número 1, p. 105-112, 2007. ISSN electrónico 2357-

5905. ISSN impreso 0124-177X.

- VALLEJO, Gustavo Gabriel. Higienismo y sectores populares en La Plata. Estudios del Hábitat, 1997.
- VARGAS, A. La reforma al sistema de salud en Estados Unidos: implementación y participación social. Superintendencia Nacional de Salud, 2014, vol. 6.
- VEGA-FRANCO, L. La salud en el contexto de la nueva salud pública. México, D.F. El Manual Moderno/Universidad Nacional Autónoma de México, 2000, 148 pp.
- VELASCO CANO, Nicole. Constitucionalismo y Estado Social de Derecho en Colombia. Artículos, Núm. 45, julio 1, 2016.
- VILLAR BORDA, Luis. Estado de derecho y Estado social de derecho. Revista Derecho del Estado n. ° 20, diciembre, 2007.
- VON HALDENWANG, Christian. Hacia un concepto politológico de la descentralización del Estado en América Latina. Revista EURE-Revista de Estudios Urbano Regionales, 1990, vol. 16, no 50. p. 225
- YADÓN, Zaida, et al. Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina. OPS, 2006.
- YEPES, Francisco J. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. IDRC, 2010.
- ZÚÑIGA, Francisco Azuero. La organización institucional y La regulación en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia. En: La salud en Colombia: Logros, retos y recomendaciones. 2012, p. 187.
- ZULUAGA GIL, Ricardo. Historia Del Constitucionalismo En Colombia. Una Introducción. Estudios de Derecho -Estud. Derecho- Vol. LXXI. N° 157, junio 2014. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia.

- JUSIDMANRAPOPORT, Clara. El derecho a la alimentación como derecho humano, Salud pública Méx vol.56 supl.1 Cuernavaca 2014.
- PEREZ LUÑO, Antonio. Los Derechos Fundamentales. Madrid, Tecnos 1998. Págs. 19 - 51.
- UPRIMNY YEPES, Rodrigo. Algunas Reflexiones Sobre la Responsabilidad por la Violación de los Derechos Humanos en la Constitución. EN: Seminario de Derechos Fundamentales. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, de la Maestría en Derecho. Págs. 1 - 20.
- Op cit UPRIMNY YEPEZ, Rodrigo y otros. Módulo de Formación Autodirigida en Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario. Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla, Bogotá. Pág. 207

