

Política “Ciudades Entornos y Ruralidad Saludables”: experiencias en su implementación en cuatro municipios colombianos, 2023

“Healthy Cities, Environments and Rurality” Policy: experiences in its implementation in four Colombian municipalities, 2023

Política “Cidades, Ambientes e Ruralidade Saudáveis”: experiências de sua implementação em quatro municípios colombianos, 2023

Fabio Alberto Escobar-Diaz^{1*} ; Jhony Rojas-Rangel² ; Tatiana Valentina Cabrera¹ 

 *fescobar13@areandina.edu.co

¹ Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia.

² Fundación Universitaria del Área Andina, Valledupar, Colombia.

Recibido: 06/03/2024 Aprobado: 18/02/2025

Resumen

Introducción: La política colombiana de promoción de la salud “Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable” (CERS), pretende contribuir a mejorar las condiciones de salud de las poblaciones transformando sus determinantes sociales mediante la intersectorialidad y la participación. **Objetivo:** comprender la implementación de CERS en cuatro municipios de Colombia. **Metodología:** Diseño cualitativo, descriptivo y transversal, mediante el estudio de casos múltiples. Se realizaron, transcribieron, codificaron y categorizaron 17 entrevistas semiestructuradas a representantes y líderes vinculados con esta política en cada municipio. **Resultados:** Se generaron cinco categorías que abordan aspectos como la integración de CERS a la planificación territorial, las experiencias vividas en la intersectorialidad, las políticas y metas multisectoriales, los actores ausentes de la política y la valoración que se hace de la misma. **Discusión:** La implementación de CERS refleja elementos relacionados con su posibilidad de incorporarse intersectorialmente en los instrumentos de planificación territorial, el papel que juegan otros sectores fue explícito en algunos casos, pero no en otros, así como el significado que le dan a la política. Faltan sectores por vincularse en la iniciativa de política. **Conclusiones:** CERS es una política que se implementa conforme al liderazgo y al interés de las autoridades locales en salud y sus capacidades para construir colaboraciones con otros sectores. La planificación territorial adecuada para su fortalecimiento es fundamental, así como la comprensión de la política desde los actores no sanitarios. Es importante continuar con estudios en otros municipios, especialmente en aquellos con escasos recursos y capacidades.

Palabras clave: Promoción de la Salud; Colaboración Intersectorial; Política; Gobierno Local; Ciudades; Colombia

Forma de citar: Escobar-Diaz FA, Rojas-Rangel J, Cabrera TV. Política “Ciudades Entornos y Ruralidad Saludables”: experiencias en su implementación en cuatro municipios colombianos, 2023. Salud UIS. 2025; 57: e25v57a04. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.57.e:25v57a04>



Abstract

Introduction: The Colombian health promotion policy “Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable” (CERS), aims to contribute to improving the health conditions of populations by transforming their social determinants through intersectoral collaboration and participation. **Objective:** To understand the implementation of CERS in four municipalities in Colombia. **Methodology:** A qualitative, descriptive and cross-sectional design, through the study of multiple cases. Seventeen semi-structured interviews were carried out, transcribed, coded and categorized with representatives and leaders linked to this policy in each municipality. **Results:** Five categories were generated that address aspects such as the integration of CERS into territorial planning, the experiences of intersectoral collaboration, policies and multisectoral goals, the actors absent from this policy and the value that is given to them. **Discussion:** The implementation of CERS reflects elements related to its possibility of incorporating cross-sectorally into territorial planning instruments, the role that plays in other sectors was explicit in some cases, but not in others, as well as the meaning given to the policy. There are still sectors that need to be linked to the policy initiative. **Conclusions:** CERS is a policy that is implemented according to the leadership and interests of local health authorities and their capabilities to build collaborations with other sectors. Adequate territorial planning for its strengthening is fundamental, as is the understanding of the policy from health actors. It is important to continue conducting studies in other municipalities, especially in those with scarce resources and capabilities.

Keywords: Health Promotion; Intersectoral Collaboration; Cities; Policy; Cities; Local Government; Colombia

Introducción

La promoción de la salud (PS) es una de las acciones de política más relevantes en salud pública debido a que va más allá de las intervenciones biomédicas, al influir sobre los factores sociales, políticos o económicos que pueden contribuir a una mejor salud en la población¹. LA PS se vincula con la Agenda 2030 que formuló los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y donde los países se comprometieron desde el año 2015 a mejorar la salud enfocándose en los gobiernos locales y en las comunidades a través de una buena gobernanza y creando poblaciones informadas y empoderadas que impulsen la equidad. Esto incluye una aproximación intersectorial y multidisciplinaria como Salud en Todas las Políticas (STP), perspectiva que convoca a todos los sectores y sus decisiones políticas para buscar sinergias que eviten impactos perjudiciales para la salud².

Desde el siglo XIX, se ha resaltado la importancia de aspectos sociales y de las condiciones de trabajo y de vida, o la posición social de las personas, como elementos que influyen en su salud³. Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) se han definido como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud y que resultan de la distribución desigual del dinero el poder y los recursos tanto en el orden mundial como nacional y local, generando diferencias en salud en las poblaciones, entre y dentro de los países⁴. La PS es fundamental para los DSS con el fin de actuar social y políticamente a través de estrategias que permitan a las personas mantener o proteger su salud, impulsando los determinantes favorables a la salud, al bienestar y la calidad de vida y eliminando o reduciendo aquellos que las afectan negativamente⁵.

En Colombia, la política de PS denominada *Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludables* (CERS) tiene una perspectiva de DSS ya que pretende abordar de manera comprensiva los problemas de salud en los territorios, tanto urbano como rurales y sus diferentes entornos⁶ (1). Fue creada dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND) para el periodo presidencial 2014 – 2018⁷ y se implementa en los municipios bajo su liderazgo, construyendo la intersectorialidad, la gobernanza y la participación⁸. CERS debe implementarse en el marco de la planificación territorial colombiana, la cual tiene ciertas características y especificidades. El Gobierno Nacional, cuatrienalmente, formula y ejecuta un PND donde se establecen las prioridades, metas y orientaciones de política en los diferentes campos de acción del Estado. Así mismo, las entidades territoriales (ET) departamentales, municipales y distritales, son responsables de formular y ejecutar sus propios planes territoriales de desarrollo (PTD) en coherencia con el PND⁹. Estos planes contienen acciones políticas sectoriales o intersectoriales. En el sector salud, las ET deben elaborar y ejecutar sus planes territoriales de salud (PTS), instrumento de política para contribuir con las acciones del Plan Decenal de Salud Pública¹⁰ y donde especifican las políticas y programas en el periodo gubernamental respectivo. Además, para el desarrollo de las acciones en salud pública dentro de los PTS, cada ET formula e implementa sus planes de salud pública de intervenciones colectivas (PIC), de carácter gratuito, estatal y con enfoque de DSS¹¹. En este sentido, el objetivo del estudio fue comprender las experiencias en la implementación de CERS en cuatro municipios de Colombia en 2023.

Metodología

Diseño cualitativo, descriptivo y transversal, orientado por una perspectiva constructivista e inductiva, y basado en el método de estudios de casos múltiples (ECM). El estudio de caso es un tipo de investigación que aborda un fenómeno a profundidad y dentro de su contexto real y cotidiano ¹². El ECM consiste en el conocimiento de más de una unidad de análisis para establecer comparaciones en términos de similitudes o diferencias entre casos diversos, alrededor de un fenómeno de interés ¹³. Se eligieron cuatro municipios colombianos como unidades de análisis: Chía, Tocancipá, Sopó y Agustín Codazzi. Esta selección se hizo por conveniencia, teniendo en cuenta dos aspectos: a. Interés gubernamental de las ET para participar en el estudio y, b. Nivel de implementación de CERS en el territorio. Se contó con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social para el acercamiento con estas ET.

En cada municipio se identificaron los sectores e instituciones vinculados a CERS, partiendo del sector salud, cuya autoridad pública gestionó el contacto con las posibles entidades que han acompañado la implementación de la política. Estos actores fueron contactados vía telefónica y por correo electrónico, invitándolos a participar en el estudio y enviándoles tanto el consentimiento informado como el cuestionario flexible de preguntas orientadoras, el cual fue formulado y revisado previamente por el equipo de investigación. Aceptaron participar 17 representantes de las instituciones de diferentes sectores en los cuatro municipios del estudio, con quienes se llevaron a cabo las entrevistas individuales semiestructuradas. Las mismas fueron grabadas con la autorización de los participantes, y se transcribieron en su totalidad. De allí se realizó el proceso de codificación y categorización que permitió la construcción inductiva de 134 códigos agrupados en 5 categorías, luego del consenso entre los investigadores del estudio (**Tabla 1**), proceso que se realizó en Microsoft Word y Excel [®]. Adicionalmente, los resultados fueron validados con los profesionales referentes de la política CERS del MSPS y de algunas de ET participantes.

El estudio fue avalado por el Comité de Bioética de la Fundación Universitaria del Área Andina, siguiendo la normatividad nacional e internacional sobre protección de datos y aplicando los principios de confidencialidad, privacidad y no maleficencia. Se emplearon etiquetas para identificar al municipio (M) y el número de la entrevista (E): M1 (Chía), M2 (Tocancipá), M3 (Sopó) y M4 (Agustín Codazzi) y E1, E2, E3, etc.

Tabla 1. Categorías inductivas y sus definiciones

Categoría	Definición
CERS y Planificación Territorial	La política se articula con diferentes instrumentos de planificación existentes en el territorio, tanto en salud como a nivel general. Estos pueden ser los PTS, PMD u otros de carácter municipal.
Experiencias en la articulación intersectorial	Experiencias que los actores resaltan en las relaciones salud – otros sectores alrededor de CERS, identificando problemas comunes, compartiendo recursos o acciones conjuntas.
Políticas y metas multisectoriales en CERS	Políticas, programas, acciones y metas que los diferentes actores multisectoriales han integrado bajo la estrategia CERS
Valoración de CERS	Percepción que los actores hacen sobre CERS sobre su contenido, su alcance, sus propios recursos, objetivos.
Actores ausentes de CERS	Actores, sectores e instituciones que se consideran como distantes o ausentes de la estrategia en el territorio respectivo.

Fuente: Elaboración propia. CERS: Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludables; PTS: Plan Territorial de Salud; PMD: Plan Municipal de Desarrollo

Resultados

CERS y la planificación territorial

CERS fue vinculado al PTD de tres municipios del estudio. Para algunos participantes, su articulación a este instrumento de planificación territorial y multisectorial puede ser relevante en cuanto a un mejor incentivo para la acción entre varios sectores alrededor de problemas o estrategias compartidas; sin embargo, sólo en uno de ellos, Chía, esta política fue incorporada de manera transversal dentro de un eje de acción multisectorial, lo que facilita el compromiso de diferentes sectores frente a esta estrategia. Por ejemplo, *“la inclusión [de CERS] dentro del Plan de Desarrollo hizo que todas las dependencias quedaran prácticamente involucradas dentro del proceso, y en ese sentido se ha venido desarrollando y se han venido como generando la articulación de las diferentes actividades que se realizan en las diferentes dependencias de la administración para involucrarlos dentro del modelo”* (M1-E1).

En esto también coincide un participante en Tocancipá quien afirma que *“CERS está en Plan de Desarrollo, sí, nosotros lo planteamos, que ese sí fue a concejo municipal, (...) y efectivamente está como una estrategia dentro del Plan de Desarrollo”* (M3-E1). Sin embargo, en este municipio, CERS se encuentra dentro del PTS como parte de las acciones propias del sector salud, no como una política transversal en el PTD. Ahora bien, en Sopó, aunque se encuentra en una situación similar al anterior municipio, allí se creó la Mesa Intersectorial para la promoción de la estrategia CERS, a través del Decreto 087 de 2023 expedido por la Alcaldía Municipal para facilitar la colaboración entre las diferentes instituciones y sectores, liderado por la autoridad municipal en salud ¹⁴. Esto con el fin de promover la colaboración intersectorial alrededor de esta política.

En Agustín Codazzi, a diferencia de los otros casos, CERS no fue incluido dentro de su PTD; esto es reconocido por la representante del sector salud, al considerar que *“esta es una estrategia muy buena que de verdad debería (...) estar incluida como una estrategia dentro del plan de desarrollo porque de verdad que es muy integral”* (M4-E1). Por consiguiente, se reconoce que la integralidad de esta política incentiva que se incluya en instrumentos de planeación más amplios como los PTD.

Experiencias en la articulación intersectorial

Establecer acciones que incentiven la colaboración entre dos o más sectores es un proceso que se construye progresivamente y que requiere que éstos comprendan el significado de trabajar intersectorialmente, así como los aportes y los beneficios o ventajas que pueden tener al participar en una política como CERS. Por ejemplo, en Chía se afirmó *“lo que hace falta es un poco de sensibilizaciones en que ellos entiendan que realmente el trabajo que están haciendo le apunta a impactar y a contribuir a la implementación del modelo”* (M1-E2). En este sentido, para este territorio podría mejorarse la comprensión que otros actores tienen de su papel frente a una política como CERS, así como sus aportes y los beneficios que tendrían como sector.

Desde otros sectores e instituciones, se considera: *“a veces hay esas barreras actitudinales que siempre tenemos en cualquier momento de la organización administrativa, y es que a veces uno cree que no le toca, que eso es de salud, que eso es de educación; que un colegio solo es de educación; que el hospital o una jornada de vacunación, solo es de salud; que el desarrollo de proyectos productivos solamente es de la Secretaría de Desarrollo Económico”* (M1-E3). Esta apreciación refleja posibles limitaciones que las instituciones de otros sectores pueden tener frente a trabajar intersectorialmente, debido al trabajo tradicionalmente sectorial para abordar problemáticas en estos territorios.

En este mismo sentido, el actor complementa: *“uno ve la Secretaría de Salud desde afuera como el lugar donde uno va si necesitaba algo de la EPS [Entidad Promotora de Salud], del hospital, de un servicio hospitalario, o cuando uno necesita un tema exclusivo de medicina o de esa atención. Uno jamás se imagina que los servicios de una Secretaría de Salud pueden tener tanta complementariedad con lo que hacemos desde los otros sectores”* (M1-E3). Aquí, se refleja la visión biomédica de la salud que es aún dominante, como sinónimo de servicios individuales o atención médica, pero también se reconoce las posibilidades de acción en salud hacia otros sectores.

La representante de una institución del sector cultural comentó: *“lógicamente el impacto cultural en el municipio beneficia directamente a la salud y al bienestar de la comunidad, porque a través de nuestras actividades las personas digamos pueden ser estrategias de prevención de salud mental, de salud emocional, incluso de salud física”* (M2-E2).

Lo anterior es relevante porque comprende la relación entre cultura y salud y el aporte del trabajo intersectorial entre ambos para el beneficio de las personas y comunidades.

En uno de los municipios, desde el sector salud se describió cuál fue la manera en que se presentó la estrategia a los representantes de las instituciones de otros sectores: *“mostrarles primero cuál iba a ser las ventajas para ellos, cuál iba a ser el gana-gana de ese ejercicio, porque donde yo me siento a decir: no, es que yo aquí necesito modificar mis coberturas de afiliación en EPS [Empresas Promotoras de Salud], diciéndole por ejemplo, al de Desarrollo Económico, que es el que maneja el comercio, pues el tipo, él va a decirme: bueno y eso a mí en qué me beneficia, yo qué meta voy a cumplir con eso”* (M3-E1). Este argumento se destaca debido a que la estrategia “gana-gana” podría ser una estrategia importante para incentivar la colaboración intersectorial.

Con CERS podría convertirse en un escenario donde dos o más sectores pueden alcanzar de una manera efectiva y eficiente sus propios objetivos y metas. Un ejemplo puede ser: *“es que vamos a incentivar el mercado campesino; no, es que queremos sacar una mermeladita, listo, saquémosla, pero garanticemos que por lo menos la prepararon de una manera adecuada y segura para la comunidad”* (M3-E1). Este ejemplo del “gana-gana” por parte de los sectores, muestra cómo dos de ellos, salud y desarrollo económico, por ejemplo, pueden beneficiarse mutuamente de acciones conjuntas donde se estimula el mercado campesino y al mismo tiempo se fortalecen las buenas prácticas en la producción para conseguir un producto saludable.

En estas experiencias, se destaca en los participantes de los municipios el reto de ampliar la comprensión de una política del sector salud como una de orden intersectorial, que vaya más allá de la visión médica y asistencial, y sea reconocida de una manera integral y donde las entidades de los diferentes sectores identifiquen su contribución hacia sus propios objetivos y necesidades particulares.

Políticas y metas multisectoriales

Se resalta la conexión entre temas económicos o culturales con salud, donde se incorporan aspectos relacionados con los hábitos alimentarios detrás de prácticas gastronómicas tradicionales, lo que articularía diferentes programas que provienen de sus respectivos sectores: *“hay una gran alianza con el tema gastronómico y la Secretaría de Salud, pensando un poco en que no solo es importante rescatar la cultura, sino aplicar todas esas situaciones de mejoramiento frente al tema de todo lo que hace la dirección de vigilancia control de la Secretaría de Salud frente a la calidad de los alimentos, los buenos hábitos saludables, una nutrición balanceada que lo trabajamos de manera articulada en los diferentes programas y en los diferentes grupos a los que atendemos, (...) desde esta iniciativa”* (M1-E3).

En cuanto a movilidad se destaca que la política pública de la bicicleta es el principal aporte que este sector hace a CERS: *“Nosotros del sector movilidad nosotros cómo aportamos, cómo apoyamos el tema de la zona CERS, básicamente nosotros, Chía hoy es líder en tener mediante acuerdo municipal la política pública la bicicleta”* (M1-E5). En el sector Cultura además, se afirmó: *“hacemos parte del proyecto Vida Activa, Saludable y Cultural, que es una actividad que se realiza mensualmente en el municipio, y que consiste en generar espacios para que la comunidad practique el deporte y a la vez que tenga un espacio donde puedan apreciar muestras culturales”* (M2-E2). En esta iniciativa participan también los sectores Salud y Recreación y Deportes.

Por su parte, en el sector salud de Sopó se mencionó que: *“tenemos incluido, tenemos metas conjuntas, con Educación y Deportes, tenemos metas conjuntas en todo lo que tiene que ver con derechos de población vulnerable con Gobierno, y en todo el tema de seguridad alimentaria y nutricional tenemos acciones enlazadas con Ambiente por el tema de la calidad del agua y el cuidado, (...) para todo lo que tiene que ver con el manejo de basura, desechos. Y con Desarrollo Económico que es la producción limpia del alimento”* (M3-E1). La participante ha destacado que CERS ha incluido metas multisectoriales, es decir agrupadas o reunidas en torno a la estrategia, por parte de educación, ambiente, deportes y desarrollo económico. De esta manera, la política CERS en algunos de los municipios logra vincular acciones y metas específicas de otros sectores lo que refleja un proceso multisectorial para abordar diferentes DSS que se presentan estos territorios.

Valoración de CERS

ES importante resaltar el valor que tiene CERS para los actores que representan los diferentes sectores en los municipios del estudio. Por ejemplo, en Chía, desde el sector salud se afirmó: *“cuál es el propósito, el objetivo, pues el bienestar de la comunidad, lo que nos lleva al modelo, no solamente que sea prestación de servicios de salud sino realmente es lograr esas mejores condiciones de vida que redundan en la salud de la población”* (M1-E2). Lo anterior es importante porque comprende esta estrategia como una iniciativa poblacional dirigida a mejorar la calidad de vida de las personas y no apunta a una visión restringida como es la atención en salud a nivel individual.

Frente a los recursos destinados para la estrategia, se comentaron situaciones similares, pero también diferenciales. En el caso de Codazzi, la representante del sector salud comentó: *“todo lo que hago de CERS lo hago a través del PIC, directamente con esa estrategia de vida saludable, entornos saludables. Eso es exactamente, aprovecho tanto el recurso humano como financiero, pero no hay un rubro específico que yo te pueda decir que del presupuesto tengo tanto asignado para CERS”* (M4-E1).

Es decir, los recursos financieros y humanos son aquellos que disponen las mismas instituciones de sus sectores respectivos: *“en la medida en que yo articulo mi trabajo, mi plan de acción con otro sector, pues yo ya cuento para esa identificación con unos recursos, ese otro sector”* (M3-E1). En ese trabajo articulado con otros sectores es cuando se optimizan los recursos ya existentes para alcanzar las metas que necesita cada sector en cabeza de sus entidades gubernamentales correspondientes. Adicionalmente, se agregó: *“voy a poner el ejemplo de comisaría familiar, ese otro sector ya tiene una serie de recursos y de profesionales que están trabajando temáticas para la prevención de la violencia intrafamiliar, ¿sí?, entonces, si yo tengo ya mis profesionales en salud mental, por ejemplo, o a nivel de salud sexual y reproductiva o a nivel de seguridad alimentaria, nos podemos articular a las acciones que ya está implementando la comisaría de familia o la Secretaría de gobierno y pues podemos obtener un impacto en la comunidad, que si yo me fuera sola, de pronto no tenemos un resultado que queremos”* (M3-E1).

Desde el sector Gobierno en Sopó coincide también: *“hemos podido aprovechar mejor los espacios siéndole sincera, porque antes como que se hacían las acciones, pero como que iba cada uno por su lado digámoslo de esa forma; y esto nos ha ayudado pues uno, a optimizar espacios pues para poderle llegar a la comunidad porque como ustedes saben muchas veces eso es como lo más difícil, poder uno convocar, buscar esos espacios y es ahí cuando los aprovechamos entre diferentes Secretarías”* (M3-E2). Lo anterior resalta el beneficio al optimizar los recursos limitados que cuentan cada sector, convocando a un mismo grupo social y empleando el mismo espacio para realizar la intervención correspondiente. Cada uno hace sus acciones, pero compartiendo esos recursos que tienen a disposición.

Así, para diferentes participantes en el estudio y de la política CERS, el valor percibido sobre la misma gira en torno a las posibilidades de optimizar los recursos ya disponibles en términos económicos o humanos para abordar diferentes necesidades y problemáticas presentes en sus territorios.

Actores ausentes de CERS

Codazzi es el municipio con menor experiencia intersectorial alrededor de CERS. Allí, la representante del sector salud comentó que: *“siempre a salud es la que nos involucran en todo, a la que nos hacen seguimiento, a la que nos llaman, a la que nos exigen, pero si tú ves, esta es una estrategia que también es de Educación, también es de Gobierno, También es de Tránsito”* (M4-E1). En este aspecto, llama la atención el hecho de que el sector sanitario tiene una responsabilidad significativa en las acciones gubernamentales como CERS a pesar de que tiene un carácter intersectorial pero las entidades de los demás sectores no asumen el mismo compromiso.

En Tocancipá, el sector de Desarrollo Económico no se ha vinculado a CERS, y las acciones de sus instituciones se relacionan con la ruralidad en este territorio: *“hay un sector agropecuario para atender y ellos [Desarrollo Económico] lo han venido atendiendo en ese desarrollo rural digamos como tal, lo han venido haciendo, entonces creo que ellos son fundamentales y no han logrado entenderlo y no han logrado pues armonizarse con la estrategia”* (M2-E1). En este municipio, el sector agroindustrial privado tampoco ha participado en la estrategia CERS a pesar de los impactos ambientales de sus actividades económicas: *“Dentro de la estrategia CERS, nunca he visto por ejemplo a las personas de minería, que este es un sector sumamente grande, acá también se desarrolla la agroindustria, que es el cultivo de flores bajo plástico, o sea en invernadero”* (M2-E3).

En Sopó, las escuelas públicas administradas por el nivel departamental, no municipal, no hacen parte de CERS. Allí se manifestó que estas instituciones no participan en la política: “*porque ellos dicen que no tienen nada que ver con el Alcalde, que su jefe inmediato es el departamento, entonces pues digamos que con las instituciones educativas ha sido bien difícil, bien difícil (...), ellos todavía no han comprendido el alcance que tiene la estrategia CERS en sus PEI [Proyecto Educativo Institucional] por ejemplo*” (M3-E1).

CERS en los diferentes municipios tiene un grupo de actores de diferentes sectores que están vinculados con la política, pero otros aún no lo hacen a pesar de su importancia o relevancia en términos de problemas y de acciones multisectoriales para su abordaje.

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo comprender las experiencias en la implementación de la política CERS en cuatro municipios colombianos en 2023, a través de cinco categorías generadas inductivamente. La primera de ellas aborda uno de los aspectos relevantes en esta política y es la conexión de *CERS con la planificación territorial* tanto a nivel multisectorial (PTD) como sectorial (PTS, PIC). Se destacó que la inclusión de CERS como componente transversal en los PTD podría tener un papel estratégico en el estímulo a la intersectorialidad debido a la posibilidad de vincular a otros sectores a CERS. Es insuficiente, desde su punto de vista, que esta política sea incorporada *únicamente en la planeación sectorial* en salud.

La segunda categoría, sobre las *experiencias con la articulación intersectorial*, muestra a aquellos municipios que incluyeron la política CERS con sus PTD, reflejan una experiencia más significativa en el ejercicio intersectorial y participativo donde destacan la interacción con instituciones del campo de la cultura, de la educación, de la movilidad o transporte, recreación y deporte. En los aportes de los participantes, se destacan algunos aspectos como:

a. Vigencia y predominio de la visión biomédica en la salud entendida como sinónimo de atención hospitalaria, la cual es compartida en otros sectores. Esto puede ser una limitación para promover los DSS, la intersectorialidad y una perspectiva comprensiva de la PS. Algunos estudios han abordado los desafíos a nivel ideológico y conceptual alrededor del significado de salud. Por ejemplo, Arcos ¹⁵ destaca en su investigación el predominio del discurso biomédico como una de las limitantes para avanzar hacia una mejor articulación entre sectores alrededor programas de protección a la infancia en Chile. En Brasil, con el estudio de una experiencia de Salud en la Escuela ¹⁶, también se evidenció el marcado énfasis en el modelo biológico que complica el diálogo entre sectores y expresa un conjunto de desarticuladas sin ninguna conexión.

b. Algunos actores sectoriales diferentes a salud perciben una ventaja en CERS para implementar sus propias acciones, aprovechando la posibilidad de optimizar los recursos, contar con la población y ejecutar sus actividades. Es interesante el uso del término *gana – gana* por parte de algunos de los actores institucionales, lo cual se conecta con un estudio de Molnar y otros ¹⁷ quienes encontraron que la estrategia *gana - gana* facilita la implementación de políticas intersectoriales, debido al énfasis en las recompensas, ganancias o beneficios recíprocos entre los sectores.

En relación con la categoría *Políticas y Metas Multisectoriales*, donde gracias a CERS confluyen los diferentes programas o intervenciones de las instituciones gubernamentales que lideran sus respectivos sectores en cada territorio. En este sentido, es esencial resaltar que CERS se muestra como una política que aloja otras políticas (salud, educación, cultura, deporte, desarrollo, etc.), cada una con sus metas, sus objetivos, beneficiarios pero que podrían encontrar en CERS una ventaja en cuanto recursos, apoyo logístico u operativo, por ejemplo, para realizar actividades en conjunto.

En la categoría *Actores ausentes de CERS*, la intersectorialidad es un proceso que tiene diferentes niveles de comprensión para los diferentes sectores, y algunos de ellos aún se han mantenido distantes en la política como el ambiental, por ejemplo, donde en ninguno de los municipios tiene una relevancia de interés. Mientras algunos sectores sí están vinculados a la política en uno de los territorios, en otro no, como Desarrollo Económico

o Educación. Adicionalmente, una política intersectorial como CERS reflejaría que la intersectorialidad debe construirse porque la acción del Estado ha sido tradicional y predominantemente sectorial. Una investigación sobre transporte urbano ¹⁸ mostró cómo las políticas en este sector poco consideran sus impactos en salud.

Barros y otros ¹⁹, alrededor de la salud en escenarios laborales, se preguntan estos autores si la intersectorialidad es más una utopía que una realidad, planteando que debe incentivarse y promoverse porque no se construye de forma espontánea ni natural, además, cada sector conoce muy poco de lo que hacen otros sectores y se concentran en sus propias problemáticas. Pinho ²⁰ en su estudio sobre recursos intersectoriales alrededor de la atención a consumidores de crack, resalta que el trabajo entre instituciones y sectores es muy escasa o inexistente, debido a posiciones ideológicas predominantes dentro de las mismas, que entran en conflicto.

Por último, la categoría *valoración de CERS* resalta la ausencia de recursos propios para la financiación de esta política en ninguno de los municipios, ya que se nutre solamente de aquellos disponibles de las instituciones de cada sector. En este sentido, aunque podría ser una ventaja contar con estos recursos, y además se emplearían de una forma más eficiente, tienden a ser limitados lo que finalmente afectaría la posibilidad de construir políticas conjuntas intersectoriales que demanden recursos financieros adicionales.

De acuerdo con Solar y otros ²¹, la intersectorialidad plantea retos prácticos, frente al ejercicio político e institucional en los territorios. Señalan además que la posibilidad del trabajo intersectorial implica el reconocimiento conjunto tanto de los problemas como de las soluciones y que éstas requieren de la coordinación o cooperación entre los sectores. En este sentido, frente a la experiencia intersectorial alrededor de CERS, es importante cuestionar sobre el reconocimiento conjunto de los problemas que aborda una política de PS como ésta, por parte de los demás sectores ²¹.

Este estudio tiene algunas limitaciones que deben considerarse y que surgen de sus particularidades metodológicas. En primer lugar, al ser un estudio cualitativo de casos múltiples donde se tomaron solo cuatro municipios como unidades de análisis, no es posible ni es la intención del estudio generalizar sus resultados a otros territorios en el país. En segundo lugar, el acceso a los participantes fue determinado por su vinculación a la política CERS en cada municipio, sin embargo, hay actores de otros sectores que podrían hacer parte de la misma y no fue posible contactarlos debido a su escaso interés en el estudio, pero su visión frente a este tipo de acciones sería de interés conocer. Por último, aunque se hizo un proceso de validación dentro del equipo de investigación de los instrumentos, de la codificación y categorización de los datos, así como de los resultados con el equipo referente de la política en el MSPS y de las secretarías de salud municipales participantes, no fue posible ampliar este proceso hacia otros de los actores que se vincularon al estudio, por falta de tiempo de parte de ellos. No obstante, reconociendo las características epistemológicas y metodológicas del estudio, sus resultados constituyen en un valioso aporte para comprender este tipo de políticas y su implementación, reflejando los retos que tienen para una ejecución efectiva.

Conclusiones

El análisis de cuatro casos sobre la implementación de CERS reflejan experiencias específicas en la construcción de la intersectorialidad donde se expresan algunos avances en la comprensión de esta política y la disposición de algunos sectores para hacer parte de la misma. Hay retos en estos territorios para continuar con su desarrollo en cuanto al papel formal y real que juegan todos los actores y sectores alrededor de CERS, la importancia de la planificación territorial y posibles resultados en conjunto para el beneficio de la población.

Se recomienda continuar con el estudio de este tipo de políticas considerando campos de investigación como: a. Capacidades reales en términos financieros, técnicos y humanos de las ET para ejecutar estas políticas; b. Características regionales y dispersión de los municipios; y c. Visiones y perspectivas de la intersectorialidad en salud desde otros sectores. Estos campos deben incorporar metodologías cuantitativas y mixtas para fortalecer y ampliar el análisis a un número amplio y diverso de ET municipales. Desde el punto de vista político, es posible sugerir a los municipios participantes fortalecer la integración de CERS en la planificación territorial como los PMD de una forma transversal con objetivos y metas multisectoriales, de tal forma que comprometa mejor a otros sectores relevantes desde la perspectiva de los DSS.

Contribución de autores

Todos los autores (FAED, JRR, TVC) participaron en: 1. Concepción y diseño del estudio; 2. Recolección, análisis e interpretación de los resultados; 3. Redacción, revisión, ajustes y aprobación de la versión final del artículo para publicación; 4. Somos responsables sobre el contenido e integridad del contenido de este trabajo.

Consideraciones éticas

El estudio se orientó con base en las disposiciones de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social, que regula la investigación en seres humanos. En este sentido, no hubo intervenciones sobre los sujetos participantes en la aplicación de las entrevistas y por lo tanto el riesgo fue mínimo. Contó con el aval del Comité de Bioética de la Fundación Universitaria del Área Andina, realizado en marzo de 2023.

Conflicto de interés

Los autores manifiestan no tener ningún tipo de interés que haya incidido en la formulación, ejecución o financiación del estudio.

Financiación

El estudio fue financiado con recursos propios de la Convocatoria Interna de Investigación Aplicada 2023 de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Apoyo tecnológico de IA

Para la construcción de este manuscrito, los autores no emplearon ningún dispositivo de Inteligencia Artificial (IA) ni tecnologías relacionadas como modelos de lenguaje, machine learning o similares. Todos los procesos de forma como redacción, ajustes de textos y tablas y aspectos específicos de la investigación fueron llevados a cabo exclusivamente por los autores.

Referencias

1. Kumar S, Preetha GS. Health promotion: An effective tool for global health. *Indian J Community Med.* 2012; 37(1): 5–12. doi: <https://doi.org/10.4103/0970-0218.94009>
2. Panamerican Health Organization. Strategy and plan of action on health promotion within the context of the Sustainable Development Goals [Internet]. Washington D.C.: PAHO; 2019 [cited 2022 Sep 4]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55925/PAHOFPLIM220006_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Irwin A, Scali E. Action on the social determinants of health: A historical perspective. *Glob Public Health.* 2007; 2(3): 235–56. doi: <https://doi.org/10.1080/17441690601106304>
4. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. [cited 2022 Sep 20]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44084/9789243563701_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. De la Guardia-Gutiérrez MA, Ruvalcaba-Ledezma CJ. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results.* 2020; 5(1): 81–90. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para la implementación de la estrategia Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS) [Internet]. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019. [cited 2022 Aug 10] Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-cers.pdf>

7. Congreso de Colombia. Ley 1753 de 2015 “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018 Todos por un Nuevo País.” [Internet]. Bogotá D.C: Diario Oficial; 2015. [cited 2022 Aug 10]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=61933>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 1035 de 2022 “Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígenas para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima del conflicto armado, el pueblo ROM y la población negra, afrocolombiana, raizal y palanquera.” [Internet]. Bogotá D.C.: Diario Oficial; 2022. [cited 2022 Aug 15] Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf
9. Congreso de Colombia. Constitución política de Colombia. [Internet]. Bogotá D.C: Departamento Administrativo de la Función Pública. [cited 2022 Aug 15] Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 1536 de 2015 “Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.” [Internet]. Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial; 2015. [cited 2022 Aug 16] Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=152866>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015 “Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión en Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC.” [Internet]. Bogotá D.C.: Diario Oficial (febrero 24 de 2015); 2015. [cited 2022 Aug 16] Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=139382>
12. Yin RK. Case Study Research: design and methods. Thousand Oaks: Sage Publications; 2009.
13. Rule P, Jhon V. A necessary dialogue: Theory in Case Study Research. *Int J Qual Methods*. 2015; 14(4): 1-11. doi: <https://doi.org/10.1177/1609406915611575>
14. Alcaldía Municipal de Sopó. Decreto No 087 “Por el cual se crea la Mesa Técnica Intersectorial para la promoción de la estrategia Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludables en el municipio de Sopó - Cundinamarca.” [Internet]. Sopó: Alcaldía Municipal de Sopó; 2023. [cited 2022 Aug 25] Available from: <https://www.sopo-cundinamarca.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=1621>
15. Arcos-Griffiths E, Vollrath-Ramírez A, Muñoz-González LA, Sánchez-Segura X. Comprensión de la gestión de la política pública de protección integral de la infancia en Chile. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2016; 15(31): 51–62. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.cgpp>
16. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, Amaral JHL do, Machado KM, Senna MIB. Redes Intersetorial do Programa Saúde na Escola: percepções e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(5): e00104217. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217>
17. Molnar A, Renahy E, O’Campo P, Muntaner C, Freiler A, Shankardass K. Using win-win strategies to implement health in all policies: A cross-case analysis. *PLoS One*. 2016; 11(2): e0147003. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147003>
18. Babajide O, Martins DC, Maani N, Abdalla SM, Gómez EJ, Pongsiri MJ, et al. Improving Decision-Making for Population Health in Nonhealth Sectors in Urban Environments: The Example of the Transportation Sector in Three Megacities—the 3-D Commission. *J Urban Health*. 2021; 98 (1): S60–8. doi: <https://doi.org/10.1007/s11524-021-00561-y>
19. Barros J de O, Daldon MTB, Rocha T de O, Sznclwar LI, Lancman S. Intersectoriality in health and work in the current brazilian context: ¿The utopia of reality? *Interface: Communication, Health, Education*. 2020; 24: e190303. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190303>

20. Pinho LB de, Wetzel C, Schneider JF, Olschowsky A, Camatta MW, Kohlrausch ER, et al. Evaluation of intersectoral resources in the composition of care networks for crack users. *Escola Anna Nery*. 2017; 21(4): e20170149. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0149>
21. Solar O, Valentine N, Rice M, Albrecht D. Moving forward to Equity in Health: What kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. [Internet]. Nairobi: 7th Global Conference on Health Promotion; 2009. [cited 2022 Sep 12] Available from: https://www.dors.it/documentazione/testo/201409/05_2009_OMS%20Nairobi_Equity%20in%20Health.pdf