

AQUÍ
SÍ PASA
BOGOTÁ
MI CIUDAD
MI CASA



**Enfoques en salud pública:
para actuar sobre los
determinantes y las
desigualdades sociales
en salud**

Bogotá



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD



SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Carlos Fernando Galán Pachón
Alcalde Mayor de Bogotá

Gerson Orlando Bermont Galavis
Secretario Distrital de Salud

Julián Alfredo Fernández Niño
Subsecretario de Salud Pública

María Belén Jaimes Sanabria
Directora de Epidemiología, Análisis
y Gestión de Políticas en Salud Pública

Patricia Eugenia Molano Builes
Directora de Salud Colectiva

Diana Sofía Ríos Oliveros
Subdirectora de Determinantes en Salud

Marcela Martínez Contreras
Subdirectora de Acciones Colectivas

Claudia Milena Cuellar Segura
Subdirectora de Gestión y Evaluación
de Políticas en Salud Pública

Diana Marcela Walteros Acero
Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública

Autores(as) principales del documento
María José Tapias Lozada

Maylen Liseth Rojas Botero*
Experta técnica y metodológica

Integrantes de la Línea de Análisis de Desigualdades

Diane Moyano Romero
Paula Mariana Carvajal Hernández
Juan Camilo Tocora Rodríguez
Andrea del Pilar Bermúdez Forero
Carlos Andrés Fernández Contreras
Catherin Rodríguez Barrera
Jenny Fernanda Socarras Ronderos
Lina María Molina Sánchez
Luz Adriana Gutiérrez Rodríguez
William Enrique, Cruz Ramos
Angie Mabel Castañeda Casallas
Kimberly Piñeros Chía
María José Tapias Lozada

Mónica Tatiana Ochoa Alcantar
Leonardo Salas Zapata
Paola Elena León Velasco
Liliana Beatriz Hilarión Gaitán
Salomé Valencia Aguirre
Juan Carlos Cocoma Parra
Luz Mery Vargas Gómez
Ewar Fernando Díaz Castro

Coordinación Editorial

Oficina Asesora de comunicaciones

Jefe Oficina Asesora de comunicaciones
Estefanía Fajardo De la Espriella

Corrección de estilo
Adriana Helena Carrillo Monsalve

Líder equipo de diseño
Ana Gabriel Rodríguez Salamanca

Diseño y diagramación
Laura Bernal Tabares
Harol Giovanni León Niampira

Foto portada
<https://habitatbogota.gov.co>

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 601 364 9090
Bogotá D. C. - 2025
www.saludcapital.gov.co

*Participación ad honorem, realizada en el marco de su experiencia y ejercicio profesional.



La presente obra se encuentra sometida a una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0 Internacional. Para conocer sobre los alcances de la presente licencia, favor consultar el siguiente enlace: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



Enfoques en salud pública: para actuar sobre los determinantes y las desigualdades sociales en salud

Propuesta de documento conceptual desde
la Línea de Análisis de Desigualdades Sociales,
Económicas y Ambientales en Salud.

**Línea de Análisis de Desigualdades Sociales,
Económicas y Ambientales en Salud**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2026





Tabla de contenido

Introducción	6
Contextualización de los enfoques en salud pública para Bogotá D. C.	6
Contextualización del Documento	6
Justificación del documento	6
Objetivos	7
Objetivo general	7
Alcance y aplicabilidad institucional en la SDS	7
Marco conceptual	7
Definición de enfoque en salud pública	7
Principios rectores de los enfoques	8
Interrelación entre enfoques	8
Fundamentación teórica y evidencia científica	9
Enfoques en salud pública	10
Enfoque de derechos humanos	10
Marco conceptual y fundamentos	10
Marco normativo internacional	10
Marco normativo nacional	11
Marco normativo distrital	11
Operacionalización en salud pública	12
Enfoque de curso de vida	12
Fundamentos conceptuales y teóricos	12
Momentos vitales del curso de vida y determinantes	13
Marco normativo nacional	14
Marco normativo distrital	14
Operacionalización en salud pública	14
Enfoque poblacional-diferencial	14
Conceptualización y principios	15
Marco normativo nacional de poblaciones diferenciales	16
Marco normativo distrital para poblaciones diferenciales	16
Operacionalización en salud pública	17
Participación comunitaria y social	17

Enfoque intercultural	17
Fundamentos de la interculturalidad en salud	17
Marco normativo nacional	19
Marco normativo distrital	19
Sistemas médicos tradicionales y complementarios	20
Competencia cultural en servicios de salud	20
Operacionalización en salud pública	20
Enfoque territorial	21
Marco conceptual: conceptos de territorio y territorialidad	21
Determinantes sociales territoriales	22
Marco normativo nacional	22
Marco normativo distrital	23
Operacionalización del enfoque	23
Enfoque de género	24
Marco conceptual: conceptualización de género vs. sexo	24
Marco normativo nacional	25
Marco normativo distrital, incluyendo la Política Pública Distrital de Género	25
y el capítulo de “Salud para las mujeres” desde la SDS	25
Determinantes de género en salud	26
Operacionalización y transversalización del enfoque	26
Enfoque de interseccionalidad	27
Fundamentos teóricos de la interseccionalidad: si es o no un enfoque	27
Múltiples discriminaciones y vulnerabilidades	27
Análisis interseccional en salud	28
Normativa nacional	29
Normativa distrital	29
Metodologías de aplicación o formas de operacionalizar	29
Siguientes pasos	30
Referencias	31





Introducción

Contextualización de los enfoques en salud pública para Bogotá D. C.

La salud pública contemporánea ha evolucionado hacia la comprensión integral de la salud como un fenómeno multidimensional, determinado por elementos biológicos, sociales, económicos, culturales y ambientales que interactúan de manera compleja en los territorios [1]. Esta perspectiva ha sido adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del modelo de determinantes sociales de la salud, reconociendo que las inequidades sanitarias son resultado de la distribución desigual del poder, los recursos y las oportunidades [2].

Bogotá D. C., como capital de Colombia y centro urbano de más de 8 millones de habitantes, presenta características demográficas, socioeconómicas y territoriales particulares que configuran un perfil epidemiológico complejo y heterogéneo [3]. La ciudad alberga el 15,8 % de la población nacional y concentra diversos grupos poblacionales con necesidades diferenciadas: población en situación de desplazamiento, comunidades étnicas, personas con discapacidad, población LGBTI, entre otros, lo que demanda abordajes específicos desde la salud pública [4].

La Secretaría Distrital de Salud (SDS), en cumplimiento de sus competencias establecidas en el Decreto Distrital 507 de 2013, debe garantizar el derecho fundamental a la salud mediante acciones que reconozcan la diversidad poblacional y territorial de la ciudad [5]. En este contexto, los enfoques en salud pública se constituyen como herramientas conceptuales y metodológicas esenciales para el diseño, implementación y evaluación de políticas, programas, planes, estrategias, proyectos y acciones que respondan de manera efectiva a las necesidades específicas de los diferentes grupos poblacionales y territorios.

El Plan de Desarrollo Distrital 2024-2027 “Bogotá Camina Segura” establece como uno de sus propósitos fundamentales la construcción de una ciudad más equitativa, con enfoque de género, diferencial y de derechos, priorizando la seguridad humana integral [6]. Esta orientación estratégica se articula con el Plan Territorial de Salud Bogotá D.C. 2024-2027 y el Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar, que incorporan de manera transversal los enfoques para el abordaje integral de los determinantes sociales de la salud en el territorio distrital [7,8].

El Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar se fundamenta en la atención primaria social y en la gestión del cuidado con una apuesta individual, familiar y comunitaria, reconociendo las particularidades territoriales y poblacionales de la ciudad [8]. Esta perspectiva requiere que los abordajes en salud pública incorporen de manera sistemática los enfoques que permitan identificar, analizar y abordar las inequidades en salud presentes en las 20 localidades del Distrito Capital.

Contextualización del Documento

Este documento surge de una necesidad identificada en el marco de la Línea de Análisis de Desigualdades Sociales, Económicas y Ambientales en Salud de la Secretaría Distrital de Salud, de contar con referentes conceptuales más claros, consistentes y compartidos para la incorporación de los enfoques en los procesos de análisis, actuación, interpretación y toma de decisiones en salud pública. En efecto, el estudio de las desigualdades en salud no puede limitarse a la descripción de brechas o diferencias en indicadores, al contrario, requiere marcos de lectura que permitan comprender cómo dichas desigualdades se configuran y profundizan en función de condiciones sociales, territoriales, de género, curso de vida, pertenencia étnico-racial, discapacidad, orientación sexual, identidad de género y otras dimensiones relevantes. En este sentido, los enfoques no constituyen un elemento accesorio del análisis; son una herramienta fundamental para interpretar de manera más rigurosa la distribución desigual de riesgos, daños, recursos y oportunidades en salud, así como para orientar respuestas institucionales más pertinentes, equitativas y coherentes con la garantía del derecho a la salud en el contexto distrital.

Por otra parte, este documento se concibe como una construcción en curso, susceptible de ajuste, profundización y actualización permanente, en función de la evolución normativa, conceptual y operativa de la salud pública en el Distrito. En esa medida, no pretende constituirse como un instrumento cerrado o definitivo, sino como un marco que deberá dialogar de manera continua con los documentos, lineamientos, modelos, políticas y desarrollos técnicos ya existentes en la Secretaría Distrital de Salud, así como con aquellos que se formulen posteriormente. Este carácter dinámico resulta especialmente relevante en un campo como el de los enfoques, cuya apropiación institucional exige procesos progresivos de reflexión, armonización conceptual y traducción operativa en los distintos ámbitos de gestión de la entidad.

Justificación del documento

La implementación efectiva de enfoques en salud pública requiere de marcos conceptuales y normativos claros que orienten la acción institucional. A nivel internacional, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible establece el compromiso de “no dejar a nadie atrás”, principio que implica la adopción de enfoques que reconozcan las diferencias y vulnerabilidades específicas de las poblaciones [9].

Colombia, a través de la Ley 1751 de 2015, consagra la salud como derecho fundamental autónomo e irrenunciable, estableciendo que el Estado debe garantizar su ejercicio sin discriminación alguna y con enfoque diferencial [10]. Esta disposición normativa se articula con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que incorpora de manera transversal los enfoques de derechos, diferencial poblacional, de género, territorial e interseccional [11]. En el ámbito distrital, el Plan de Desarrollo 2024-2027 “Bogotá Camina Segura” incluye dentro de sus estrategias los enfoques de derechos, territorial y de género [6]. El Plan Territorial de

Salud Bogotá D. C. 2024-2027, por su parte, operacionaliza estos enfoques a través de líneas estratégicas específicas que buscan reducir las desigualdades en salud y fortalecer la atención primaria social con perspectiva diferencial [7].

En este marco, la implementación del Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar requiere de instrumentos técnicos que faciliten la comprensión y operacionalización de los enfoques diferenciados y garanticen su implementación coherente en todos los niveles de atención [8]. La ausencia o debilidad de un marco conceptual y normativo unificado puede generar interpretaciones divergentes, implementaciones fragmentadas y dificultades en el seguimiento y evaluación de las intervenciones con enfoque diferencial.

Adicionalmente, el contexto pospandémico y los nuevos desafíos de salud pública han mostrado la necesidad de fortalecer los sistemas de salud con enfoques que reconozcan las situaciones de vulnerabilidad diferenciadas y promuevan la equidad en el acceso y la calidad de los servicios de salud. En la Región de las Américas la pandemia de COVID-19 acentuó desigualdades sociales, económicas y sanitarias preexistentes, lo que refuerza la necesidad de respuestas institucionales más sensibles a las inequidades y a sus efectos diferenciales sobre la población [12]. En este sentido, Bogotá, como Distrito Capital, tiene la responsabilidad de liderar procesos innovadores que sirvan de referente para otras ciudades del país en la implementación de modelos de salud con enfoque diferencial.

Por tanto, este documento busca plantear lineamientos claros, basados en evidencia y articulados con el marco normativo vigente, que permitan fortalecer la capacidad de la SDS para implementar enfoques diferenciados de manera efectiva y sistemática en el marco del nuevo modelo de atención.

Objetivos

Objetivo general

Consolidar un documento que contenga el marco conceptual y normativo de los enfoques en salud pública en el marco del Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar y el Plan Territorial de Salud Bogotá D. C. 2024-2027.

Objetivos específicos

1. Definir los fundamentos conceptuales y teóricos de cada enfoque aplicable a los abordajes en salud pública.
2. Identificar el marco normativo nacional, internacional y distrital que sustenta la implementación de enfoques diferenciados en salud pública.
3. Esbozar la operacionalización de los enfoques en el marco de la salud pública.

Alcance y aplicabilidad institucional en la SDS

Este marco conceptual y normativo tiene aplicación en todos los niveles de gestión de la Secretaría Distrital de Salud, desde la formulación de políticas públicas hasta la implementación de intervenciones específicas en el territorio. Su alcance comprende:

Nivel estratégico: en tanto guía para la planificación de programas y proyectos de salud pública, incluyendo el análisis de la situación de salud y la priorización de acciones. Orienta el diseño de estrategias específicas para cada grupo poblacional y territorio, considerando sus particularidades y necesidades diferenciadas.

Nivel operativo: brinda elementos claves de referencia para la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y gestión de programas específicos en las 20 localidades del Distrito Capital. Lo anterior, requiere de la realización de un documento adicional que contemple estratégicamente la operacionalización de los enfoques.

De tal manera, el presente documento está dirigido a equipos directivos, profesionales técnicos, referentes de programa y gestores territoriales de la SDS, así como a actores y sectores intersectoriales que participan en la implementación de acciones de salud pública en Bogotá.

La implementación de este marco conceptual y normativo puede contribuir a fortalecer la capacidad institucional para abordar las inequidades en salud, mejorar la efectividad de las intervenciones de salud pública y avanzar en el cumplimiento de los compromisos distritales, nacionales e internacionales relacionados con el derecho a la salud y la equidad sanitaria.

Marco conceptual general

El presente capítulo desarrolla los fundamentos conceptuales que permiten comprender los enfoques en salud pública como marcos de interpretación, análisis y acción institucional frente a las desigualdades en salud. Para ello, se aborda inicialmente una definición general de enfoque, seguida de los principios rectores que orientan su aplicación, la interrelación entre enfoques y la fundamentación teórica que sustenta su incorporación en la gestión de la salud pública. Este marco busca ofrecer una base común para interpretar los enfoques no como categorías aisladas, sino como herramientas articuladas que permiten reconocer la diversidad social, territorial y poblacional de Bogotá, comprender la producción de inequidades y orientar respuestas públicas más pertinentes, integrales y equitativas.

Definición de enfoque en salud pública

En salud pública un enfoque puede entenderse como una perspectiva analítica, ética, política y metodológica que orienta

la manera en que se comprende un problema, se interpretan sus determinantes, se identifican las poblaciones y territorios involucrados y se definen las respuestas institucionales para su abordaje. En este sentido, los enfoques no constituyen elementos accesorios de la planeación ni categorías meramente descriptivas, sino marcos orientadores que inciden en la formulación de políticas, la priorización de acciones, la asignación de recursos, la producción de información y la evaluación de resultados. Esta comprensión es coherente con la evolución de la salud pública contemporánea, que ha transitado desde visiones centradas exclusivamente en la enfermedad y en los factores de riesgo individuales, hacia perspectivas que reconocen la incidencia de los determinantes sociales, económicos, culturales, políticos y ambientales sobre la salud y sobre la producción de inequidades en salud [1,2,13].

Desde esta perspectiva los enfoques permiten ordenar la acción institucional a partir de preguntas sustantivas: ¿quiénes enfrentan mayores barreras para el goce efectivo del derecho a la salud?, ¿se distribuyen de forma desigual los riesgos y las protecciones?, ¿de qué manera el territorio, la edad, el género, la posición socioeconómica, la pertenencia étnica, la discapacidad, u otras, configuran trayectorias diferenciales de salud?, y ¿qué transformaciones deben producirse en la respuesta estatal para reducir desigualdades injustas y evitables?. Así, un enfoque no solo amplía la comprensión de la realidad sanitaria, más aún reorienta y redefine las obligaciones institucionales frente a la equidad, la igualdad sustantiva y la garantía efectiva de derechos [10,14,15].

En coherencia con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (PDSP) los enfoques deben asumirse como dimensiones constitutivas de la gestión de la salud pública y no como perspectivas aplicables de manera excepcional a determinados grupos. El PDSP reconoce las categorías curso de vida, diversidad y relación población-territorio como elementales para el abordaje de los sujetos de derecho y la cualificación de las acciones en salud pública. En el contexto distrital esta comprensión dialoga con el Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar en la medida en que este propone una lectura integral de la salud, articulada con la atención primaria social, la gestión del cuidado y las particularidades y necesidades de los territorios y poblaciones de Bogotá [8,11].

Principios rectores de los enfoques

Aunque cada enfoque posee desarrollos conceptuales y normativos propios es posible identificar un conjunto de principios rectores comunes. En primer lugar, se encuentra la dignidad humana, que reconoce a todas las personas como titulares de derechos y exige que la acción pública se oriente al respeto, la protección y la garantía de condiciones compatibles con el más alto nivel posible de salud. En segundo lugar, se ubica el principio de igualdad y no discriminación según el cual la acción estatal no puede limitarse al trato uniforme, en cambio debe incorporar medidas diferenciadas cuando existan barreras estructurales, desventajas históricas o condiciones contextuales que impidan el ejercicio real del derecho a la salud [10,11].

Un tercer principio es la equidad en salud: la literatura clásica en la materia ha señalado que no toda diferencia en salud constituye una inequidad, afirmando que lo son, en cambio, aquellas diferencias sistemáticas, evitables e injustas, producidas socialmente y asociadas a posiciones desiguales de poder, recursos y oportunidades. Desde esta perspectiva el propósito de la acción pública no se limita a mejorar promedios agregados, debe reducir brechas injustas entre grupos poblacionales y territorios, actuando sobre las condiciones que las producen y reproducen [14,15].

A estos principios se suman la integralidad, la participación social, la pertinencia, la intersectorialidad y la adaptación contextual. La integralidad parte del reconocimiento de que los procesos de salud-enfermedad-cuidado no responden a una sola dimensión ni pueden ser abordados desde una única lógica sectorial. La participación social implica la incorporación activa de personas, comunidades y colectivos en la definición de prioridades y en el seguimiento de la acción pública. La pertinencia exige respuestas cultural, social y territorialmente adecuadas. La intersectorialidad reconoce que una parte sustantiva de los determinantes de la salud se produce fuera del sector sanitario, obedeciendo a problemas complejos que deben ser abordados con otros sectores. Finalmente, la adaptación contextual demanda que las políticas e intervenciones se ajusten a las condiciones concretas de los territorios y de las poblaciones, evitando respuestas homogéneas frente a realidades heterogéneas. Estos principios son consistentes con la Carta de Ottawa, con el enfoque de Salud en Todas las Políticas y con la orientación del PDSP 2022-2031 [11,16,17].

Interrelación entre enfoques

Los enfoques desarrollados en este documento no operan de manera aislada ni pueden aplicarse como compartimentos estancos: su potencia analítica y operativa depende de su articulación. El enfoque de derechos humanos provee el horizonte normativo general, al situar la dignidad, la igualdad, la participación y la no discriminación como fundamentos de la acción institucional. Sobre esa base, otros enfoques permiten precisar dimensiones específicas de las desigualdades y orientar respuestas más pertinentes: el enfoque de curso de vida incorpora la temporalidad y la acumulación de ventajas o desventajas; el enfoque poblacional y diferencial visibiliza particularidades, necesidades y barreras específicas de distintos grupos; el enfoque intercultural problematiza las relaciones entre sistemas de conocimiento, prácticas de cuidado y asimetrías de poder; el enfoque territorial sitúa los procesos de salud en contextos espaciales, sociales e institucionales concretos; el enfoque ambiental incorpora la incidencia de las exposiciones y condiciones ecosociales; el enfoque de género permite comprender normas, jerarquías y relaciones de poder que producen desigualdades en salud; y la interseccionalidad muestra cómo estas dimensiones se entrecruzan y configuran experiencias complejas de privilegio, exclusión o vulneración [11,13].

Esta interrelación implica que ningún enfoque es autosuficiente. Una acción territorial que no incorpore derechos, género o interseccionalidad puede ampliar cobertura sin transformar desigualdades; una respuesta diferencial que no considere el



curso de vida o el territorio puede fragmentar la comprensión de los sujetos; y una aproximación de derechos que no dialogue con los determinantes sociales puede permanecer en el plano declarativo. De ahí la necesidad de asumir los enfoques como una arquitectura integrada para la planeación, la gestión y la evaluación, más que como una agregación de categorías paralelas. Esta lectura es consistente con el marco conceptual de determinantes sociales de la OMS y con la orientación reciente de esta entidad de monitorear los resultados sanitarios, pero también las condiciones sociales y las respuestas de política pública relacionadas con la equidad en salud [13,18].

Desde la perspectiva del análisis de desigualdades en salud esta articulación resulta especialmente relevante porque permite superar lecturas parciales o reduccionistas de las brechas en salud. Es decir, las desigualdades no suelen explicarse por una sola condición o variable, sino por la convergencia de múltiples elementos que operan simultáneamente en la vida de las personas y en los territorios. Por ello, analizar las desigualdades únicamente por localidad, por grupo de edad, por sexo o por pertenencia poblacional puede ser insuficiente si no se consideran de manera articulada las relaciones entre dichas dimensiones, las barreras estructurales que las atraviesan y los contextos en que se producen. La integración entre enfoques fortalece así la capacidad institucional para interpretar de manera más rigurosa la distribución desigual de riesgos, daños, protecciones, recursos y oportunidades en salud, y para orientar respuestas públicas más ajustadas a la complejidad de las inequidades.

En el caso de Bogotá esta comprensión integrada es especialmente relevante; la ciudad presenta heterogeneidades marcadas entre localidades, desigualdades persistentes en condiciones de vida y exposiciones diferenciales a determinantes sociales y ambientales. En este contexto la articulación entre enfoques fortalece la capacidad institucional para leer mejor las inequidades, evitar respuestas homogéneas y orientar la acción pública de manera coherente con el modelo distrital de salud y con la gestión territorial del cuidado que propone MAS Bienestar [8].

Fundamentación teórica y evidencia científica

La fundamentación teórica general de los enfoques en salud pública se inscribe, en primer lugar, en la tradición de los determinantes sociales de la salud. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS estableció que las inequidades sanitarias son resultado de la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y que su reducción exige intervenir tanto sobre determinantes estructurales como sobre determinantes intermedios. Posteriormente, Solar e Irwin desarrollaron un marco conceptual de amplia influencia que explica cómo los contextos políticos y socioeconómicos producen estratificación social y, a través de ella, exposiciones, vulnerabilidades y consecuencias diferenciales en salud. Este marco resulta central para el presente documento porque muestra que los enfoques no deben limitarse a describir diferencias entre grupos, por el contrario, deben orientarse a transformar las condiciones que producen desigualdades evitables e injustas [2,13].

En segundo lugar, este marco se apoya en la tradición de la equidad en salud desarrollada, entre otros, por Margaret Whitehead. Desde esta perspectiva la equidad no se define como la ausencia total de diferencias, sino como la ausencia de diferencias injustas y evitables entre grupos socialmente situados en posiciones desiguales. Esta formulación ha sido decisiva para la salud pública contemporánea porque permite traducir el principio ético de justicia social en un criterio operativo para la formulación, implementación y evaluación de políticas. En consecuencia, incorporar enfoques en salud pública responde a una sensibilidad institucional frente a la diversidad, pero más aún a la obligación de intervenir sobre gradientes sociales y patrones de exclusión que afectan diferencialmente la salud de la población [14,15].

En tercer lugar, el marco conceptual se nutre de la tradición de la promoción de la salud y de la acción intersectorial. La Carta de Ottawa definió la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar la agencia y el control sobre su salud y mejorarla, e identificó como áreas de acción la formulación de políticas públicas saludables, la creación de entornos favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud. Más adelante, la OMS consolidó el enfoque de Salud en Todas las Políticas como una aproximación a las decisiones públicas de todos los sectores que considera sistemáticamente sus implicaciones en salud, busca sinergias y evita impactos nocivos, con el propósito de mejorar la salud poblacional y la equidad. Estas formulaciones son particularmente relevantes para Bogotá, donde la situación de salud está estrechamente vinculada con decisiones urbanas, ambientales, sociales, educativas, laborales, de movilidad, seguridad y cuidado [16,17].

Finalmente, la OMS recientemente reforzó el señalamiento de la necesidad de monitorear de manera sistemática los determinantes sociales de la equidad en salud y las acciones orientadas a transformarlos: el marco operativo publicado en 2024 subraya que el seguimiento de la equidad no debe restringirse a resultados sanitarios finales, sino que debe incluir las condiciones sociales, los factores estructurales y las respuestas de política pública que permitan comprender por qué persisten las brechas y qué tan eficaces son las intervenciones para reducirlas. Esta orientación resulta especialmente pertinente para un documento estratégico de la Secretaría Distrital de Salud, en la medida en que vincula la incorporación de enfoques con decisiones sobre información, monitoreo, gestión y rectoría institucional [18].

En este escenario, el marco conceptual general de este documento parte del reconocimiento de que los enfoques en salud pública son instrumentos de comprensión y de transformación institucional; permiten leer la diversidad social y territorial de Bogotá, identificar inequidades injustas y evitables y orientar respuestas más integrales, pertinentes y efectivas. En el ámbito de la Secretaría Distrital de Salud su incorporación debe entenderse como una condición para fortalecer la rectoría, la planeación, la gestión territorial, la articulación intersectorial y la evaluación de acciones orientadas al bienestar y a la equidad en salud [8,11,18].



Enfoques en salud pública

Los enfoques en salud pública, como se ha mencionado anteriormente, constituyen marcos de interpretación y de acción que permiten traducir el compromiso institucional con la equidad, la garantía de derechos y la respuesta integral a las desigualdades en salud, en criterios concretos de formulación, implementación, seguimiento y evaluación. Aunque cada enfoque tiene fundamentos conceptuales, desarrollos normativos y alcances operativos particulares, todos cumplen una función común: orientar decisiones más pertinentes frente a la diversidad social, poblacional, territorial, cultural y ambiental [8,11].

En los apartados siguientes se desarrollarán cada uno de los enfoques desde su fundamentación conceptual, sus principales referentes normativos y algunas orientaciones iniciales para su operacionalización. Dado el alcance de este documento, dicha operacionalización se presenta de manera preliminar y orientadora, y su desarrollo metodológico deberá consolidarse posteriormente en un instrumento técnico específico para su incorporación en los distintos procesos de gestión de la Secretaría Distrital de Salud.

Enfoque de derechos humanos

El enfoque de derechos humanos constituye un marco ético, jurídico, político y operativo para la salud pública. Su punto de partida es el reconocimiento de las personas y colectividades como sujetos de derechos, y no únicamente como beneficiarias de servicios o receptoras de acciones institucionales, desconociendo su agencia en el ejercicio y gestión de su salud y bienestar. Desde esta perspectiva la salud no se reduce a una necesidad, una prestación o un resultado sectorial; se configura como un derecho humano cuya garantía impone obligaciones concretas al Estado. Este desplazamiento es relevante porque modifica la lógica de la acción pública: ya no se trata solo de ofrecer respuestas sanitarias, se trata de garantizar condiciones que permitan a todas las personas alcanzar el más alto nivel posible de salud en condiciones de dignidad, igualdad y no discriminación [19-21].

Marco conceptual y fundamentos

Desde el punto de vista teórico este enfoque supone comprender que los problemas de salud no se explican exclusivamente por factores biológicos o conductuales, sino también por relaciones de poder, exclusiones sociales, desigualdades estructurales y barreras institucionales que limitan el ejercicio efectivo de derechos. Por ello, el derecho a la salud tiene un carácter inclusivo: comprende tanto el acceso oportuno y adecuado a servicios de salud como la intervención sobre los determinantes subyacentes que condicionan las posibilidades reales de vivir y

mantenerse saludable. En ese sentido, el enfoque de derechos humanos permite articular la protección jurídica del derecho a la salud con el análisis de desigualdades, determinantes sociales y responsabilidades estatales frente a su transformación [2,19,20].

Este enfoque se sustenta, además, en un conjunto de principios que orientan su aplicación en salud pública, entre los que se destacan la dignidad humana, la igualdad y no discriminación, la participación, la transparencia, la rendición de cuentas y la progresividad, abordados previamente. En el campo sanitario estos principios exigen que las políticas y programas amplíen coberturas, y también que identifiquen y remuevan barreras de acceso, aseguren respuestas aceptables y de calidad, e incorporen mecanismos que permitan a personas y comunidades participar en las decisiones que afectan su salud. De esta forma, el enfoque de derechos humanos opera como un criterio para la toma de decisiones públicas y no solo como una declaración normativa general [20,21].

Marco normativo internacional

Uno de los antecedentes fundamentales del enfoque de derechos humanos en salud es la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 que en su artículo 25 reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, incluyendo alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios. Aunque la Declaración no desarrolla de manera detallada el contenido del derecho a la salud, sí establece una base normativa decisiva donde la salud y el bienestar hacen parte de las condiciones materiales mínimas para una vida digna y, por tanto, deben ser objeto de protección de los Estados [22].

Este desarrollo fue profundizado por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuyo artículo 12 consagra el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El Pacto amplía la comprensión del derecho al establecer obligaciones estatales orientadas, entre otras, a reducir la mortalidad infantil, mejorar la higiene del trabajo y del medio ambiente, prevenir y tratar enfermedades, y asegurar atención médica y servicios para toda la población. Con ello, el derecho a la salud deja de ser una formulación general y adquiere un contenido vinculante para los Estados parte, incluido Colombia [19].

La interpretación más influyente de este derecho en el sistema internacional se encuentra en la Observación general número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: este instrumento precisó que el derecho a la salud no se limita a la atención médica, sino que comprende también los factores determinantes de la salud, tales como el acceso al agua potable, al saneamiento, a una alimentación adecuada, a vivienda digna, a condiciones laborales saludables, a un medio ambiente sano y al acceso a información en salud. Asimismo, desarrolló los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, que se han consolidado como referentes centrales para analizar el cumplimiento estatal del derecho a la salud. Estos criterios resultan particularmente útiles para la salud pública, porque

permiten traducir una norma general en dimensiones observables de la acción institucional [20].



Fuente: SDS - Plan de Intervenciones colectivas PIC
Fotografía recorrido nocturno habitanza en calle.

Marco normativo nacional

En el ordenamiento jurídico colombiano el enfoque de derechos humanos en salud encuentra sustento en la Constitución Política de 1991. La dignidad humana, la igualdad real y efectiva, y la protección integral de los derechos fundamentales configuran el marco axiológico desde el cual debe interpretarse la acción estatal en salud. De manera específica, el artículo 49 dispone que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Aunque la formulación constitucional original combinó la noción de servicio público con la de acceso universal, la evolución jurisprudencial y normativa posterior consolidó la comprensión de la salud como derecho fundamental [23].

Esa consolidación se materializó en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que definió la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable, en lo individual y en lo colectivo. La ley dispone

que el Estado debe respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Además, establece principios como universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, calidad, aceptabilidad y progresividad, todos ellos estrechamente vinculados con el enfoque de derechos humanos [10].

Desde la salud pública la relevancia de este marco nacional radica en que obliga a superar comprensiones restringidas del sector salud centradas exclusivamente en la prestación de servicios. La Ley 1751 vincula el derecho a la salud con la obligación estatal de intervenir sobre condiciones que afectan su goce efectivo y exige respuestas integrales, no discriminatorias y orientadas por la equidad. En esa misma dirección, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 se asume como política pública orientada a la garantía del derecho fundamental a la salud, al bienestar integral y a la calidad de vida, y reconoce enfoques como curso de vida, diversidad y relación población-territorio como estructurantes de la acción en salud pública [10,11].

Marco normativo distrital

En el ámbito distrital el enfoque de derechos humanos cuenta con un soporte normativo y programático relevante. Un referente central es la Política Pública Integral de Derechos Humanos de Bogotá 2019-2034, adoptada mediante el CONPES D. C. 05 de 2019. Esta política tiene como objetivo general garantizar el goce efectivo de los derechos humanos de las personas que habitan o transitan Bogotá a través de la articulación interinstitucional y ciudadana. Su importancia para este documento radica en que sitúa la garantía de derechos como una obligación transversal del Distrito y ofrece un marco de referencia para que los sectores, incluido salud, orienten su gestión desde una perspectiva de derechos humanos [24].

A ello se suma el Acuerdo 927 de 2024, mediante el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2024-2027 “Bogotá Camina Segura”. Este instrumento define la hoja de ruta general del gobierno distrital y constituye el marco de referencia para la acción sectorial en el periodo y administración actual. Para el sector salud dicho plan es relevante en la medida en que articula la acción pública con propósitos de equidad, inclusión y garantía de derechos, y sirve de base para el desarrollo del Plan Territorial de Salud y del modelo distrital de atención [6].

En el sector salud distrital el enfoque de derechos humanos aparece de manera explícita en el Plan Territorial de Salud Bogotá D. C. 2024-2027 (PTS) y en el Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar. El PTS se presenta como el instrumento de planeación sanitaria territorial para el periodo, mientras que MAS Bienestar ubica el enfoque de derechos como uno de sus enfoques conceptuales y operativos. El documento estratégico del modelo señala que su implementación busca contribuir al goce efectivo del derecho fundamental a la salud y de otros

derechos fundamentales, y en el documento Abecé del modelo precisa que el enfoque de derechos es uno de los que articulan sus pilares estratégicos. En conjunto, estos instrumentos muestran que, para la SDS, el enfoque de derechos no es accesorio, por el contrario, es constitutivo de la gestión territorial y de la atención primaria social [7,8].

Operacionalización en salud pública

En salud pública la operacionalización del enfoque de derechos humanos exige que los abordajes no se limiten a ampliar oferta o cobertura, sino que se diseñen, implementen y evalúen a partir de preguntas explícitas sobre inclusión, discriminación, barreras y exigibilidad. Esto implica analizar quiénes quedan excluidos de los beneficios de la acción pública, qué obstáculos enfrentan para acceder a bienes, servicios y condiciones necesarias para la salud, y en qué medida las respuestas institucionales cumplen con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Desde esta perspectiva, el enfoque de derechos humanos se traduce en criterios concretos para la gestión pública [20]. Operativamente este enfoque demanda al menos cinco elementos para la acción en salud pública:

1. La identificación de brechas injustas entre grupos poblacionales y territorios.
2. La incorporación de medidas para remover barreras físicas, económicas, administrativas, informativas, culturales o simbólicas que limiten el acceso efectivo.
3. La participación social incidente, entendida más allá de la consulta, como involucramiento real de personas, comunidades y organizaciones en la definición de prioridades y en el seguimiento de las intervenciones.
4. La rendición de cuentas, mediante sistemas de información, transparencia y mecanismos de exigibilidad.
5. La progresividad, que obliga a avanzar de forma sostenida en la garantía del derecho y a evitar retrocesos injustificados en los niveles de protección alcanzados [20,21].

Para la Secretaría Distrital de Salud estas exigencias tienen implicaciones directas en la planeación, la gestión territorial, la vigilancia en salud pública y la evaluación. En la planeación, obligan a incorporar análisis de inequidades, discriminación y barreras diferenciales. En la gestión territorial, requieren respuestas pertinentes frente a la diversidad social y territorial de Bogotá. En la vigilancia y el monitoreo, suponen complementar los indicadores tradicionales de cobertura y resultado con información sobre accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad, calidad y comportamiento diferencial de los resultados entre grupos y localidades. En la evaluación, implican valorar no solo si una intervención produce efectos, también si contribuye efectivamente a reducir exclusiones y a fortalecer el goce del derecho a la salud [7,8,18].

Enfoque de curso de vida

En este apartado se desarrolla el enfoque de curso de vida como una perspectiva clave para comprender la salud y el bienestar a partir de las trayectorias, transiciones y acumulaciones que configuran la vida de las personas y las poblaciones. Para ello se presentan sus fundamentos conceptuales y teóricos, la diferencia entre curso de vida y ciclo vital, los momentos vitales reconocidos en el marco nacional, así como su soporte normativo y sus principales implicaciones para la operacionalización en salud pública. De esta manera, el apartado busca mostrar cómo este enfoque permite orientar respuestas institucionales más continuas, oportunas e integrales, sensibles a las necesidades de cada momento vital y a las desigualdades que se producen y acumulan a lo largo del tiempo.

Fundamentos conceptuales y teóricos

El enfoque de curso de vida es una perspectiva analítica y operativa que comprende la salud como un proceso dinámico, continuo, relacional y acumulativo, configurado por la interacción entre elementos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y ambientales a lo largo del tiempo. En esta misma línea, el enfoque de curso de vida también ha sido entendido como un marco integrador para el desarrollo de la salud, en la medida en que permite articular la comprensión de trayectorias individuales y poblacionales con implicaciones para la investigación, la formulación de políticas y la organización de respuestas institucionales a lo largo del tiempo [25].

Desde esta perspectiva la salud y el bienestar no pueden entenderse únicamente como el resultado de circunstancias presentes o de eventos aislados, deben leerse como la expresión de trayectorias construidas progresivamente desde etapas tempranas de la vida e, incluso, entre generaciones. La OMS ha señalado que este enfoque reconoce la influencia de factores protectores y de riesgo durante períodos sensibles y críticos, así como los efectos acumulativos que dichas exposiciones pueden tener sobre la salud, el desarrollo y el bienestar a lo largo de la vida [26,27].

Este enfoque introduce, por tanto, una comprensión temporal de la salud pública. No se limita a describir estados de salud en un momento determinado, busca además entender cómo las experiencias y exposiciones vividas en distintos momentos se articulan y producen efectos posteriores. Así, condiciones de gestación, nutrición, cuidado temprano, acceso a educación, violencias, trayectorias laborales, condiciones ambientales y redes de apoyo, pueden influir de manera decisiva en la salud del presente y también en la vulnerabilidad o protección frente a eventos futuros. Esta mirada permite comprender que la salud no se produce de manera instantánea, sino como resultado de procesos continuos y acumulativos [26-28].

En este marco, es importante diferenciar el curso de vida del ciclo vital. El *ciclo vital* suele remitir a una organización secuencial de etapas etarias —como primera infancia, infancia,



adolescencia, adultez y vejez—, y constituye, por tanto, una manera de clasificar momentos del desarrollo humano. El enfoque de *curso de vida*, en cambio, es más amplio y relacional, es decir, más allá de identificar etapas analiza trayectorias, transiciones, continuidades y rupturas, así como la acumulación de ventajas y desventajas y los efectos de largo plazo derivados de experiencias tempranas o sostenidas. En otras palabras, mientras el ciclo vital ordena momentos, el curso de vida permite comprender cómo las condiciones vividas en esos momentos influyen en la salud presente y futura. Esta diferenciación también ha sido retomada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que señala que el enfoque de curso de vida supera una mirada lineal del desarrollo y reconoce que este se configura como un proceso continuo que incide en la vida de los sujetos, las familias y las comunidades [29].

La epidemiología del curso de vida ha aportado de manera importante a esta comprensión. Kuh y Ben-Shlomo definieron esta perspectiva como el estudio de procesos biológicos, conductuales y psicosociales de largo plazo que vinculan la salud del adulto con exposiciones físicas o sociales que actúan en distintas fases de la vida o entre generaciones. Este planteamiento muestra que la enfermedad y el bienestar en etapas posteriores no pueden explicarse exclusivamente por factores recientes; muchas veces expresan procesos iniciados años atrás. Asimismo, permite reconocer la existencia de períodos críticos, en los que ciertas exposiciones pueden tener efectos duraderos o irreversibles, y períodos sensibles, en los que las intervenciones oportunas pueden producir beneficios significativos sobre trayectorias futuras de salud [27-28].

En este sentido, el enfoque de curso de vida ofrece una base conceptual particularmente útil para la salud pública porque permite articular promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención, cuidado y reducción de inequidades, desde una lógica de continuidad. Su aporte no solo ordena intervenciones según grupos de edad, también ofrece una comprensión más integral de cómo se producen la salud y la enfermedad a través del tiempo y de cómo pueden modificarse trayectorias adversas y fortalecerse trayectorias de bienestar [25-29].



Fuente: SDS - Plan de Intervenciones colectivas PSPIC
Fotografía Entorno Educativo. Sesión colectiva jardín de emociones.

Momentos vitales del curso de vida y determinantes

En Colombia la incorporación del enfoque de curso de vida en la política y en la operación del sector salud ha representado un avance importante para organizar acciones y atenciones de acuerdo con necesidades diferenciadas; no obstante, este tránsito no está exento de tensiones conceptuales y prácticas. Aunque la adopción de momentos del curso de vida permite superar parcialmente visiones homogéneas de la población, en la práctica persiste el riesgo de que el enfoque se reduzca a una clasificación por grupos etarios, reproduciendo una lógica más cercana al ciclo vital que a una comprensión plena del curso de vida. Este señalamiento es relevante porque, si bien la organización por momentos facilita la gestión y la definición de acciones, el enfoque exige ir más allá de una secuencia de edades y comprender las trayectorias y acumulaciones que configuran la salud a lo largo del tiempo.

En el contexto colombiano, la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud estructura sus intervenciones a partir de seis momentos del curso de vida: primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez. Esta organización ofrece una base operativa para ajustar las acciones de salud a requerimientos y necesidades diferenciadas [30].

Sin embargo, el valor del enfoque no reside únicamente en distinguir momentos, sino en comprender la forma en que los determinantes actúan a través de ellos. Las condiciones de gestación, nutrición, crianza, escolaridad, inserción social, trabajo, vivienda, exposición a violencias, acceso a servicios, entornos ambientales y redes de apoyo no desaparecen al pasar de una etapa a otra; por el contrario, pueden mantenerse, transformarse o acumularse, generando trayectorias más favorables o adversas para la salud. Esta perspectiva permite reconocer que muchas desigualdades observadas en la adolescencia, la adultez o la vejez tienen raíces en experiencias previas, y que la acción pública puede contribuir a interrumpir o mitigar esos procesos acumulativos cuando se da de forma oportuna e integral [26-28].

De tal manera, implica reconocer que cada momento vital se encuentra atravesado por determinantes sociales y territoriales específicos, pero también por los efectos acumulados de experiencias anteriores. La adolescencia, por ejemplo, puede entenderse como una etapa biológica de cambios, pero también debe verse como un momento influido por trayectorias escolares, vínculos familiares, exposición a violencias, acceso a oportunidades, condiciones barriales y experiencias previas de cuidado o exclusión. De manera similar, la vejez no debe reducirse al deterioro funcional, sino analizarse en relación con trayectorias laborales, ingresos, autonomía, redes de cuidado, accesibilidad del entorno y soporte social acumulados a lo largo de la vida. En este marco, el enfoque de curso de vida se articula de manera estrecha con otros enfoques, en particular los de derechos humanos, género, territorial, diferencial e interseccionalidad, pues solo a través de esa articulación es posible comprender de manera más completa cómo se configuran las desigualdades en salud en los distintos momentos de la vida [11,29].

Marco normativo nacional

En Colombia el enfoque de curso de vida cuenta con un soporte normativo y técnico claro dentro del modelo de atención en salud. La Política de Atención Integral en Salud (PAIS), adoptada mediante la Resolución 429 de 2016, estableció el marco estratégico para orientar la intervención del sector salud y de otros actores hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población. En dicha política, la atención integral se organiza considerando la situación de salud, el entorno, el territorio y el curso de vida, con el fin de articular acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación [31].

Posteriormente las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) desarrollaron operativamente este enfoque. La Resolución 3202 de 2016 adoptó el manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS como instrumento para ordenar la integralidad de la atención. Más adelante, la Resolución 3280 de 2018 adoptó los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal, estableciendo intervenciones organizadas explícitamente por momentos del curso de vida. Esta resolución constituye uno de los desarrollos más concretos del enfoque en el país, en la medida en que traduce la perspectiva de curso de vida en atenciones, valoraciones e intervenciones diferenciadas [30,32].

Adicionalmente, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 incorpora el curso de vida como una categoría estructurante para comprender a los sujetos de derecho y organizar la acción en salud pública: lo articula con la promoción de la salud, la gestión integral del riesgo, la equidad y la relación población-territorio, lo que refuerza su papel como referente para la formulación e implementación de intervenciones de salud pública en el país [11].

Marco normativo distrital

En Bogotá el enfoque de curso de vida ha sido incorporado como uno de los orientadores de la planeación y de la gestión sectorial en salud. El Plan Territorial de Salud Bogotá D. C. 2024-2027 reconoce expresamente la necesidad de transversalizar el enfoque de curso de vida en la planeación, formulación e implementación de planes, programas y estrategias, junto con otros enfoques. Esta incorporación es relevante porque ubica este enfoque como criterio de acción institucional y no solo como referencia conceptual [7].

De manera complementaria, el Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar incorpora el curso de vida como elemento central de la continuidad del cuidado y de la organización de respuestas integrales en el territorio. El documento estratégico del modelo plantea que la continuidad del cuidado debe entenderse a lo largo del curso de la vida, según necesidades, sin interrupciones y con articulación entre acciones individuales, colectivas y territoriales. En ese sentido, el enfoque de curso de vida aparece como una

categoría analítica pero también como un criterio operativo para la atención primaria social, la gestión territorial y la organización de las respuestas del sector salud en Bogotá [8].

En el contexto distrital la relevancia de este enfoque se profundiza por la heterogeneidad social y territorial de la ciudad: las trayectorias de salud no son homogéneas entre localidades, grupos sociales y entornos de vida, de modo que incorporarlo permite comprender con mayor precisión cómo se acumulan desigualdades y oportunidades a lo largo del tiempo y cómo deben ajustarse las respuestas institucionales según las realidades concretas del territorio [7,8].

Operacionalización en salud pública

Operacionalizar el enfoque de curso de vida en salud pública implica pasar de una lectura estática por grupos de edad a una lógica de trayectorias, transiciones y acumulación de riesgos y protecciones. Esto supone:

- Identificar necesidades y oportunidades específicas en cada momento del curso de vida.
- Asegurar continuidad entre acciones individuales, colectivas y poblacionales.
- Abordar oportunamente los períodos sensibles o críticos para evitar la consolidación de trayectorias de daño y potenciar trayectorias de bienestar [27,30].

Para la Secretaría Distrital de Salud este enfoque tiene implicaciones directas en la planeación, la implementación, el seguimiento y la evaluación. En la planeación, exige que el análisis de situación de salud y la priorización de intervenciones incorporen la identificación de diferencias entre momentos del curso de vida y la influencia de determinantes sociales y territoriales sobre esas trayectorias. En la implementación, demanda respuestas integrales coordinadas entre salud pública, atención individual, redes territoriales y otros sectores. En el seguimiento, requiere complementar indicadores tradicionales con otros que permitan observar continuidad del cuidado, oportunidad de las intervenciones, transición entre momentos vitales y reducción de brechas injustas entre grupos y localidades. En la evaluación, implica valorar resultados inmediatos y también la capacidad de las intervenciones para modificar trayectorias futuras de salud y bienestar [7,8,18].

Enfoque poblacional-diferencial

En este apartado se desarrolla el enfoque poblacional-diferencial como una perspectiva fundamental para reconocer la diversidad de las personas y colectivos que habitan o transitan Bogotá, así como las desigualdades, barreras y condiciones específicas que inciden en su salud y bienestar. Para ello se presenta su conceptualización, la distinción entre lo poblacional y lo diferencial,



los principios que orientan su aplicación, el marco normativo nacional y distrital que lo sustenta, y algunas orientaciones para su operacionalización en salud pública. De esta manera, el apartado busca mostrar cómo este enfoque permite pasar de una mirada homogénea de la población a una respuesta institucional más pertinente, equitativa y ajustada a las realidades sociales, territoriales, culturales e identitarias de los distintos grupos poblacionales.

Conceptualización y principios

El enfoque poblacional-diferencial constituye un marco analítico y operativo orientado a reconocer que la población no es homogénea y que las desigualdades en salud no se distribuyen de manera uniforme entre quienes habitan un territorio. En salud pública este enfoque parte de una premisa fundamental: las personas y los colectivos no viven, enferman, cuidan ni acceden a los servicios en igualdad de condiciones porque sus trayectorias están mediadas por características demográficas, condiciones sociales, posiciones históricas de poder o subordinación, pertenencias identitarias, experiencias de discriminación y contextos territoriales específicos. En este sentido, la salud pública requiere categorías de análisis que permitan comprender esa heterogeneidad y, a partir de ella, orientar respuestas institucionales más pertinentes y equitativas [11,33,34].

No obstante, para efectos conceptuales y operativos, es importante diferenciar el enfoque poblacional del enfoque diferencial; aunque suelen aparecer juntos y se complementan, no cumplen exactamente la misma función. El enfoque poblacional permite identificar, caracterizar y comprender a la población en su diversidad, reconociendo que está compuesta por grupos humanos con trayectorias, condiciones de vida, estructuras etarias, dinámicas demográficas, inserciones territoriales y experiencias sociales distintas. Su aporte principal es descriptivo, analítico y relacional, es decir, hace visible quiénes componen la población, cómo se distribuyen, qué particularidades presentan y de qué manera esas particularidades inciden en su situación de salud. En otras palabras, el enfoque poblacional organiza la mirada sobre la diversidad real de la población y evita que esta sea tratada como un conjunto indiferenciado [11,34].

El enfoque diferencial, en cambio, no se limita a describir la diversidad, sino que orienta la transformación de la respuesta institucional a partir del reconocimiento de desigualdades concretas. Su preocupación central no se queda en cuáles son los distintos grupos poblacionales, se pregunta además qué barreras específicas enfrentan, qué vulneraciones históricas han vivido, qué formas de exclusión o discriminación los afectan y qué ajustes o reorientaciones debe hacer el Estado para garantizar sus derechos en condiciones de igualdad material. Por ello, el enfoque diferencial tiene un carácter más normativo y operativo, es decir, más allá de nombrar diferencias, obliga a preguntarse cuáles de esas diferencias se traducen en desventajas injustas y qué tipo de respuesta pública se requiere para corregirlas. Así, mientras el enfoque poblacional ayuda a comprender la composición y diversidad de la población, el diferencial orienta

la acción pública para responder de manera más justa frente a desigualdades estructurales y barreras específicas [11,33,34].

Desde esta perspectiva, cuando se habla de poblaciones diferenciales no se alude simplemente a grupos ‘distintos’ en términos descriptivos, ni a categorías cerradas o esencializadas, se refiere en cambio a personas y colectivos cuyas condiciones sociales, culturales, identitarias, corporales, territoriales o históricas, producen experiencias diferenciadas de acceso, exclusión, discriminación o vulneración de derechos. En términos institucionales esto suele abarcar, entre otras, a niñas, niños, adolescentes, personas mayores, pueblos étnicos, personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado, población migrante, personas de los sectores sociales LGBT, personas que habitan la calle, personas que realizan actividades sexuales pagas, personas privadas de la libertad y otros grupos cuya relación con el Estado y con los servicios sociales y de salud está atravesada por situaciones o condiciones diferenciales que deben ser reconocidas en la acción pública. Lo relevante no es la existencia de una lista cerrada de grupos, es el reconocimiento de que ciertas condiciones generan barreras específicas que exigen respuestas institucionales diferenciadas [8,34].



Fuente: SDS - Plan de Intervenciones colectivas PSPIC
Fotografía entorno comunitario, recorridos nocturnos, habitanza en calle.

Desde el punto de vista analítico esta distinción es crucial para la salud pública: un análisis exclusivamente poblacional puede identificar grupos y caracterizarlos, pero resultar insuficiente si no indaga por las desigualdades y barreras que los atraviesan; a su vez, un enfoque diferencial sin una adecuada lectura poblacional puede perder capacidad para comprender la composición, distribución y dinámica de la población a la que se dirige la intervención. Por ello, ambos enfoques deben operar de manera articulada, donde el poblacional aporta la comprensión de la diversidad, y el diferencial orienta la adecuación de la respuesta institucional frente a desigualdades injustas. Esta articulación permite pasar de una lógica homogénea de intervención a una lógica situada, sensible a las diferencias y orientada a la garantía efectiva de derechos [11,33,34].

Los principios que orientan este enfoque son, principalmente, la dignidad humana, la igualdad y no discriminación, la equidad, la inclusión, la pertinencia, la acción afirmativa, los ajustes razonables y el reconocimiento de la diversidad. Desde el punto de vista operativo ello implica que la respuesta institucional no puede ser uniforme cuando los puntos de partida son desiguales. En consecuencia, la acción pública debe identificar barreras específicas, adaptar la oferta institucional e incorporar medidas diferenciales cuando ello sea necesario para hacer efectivo el goce de derechos. De manera complementaria, este enfoque dialoga de manera estrecha con la interseccionalidad, como se desarrollará más adelante, en tanto reconoce que en una misma persona o colectivo pueden confluir simultáneamente varias condiciones de desigualdad que profundizan la exclusión o modifican la experiencia de acceso a bienes y servicios. Así, el enfoque poblacional-diferencial no solo permite ver la diversidad, también hace posible comprender cómo esa diversidad se traduce, o no, en desigualdades que deben ser abordadas por la acción pública [33,34].

Marco normativo nacional de poblaciones diferenciales

En Colombia el sustento normativo del enfoque poblacional-diferencial no se concentra en una única disposición, hace parte de un conjunto de normas, políticas y lineamientos que reconocen la diversidad de sujetos de derecho y la necesidad de respuestas institucionales diferenciadas. En el campo de la salud el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 señala que el enfoque diferencial hace visible la diversidad, ordena la adecuada protección de los derechos y plantea que la igualdad no puede entenderse como homogeneidad simplificadora, en cambio debe verse como reconocimiento de lo distinto y de la acción diferenciada. De forma concordante, la Política de Atención Integral en Salud, adoptada mediante la Resolución 429 de 2016, incorporó el enfoque diferencial de territorios y poblaciones como uno de los enfoques orientadores de la atención integral [11,31].

A este marco general se suman disposiciones específicas para poblaciones históricamente discriminadas o sujetas a especial protección. Para el caso de los pueblos indígenas la Ley 691

de 2001 reglamentó su participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y estableció criterios de acceso y atención acordes con su pertenencia e identidad étnica y cultural. Para las personas con discapacidad la Ley 1618 de 2013 fijó disposiciones para garantizarles el pleno ejercicio de sus derechos mediante medidas de inclusión, acciones afirmativas y ajustes razonables. En relación con la población víctima del conflicto armado la Ley 1448 de 2011 dispuso medidas de atención, asistencia y reparación integral con enfoque diferencial. A su vez, el Decreto 762 de 2018 adoptó la política pública para la garantía efectiva de los derechos de las personas de los sectores sociales LGBTI y de personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas [35-38].

Esta normativa nacional muestra que el enfoque poblacional-diferencial no se agota en una categoría retórica, se establece como un criterio de obligatoria observancia para ajustar la acción estatal a las diferencias y desigualdades que atraviesan a la población. También evidencia que su implementación en salud pública debe articular el reconocimiento de sujetos colectivos e individuales con la adecuación de servicios, intervenciones, procesos de participación y dispositivos institucionales capaces de responder a necesidades diferenciadas; en ese sentido, el enfoque diferencial en salud no fragmenta la universalidad del derecho, por el contrario, contribuye a hacerla materialmente realizable mediante respuestas más justas y pertinentes [10,11,31].

Marco normativo distrital para poblaciones diferenciales

Bogotá ha desarrollado instrumentos metodológicos e institucionales para incorporar el enfoque poblacional-diferencial en la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas. La Secretaría Distrital de Planeación, en la Guía para la formulación e implementación de políticas públicas del Distrito Capital, define el enfoque poblacional-diferencial como una perspectiva orientada a visibilizar las particularidades y necesidades de personas y colectivos con el fin de generar acciones diferenciales y afirmativas desde la política pública. Esta base metodológica ha sido complementada por orientaciones distritales posteriores para la incorporación de los enfoques poblacional-diferencial y de género en indicadores y procesos de planeación [39,40].

En el sector salud distrital este enfoque ha sido desarrollado de manera específica por la Secretaría Distrital de Salud. El lineamiento de Gestión poblacional, diferencial y de género plantea que este enfoque analiza diferencialmente necesidades y define acciones dirigidas a garantizar igualdad, equidad y no discriminación a partir del reconocimiento de la diversidad por curso de vida, dinámicas demográficas, culturales, políticas, económicas, de género y etnia, así como de situaciones de mayor vulneración. Este desarrollo es importante porque traduce el enfoque en una guía técnica de actuación sectorial y no solo en un principio general de planeación [34].

Por su parte, el Plan Territorial de Salud Bogotá D. C. 2024-2027 y el Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar reconocen la



transversalización de enfoques en la planeación y ejecución de las acciones en salud, viéndola más allá de una clasificación administrativa de grupos, y ubicándola como clave que orienta la comprensión de cómo la discriminación, la exclusión y la desigualdad operan en los territorios y deben ser abordadas desde la gestión pública en salud [7,8].

Operacionalización en salud pública

En salud pública operacionalizar el enfoque poblacional-diferencial implica pasar del reconocimiento abstracto de la diversidad a la transformación concreta de la acción institucional:

- Exige caracterizar a la población por variables demográficas básicas, y también por condiciones sociales, culturales, territoriales y relacionales que permitan identificar barreras, exclusiones y desigualdades específicas.
- Demanda ajustar la oferta institucional mediante estrategias diferenciadas, acciones afirmativas, adecuaciones culturales, comunicativas o físicas, y mecanismos que favorezcan la accesibilidad y la aceptabilidad de las intervenciones.
- Requiere producir información desagregada y análisis que permitan identificar brechas entre grupos y territorios, así como monitorear la respuesta pública para verificar si está contribuyendo efectivamente a reducirlas [11,18,34].

Para la Secretaría Distrital de Salud este enfoque tiene implicaciones directas en la planeación, la gestión territorial, la vigilancia en salud pública y la evaluación. En la planeación obliga a incorporar análisis poblacionales y diferenciales en la priorización de problemas y en el diseño de estrategias. En la gestión territorial exige que la respuesta en salud reconozca particularidades de grupos poblacionales y la forma como se expresan de manera situada en las localidades y entornos. En la vigilancia y el monitoreo demanda información desagregada y lectura diferencial de los eventos en salud. En la evaluación implica valorar tanto coberturas generales, como la pertinencia, accesibilidad y efectividad de las intervenciones para los grupos que enfrentan mayores barreras [7,8,18].

Participación comunitaria y social

La participación comunitaria y social es un componente sustantivo del enfoque poblacional-diferencial porque permite que las poblaciones y colectivos no sean tratados únicamente como 'objetos de intervención', sino reconocidos como sujetos con voz, agencia y capacidad de incidencia sobre las decisiones que afectan su salud y bienestar. En este marco, la participación no se restringe a mecanismos consultivos, al contrario, debe comprender procesos de información, deliberación, control social, incidencia y corresponsabilidad. Ello es particularmente importante cuando se trata de poblaciones históricamente invisibilizadas o afectadas por discriminación, pues sin participación efectiva existe el riesgo de que la institucionalidad defina unilateralmente

necesidades, prioridades y respuestas que no correspondan a las necesidades reales de las poblaciones [41].

En el plano nacional la Política de Participación Social en Salud, adoptada mediante la Resolución 2063 de 2017, definió directrices para garantizar el derecho a la participación social en salud. En Bogotá, el modelo MAS Bienestar y sus lineamientos operativos de participación social refuerzan el señalamiento de que la ciudadanía debe intervenir en la construcción, implementación y seguimiento de acciones en salud desde los territorios. Para el enfoque poblacional-diferencial esto significa que las estrategias de salud pública deben construirse con participación de comunidades, organizaciones sociales y actores colectivos de los grupos implicados, reconociendo sus saberes, experiencias y prioridades como parte de la respuesta institucional [8,41].

Enfoque intercultural

En este apartado se desarrolla el enfoque intercultural como una perspectiva necesaria para comprender los procesos de salud-enfermedad en contextos de diversidad cultural, pluralidad de saberes y coexistencia de distintas formas de entender el cuerpo, la enfermedad, el cuidado, el territorio y el bienestar. Para ello se abordan sus fundamentos conceptuales, el marco normativo nacional y distrital que lo sustenta, el reconocimiento de los sistemas médicos tradicionales y complementarios, la competencia cultural en los servicios de salud y algunas orientaciones para su operacionalización. De esta manera, el apartado busca mostrar que la interculturalidad no se limita a la adaptación cultural de las acciones institucionales, sino que exige diálogo, reconocimiento, transformación de prácticas y construcción de respuestas en salud más pertinentes, respetuosas y equitativas.

Fundamentos de la interculturalidad en salud

La interculturalidad en salud no constituye una categoría unívoca en la literatura ni en la práctica institucional. Según la corriente teórica, política o epistémica desde la cual se aborde, puede aparecer como enfoque, perspectiva, principio relacional, paradigma crítico o condición para la garantía de derechos en contextos de diversidad cultural. Esta pluralidad no debe entenderse como una debilidad conceptual, debe verse como una expresión de la complejidad del campo. En efecto, la interculturalidad en salud se ubica en un cruce entre debates sobre diversidad cultural, reconocimiento de derechos colectivos, pluralismo médico, crítica a la hegemonía biomédica y transformación institucional de los sistemas de salud. Por ello, para efectos de este documento, resulta más adecuado comprenderla no como una categoría cerrada o rígidamente delimitada, sino como un marco orientador para la relación entre sistemas médicos, saberes, prácticas de cuidado e instituciones, en contextos donde coexisten visiones diversas sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo, el territorio y el bienestar. En el campo institucional colombiano, sin embargo, sí se ha usado de manera operativa como "enfoque" para orientar la respuesta en salud frente a pueblos indígenas y otros grupos étnicos, por lo que resulta válido conservar esa denominación

en este documento, siempre que se reconozca su carácter plural y no unívoco [35,42].

Desde una perspectiva sustantiva, la interculturalidad en salud supone reconocer que los procesos de salud-enfermedad-cuidado no se explican, significan ni atienden exclusivamente desde la biomedicina. En muchas comunidades, especialmente indígenas, afrodescendientes y rurales, persisten sistemas propios de conocimiento, autoridades tradicionales, prácticas terapéuticas, repertorios simbólicos y formas comunitarias de cuidado que organizan la comprensión del malestar, la curación, la prevención y la relación con el cuerpo y el entorno. Esto significa que la atención en salud no se da en un vacío cultural, por el contrario, se da en un escenario donde confluyen concepciones diversas sobre las causas del sufrimiento, las formas legítimas de sanar, los vínculos entre cuerpo, territorio y espiritualidad, y la autoridad de quienes conocen y cuidan. En este sentido, la interculturalidad en salud exige que la institucionalidad reconozca la existencia de esos sistemas y comprenda que la diferencia cultural no es un obstáculo en sí mismo, sino una dimensión constitutiva de la experiencia de salud [43,44].



Fuente: SDS, Plan de intervenciones colectivas PS-PIC- Vigilancia comunitaria
Fotografía IAP-Investigación Acción Participativa San Cristóbal, medicina ancestral.

En consecuencia, la interculturalidad no equivale a la simple coexistencia de culturas ni a la tolerancia pasiva de la diferencia. Tampoco puede reducirse a una actitud de respeto abstracto o a una estrategia de acercamiento comunicativo. Su alcance es más profundo, por lo que implica diálogo, reconocimiento mutuo, respeto por la diferencia epistémica y transformación institucional para evitar relaciones asimétricas en las que un sistema de saber se imponga de manera excluyente sobre otro. En otras palabras, no se trata solo de ‘adaptar’ superficialmente los servicios a poblaciones culturalmente diversas, se trata de cuestionar las jerarquías implícitas que históricamente han subordinado ciertos saberes y prácticas de cuidado frente a la biomedicina. La literatura sobre medicina tradicional y atención primaria en pueblos indígenas ha insistido en que muchas de las tensiones entre comunidades e instituciones de salud no derivan de una supuesta incompatibilidad cultural esencial, lo hacen de relaciones desiguales de poder, de la deslegitimación de saberes locales y de la ausencia de dispositivos de articulación reales entre sistemas de atención [43,44].

Bajo esta perspectiva, la interculturalidad en salud también puede comprenderse como una apuesta por el pluralismo médico y por el reconocimiento de que, en la práctica, múltiples personas y comunidades transitan entre diferentes sistemas de atención y cuidado. Los itinerarios terapéuticos rara vez se restringen a un único modelo explicativo o institucional; por el contrario, muchas personas recurren simultáneamente o de manera secuencial a servicios biomédicos, prácticas tradicionales, redes familiares, autoridades espirituales y agentes comunitarios. En este contexto, la interculturalidad no significa equiparar sin mediaciones todos los sistemas de conocimiento, pero sí reconocer que los sujetos construyen sus trayectorias de cuidado en diálogo con marcos culturales diversos. Desde la salud pública esto obliga a mirar con mayor amplitud las formas en que las personas buscan atención, construyen sentido sobre la enfermedad y establecen relaciones de confianza con los servicios y con sus propias comunidades [43].

Así, la interculturalidad en salud no debe entenderse únicamente como un asunto de identidad étnica, aunque en América Latina y en Colombia ha tenido un desarrollo especialmente fuerte en relación con pueblos indígenas. Su alcance es más amplio, porque remite a la necesidad de construir respuestas institucionales culturalmente pertinentes allí donde existan diferencias en los sistemas de significado, en las prácticas de cuidado o en las formas de relación con la salud. No obstante, en el contexto colombiano, los desarrollos normativos más robustos sí se han dado principalmente alrededor de los derechos de los pueblos indígenas y de la necesidad de articular la acción estatal con sistemas propios de salud, lo que explica que el debate institucional sobre interculturalidad en salud haya estado particularmente vinculado a estos pueblos y a sus procesos de concertación con el Estado [35,42].

En salud pública, este enfoque es relevante porque las barreras de acceso no son solo geográficas, económicas o administrativas. También existen barreras lingüísticas, simbólicas, comunicativas, organizativas y culturales que inciden en la oportunidad, la aceptabilidad y la continuidad del cuidado. Una atención puede

estar formalmente disponible y, sin embargo, resultar ajena, incomprensible o inaceptable para una comunidad si desconoce su lengua, su cosmovisión, sus prácticas de cuidado o sus formas de autoridad. La literatura sobre atención primaria para pueblos indígenas en Sudamérica ha documentado, entre las barreras de acceso más frecuentes, la distancia cultural entre servicios y comunidades, la escasa adecuación de las atenciones a las cosmovisiones locales y la débil articulación con prácticas propias de cuidado. Estas barreras afectan la confianza, la adherencia, la continuidad del tratamiento y, en general, la relación entre comunidades e institucionalidad sanitaria [44].

De este modo, la interculturalidad en salud no puede reducirse a un componente accesorio de sensibilidad cultural ni a una dimensión secundaria de la atención. Debe entenderse como una condición para la pertinencia, la calidad y la equidad de la respuesta institucional. Su valor conceptual y operativo radica en que permite reconocer que una política o un servicio pueden fracasar por insuficiencia técnica o falta de recursos, pero también por incapacidad para dialogar con las formas locales de comprender y vivir la salud. En este sentido, la interculturalidad aporta a la salud pública una mirada crítica y transformadora al insistir en que la garantía del derecho a la salud en contextos de diversidad cultural no puede restringirse a ampliar cobertura, también necesita revisar los supuestos culturales desde los cuales se organiza la acción institucional y construir relaciones más horizontales entre saberes, actores y prácticas de cuidado [43,44].

Marco normativo nacional

En Colombia el sustento normativo nacional más específico para la interculturalidad en salud se encuentra, en primer lugar, en la Ley 691 de 2001. Esta ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los pueblos indígenas en los servicios de salud “en condiciones dignas y apropiadas”, con respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la Nación. La importancia de esta disposición radica en que además de reconocer a la población indígena como usuaria del sistema, introduce explícitamente la exigencia de adecuación cultural y de participación como parte del derecho a la atención en salud [35].

En segundo lugar se ubica el Decreto 1973 de 2013 que creó la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas. Este decreto es central porque asigna a dicha subcomisión funciones orientadas a presentar la propuesta técnica que desarrolle el Sistema de Salud Propio e Intercultural (SISPI), apoyar su construcción e implementación, y orientar técnicamente a las entidades territoriales para la implementación de políticas públicas en salud y del propio SISPI. En otras palabras, el decreto reconoce la interculturalidad como principio general y la vincula con arreglos concretos de concertación, gobernanza y desarrollo institucional en salud para pueblos indígenas [42].

Estas disposiciones muestran que en el plano nacional la interculturalidad en salud no se limita al reconocimiento simbólico

de la diversidad. Su desarrollo normativo ha estado particularmente asociado al derecho de los pueblos indígenas a participar en la definición de las políticas que los afectan, al fortalecimiento de sus sistemas propios de salud y a la necesidad de articular la respuesta estatal con sus formas de organización, autoridad y cuidado. Por ello, para fines de este documento, el marco normativo nacional permite entender la interculturalidad en salud como un mandato de adecuación, concertación y respeto por sistemas de conocimiento y atención distintos a la biomedicina hegemónica [35,42].

Marco normativo distrital

En el ámbito distrital la interculturalidad en salud se ha desarrollado principalmente a través de políticas para pueblos étnicos, lineamientos sectoriales y orientaciones técnicas de prestación de servicios. Un referente central es la política distrital para los pueblos indígenas de Bogotá, inicialmente adoptada por el Decreto 543 de 2011 y reformulada más recientemente mediante el CONPES D. C. 37 de 2024, que define la Política Pública de los Pueblos Indígenas en Bogotá D. C. 2024-2035. Este marco reconoce la necesidad de respuestas institucionales acordes con los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas en la ciudad y consolida la obligación distrital de avanzar en adecuaciones institucionales concertadas con estos pueblos. Para el sector salud ello implica que la atención no puede ser culturalmente neutra ni indiferente a la presencia de pueblos indígenas urbanos y a sus formas propias de comprender el cuidado y el bienestar [45].

La Secretaría Distrital de Salud ha producido lineamientos específicos que concretan esta orientación. La Guía normativa y conceptual para la implementación del enfoque diferencial en la prestación de servicios de salud señala que el objetivo de estos lineamientos es orientar adaptaciones en las atenciones e intervenciones para responder a las necesidades y expectativas de las diversas poblaciones y territorios de Bogotá; aunque esta guía aborda varios enfoques diferenciales, resulta relevante para la interculturalidad porque vincula explícitamente el reconocimiento de la diversidad con adaptaciones concretas en la prestación de servicios [46].

De manera más específica, las Orientaciones para la atención integral en salud con enfoque diferencial de los pueblos indígenas de la SDS desarrollan criterios concretos para la atención individual en las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal. El documento incluye, entre otros aspectos, la articulación entre medicina ancestral y alopática, la necesidad de contar con talento humano formado en cosmovisión y cosmogonía de los pueblos indígenas, la posibilidad de adecuaciones para el parto acordes con dichas cosmovisiones y el reconocimiento de prácticas propias de cuidado. Estas orientaciones convierten la interculturalidad en salud en una guía práctica para la prestación y no solo en una declaración de principios [47].



Sistemas médicos tradicionales y complementarios

La noción de sistemas médicos tradicionales remite a conjuntos de saberes, prácticas, agentes terapéuticos, interpretaciones del cuerpo y de la enfermedad, y formas de autoridad en salud que no se agotan en la medicina occidental. En América Latina la literatura clásica sobre medicina tradicional ha mostrado que estos sistemas no son residuos del pasado ni repertorios marginales, sino expresiones culturales vigentes que participan activamente en la búsqueda de atención, la interpretación del sufrimiento y la construcción de itinerarios terapéuticos. En contextos indígenas y rurales ello suele expresarse en la presencia de parteras tradicionales, sobanderos, yerbateros, jaibanás, médicos tradicionales, sabedores y otras autoridades o agentes de salud propios [43].

Para un documento institucional conviene precisar que el reconocimiento de sistemas médicos tradicionales y complementarios no implica equiparar sin mediaciones todos los saberes ni renunciar a criterios de seguridad, calidad o protección del paciente. Lo que exige es reconocer que el pluralismo médico existe de hecho y que la respuesta pública debe aprender a dialogar con él. La evidencia sobre salud indígena en América del Sur muestra que el desconocimiento o deslegitimación de prácticas propias de cuidado constituye una barrera de acceso y deteriora la relación entre comunidades y servicios. Asimismo, en salud materna indígena se ha subrayado la influencia de la partería tradicional y de otros agentes comunitarios en los resultados de acceso, adherencia y aceptabilidad de la atención [44,48].

En el caso distrital, las orientaciones de la SDS para la atención de pueblos indígenas incorporan de manera explícita esta dimensión al referirse a la articulación entre medicina ancestral y alopática, la necesidad de rutas de derivación según corresponda y la inclusión de prácticas propias de cuidado en procesos asistenciales específicos. Así, la interculturalidad en salud no se limita a reconocer la existencia de saberes tradicionales, sino que plantea la necesidad de construir mecanismos de articulación institucional que permitan su consideración respetuosa en la atención, particularmente cuando ello incide en la aceptabilidad y continuidad del cuidado [47].

Competencia cultural en servicios de salud

La competencia cultural en salud se ha definido como un proceso mediante el cual los profesionales y organizaciones desarrollan la capacidad de trabajar eficazmente en contextos culturales diversos. Uno de los modelos más influyentes es el de Campinha-Bacote, que la entiende como un proceso continuo e incorpora componentes como conciencia cultural, conocimiento cultural, habilidades culturales, encuentros culturales y deseo cultural. Aunque este concepto ha recibido críticas por el riesgo de reducir problemas estructurales a habilidades individuales del personal de salud, sigue siendo útil como punto de partida para comprender que la calidad de la atención también depende

de la capacidad institucional y profesional para responder a diferencias lingüísticas, simbólicas y culturales de manera respetuosa y efectiva [49].

No obstante, en la discusión contemporánea la competencia cultural resulta insuficiente si se entiende solo como entrenamiento del personal. La evidencia regional sobre atención primaria para pueblos indígenas ha mostrado que las barreras culturales dependen tanto del desconocimiento individual de los profesionales, como de arreglos organizacionales, modelos de atención, sistemas de referencia, infraestructura, tiempos institucionales y ausencia de articulación con autoridades o agentes tradicionales. Por eso, más que limitarse a la formación del talento humano, la interculturalidad exige transformaciones organizacionales e institucionales que hagan posible una atención culturalmente segura, aceptable y pertinente [44,47].

En términos prácticos ello implica incorporar intérpretes o mediadores cuando se requiera, adecuar procesos de información y consentimiento, revisar protocolos asistenciales cuando existan prácticas culturales relevantes, formar al talento humano en cosmovisiones y contextos culturales específicos, y establecer mecanismos de coordinación con autoridades y sabedores. La propia SDS, en sus orientaciones para pueblos indígenas, plantea criterios de cualificación del talento humano en salud en las cosmovisiones y cosmogonías de los pueblos, así como la conveniencia de la inclusión de personal indígena en la atención para garantizar un enfoque diferencial pertinente. Estas medidas muestran que la competencia cultural, leída desde una perspectiva más amplia, debe ser entendida como una capacidad institucional y no solo individual [47,49].

Operacionalización en salud pública

En salud pública operacionalizar la interculturalidad implica pasar del reconocimiento general de la diversidad a la incorporación de criterios concretos de adecuación en la planeación, la prestación, la participación y el seguimiento:

- Exige caracterizar las poblaciones y territorios desde sus particularidades culturales, lingüísticas y organizativas.
- Demanda revisar si las intervenciones y servicios resultan comprensibles, aceptables y pertinentes para los grupos a los que se dirigen.
- Requiere mecanismos de concertación y diálogo con autoridades, organizaciones y agentes propios de salud, especialmente cuando se trata de pueblos indígenas u otros grupos étnicos con sistemas de conocimiento y organización propios [35,42,47].

Para la Secretaría Distrital de Salud este enfoque tiene implicaciones directas en la gestión territorial, la prestación de servicios, la salud pública colectiva y la producción de lineamientos. Supone, entre otros aspectos, adaptar piezas comunicativas y procesos educativos, incorporar mediaciones culturales y lingüísticas, ajustar



protocolos cuando sea pertinente, reconocer prácticas propias de cuidado, fortalecer la formación del talento humano y construir rutas de articulación entre servicios y saberes tradicionales. También implica producir información que permita identificar barreras culturales de acceso y monitorear si las acciones implementadas mejoran la aceptabilidad y la continuidad del cuidado en poblaciones étnicas y culturalmente diversas [7,8,46,47].

Enfoque territorial

En este apartado se desarrolla el enfoque territorial como una perspectiva fundamental para comprender la relación entre salud, espacio, condiciones de vida y desigualdades. Para ello, se abordan los conceptos de territorio y territorialidad, los determinantes sociales que se expresan de manera diferenciada en los territorios, el marco normativo nacional y distrital que sustenta su incorporación, y algunas orientaciones para su operacionalización en salud pública. De esta manera, el apartado busca mostrar que el territorio no es solo el lugar donde ocurren los problemas de salud, sino una dimensión activa en su producción, distribución y abordaje institucional.

Marco conceptual: conceptos de territorio y territorialidad

El enfoque territorial en salud pública parte de reconocer que la salud y los procesos de enfermedad no se producen en abstracto ni en escenarios neutros, por el contrario, se dan en espacios concretos, históricamente configurados y socialmente vividos. Desde esta perspectiva, el territorio no puede entenderse únicamente como una delimitación político-administrativa o como una base geográfica sobre la cual se distribuyen servicios e intervenciones. Se trata, más bien, de una construcción social donde confluyen relaciones económicas, culturales, ambientales, institucionales y de poder, que inciden de manera diferencial en las oportunidades de bienestar, en la exposición a riesgos y en la capacidad de respuesta de individuos y colectivos. En consecuencia, el enfoque territorial permite comprender que las desigualdades en salud se expresan entre personas o grupos, pero también entre lugares, escalas y formas de habitar el espacio. Esta comprensión es consistente con la literatura sobre territorialidad en Bogotá y con el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS, que reconoce el peso de los contextos de vida en la producción de inequidades sanitarias [2,13,50].



Fuente: SDS - Plan de Intervenciones colectivas PSPIC
Fotografía entorno hogar.

Conviene aquí diferenciar territorio y territorialidad. El territorio remite al espacio socialmente producido y apropiado, atravesado por condiciones materiales, infraestructuras, instituciones, usos del suelo, relaciones de poder y dinámicas poblacionales. La territorialidad, por su parte, alude a las formas en que sujetos, comunidades e instituciones se relacionan con ese espacio, le atribuyen significado, lo usan, lo disputan y construyen en él prácticas concretas de cuidado, movilidad, trabajo, convivencia y acceso a bienes y servicios. Esta distinción resulta fundamental para la salud pública porque evita reducir el enfoque territorial a una mera localización geográfica de eventos o recursos. No basta con saber dónde reside la población o dónde se ubican los servicios; es necesario comprender cómo se vive el territorio, qué barreras y activos contiene, y de qué manera sus dinámicas sociales e institucionales inciden sobre la salud. La literatura sobre el modelo territorial de salud de Bogotá insiste precisamente en que la territorialidad obliga a situar la toma de decisiones no solo en un espacio geográfico, sino en la comprensión de las dinámicas sociales que allí se producen [50].

Desde esta perspectiva, el enfoque territorial tampoco equivale simplemente a descentralizar la gestión o a distribuir servicios por zonas. Su alcance es más amplio: supone interpretar el territorio como una dimensión constitutiva del proceso salud-enfermedad-cuidado. Esto significa reconocer que un mismo problema de salud puede tener causas, expresiones y posibilidades de respuesta distintas según la localidad, la ruralidad, el entorno barrial, la conectividad, la disponibilidad de equipamientos, la presencia institucional o las redes comunitarias. En una ciudad como Bogotá, marcada por profundas heterogeneidades urbanas y rurales, por desigualdades entre localidades y por configuraciones espaciales complejas, esta perspectiva resulta indispensable para superar respuestas homogéneas y avanzar hacia intervenciones más situadas, resolutivas y equitativas [7,8,50].

Así, el enfoque territorial aporta a la salud pública una comprensión más compleja del espacio como productor de desigualdades, riesgos y capacidades de cuidado. Su valor conceptual radica en que permite conectar la lectura de los problemas sanitarios con las condiciones materiales y relacionales del territorio, y reconocer que la acción pública en salud no se despliega sobre un escenario vacío, por el contrario, se realiza sobre territorios con historias, desigualdades, actores, conflictos y activos específicos. Esta perspectiva es particularmente relevante para modelos de atención basados en atención primaria, cuidado y gestión territorial, como el que desarrolla Bogotá, porque exige que la planeación y la intervención partan de una lectura situada de la realidad social y espacial que viven las personas [8,31,50].

Determinantes sociales territoriales

Los determinantes sociales territoriales son las condiciones sociales, económicas, ambientales, urbanas e institucionales que se expresan espacialmente y que influyen en la situación de salud de la población. Entre ellos se encuentran, por ejemplo, la segregación socioespacial, la calidad del hábitat, la disponibilidad de transporte y equipamientos, la proximidad y accesibilidad a servicios de salud, las condiciones ambientales,

la seguridad, la oferta educativa, las oportunidades laborales, la infraestructura de cuidado y la capacidad institucional presente en cada territorio. La OMS ha señalado que las inequidades en salud se producen en gran medida por las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y esas condiciones se distribuyen desigualmente en el espacio. Por ello, incorporar una lectura territorial de los determinantes sociales permite comprender quiénes enfrentan mayores desventajas y dónde y bajo qué configuraciones concretas esas desventajas se profundizan o se mitigan [2,13,18].

La dimensión territorial de los determinantes resulta especialmente importante porque muchas desigualdades en salud no se explican exclusivamente por características individuales, sino por la forma en que el entorno configura oportunidades y restricciones cotidianas. La distancia a un servicio, la calidad del espacio público, la presencia o ausencia de transporte, la exposición diferencial a contaminación, la disponibilidad de redes comunitarias, el acceso al agua o a infraestructura básica, e incluso la forma como se distribuyen institucionalmente los recursos de salud, son elementos que afectan de manera concreta la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la continuidad del cuidado y el acceso efectivo a la atención. En ese sentido, los determinantes territoriales son una vía central para comprender cómo la desigualdad social se materializa en el espacio y se traduce en resultados sanitarios diferenciales [2,18,50].

En Bogotá esta lectura adquiere especial relevancia: las diferencias entre localidades, la coexistencia de zonas urbanas y rurales, la segregación residencial, la desigual distribución de equipamientos, las exposiciones ambientales diferenciadas y las brechas en conectividad y acceso institucional producen trayectorias distintas de salud y bienestar. Por ello, el análisis territorial no puede limitarse a mapear eventos o coberturas; debe interpretar cómo el territorio produce, amplifica o reduce desigualdades, y cómo los activos comunitarios e institucionales existentes pueden ser movilizados para la respuesta en salud. Tanto el Plan Territorial de Salud como el Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar recuperan esta lógica al vincular la acción sanitaria con la afectación positiva de determinantes sociales, ambientales, económicos y territoriales, y al ubicar la gestión territorial como una dimensión central del modelo distrital de salud [7,8].

Marco normativo nacional

En el plano nacional el enfoque territorial encuentra un sustento general en la Ley 1454 de 2011, Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, que establece principios e instrumentos para la organización político-administrativa del territorio colombiano y para la articulación de políticas públicas con reconocimiento de la diversidad geográfica, histórica, económica, ambiental, étnica y cultural. Aunque esta norma no pertenece exclusivamente al sector salud, resulta relevante para este documento porque reconoce que el territorio es una dimensión sustantiva del desarrollo, de la planeación pública y de la reducción de desequilibrios territoriales, lo cual constituye una base importante para pensar



las inequidades en salud desde una perspectiva espacial y contextual [51].

En el ámbito específico de la salud la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), adoptada mediante la Resolución 429 de 2016, incorporó el enfoque diferencial de territorios y poblaciones como uno de los componentes de su marco estratégico. Esta resolución plantea que la atención integral debe organizarse considerando la situación de salud, el territorio, los entornos y las características de la población, y articula la atención primaria en salud con el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial. En consecuencia, el marco normativo nacional de la atención en salud reconoce que el territorio no es un escenario pasivo de implementación, sino un criterio para organizar la respuesta del sistema de manera más pertinente y coherente con las realidades locales [31].

Este marco normativo nacional es importante porque ofrece una base para entender que la territorialización de la acción sanitaria no se limita a la descentralización administrativa. Supone, más bien, reconocer que las condiciones territoriales influyen de manera decisiva en la situación de salud y que las respuestas del sistema deben ajustarse a contextos sociales y espaciales diferenciados. De esta manera, la normativa nacional respalda una comprensión del territorio como dimensión constitutiva de la atención integral y de la acción pública en salud [31,51].

Marco normativo distrital

En el ámbito distrital el enfoque territorial tiene un anclaje particularmente fuerte. Un referente clave es el Decreto 555 de 2021, por medio del cual se adopta la revisión general del Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D. C. Este instrumento redefine la organización territorial de la ciudad y establece elementos centrales para el ordenamiento urbano-rural, la estructura ecológica, la funcionalidad urbana y la planeación del desarrollo en clave territorial. Para la salud pública su relevancia radica en que reafirma que el territorio es una dimensión estratégica del desarrollo distrital y que su ordenamiento condiciona la distribución de oportunidades, riesgos, servicios y capacidades institucionales en la ciudad [52].

En el sector salud, el Plan Territorial de Salud Bogotá D. C. 2024-2027 y el Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar constituyen los principales desarrollos distritales del enfoque territorial. El PTS reconoce la necesidad de articular la acción sanitaria con la gestión de los determinantes sociales y con las realidades diferenciales de los territorios, mientras que MAS Bienestar sitúa la gestión territorial como un componente central de la atención primaria social y de la organización del cuidado. En estos instrumentos el territorio aparece como un espacio de implementación y también como una categoría para comprender necesidades, desigualdades, activos y capacidades, y para orientar respuestas más próximas, integradas y resolutorias [7,8].

Finalmente, este marco distrital permite afirmar que el enfoque territorial en Bogotá es estructurante. La planeación sanitaria, la

organización del modelo de salud y la gestión del cuidado se apoyan en la idea de que las desigualdades y las necesidades en salud se producen y se expresan diferencialmente en los territorios. En esa medida, el enfoque territorial ofrece a la Secretaría Distrital de Salud una base conceptual y normativa para leer la ciudad en su heterogeneidad y para orientar intervenciones más pertinentes, equitativas y coherentes con la complejidad social y espacial de Bogotá [7,8,52].

Operacionalización del enfoque

En términos operativos, este enfoque demanda, en primer lugar, el fortalecimiento de los procesos de análisis territorial de la situación de salud. Esto implica, además de identificar la distribución espacial de eventos, daños o riesgos, interpretar su relación con determinantes sociales, ambientales, urbanos e institucionales presentes en cada territorio. En otras palabras, no basta con saber dónde se concentran ciertos problemas, es necesario comprender qué condiciones del territorio contribuyen a producirlos, agravarlos o mitigarlos. Esta lectura resulta indispensable para evitar análisis descontextualizados y para orientar decisiones más coherentes con la complejidad de las realidades locales [18,50].

En segundo lugar, la operacionalización del enfoque territorial exige adecuar la planeación y la priorización de acciones a las particularidades de los territorios. Esto supone reconocer que una misma acción no necesariamente tendrá el mismo sentido, alcance o efecto en todas las localidades, entornos o zonas de la ciudad. Las diferencias entre territorios urbanos y rurales, entre áreas con distinta conectividad, disponibilidad de servicios, organización comunitaria o exposición a riesgos ambientales, requieren respuestas diferenciadas en intensidad, modalidad, articulación sectorial y estrategias de acercamiento. En este sentido, el enfoque territorial obliga a superar lógicas homogéneas de programación y a avanzar hacia intervenciones más situadas, pertinentes y sensibles a las desigualdades socioespaciales de Bogotá [7,8,52].

En tercer lugar, este enfoque demanda articular la gestión sanitaria con otros sectores que inciden directamente en las condiciones territoriales de la salud. La vivienda, la movilidad, el ambiente, la seguridad, el espacio público, la educación, el abastecimiento, el cuidado y el desarrollo social configuran de manera concreta las condiciones en que las personas viven y, por tanto, inciden en su salud y bienestar. Desde esta perspectiva, operacionalizar el enfoque territorial implica fortalecer mecanismos de articulación intersectorial en escalas distritales, zonales y locales, de tal manera que la respuesta en salud pública no opere de forma aislada frente a problemas cuya producción es claramente territorial y multisectorial [16,18,52].

En cuarto lugar, la operacionalización del enfoque territorial supone fortalecer la participación social y comunitaria en la comprensión y gestión de los problemas de salud. Dado que el territorio es también un espacio vivido, construido y significado por comunidades y actores locales, su análisis no puede



reducirse a lecturas técnicas o institucionales. Incorporar saberes comunitarios, dinámicas organizativas, percepciones locales del riesgo, experiencias de cuidado y prioridades territoriales permite enriquecer la interpretación de las desigualdades y hacer más legítima y efectiva la acción pública. En este sentido, el enfoque territorial no solo orienta dónde intervenir, también da importantes luces sobre con quiénes y desde qué relaciones construir la respuesta [8,17,50].

Finalmente, en el seguimiento y la evaluación este enfoque exige producir y utilizar información territorializada que permita observar desigualdades entre localidades, entornos y zonas específicas, así como valorar si las intervenciones contribuyen efectivamente a reducir brechas territoriales en salud. Esto implica ir más allá de promedios distritales y fortalecer sistemas de información y análisis que hagan visibles las diferencias intraurbanas y urbano-rurales, así como los efectos diferenciales de la acción pública en distintos territorios. De esta manera, la operacionalización del enfoque territorial no se limita a incorporar el territorio como telón de fondo del análisis, sino que lo convierte en una categoría central para organizar la acción institucional, orientar la toma de decisiones y evaluar la pertinencia y equidad de la respuesta en salud pública [7,8,18].

Enfoque de género

En este apartado se desarrolla el enfoque de género como una perspectiva fundamental para comprender cómo las relaciones de poder, las normas sociales y las desigualdades históricas entre los géneros inciden de manera diferencial en la salud, el bienestar, el acceso a servicios y las experiencias de cuidado. Para ello, se presentan sus fundamentos conceptuales, el marco normativo nacional y distrital que sustenta su incorporación en salud pública, los principales determinantes de género en salud y algunas orientaciones para su transversalización y operacionalización en la gestión institucional. Asimismo, este apartado dialoga con los esfuerzos que la Secretaría Distrital de Salud ha venido consolidando para fortalecer el abordaje de la salud de las mujeres desde una perspectiva integral, de derechos y de equidad, incluyendo desarrollos estratégicos como el capítulo Salud para las mujeres incorporado en el Modelo de Salud de Bogotá MÁS Bienestar.

Marco conceptual: conceptualización de género vs. sexo

El enfoque de género constituye una herramienta analítica, ética, política y operativa que permite comprender cómo las diferencias y desigualdades socialmente construidas entre los géneros inciden en la salud, en las trayectorias de cuidado, en el acceso a recursos y en la relación con las instituciones. Para delimitar su alcance, es fundamental distinguir entre sexo y género. El sexo remite principalmente a características biológicas, anatómicas y fisiológicas, mientras que el género alude a los roles, normas, expectativas, relaciones y jerarquías socialmente construidas que organizan lo que una sociedad considera apropiado, permitido

o esperado para mujeres, hombres y personas con identidades de género diversas [53].

Esta distinción es particularmente importante en salud pública porque evita interpretar las desigualdades observadas en salud como si fueran únicamente el resultado de diferencias biológicas. Muchas brechas en exposición a riesgos, acceso a servicios, carga de cuidado, autonomía sobre el cuerpo o experiencia de violencia no pueden explicarse por el sexo en sí mismo; deben incluir en los análisis los mandatos, relaciones de poder y arreglos institucionales mediados por el género. En ese sentido, el enfoque de género no se limita a comparar indicadores entre mujeres y hombres, ni puede reducirse a una simple desagregación estadística por sexo; su propósito es analizar cómo las relaciones de género producen condiciones diferenciales de salud, enfermedad, sufrimiento, cuidado y acceso a derechos [53-54].

Desde esta perspectiva, el género debe entenderse como una dimensión relacional y estructural. Es relacional porque más allá de referirse a las mujeres, se refiere a la forma en que se construyen socialmente las feminidades, las masculinidades y otras identidades de género, y a las relaciones que se establecen entre ellas. Y es estructural porque estas construcciones no operan solamente en el plano interpersonal, por el contrario, se expresan en la familia, el trabajo, el cuidado, la participación social, el acceso a ingresos, la distribución del tiempo, las normas jurídicas, las instituciones y los sistemas de salud. Por ello, el enfoque de género permite analizar cómo se distribuyen desigualmente el poder, la autoridad, la autonomía y el reconocimiento, y cómo esa distribución desigual produce efectos concretos sobre la salud y el bienestar [53-54].



Fuente: SDS - Plan de Intervenciones colectivas PSPIC
Fotografía Sesión colectiva, fortalecimiento de la prevención de cáncer de seno, Localidad Chapinero.

En salud pública este enfoque resulta especialmente útil porque permite comprender que los procesos de salud-enfermedad-cuidado están atravesados por relaciones de género. La sobrecarga histórica del cuidado no remunerado sobre las mujeres, la naturalización de la violencia basada en género, los sesgos en la atención sanitaria, las barreras para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, o los mandatos de masculinidad que desincentivan la búsqueda oportuna de ayuda y favorecen conductas de riesgo, son ejemplos de cómo el género se incorpora en la vida cotidiana y se traduce en desigualdades sanitarias. De manera similar, las personas con identidades de género diversas pueden enfrentar estigmas, discriminación y barreras institucionales que afectan su salud mental, su bienestar y su acceso efectivo a servicios [53-54].

Así, el enfoque de género no puede entenderse como un 'tema de mujeres' ni como un componente accesorio de la gestión pública. Su valor conceptual radica en que permite identificar cómo la estructura social asigna de manera desigual funciones, responsabilidades, cargas, permisos y oportunidades a partir del género, y cómo esas asignaciones se convierten en determinantes de salud. De este modo, el enfoque de género aporta una lectura crítica de las desigualdades en tanto hace visibles relaciones de poder que suelen permanecer naturalizadas y que, sin embargo, inciden profundamente en la producción social de la salud [54].

Este enfoque también obliga a revisar críticamente la supuesta neutralidad de las instituciones sanitarias: los sistemas y servicios de salud pueden reproducir desigualdades de género cuando no reconocen necesidades específicas, normalizan ciertas violencias, subestiman síntomas, construyen rutas de atención desde supuestos estereotipados o excluyen experiencias que no encajan en modelos normativos de sexo y género. Por ello, incorporar el enfoque de género no significa solo 'incluir a las mujeres' o añadir un componente diferencial al final de las intervenciones, implica revisar las bases mismas desde las cuales se formula la acción pública en salud [53-54].

De tal manera, el enfoque de género aporta a la salud pública una comprensión de la desigualdad que permite analizar cómo las normas, relaciones y jerarquías de género afectan la salud y el acceso a derechos. Su importancia no se reduce a mejorar la descripción de diferencias entre grupos, este enfoque permite hacer visibles las relaciones de poder que producen esas diferencias y en orientar respuestas institucionales más equitativas, pertinentes y transformadoras [53-54].

Marco normativo nacional

En el ordenamiento colombiano el enfoque de género encuentra sustento desde la Constitución Política de 1991, especialmente en los principios de dignidad humana e igualdad, que obligan al Estado a remover obstáculos que perpetúan discriminaciones y subordinaciones. Aunque la Constitución no desarrolla por sí sola una política sectorial de género, sí constituye el fundamento normativo del cual se derivan obligaciones de

igualdad material y de protección reforzada frente a formas históricas de discriminación [23].

En desarrollo de este marco, la Ley 1257 de 2008 estableció normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres. Esta ley es particularmente relevante para la salud pública porque reconoce la violencia y la discriminación como fenómenos estructurales que afectan el ejercicio de derechos y exigen respuestas integrales del Estado. Su alcance excede el ámbito sancionatorio en la medida en que articula prevención, protección y atención, y obliga a distintos sectores, incluido salud, a intervenir frente a violencias que impactan directamente el bienestar físico y mental de las mujeres [55].

De manera complementaria, el Decreto 1930 de 2013 adoptó la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres y creó una comisión intersectorial para su implementación. Este decreto es central porque ordena la incorporación del enfoque de género en la acción pública y reconoce que las desigualdades entre mujeres están atravesadas por condiciones territoriales, étnicas, socioeconómicas y de ciclo de vida. En ese sentido, el marco nacional, además de promover igualdad formal, orienta transformaciones institucionales para avanzar hacia la igualdad sustantiva [56].

En el campo de la salud este marco normativo dialoga con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que incorpora el género como dimensión transversal para la comprensión de las desigualdades y para la formulación de respuestas más pertinentes. Así, el enfoque de género se consolida como una obligación normativa y como un criterio técnico para la planeación, implementación y evaluación de acciones en salud pública [11,23,55,56].

Marco normativo distrital, incluyendo la Política Pública Distrital de Género y el capítulo de "Salud para las mujeres" desde la SDS

En el ámbito distrital el principal referente es el CONPES D. C. 14 de 2020, mediante el cual se adoptó la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género 2020-2030. Este documento plantea como objetivo general reconocer, garantizar y restablecer los derechos de las mujeres en sus diferencias y diversidades, modificando de manera progresiva las condiciones injustas y evitables de discriminación, desigualdad y subordinación de género en los ámbitos público y privado. Su importancia radica en que ofrece el marco político e institucional de la ciudad para transversalizar el enfoque de género y orientar a los sectores en la reducción de brechas y en la garantía de derechos de las mujeres en su diversidad [57].

En el sector salud distrital este marco se articula con el Plan Territorial de Salud Bogotá D. C. 2024-2027 y con el Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar. Ambos instrumentos reconocen la necesidad de incorporar enfoques transversales para responder



a desigualdades persistentes y fortalecer la acción territorial del sector. De manera particular, MAS Bienestar desarrolla un apartado específico denominado Salud para las mujeres: MAS Bienestar para las mujeres, en el cual reconoce brechas y necesidades particulares de mujeres, adolescentes y niñas, y plantea acciones orientadas a su abordaje. Este desarrollo es especialmente relevante porque muestra que para la Secretaría Distrital de Salud el enfoque de género no se limita a un principio transversal abstracto, sino que se traduce en una lectura explícita de desigualdades y en líneas concretas de acción sectorial [7,8].

De manera complementaria el lineamiento distrital de Gestión poblacional, diferencial y de género fortalece esta orientación al reconocer que la acción sectorial debe incorporar una lectura de género articulada con otras desigualdades y con las particularidades territoriales. Estos instrumentos muestran que el enfoque de género en Bogotá se configura a partir de la articulación entre política pública general de ciudad, desarrollos sectoriales en salud y lineamientos técnicos que permiten darle contenido operativo dentro de la gestión territorial, la salud pública colectiva y la prestación de servicios [8,34,57].

Determinantes de género en salud

Los determinantes de género en salud son los mecanismos mediante los cuales las normas, roles y jerarquías de género influyen en la exposición a riesgos, en la carga de enfermedad, en la organización del cuidado y en el acceso efectivo a bienes y servicios sanitarios. No se trata simplemente de diferencias observables entre mujeres y hombres, son desigualdades producidas por arreglos sociales que distribuyen de manera desigual tiempo, recursos, autoridad, movilidad, autonomía y reconocimiento. En este sentido, el género opera como determinante de la salud porque organiza las condiciones concretas en que las personas viven, trabajan, cuidan, enferman y acceden a la respuesta institucional [53-54].

En términos concretos, estos determinantes se expresan, por ejemplo, en la sobrecarga del trabajo doméstico y del cuidado no remunerado, en la violencia basada en género, en las barreras para el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, en la menor autonomía económica de muchas mujeres, en la exposición diferencial a precariedad laboral y en la persistencia de mandatos de masculinidad que obstaculizan la búsqueda oportuna de ayuda o favorecen conductas de riesgo. Asimismo, las personas con identidades de género diversas pueden enfrentar estigma, exclusión y barreras institucionales que impactan negativamente su salud mental, su bienestar y su acceso a servicios. Por ello, el género organiza diferencias de experiencia, pero también produce gradientes desiguales de protección y daño en salud [54].

Desde una perspectiva de salud pública, reconocer los determinantes de género implica desplazar la mirada desde una comprensión individualizante de los riesgos hacia una interpretación más estructural de las desigualdades. Esto permite comprender que ciertas afectaciones no se explican únicamente por decisiones personales o conductas individuales, sino por

relaciones sociales que asignan cargas de cuidado desiguales, restringen la autonomía, normalizan violencias o limitan el acceso a recursos y servicios. Así, el enfoque de género ofrece una base analítica para identificar problemas que de otro modo podrían quedar invisibilizados bajo categorías generales de enfermedad, acceso o vulnerabilidad [53-54].

Operacionalización y transversalización del enfoque

Operacionalizar el enfoque de género en salud pública implica incorporarlo de manera sistemática en el análisis, la planeación, la implementación, el seguimiento y la evaluación. No se trata de agregar un componente temático al final de los programas, se trata de revisar cómo las relaciones y desigualdades de género atraviesan todas las fases de la acción institucional. En la planeación su inclusión exige analizar la situación de salud con datos desagregados y con lectura de brechas de género presentes en los territorios. En la implementación requiere revisar si las estrategias, mensajes, rutas y servicios responden de manera pertinente a necesidades diferenciadas o si, por el contrario, reproducen sesgos, estereotipos o barreras. En el seguimiento demanda indicadores que permitan observar desigualdades de género en cobertura, oportunidad, aceptabilidad, calidad y resultados. Y en la evaluación obliga a valorar si las intervenciones contribuyen efectivamente a reducir brechas y a transformar condiciones de discriminación y subordinación [7,8,34,57].

La transversalización de este enfoque supone, además, que el género no sea tratado como asunto exclusivo de un programa o dependencia particular. Para la Secretaría Distrital de Salud implica integrarlo en la gestión territorial, la vigilancia en salud pública, las acciones colectivas, la prestación de servicios, la producción de lineamientos y la participación social. También implica fortalecer capacidades institucionales para reconocer sesgos de género, entender cómo se articulan con otras desigualdades y desarrollar respuestas más ajustadas a las realidades de mujeres, niñas, adolescentes y personas con identidades de género diversas [8,34,57].

En el contexto distrital esta transversalización se refuerza con el Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar, en el que se incorporan líneas específicas para la salud de las mujeres y se reconoce la necesidad de abordar brechas de género desde una perspectiva territorial, de cuidado y de garantía de derechos. En consecuencia, la operacionalización del enfoque de género además de reconocer que existen desigualdades, exige traducir ese reconocimiento en ajustes concretos de la oferta institucional, en mecanismos de articulación intersectorial y en decisiones de gestión que hagan posible una respuesta más equitativa, pertinente y transformadora [8,57].

Este apartado ofrece una aproximación conceptual y normativa general al enfoque de género en salud pública, sin embargo su desarrollo se profundiza en el capítulo de mujeres del Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar, en tanto dicho instrumento permite abordar con mayor detalle las brechas, necesidades,



prioridades y orientaciones estratégicas relacionadas con la salud de las mujeres en el contexto distrital. En esa medida, el presente marco no pretende agotar la discusión sobre género y salud, sino aportar una base conceptual común que dialogue y se complemente con desarrollos sectoriales más específicos, particularmente con aquellos orientados a la garantía del derecho a la salud de las mujeres desde una perspectiva territorial, de cuidado, equidad y derechos.

Enfoque de interseccionalidad

En este apartado se desarrolla la interseccionalidad como una perspectiva crítica y analítica que permite comprender cómo distintas dimensiones de desigualdad, como género, clase social, pertenencia étnico-racial, edad, discapacidad, orientación sexual, identidad de género, situación migratoria o territorio, pueden operar de manera simultánea y producir experiencias diferenciadas de exclusión, privilegio, vulnerabilidad o discriminación. Para ello se presentan sus fundamentos teóricos, las discusiones sobre su reconocimiento como enfoque, su relación con las múltiples discriminaciones, su utilidad para el análisis en salud pública, el marco normativo que respalda su incorporación y algunas orientaciones metodológicas para su aplicación. De esta manera, el apartado busca mostrar que la interseccionalidad no añade una categoría más al análisis, sino que permite comprender la complejidad de las desigualdades en salud y orientar respuestas institucionales más precisas, integrales y sensibles a las experiencias concretas de las personas y comunidades.

Fundamentos teóricos de la interseccionalidad: si es o no un enfoque

La interseccionalidad no surgió como un enfoque sectorial en el sentido clásico, sino como una perspectiva crítica y una herramienta analítica para comprender cómo múltiples estructuras de poder y desigualdad operan de manera simultánea en la vida de las personas. Su formulación más influyente se asocia al trabajo de Kimberlé Crenshaw, quien mostró que ciertas experiencias de discriminación no podían comprenderse adecuadamente si se analizaban por separado categorías como raza y sexo, pues en muchos casos lo que ocurre es una interacción específica entre sistemas de subordinación que produce formas particulares de exclusión. En este sentido, la interseccionalidad no se limita a señalar que existen varias desigualdades al mismo tiempo, por el contrario, busca comprender cómo estas se entrecruzan, se refuerzan o se transforman mutuamente en contextos concretos [58].

En el campo contemporáneo de la salud y de las políticas públicas, la interseccionalidad ha sido entendida de distintas maneras: como teoría crítica, marco analítico, metodología, lente epistemológica o herramienta para la toma de decisiones. Esta diversidad de usos no debe leerse como una debilidad, más bien debe entenderse como expresión de su potencia para dialogar con distintos campos de conocimiento y acción. Para fines de este documento, conviene precisar que la interseccionalidad puede asumirse operativamente como un enfoque, siempre

que se reconozca que no constituye una categoría poblacional adicional ni una simple lista de variables, sino una forma de analizar la convergencia de desigualdades y de complejizar la lectura de las inequidades en salud. En otras palabras, más que reemplazar otros enfoques, la interseccionalidad permite articularlos y leer con mayor profundidad cómo interactúan género, etnia, clase, discapacidad, edad, territorio, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad y otras posiciones sociales en la producción de desigualdades [59-61].

Esta precisión resulta especialmente importante en salud pública. Si la interseccionalidad se reduce a una suma de características individuales, pierde su capacidad explicativa. Su aporte está más allá de multiplicar categorías, en mostrar que las desigualdades no operan de manera aislada ni lineal. Así, la interseccionalidad permite desplazar el análisis desde una lógica fragmentada, por ejemplo ‘mujeres’, ‘personas con discapacidad’, ‘población étnica’ o ‘jóvenes’ por separado, hacia una comprensión de cómo las posiciones sociales y los sistemas de opresión se combinan en experiencias concretas de acceso, exclusión, riesgo, cuidado y bienestar. En este sentido, su valor conceptual radica en que complejiza la comprensión de las desigualdades y evita respuestas institucionales simplificadas o homogéneas [58-61].

Adicionalmente, la interseccionalidad cuestiona la idea de que exista un sujeto universal para la política pública o para la salud pública. Su desarrollo teórico muestra que las experiencias de desigualdad no pueden comprenderse adecuadamente cuando se asume que todas las mujeres, todas las personas racializadas, todas las personas con discapacidad o todas las personas empobrecidas viven formas equivalentes de exclusión. La interseccionalidad insiste en que las desigualdades deben leerse desde sus articulaciones concretas, es decir, desde la manera en que convergen en cuerpos, trayectorias y contextos específicos. Por ello, aporta una base conceptual particularmente útil para una salud pública interesada en comprender inequidades complejas y no solo diferencias simples entre grupos [58,60-61].

Múltiples discriminaciones y vulnerabilidades

La interseccionalidad ofrece una base sólida para comprender las múltiples discriminaciones y vulnerabilidades. No se trata solamente de reconocer que una persona puede experimentar discriminación por más de una condición; se trata de entender que esas discriminaciones no actúan de forma aditiva, sino relacional. Es decir, una mujer indígena en situación de pobreza, una persona trans migrante, una mujer con discapacidad o una persona afrodescendiente mayor no enfrentan simplemente la suma de desigualdades separadas, enfrentan una configuración específica de barreras y exclusiones que produce experiencias particulares de desprotección, daño o invisibilización. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha insistido en que esta perspectiva permite analizar cómo las identidades y posiciones sociales se superponen y producen formas compuestas de discriminación y exclusión, más allá de un único motivo de desigualdad [59].



Desde esta perspectiva la noción de vulnerabilidad también requiere ser reinterpretada: la interseccionalidad permite cuestionar la idea de que ciertas personas o grupos son vulnerables por naturaleza. Por el contrario, muestra que la vulnerabilidad es producida socialmente a través de relaciones de poder, arreglos institucionales, normas sociales y contextos históricos que ubican a ciertos sujetos en posiciones de mayor desventaja frente al acceso a derechos, recursos y protección. Este punto es especialmente relevante para la salud pública, porque evita esencializar a los sujetos y obliga a mirar las condiciones estructurales que producen desventajas acumuladas. En este sentido, la interseccionalidad dialoga de manera estrecha con los enfoques de derechos, poblacional-diferencial, género y territorio, al insistir en que las desigualdades deben leerse en sus articulaciones y no de manera fragmentada [33,59-61].

La utilidad de esta perspectiva radica en que permite identificar formas de exclusión que pueden quedar ocultas cuando el análisis se realiza desde una sola categoría. Una intervención dirigida a 'mujeres', por ejemplo, puede no captar la experiencia específica de mujeres indígenas, mujeres con discapacidad o mujeres migrantes si no incorpora una lectura interseccional. Del mismo modo, una política orientada a 'población joven' puede resultar insuficiente si no reconoce cómo se cruzan edad, género, clase, raza o territorio en la configuración de barreras diferenciadas. Así, la interseccionalidad fortalece la capacidad explicativa del análisis de desigualdades al mostrar que la exclusión no es homogénea ni universalizable dentro de una sola categoría social [58-61].

Análisis interseccional en salud

Como se ha mencionado, el análisis interseccional en salud busca comprender cómo distintas posiciones sociales y estructuras de poder se articulan en la producción de exposiciones, riesgos, barreras de acceso, experiencias de atención y resultados diferenciales en salud; su aporte metodológico trasciende el desagregar información por varias variables, en cambio busca examinar cómo esas variables se relacionan entre sí dentro de contextos históricos, institucionales y territoriales específicos. La OMS a través de su kit de herramientas (*toolkit*) sobre análisis de género interseccional ha mostrado que esta perspectiva fortalece la capacidad de entender por qué ciertos sujetos o colectivos quedan más expuestos, menos cubiertos o peor atendidos por políticas y sistemas de salud [60].

En salud pública esto implica que los promedios poblacionales pueden resultar insuficientes e incluso engañosos si no se examinan las desigualdades compuestas que se ocultan detrás de ellos. Una política puede mostrar mejoras generales y, sin embargo, dejar rezagados a grupos específicos cuya experiencia de exclusión está determinada por la convergencia de varios ejes de desigualdad. En este sentido, la interseccionalidad contribuye a que el análisis de inequidades en salud sea más fino, más situado y más útil para la acción pública. La literatura reciente en investigación en salud ha señalado, además, que la interseccionalidad no solo permite identificar mejor las inequidades, sino también revisar críticamente cómo se produce el conocimiento, qué categorías se privilegian y qué sujetos quedan invisibilizados en la investigación y en la gestión institucional [61].



Fuente: <https://www.integracionsocial.gov.co>

Fotografía Subdirección para la Discapacidad de Integración Social.

En términos conceptuales, el análisis interseccional en salud también obliga a revisar la forma en que se entienden los determinantes sociales. En lugar de observarlos como capas separadas de desventaja, esta perspectiva permite ver cómo se encarnan simultáneamente en las trayectorias vitales y en los territorios. Por ello una lectura interseccional no sustituye el análisis de determinantes sociales por el contrario lo profundiza al mostrar que esos determinantes no actúan de igual manera sobre toda la población y que sus efectos dependen de posiciones sociales específicas. Esto resulta especialmente útil en contextos urbanos complejos como Bogotá, donde convergen desigualdades territoriales, socioeconómicas, étnico-raciales, generacionales y de género que no siempre se distribuyen de manera separada [18,33,60-61].

Normativa nacional

En Colombia la interseccionalidad no cuenta todavía con una norma única y autónoma que la regule como enfoque exclusivo. Su incorporación ha sido más bien progresiva y transversal, especialmente en instrumentos de política pública, lineamientos de análisis y marcos de acción estatal orientados a la equidad. En el campo de la salud pública el referente más claro es el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 que incorpora de manera explícita la interseccionalidad como una categoría para comprender la diversidad y las desigualdades en la acción en salud pública. El PDSP plantea que las desigualdades deben reconocer las múltiples interacciones entre condiciones sociales, territoriales, de género, étnicas y de curso de vida, y no como categorías aisladas, lo que brinda una base importante para su incorporación en el análisis y en la formulación de respuestas [11].

Desde el punto de vista conceptual y operativo esto significa que, aunque no exista una ley específica de 'interseccionalidad', sí hay un reconocimiento normativo de su valor como lente para interpretar desigualdades complejas y orientar intervenciones más pertinentes. Su presencia en el PDSP la sitúa como una herramienta válida dentro del marco nacional de salud pública, especialmente para la comprensión de sujetos de derecho, la identificación de inequidades y la formulación de respuestas más ajustadas a contextos de diversidad y exclusión múltiple [11,59,60].

Normativa distrital

En el ámbito distrital la interseccionalidad tampoco aparece exclusivamente como una política autónoma, sin embargo, está incorporada como un criterio progresivamente incorporado en instrumentos técnicos y de planeación. Un referente central es el documento de la Secretaría Distrital de Planeación sobre estándares estadísticos y lineamientos para la incorporación de los enfoques poblacional-diferencial, de género e interseccional en indicadores de políticas públicas, el cual reconoce que las desigualdades deben leerse a partir de la interacción de múltiples dimensiones y que esta perspectiva fortalece la capacidad de los instrumentos de política para captar diferencias complejas entre poblaciones y territorios [40].

En el sector salud distrital esta orientación dialoga con el lineamiento de Gestión poblacional, diferencial y de género de la SDS, así como con el Plan Territorial de Salud y con MAS Bienestar, en la medida en que todos ellos parten del reconocimiento de la diversidad y de la necesidad de evitar respuestas homogéneas frente a desigualdades múltiples. En este contexto la interseccionalidad puede entenderse como una herramienta para profundizar la lectura de inequidades en Bogotá y para complementar otros enfoques ya presentes en la planeación distrital y sectorial [7,8,34,40].

Metodologías de aplicación o formas de operacionalizar

Operacionalizar la interseccionalidad en salud pública implica traducir esta perspectiva en decisiones concretas de análisis, planeación, implementación y evaluación. En primer lugar, supone formular preguntas analíticas más complejas, capaces de identificar cómo interactúan distintas condiciones y posiciones sociales en la producción de riesgos, barreras y daños. En segundo lugar, requiere producir y usar información desagregada y cruzada, evitando diagnósticos basados exclusivamente en promedios generales o en categorías únicas. En tercer lugar, demanda construir intervenciones sensibles a desigualdades múltiples, en lugar de respuestas diseñadas desde una sola dimensión de diferencia [60-61].

Desde el punto de vista metodológico, la interseccionalidad no prescribe una única técnica, pero sí orienta una forma de mirar y organizar la información. Esto puede traducirse en análisis cruzados de variables, lectura crítica de brechas, revisión de barreras compuestas en el acceso, construcción de perfiles poblacionales complejos y diseño de intervenciones con mayor sensibilidad a las desigualdades concurrentes. También implica incorporar la participación de comunidades y colectivos en la interpretación de sus propias experiencias, evitando que la institucionalidad defina de manera unilateral cuáles son las dimensiones relevantes de exclusión o vulneración [58-61].

Para la Secretaría Distrital de Salud esto significa fortalecer el análisis interseccional en la caracterización poblacional, en la lectura de eventos de salud, en la identificación de barreras de acceso y en la formulación de respuestas territoriales. También supone evitar una fragmentación de la gestión por categorías aisladas y avanzar hacia una comprensión más compleja de la desigualdad en Bogotá, donde convergen simultáneamente diferencias de género, etnia, condición socioeconómica, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, edad y territorio. En esa medida, la interseccionalidad no reemplaza otros enfoques, pero sí permite articularlos de manera más rigurosa y hacer más pertinente la acción pública en salud [8,18,33,40,61].

Así, la interseccionalidad aporta a la salud pública una herramienta analítica indispensable para comprender la complejidad de las desigualdades contemporáneas. Su valor estratégico para la Secretaría Distrital de Salud radica en que permite leer de manera más rigurosa la diversidad y las inequidades presentes



en Bogotá, articular otros enfoques y orientar respuestas más justas, pertinentes y efectivas frente a barreras múltiples y superpuestas en el acceso al derecho a la salud [8,18,33,58-61].

Siguientes pasos

Dado que el presente documento se configura como una propuesta de carácter conceptual y normativo formulada desde la Línea de Análisis de Desigualdades Sociales, Económicas y Ambientales en Salud, el siguiente paso estratégico para la Secretaría Distrital de Salud consiste en avanzar hacia un proceso institucional de armonización conceptual de los enfoques en salud pública. Este proceso resulta fundamental porque los múltiples desarrollos técnicos, lineamientos, estrategias, políticas, rutas, orientaciones operativas y documentos sectoriales de la entidad en los que aparecen de manera explícita o implícita los enfoques aquí analizados, no necesariamente comparten un mismo nivel de precisión conceptual, una misma delimitación de alcances ni una misma lógica de uso institucional. En consecuencia, persisten riesgos de dispersión terminológica, superposición de categorías, uso indistinto de nociones no equivalentes, e interpretaciones heterogéneas que pueden debilitar tanto la consistencia técnica de los análisis como la coherencia de la acción sectorial.

En este sentido, este documento más allá de tener valor autónomo como elemento conceptual, es valioso por su capacidad para servir como punto de partida de un ejercicio más amplio de ordenamiento institucional de los conceptos, el lenguaje técnico y los referentes de análisis que utiliza la Secretaría Distrital de Salud en materia de enfoques. Armonizar la conceptualización al interior de la SDS no implica estandarizar de manera rígida o simplificadora la totalidad de los desarrollos existentes, ni desconocer la especificidad técnica de los distintos campos programáticos. Implica, más bien, construir una base común de comprensión que permita clarificar definiciones, delimitar alcances, identificar complementariedades, evitar contradicciones innecesarias y fortalecer el uso consistente de los enfoques en los procesos de análisis, planeación, implementación, seguimiento y evaluación.

Bajo esta perspectiva, un primer paso técnico debería orientarse a la identificación, inventario y revisión sistemática de los documentos sectoriales e institucionales existentes en la SDS y en el nivel distrital que desarrollan, utilizan o enuncian enfoques en salud pública. Esto incluye, entre otros, lineamientos técnicos, documentos de política, modelos de atención, guías metodológicas, instrumentos de planeación, rutas, documentos poblacionales o diferenciales, desarrollos temáticos de las distintas direcciones y subdirecciones, y documentos operativos producidos en el marco de la gestión territorial o programática. Este ejercicio más allá de ser meramente compilatorio, debe ser analítico: reconocer cómo están siendo usados los enfoques, con qué definiciones, con qué niveles de profundidad, en qué campos de acción, con qué convergencias y con qué tensiones.

A partir de esta revisión, sería necesario desarrollar un análisis comparado de consistencia conceptual e institucional, orientado a identificar al menos cinco elementos: i) los conceptos y categorías que ya cuentan con mayor estabilidad y consenso institucional; ii) los vacíos o ambigüedades conceptuales que requieren mayor desarrollo; iii) las superposiciones o usos indistintos de categorías que deberían diferenciarse con mayor claridad; iv) los puntos de complementariedad entre documentos y desarrollos sectoriales; y v) las necesidades de ajuste que permitan fortalecer una arquitectura conceptual coherente para la entidad. Este ejercicio es especialmente importante en un campo como el de los enfoques, donde las categorías suelen provenir de tradiciones teóricas, normativas y políticas distintas, y donde una adopción poco rigurosa puede traducirse en debilidades analíticas o en una implementación fragmentada.

Con base en lo anterior, la apuesta institucional debería orientarse a la consolidación de una línea técnica y conceptual común sobre enfoques en salud pública para la Secretaría Distrital de Salud. Esta línea no debe entenderse como un documento adicional aislado, sino como un referente articulador capaz de ordenar el uso institucional de los enfoques, clarificar sus relaciones, establecer criterios comunes de comprensión y ofrecer una base estable para su apropiación transversal en la entidad. Su valor estratégico radicaría en el fortalecimiento de la coherencia entre los distintos desarrollos sectoriales, la reducción de la dispersión conceptual, la facilidad en los procesos de inducción y apropiación técnica por parte de los equipos, y la mejora de la calidad del análisis institucional de las desigualdades en salud.

Ahora bien, la consolidación de una línea técnica y conceptual común no constituye un fin en sí mismo. Su propósito debe ser habilitar una segunda fase de trabajo, de carácter más aplicado, orientada a la operacionalización de los enfoques. Una vez armonizado el plano conceptual, el reto siguiente consiste en traducir esa base común en criterios metodológicos, herramientas técnicas, orientaciones para el análisis, lineamientos de uso sectorial, instrumentos de seguimiento y referentes prácticos para su incorporación efectiva en la gestión. Esto supone pasar de la pregunta sobre qué se entiende por cada enfoque y cómo se relaciona con los demás, a la pregunta por cómo se incorpora ello en el análisis de situación de salud, en la priorización de problemas, en la formulación de estrategias, en la gestión territorial, en la vigilancia, en la participación social y en la evaluación de resultados.

En términos institucionales, esta segunda fase debería materializarse en el diseño de un documento de operacionalización que derive del presente marco conceptual y que defina, entre otros elementos, criterios para el uso de los enfoques en distintos procesos de la SDS; orientaciones para su incorporación en documentos técnicos y de planeación; herramientas para el análisis de desigualdades con enfoque; pautas para la lectura territorial y poblacional de problemas de salud; criterios de transversalización en programas, estrategias y rutas; y orientaciones para el seguimiento a su incorporación. Este desarrollo posterior permitiría que el esfuerzo de armonización conceptual no se agote en una discusión teórica, sino que se traduzca en capacidades concretas de gestión institucional.

De tal manera estos siguientes pasos también tienen un valor estratégico para la gobernanza sectorial. Una Secretaría que cuenta con un marco conceptual armonizado y con criterios operativos claros sobre enfoques en salud pública fortalece su capacidad de rectoría, mejora la consistencia de sus decisiones, incrementa la calidad de sus análisis y facilita la articulación entre dependencias, niveles de gestión y equipos territoriales. Asimismo, mejora su capacidad para dialogar con otros sectores, con instancias distritales de planeación y con actores comunitarios y sociales, al disponer de un lenguaje técnico más claro y de una base conceptual más consistente para sustentar sus decisiones.

En este sentido, el presente documento debe asumirse como un punto de partida institucional y no como un producto acabado. Su valor principal reside en abrir una ruta de trabajo para la Secretaría Distrital de Salud, en la cual la armonización conceptual, la revisión de los desarrollos existentes, la consolidación de una línea técnica común y la posterior operacionalización de los enfoques conformen una secuencia lógica y estratégica. Solo mediante ese tránsito será posible que los enfoques en salud pública dejen de operar como referencias generales o categorías de uso variable, y se conviertan en herramientas efectivas para fortalecer el análisis de desigualdades y orientar una acción institucional más coherente, integral y equitativa.

Referencias

1. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 2026 ene 15]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>
2. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Bogotá: DANE; 2019.
4. Secretaría Distrital de Planeación. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016-2050 [Internet]. Bogotá: SDP; 2023 [citado 2026 ene 15]. Disponible en: http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/proyecciones_poblacion_bogota.pdf
5. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto Distrital 507 de 2013: Por el cual se modifica la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. Bogotá: R. D. 5235; 2013.
6. Acuerdo 927 de 2024: Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2024-2027 “Bogotá Camina Segura”. Bogotá: Concejo de Bogotá R. D. 8036; 2024.
7. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Plan Territorial de Salud Bogotá D.C. 2024-2027 [Internet]. https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/pdd_anexo_5_plan_territorial_de_salud_2024-2027.pdf
8. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar [Internet]. Bogotá: SDS; 2024 [citado 2026 ene 15]. Disponible en: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Home/Doc_estr_MAS_Bienestar.pdf
9. Organización de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Nueva York: ONU; 2015 [citado 2026 ene 15]. Disponible en: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S
10. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: D. O. 49427; 2015.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 [Internet]. Bogotá: MSPS; 2022 [citado 2026 ene 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
12. Hennis AJM, Jones NA, Samuels TA, et al. COVID-19 and inequities in the Americas: lessons learned and implications for action. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e130.
13. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010.
14. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22(3):429-45.
15. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
16. World Health Organization, Ministry of Social Affairs and Health of Finland. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Geneva: World Health Organization; 2014.
17. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
18. World Health Organization. Operational framework for monitoring social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2024.
19. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: ONU; 1966.

20. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general núm. 14: el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Ginebra: ONU; 2000.
21. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; World Health Organization. El derecho a la salud. Folleto informativo No. 31. Ginebra: ONU; 2008.
22. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Nueva York: ONU; 1948.
23. Constitución Política de Colombia. Bogotá: Gaceta Constitucional; 1991.
24. Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital; Secretaría Distrital de Gobierno. CONPES D. C. 05 de 2019: Política Pública Integral de Derechos Humanos de Bogotá 2019-2034. Bogotá: R. D. 6673; 2019.
25. Halfon N, Hochstein M. Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *Milbank Q.* 2002;80(3):433-79.
26. World Health Organization. Framework to implement a life course approach in practice. Geneva: WHO; 2025.
27. World Health Organization. Regional Office for Europe. The life-course approach: from theory to practice: case stories from two small countries in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
28. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health.* 2003;57(10):778-83.
29. Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ enfoque de curso de vida [Internet]. Bogotá: MSPS; 2015 [citado 2026 ene 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf>
30. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018: Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación. Bogotá: MSPS; 2018.
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016: Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Bogotá: MSPS; 2016.
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016: Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS. Bogotá: MSPS; 2016.
33. Marín Urrego JC, Moreno Luna S, Peña Torres E, Mariño J, Martínez-Álvarez E, Duque Yara N, et al. Defining differential approach and intersectional perspective: a multimethod study. *Univ Med.* 2023;64(1):1-17.
34. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Gestión poblacional, diferencial y de género. Bogotá: SDS; 2021.
35. Ley 691 de 2001: Por la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Bogotá: D. O. 44558; 2001.
36. Ley 1448 de 2011: Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Bogotá: D. O. 48096; 2011.
37. Ley 1618 de 2013: Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Bogotá: D. O. 48717; 2013.
38. Decreto 762 de 2018: Por el cual se adiciona un capítulo al Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Interior, para adoptar la Política Pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI y de personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. Bogotá: D. O. 50586; 2018.
39. Secretaría Distrital de Planeación. Guía para la formulación e implementación de políticas públicas del Distrito Capital. Bogotá: SDP; 2017.
40. Secretaría Distrital de Planeación. Estándares estadísticos y lineamientos para la incorporación de los enfoques poblacional-diferencial, de género e interseccional en indicadores de políticas públicas. Bogotá: SDP; 2022.
41. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2063 de 2017. Por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud. Bogotá: MSPS; 2017.
42. Colombia. Decreto 1973 de 2013: Por el cual se crea la Subcomisión de Salud en el marco de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas. Bogotá: D. O. 48910; 2013.
43. Pedersen D, Baruffati VY. Health and traditional medicine cultures in Latin America and the Caribbean. *Soc Sci Med.* 1985;21(1):5-12.
44. Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS, Leite Moreira MA, Souza AA, Nunes AC, et al. Primary health care for South-American indigenous peoples: an integrative review of the literature. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e163.
45. Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital; Secretaría Distrital de Gobierno. CONPES D. C.



- 37 de 2023: Política Pública de los Pueblos Indígenas en Bogotá D. C. 2024-2035. Bogotá: R. D. 7943; 2023.
46. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Guía normativa y conceptual para la implementación del enfoque diferencial en la prestación de servicios de salud. Bogotá: SDS; 2022.
47. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Orientaciones para la atención integral en salud, con enfoque diferencial de los pueblos indígenas en las intervenciones individuales de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta para la población materno perinatal. Bogotá: SDS; 2023.
48. Sarmiento I, Zúñiga G, Andersson N, et al. Factors influencing maternal health in indigenous communities with presence of traditional midwifery in the Americas: protocol for a scoping review. *BMJ Open*. 2020;10:e039445.
49. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):181-4.
50. Albornoz Sánchez M, Martínez M, Cepeda-Gil MC, Martínez-Álvarez E, Cadena-Camargo Y, Rodríguez V. Aproximaciones y debates de la territorialidad en el Modelo Territorial de Salud de Bogotá (Colombia). *Univ Med*. 2023;64(1):1-17.
51. Ley 1454 de 2011: Por la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones. Bogotá: D. O. 48115; 2011.
52. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 555 de 2021: Por el cual se adopta la revisión general del Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D. C. Bogotá: R. D. 7326; 2021.
53. World Health Organization. Gender and health [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 2026 ene 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
54. Heise L, Greene ME, Opper N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, et al. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet*. 2019;393(10189):2440-54.
55. Ley 1257 de 2008: Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres. Bogotá: D. O. 47193; 2008.
56. Colombia. Decreto 1930 de 2013: Por el cual se adopta la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres y se crea una Comisión Intersectorial para su implementación. Bogotá: D. O. 48910; 2013.
57. Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital; Secretaría Distrital de la Mujer. CONPES D. C. 14 de 2020: Política Pública de Mujeres y Equidad de Género 2020-2030. Bogotá: Bogotá: R. D. 7034; 2020.
58. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Univ Chic Legal F*. 1989;1989(1):139-67.
59. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Guidance note on intersectionality, racial discrimination and protection of minorities. Geneva: OHCHR; 2022.
60. World Health Organization. Incorporating intersectional gender analysis into research on infectious diseases of poverty: a toolkit for health researchers. Geneva: World Health Organization; 2020.
61. Kelly C, Dansereau L, Sebring J, Aubrecht K, FitzGerald M, Lee Y, et al. Intersectionality, health equity, and EDI: what's the difference for health researchers? *Int J Equity Health*. 2022;21(1):182.





SECRETARÍA DE
SALUD

