Salud

Instituto Nacional de Salud

Informe 16

Retos estratégicos en salud pública en Colombia *una mirada regional*



Observatorio Nacional de Salud

Instituto Nacional de Salud
Observatorio Nacional de Salud

Retos estratégicos en salud pública en Colombia, una mirada regional

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO
Ministro de Salud y Protección Social

TOMAS PRASCA CEPEDA
Director General (E) Instituto Nacional de Salud

GIOVANNY RUBIANO GARCÍA
Director General Instituto Nacional de Salud (hasta noviembre 2024)

CRIS ENCARNACION REYES GOMEZ
Secretaria General Instituto Nacional de Salud

CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA ORJUELA
Director Observatorio Nacional de Salud

ISSN: 2346-3325

Se permite copiar, redistribuir, adaptar y difundir este informe con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún caso, debe darse a entender que el Instituto Nacional de Salud respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo del Instituto Nacional de Salud (INS). Todos los derechos reservados.

Traducciones: si se hace una traducción de este informe, debe incluirse una nota de descargo así: "La presente traducción no fue realizada por el INS. El INS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Para citar: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Informe 16. Retos estratégicos en salud pública en Colombia, una mirada regional, (Pag.). Bogotá, D.C., 2024.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en este informe que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y cómo aparecen los datos no implican, por parte del INS, juicio sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el INS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

El INS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y uso de ese material, y en ningún caso el INS podrá considerarse responsable de daño causado por su uso.

2024

Equipo de trabajo

Karol Cotes Cantillo
Gina Vargas Sandoval
Keyra Liseth Asprilla Córdoba
Luis Eduardo Olmos Sánchez
Esteban Jerez Díaz
Diana Díaz Jiménez
Lorena Maldonado Maldonado
Diana Santana-Rodríguez
Luz Stella Cantor Poveda
Pablo Chaparro Narváez
Diego Moreno López
Jean Carlo Pineda Lozano
Víctor Stephan González Quintero
Rosanna Camerano Ruiz
Valery Jiménez Urrea
Mariana Moreno Martínez
María Camila Pinzón Segura
Andrea García Salazar
Juan Felipe Cifuentes Calderón
Karen Zabaleta Rodríguez
Juan Camilo Acosta Gómez
Claudia Clavijo Arboleda

Edición
Juan Camilo Acosta Gómez

Diagramación y Diseño
Claudia Clavijo Arboleda

Apoyo
Gimena Leiton Arteaga
Lita Vargas Benítez
Hugo Leonardo Ospina Pinto
Brallan Fernández Dueñas
Jhon Jairo Giraldo

Índice

Agradecimientos

Presentación

a) Hoja de resumen

b) Infografía participantes

1. Introducción ¿Por qué hacer este informe?

2. Una mirada de la salud pública desde la planificación de la política pública

2.1. Reseña

2.2. Reseña

3. ¿Cómo se realizó este informe?

3.1. El grupo de expertos facilitadores

3.2. ¿Por qué identificar los retos en salud pública?

3.3. Regionalización

3.3.1. Infografías de fichas de caracterización

3.4. Selección de actores

3.5. Mesas de participación

4. Relato de un intercambio de conocimientos en salud pública con la comunidad

5. Una aproximación desde las regiones

5.1. Región Central-Cafetero (Ibagué)

5.2. Región Central Norte (Duitama)

5.3. Región Llanos-Cordillera (Neiva)

5.4. Región Gran Santander Sur (solo ficha caracterización)

5.5. Región Caribe Norte (Valledupar)

5.6. Región Gran Santander (solo ficha caracterización)

5.7. Región Cafetero (Pereira)

5.8. Región Cordillera (Mocoa)

5.9. Región Central Bogotá (Zipaquirá)

5.10. Región Caribe (Cartagena)

5.11. Región Central-Llanos (solo ficha caracterización)

5.12. Región Magdalena Medio (solo ficha caracterización)

5.13. Región Llanos-Amazonas (solo ficha caracterización)

5.14. Región Pacífico Sur (solo ficha caracterización)

5.15. Región Cordillera Macizo (Popayán)

5.16. Región Cafetero-Caribe (solo ficha caracterización)

5.17. Región Gran Santander Oriente (Cúcuta)

5.18. Región Pacífico (Quibdó)

5.19. Región Llanos (solo ficha caracterización)

5.20. Región Amazonas (solo ficha caracterización)

5.21. Región Caribe Sur (Montería)

5.22. Región Pacífico Oriente (Cali)

5.23. Región Cafetero Norte (Medellín)

5.24. Región Cordillera Oriente (solo ficha caracterización)

5.25. Región Insular (solo ficha caracterización)

6. Discusión

7. Recomendaciones

8. Anexo metodológico

8.1. Método de regionalización SKATER y análisis de centralidad en la red de movilidad

8.2. Metodología de las fichas de caracterización



Presentación

a. Hoja de resumen



¿Qué encontrará en el Informe 16 del Observatorio Nacional de Salud, ONS?

Esta publicación busca identificar retos estratégicos en salud pública a largo plazo a partir de diálogos y discusiones con representantes de diferentes comunidades, actores institucionales, tomadores de decisiones, académicos y ciudadanos.

¿Qué son los diálogos regionales?

Espacios de encuentro, escucha y reflexión entre una diversidad de actores de los territorios, encaminados a deliberar sobre desafíos y alternativas de solución y contribuir con el fomento de la participación social en salud.

¿Cómo comprender los diálogos regionales?

Están fundamentados en conversaciones entre actores diversos, plurales e incluso antagonistas, que aportan su conocimiento, ideas, propuestas y análisis del contexto territorial, orientados a la definición de retos en salud pública, entendidos como un concepto movilizador que impulsa el cambio y el desarrollo en las regiones. En todas las regiones, los grupos mostraron su generosidad al momento de proponer alternativas para la superación de estos retos, que en la mayoría de los casos implicarían esfuerzos locales, articulación regional y entre actores, e incluso el replanteamiento de políticas públicas nacionales. Los encuentros arrojan un conjunto robusto de información sobre el origen de los retos encontrados, para luego sumar recomendaciones fundadas en las necesidades, aspiraciones y sentires de personas de las distintas regiones del país. En esta publicación, los tomadores de decisión encontrarán un insumo de interés para trasformar la salud pública regional y nacional e impactar el bienestar de la población.



diálogos regionales

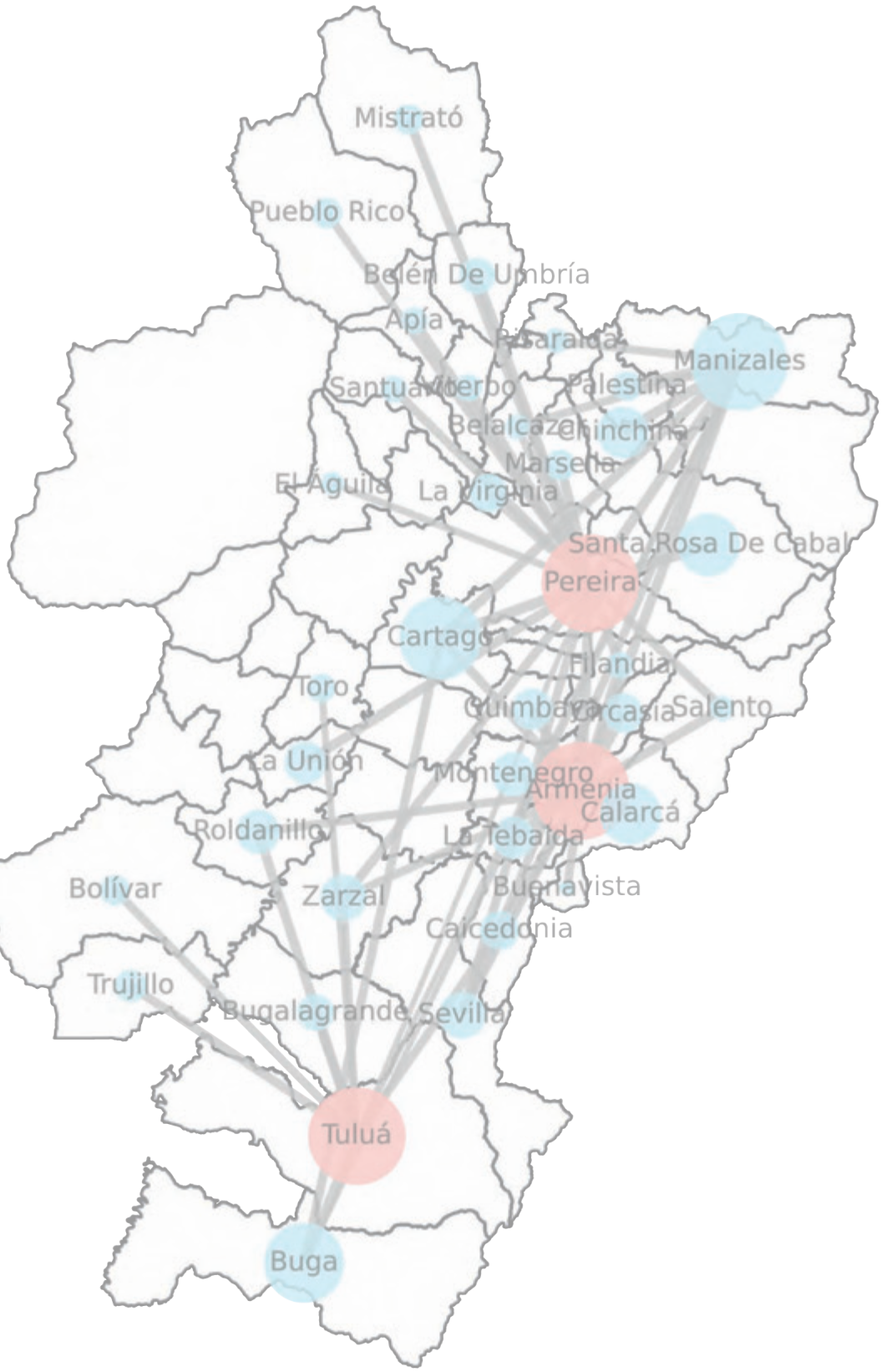
¿Para qué se realizan?

Los diálogos buscan una comprensión de los retos estratégicos en salud pública de cada región desde las miradas plurales y diversas de actores que conocen la situación de la salud pública en sus contextos locales. Es un ejercicio de territorialización de los procesos de investigación que contribuye con nuevos elementos a los análisis tradicionales para generar propuestas de acción y transformación pertinentes y aplicables.

¿En dónde?

Se realizaron diálogos en 14 de las 25 regiones en las que se dividió el país gracias a una metodología de regionalización aplicada por el equipo del ONS. Esta consiste en agrupar a los municipios cercanos entre sí, conectados por carreteras y otros medios de transporte, y que comparten características sociales, culturales y problemáticas similares. Las 14 regiones incluyen el 81% de la población total de Colombia. Este proceso utiliza un algoritmo de análisis de conglomerados espaciales, mediante eliminación del borde del árbol (SKATER, de su definición en inglés: *Spatial Kluster Analysis by Tree Edge Removal)* y usa el software libre GeoDa para su despliegue.

Región Cafetera



¿Quiénes participaron?

La participación surge de una convocatoria basada en un mapeo de actores enfocado en la identificación de actores sociales que dieran cuenta de la pluralidad y diversidad de la región. Desde este abordaje, se logran reunir miradas, posiciones y experiencias provenientes de diferentes sectores, que se complementan tanto en la definición de los retos como en la realización de propuestas. El mapeo de actores permite identificar, caracterizar y preseleccionar los participantes desde un enfoque diferencial que reconoce la diversidad (étnicos, víctimas del conflicto armado, LGBTIQ+, mujeres, poblaciones rurales, migrantes y grupos etarios), sus experiencias y vivencias. Esta selección incluye también un enfoque territorial que comprende particularidades, problemas sociales, políticos, económicos, ambientales y de salud.

Cada mesa estaba compuesta en promedio por 20 personas: la mitad proveniente de organizaciones de la sociedad civil o comunitarias, y el resto son representantes de la administración territorial, la academia, el sector salud, empresas privadas y organismos de cooperación internacional.



¿Quiénes y cómo desarrollan los diálogos?

El equipo de trabajo del ONS en cada mesa incluyó: facilitador, observador, analista y, en algunos casos, un profesional de apoyo para la creación de memorias del encuentro.

La metodología de los diálogos participativos se fundamenta en ejercicios propios a las narrativas creativas de la psicología emocional y el construccionismo social, entre otros. Asimismo, incluye los siguientes componentes:



¿Cómo analizar los resultados de los diálogos?

El análisis cualitativo implementado busca ser lo más fiel posible a las conversaciones y aportes de los participantes. Esto implica un ejercicio sistemático y riguroso del equipo en cada momento del proceso. Así, las transcripciones completas de los diálogos son la base para identificar fragmentos relevantes como problemas o necesidades, afectaciones a evitar, beneficios a procurar, actores involucrados y orientaciones hacia la acción y transformación.

Los aportes de los participantes se relacionan e incluso se complementan en ciertos puntos. Esto permite identificar los retos que surgen de cada mesa y sus particularidades. Después de discutir los resultados, el equipo se apoya en información secundaria relevante para ilustrar o complementar las miradas de los actores sociales.

El documento final de análisis es un esfuerzo por sintetizar las discusiones y articular las ideas, inquietudes y recomendaciones. De tal manera, se espera que los participantes, al leerlo, sientan que sus voces y, en especial, el conocimiento construido como grupo, estén aquí reflejados.

¿Qué encontrará en este informe?

Las voces de casi trecientas personas diversas, provenientes de diferentes orígenes, contextos y con miradas particulares sobre la salud pública. En este informe, puede leerse y comprenderse inquietudes reales, cercanas, que afectan la vida cotidiana de las comunidades, explicadas por las personas provenientes de las regiones del país. Es, asimismo, un reconocimiento de los saberes ancestrales y populares, cuyos aportes son cruciales para la transformación de la salud pública en los territorios.

El análisis del equipo del ONS se centra, bajo criterios metodológicos estrictos, en la generación de diálogos, recolección de datos, descripción de los contextos regionales y discusión de los resultados. Disponer de tantas visiones territoriales permite incluso realizar un ejercicio integrador a nivel nacional, que pone en común ideas y puntos de vista plurales. Por otro lado, esta publicación es una apuesta por apartarse de la forma usual cómo se definen los problemas en salud pública y sus potenciales soluciones. Se trata de un insumo valioso, que busca acercar a los tomadores de decisión con aquellas comunidades que se ven más directamente afectadas o beneficiados por sus determinaciones. Por ende, estas mismas personas esperarían que sus aportes sean tenidos en cuenta al momento de definir medidas de las cuales puede depender su bienestar y calidad de vida.



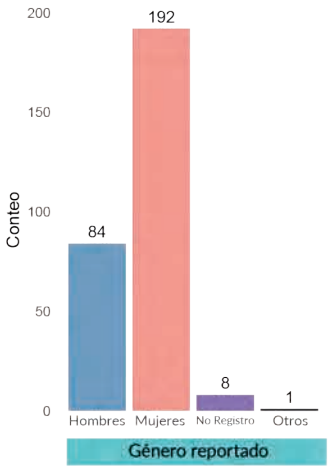
voces

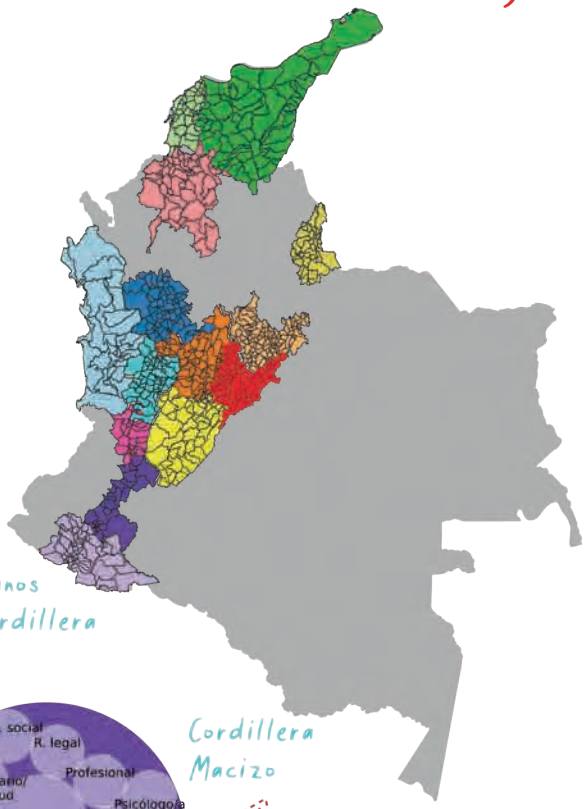
b. Infografía participantes

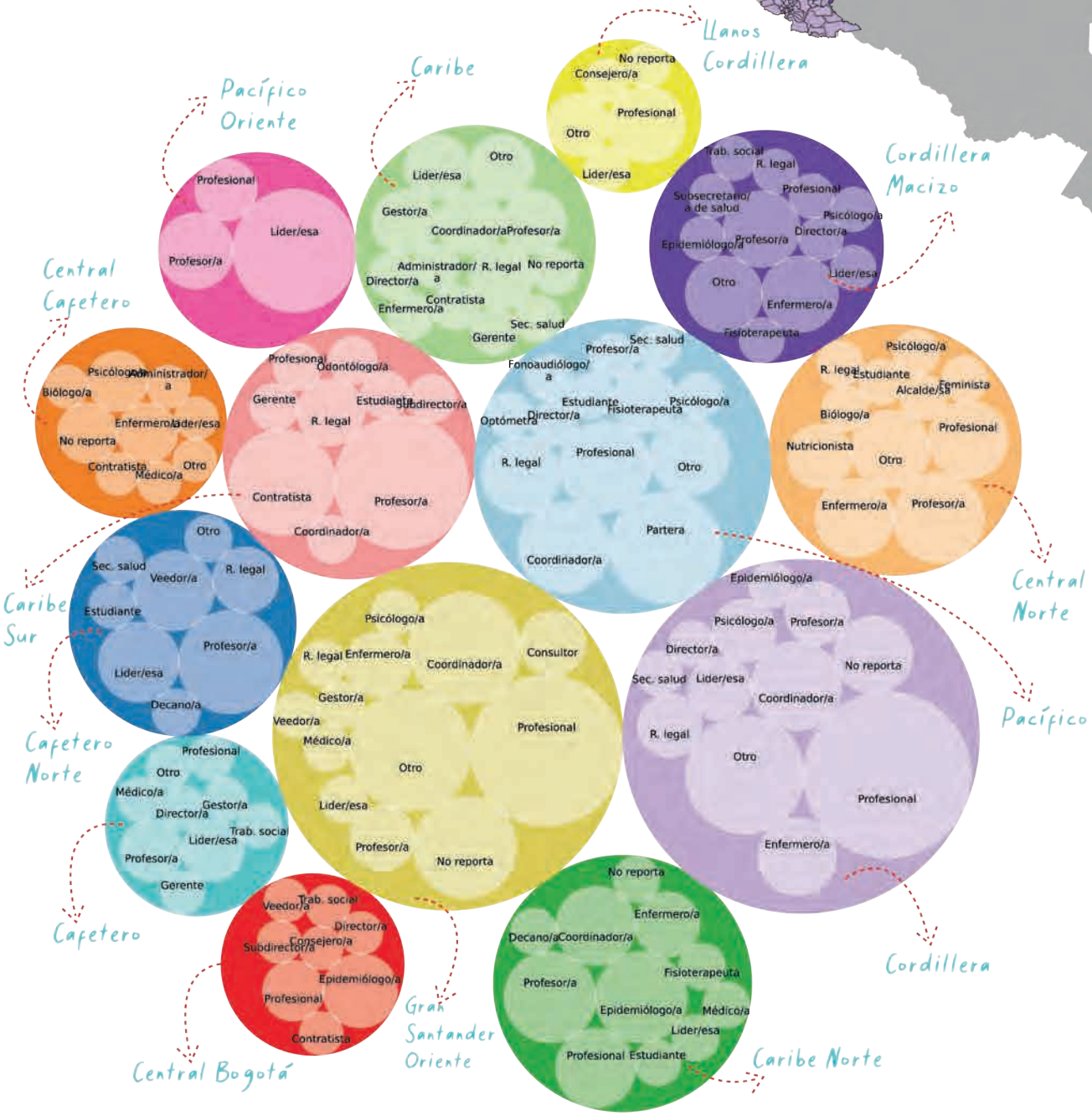


La siguiente infografía expone la cantidad de participantes, de qué regiones provenían, sus roles en el territorio, las entidades a las que representaban, así como edad y sexo.

Número de participantes por género









1
Introducción

Karol Patricia Cotes Cantillo, Carlos Castañeda-Orjuela



Uramba, *urdimbre*, *juntanza*, *colectivo*, *entendimiento*, son palabras destacadas, durante las mesas de diálogo que dan forma a este informe. Términos que revelan el llamado que hacen las comunidades sobre la importancia de trabajar juntos para abordar los retos estratégicos en salud pública en las regiones. Además, reflejan el espíritu de solidaridad que señala el camino para construir una nación que avance hacia la paz en medio de las diferencias y donde la salud pública juega un papel primordial. Es precisamente este uno de los resultados centrales del presente informe, el cual muestra como persisten importantes desafíos sobre los que debemos hablar para poder encontrar alternativas de solución. Esto, a pesar de los avances en los arreglos institucionales y la cobertura casi universal en salud en el país, al menos en términos de una vinculación administrativa a un sistema de salud basado en la atención de la enfermedad. En este contexto, la articulación entre acciones individuales y poblacionales, así como una mirada integral de la salud pública, siguen siendo una deuda que no se atiende únicamente con la discusión de un nuevo modelo de prestación de servicios sanitarios o con el actual Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031, sin desconocer su importancia para la discusión sobre los pilares que deben orientar el accionar de la salud pública del país y sus territorios.

El Observatorio Nacional de Salud (ONS) del Instituto Nacional de Salud considera imperativo contribuir a este propósito desde la puesta en diálogo de diferentes visiones y saberes, algunas veces contrapuestos, de representantes de organizaciones sociales, comunidades étnicas, expertos, académicos, tomadores de decisión y otros actores clave. Estos intercambios, que permiten identificar los retos estratégicos, aportan a la discusión sobre las acciones necesarias para una transformación de la salud pública del país en el largo plazo, al menos en los próximos 30 años. Ahora bien, una categoría fundamental para el accionar de salud pública es el territorio, por ende, este informe tiene como un eje primordial una visión regional. Así, el objetivo de la presente publicación es identificar y comprender los retos estratégicos de la salud pública desde una mirada regional, integrando las perspectivas y experiencias de una amplia variedad de actores sociales con la puesta en marcha de mesas de diálogo para la deliberación.

En la definición inicial del propósito, alcance y aspectos para tener en cuenta en la metodología, el ONS estuvo acompañado de profesores universitarios que han seguido de manera crítica el desarrollo de los productos del ONS, durante sus once años de trabajo, con un impulso especial del Grupo de Trabajo Equidad de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y de Joan Benach, profesor de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona (España).

Desarrollar este informe también se constituyó en un desafío para el equipo del ONS, que en medio de limitaciones, pero con el compromiso ético y la rigurosidad que lo destaca, asumió el compromiso de escuchar y plasmar las reflexiones de distintas voces en los territorios en la construcción de

los retos en salud pública de cada región, sin la pretensión de rechazar o aceptar hipótesis y de enarbolar un lenguaje técnico, sino por el contrario de recuperar la esencia de las visiones y experiencias de los participantes en su construcción. En este sentido, el informe presenta los retos para cada región, preservando la riqueza del lenguaje y expresiones propias de los participantes de las mesas de diálogo, pues se entiende que en sus palabras está la esencia, no solo de los retos, sino también de las claves para construir respuestas más justas, inclusivas y contextualizadas en materia de salud pública, a partir de las realidades locales.

Como punto inicial de reflexión, el informe presenta, en el segundo capítulo, dos reseñas críticas sobre documentos de planificación en política y salud públicas, que son documentos claves para el país en esta coyuntura de discusión alrededor de la salud como derecho fundamental. El primero es las bases del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026, el cual marca un inicio de las transformaciones sociales propuestas a través de cinco ejes. El segundo, el PDSP 2022-2031, cambia la idea de dimensiones del anterior plan por la de ejes estratégicos, e incluye unos capítulos adicionales de aproximación a las poblaciones diferenciales. Las reseñas acá desarrolladas exponen importantes reflexiones en clave de una mirada integral de la salud pública desde el enfoque de equidad y de sus avances y desafíos como herramientas de planificación. Asimismo, estas secciones son un preludio adecuado de las discusiones que dieron origen a los retos en salud pública de las regiones que surgen de de las perspectivas de los participantes en las distintas mesas de diálogo convocadas.

En el tercer capítulo, se señala, de manera sintética, los aspectos metodológicos centrales para el desarrollo del informe, que integran, en primera instancia, una síntesis de los aspectos discutidos en los encuentros con los docentes universitarios a quienes se les denominó como grupo facilitador, y que fueron clave para los posteriores desarrollos del informe. Posteriormente, se presenta una revisión sobre las conceptualizaciones de los términos usados en procesos de planificación, como líneas estratégicas, desafíos, retos, pilares, que permitió definir la noción de reto asumida en este informe. El apartado continúa con un esbozo general de la metodología y resultados de la regionalización usadas como instrumento esencial para el desarrollo de los diálogos. Esta metodología dio como resultado la definición de 25 regiones, al incorporar indicadores relacionados con aspectos sociopolíticos, condiciones socioeconómicas, de acceso a servicios y resultados en salud. Adicionalmente, se detalla el ejercicio basado en elementos de mapeo de actores, por medio del cual se establecieron los criterios para la selección de los participantes que se convocaron en cada una de las mesas de diálogo. Por último, se presentan los fundamentos de la metodología usada en estas mesas y se detallan los principios teóricos y conceptuales de las técnicas usadas, además del proceso llevado a cabo para su análisis y síntesis de hallazgos.

A manera de interludio, el cuarto capítulo, brinda un relato de cómo fue el intercambio de conocimientos sobre la salud pública y sus retos con las comunidades, al tratar de destacar algunos elementos que marcaron la realización de los diálogos que se realizaron en las regiones y mostrando cómo fue, desde lo vivencial, una jornada de trabajo con los territorios.





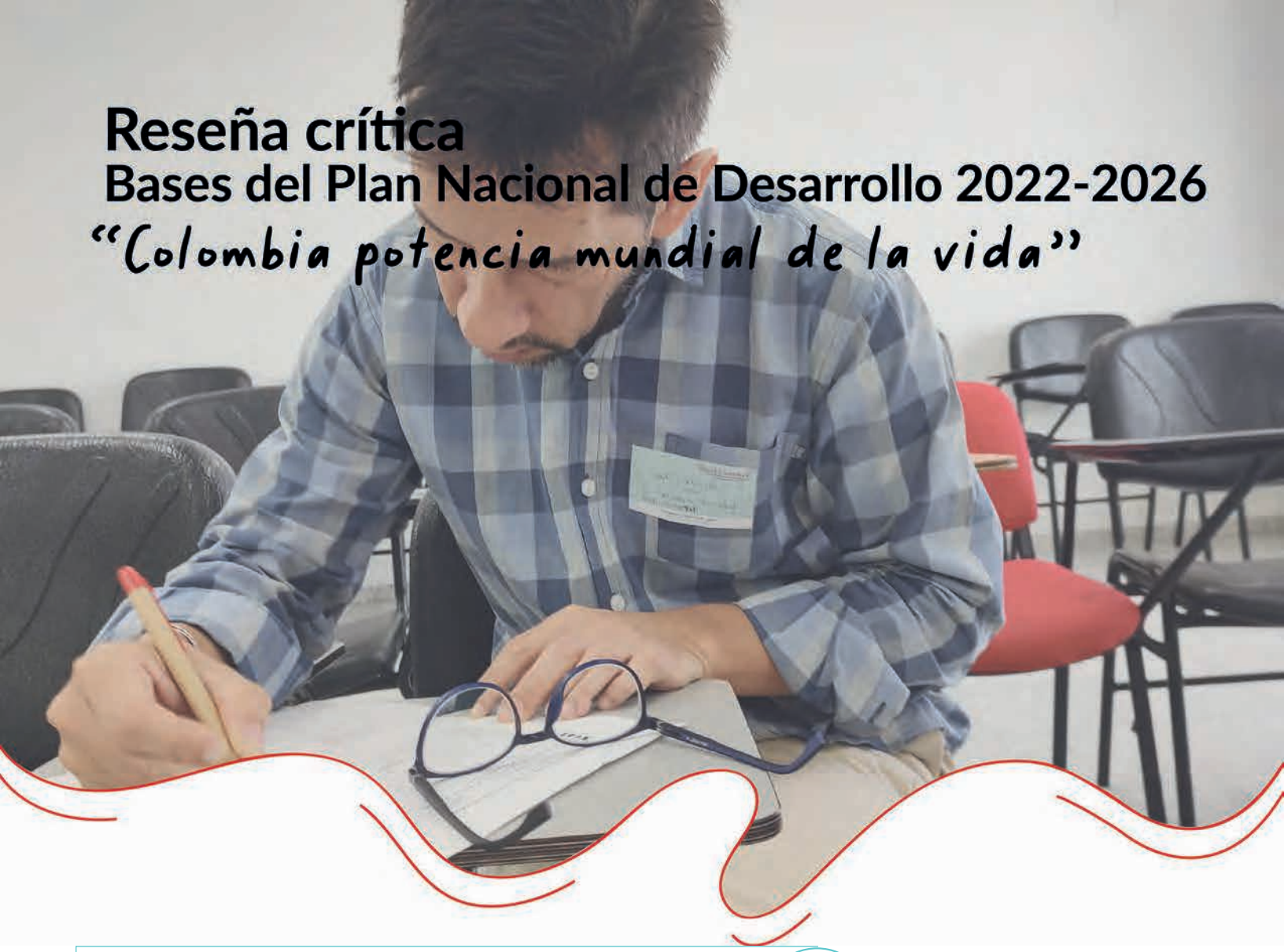
Se busca destacar la importancia de la participación ciudadana en la investigación para generar recomendaciones de política pública que persiguen el cambio en la salud pública a partir de los saberes locales.

El quinto capítulo presenta los resultados de los diálogos realizados en 14 de las 25 regiones. Cada sección detalla los hallazgos de una región específica, incluye una caracterización general de esta, aporta información sobre los participantes de la mesa, y hace una síntesis de la noción de territorio. Además, desarrolla un balance general de los hallazgos, que integra un análisis de la conceptualización de la salud pública desde la perspectiva de la mesa de diálogo, así como los temas que enmarcan los principales retos identificados. Los retos son expuestos al final de cada sección, formulados bajo la forma de objetivos a alcanzar. Para su construcción, el equipo enmarcó la reflexión y el análisis en la definición de "reto" adoptada en el informe, y retomó los principales aportes discutidos en las mesas. De esta forma, cada reto está acompañado de un relato breve que describe las problemáticas u oportunidades que lo sustentan y una serie de recomendaciones alrededor de soluciones propuestas desde los territorios. Adicionalmente, cada sección incluye una ficha de caracterización que resume datos clave con gráficos y estadísticas que ilustran las condiciones de vida y salud de la región. Las 11 regiones en las que no fue posible realizar una mesa de diálogo reportan, de todas formas, su ficha de caracterización. En la parte final del documento, se encuentra la discusión, donde se busca aproximar una mirada crítica de los hallazgos, aspectos metodológicos y dinámica del proceso mismo de realización del informe. Por último, se plantean unas recomendaciones generales categorizadas en temáticas de acuerdo con las sus respectivas orientaciones.

Sin duda, para el equipo del ONS esta ha sido una experiencia significativa que implicó una nueva forma de obtener evidencia, además de una apertura a la escucha activa. La riqueza de las discusiones, el cálido recibimiento y las palabras de aliento de los participantes de las mesas y del grupo facilitador motivaron al equipo a entregar resultados que estén a la altura de las expectativas de los participantes. El equipo agradece profundamente la confianza depositada y espera que este informe cumpla con las expectativas, además de ser una herramienta útil en las discusiones sobre el futuro de la salud pública en el país y en cada una de sus regiones y territorios.



2
Una mirada de la salud pública desde la planificación de la política pública



Reseña crítica
Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026
"Colombia potencia mundial de la vida"

Jean Carlo Pineda-Lozano, Juan Camilo Acosta, Juan Felipe Cifuentes-Calderón, Pablo Enrique Chaparro-Narváez, Rosanna Camerano-Ruiz, Diana Díaz-Jiménez, Valery Jiménez-Urrea, Karol Cotes-Cantillo, Carlos Castañeda-Orjuela

1. Introducción

El Plan Nacional de Desarrollo sirve de base y lineamiento estratégico de las políticas públicas que formula el presidente de la República a través de su equipo de Gobierno (1). En este documento, se definen los propósitos y objetivos nacionales de largo plazo, las metas y prioridades de acción estatal en el mediano plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política económica, social y ambiental que acogerá el gobierno. Generalmente, un Plan tiene tres componentes: una parte general o bases del PND, un plan de inversiones y las disposiciones instrumentales (2).

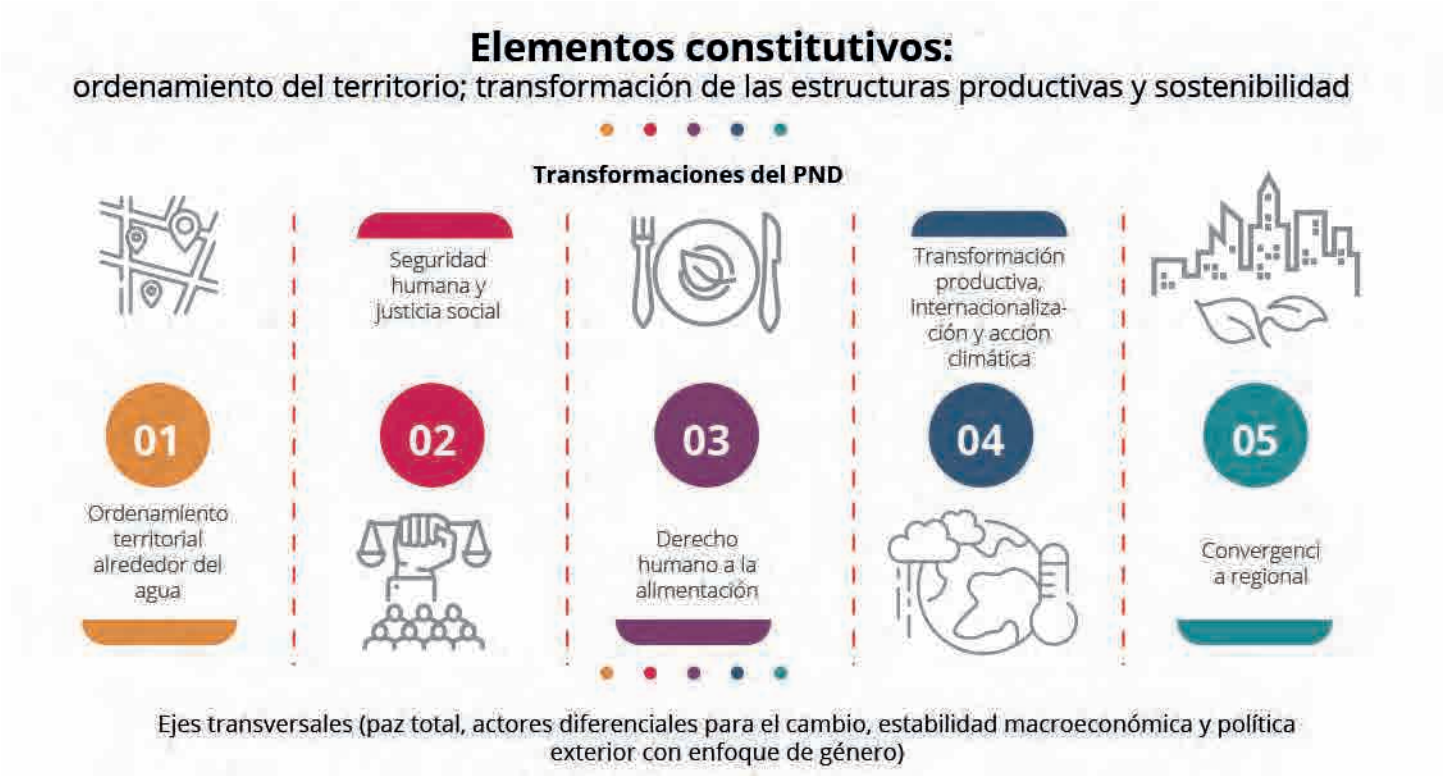
El propósito de esta reseña es realizar una evaluación crítica de las Bases del PND 2022-2026 (en adelante PND) desde una perspectiva de salud pública. Se presenta una síntesis del documento y se plantean reflexiones sobre algunos puntos destacados como: seguridad humana, organización del territorio alrededor del agua, medio ambiente, cambio climático, convergencia regional y paz, sin que esta sea una evaluación exhaustiva del documento. Finalmente, se discuten algunos elementos para generar una valoración crítica del PND.

2. Síntesis de las bases del PND 2022-2026

Este fue el resultado de un proceso participativo liderado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) (3) que recibió más de 6.500 proposiciones, además de las propuestas entregadas por 250.000 colombianos y colombianas que participaron en los 51 diálogos regionales vinculantes y del proceso de socialización con la ciudadanía, grupos de interés, congresistas. El PND fue aprobado el 19 de mayo de 2023 por el Congreso de Colombia mediante la Ley 2294 y tiene como propósito*"(...) sentar las bases para que el país se convierta en un líder de la protección de la vida a partir de la construcción de un nuevo contrato social que propicie la superación de injusticias y exclusiones históricas, la no repetición del conflicto, el cambio de nuestro relacionamiento con el ambiente y una transformación productiva sustentada en el conocimiento y en armonía con la naturaleza"* (4). Se soporta en cuatro documentos: Bases del PND 2022-2026, exposición de motivos del proyecto de ley del PND, el proyecto de Ley mediante el cual se expide el PND 2022-2026 *Colombia potencia mundial de la vida*, y el plan plurianual de inversiones.

El PND tiene tres elementos constitutivos: el ordenamiento del territorio alrededor del agua, la transformación de las estructuras productivas y la sostenibilidad acompañada de la equidad e inclusión. Además, se organiza en cinco ejes de transformación: ordenamiento territorial alrededor del agua, seguridad humana y justicia social, derecho humano a la alimentación, transformación productiva, internacionalización y acción climática, y convergencia regional, así como en cuatro ejes transversales: Paz total, actores diferenciales para el cambio, estabilidad macroeconómica y política exterior con enfoque de género (3) (Figura 1).

Figura 1. Elementos constitutivos, ejes de transformación y transversales en el PND 2022-2026



Fuente: Diseño propio a partir del documento Bases del PND 2022-2026



Un punto de partida: asegurar las condiciones para una vida digna

El PND parte de reconocer que en Colombia las desigualdades se han manifestado en aspectos socioeconómicos y territoriales. Tres cuartas partes de los municipios del país están por encima del promedio nacional de pobreza multidimensional y en cerca de una cuarta parte de estos la pobreza estuvo dos o más veces por encima de la media nacional. En 2021, la brecha rural urbana relacionada con la pobreza multidimensional fue de 19,6 puntos porcentuales. Entre otras brechas con desventaja para las zonas rurales, se mencionan las de acceso a agua potable y saneamiento básico, recolección de basuras, proporción de familias residiendo en viviendas inadecuadas y el déficit de vivienda.

La infraestructura de transporte tiene un papel en la brecha de productividad regional. Las principales aglomeraciones urbanas no cuentan con sistemas de transporte masivo regionales, muchas vías están sin pavimentar, la red férrea activa con operación permanente es reducida, la mayoría de las instalaciones portuarias fluviales están en mal estado y el acceso a los puertos marítimos (Barranquilla, Buenaventura y Tumaco) no cuentan con la profundidad necesaria para el ingreso de buques de carga.

Por su parte, el índice de capacidades para la innovación pública de las entidades colombianas señaló limitaciones para responder de forma ágil y eficiente a las necesidades y problemas de la ciudadanía, a esto se suma la baja presencia física y digital del Estado en el territorio. Igualmente, existe poca confianza de los colombianos en el Gobierno Nacional, falta de involucramiento ciudadano en la gestión de lo público y, cuando se participa, se esperan beneficios particulares.

El PND reconoce que las desigualdades socioeconómicas y territoriales derivan de injusticias históricas ligadas a la violencia y al conflicto. El limitado impacto de la acción institucional contribuye con las desigualdades. Las brechas territoriales y la desconfianza con las instituciones del Estado han propiciado continuamente hechos de violencia. Existe la necesidad de contar con más y mejor educación superior, vías de acceso, infraestructura de transporte multimodal, agua potable, saneamiento básico y mayor participación ciudadana. En este contexto, se identifican los actores diferenciales para el cambio: mujeres, población LGBTQI+ y con identidades de género diversas, víctimas del conflicto armado, niños, niñas y adolescentes (NNA), los pueblos indígenas, las comunidades negras, afrocolombianos, raizales y palenqueras y el pueblo Rom, jóvenes, población con discapacidad y el campesinado colombiano.

El PND propone un cambio en el relacionamiento entre el Estado y los actores diferenciales para avanzar en la garantía efectiva de los derechos consagrados en la Constitución, superar las desigualdades estructurales y fortalecer su participación en el desarrollo político, económico y social del país. Esto se lograría mediante garantías a la defensa de derechos, reconocimiento de los derechos territoriales y la restitución de tierras, garantizar los servicios como agua potable, derecho a la salud con calidad, cobertura en educación superior, vivienda, hábitat limpio, alimentación suficiente y culturalmente adecuada y programas que tengan en cuenta

la especificidad de los territorios y las comunidades. Además, se requiere fortalecer la gobernanza ambiental, las capacidades para la construcción y ejecución de políticas públicas para la equidad de género, los procesos más rezagados con mayor impacto en la reparación y reconstrucción de proyectos de vida, los procesos comunitarios que permitan reconstruir un tejido social diverso, sin discriminación, y con enfoque diferencial en la política de derechos sexuales y reproductivos.

El PND entiende que el deber del Estado es brindar seguridad a sus ciudadanos en la globalidad del concepto, denominándola seguridad humana. Esta es entendida como la transformación de la política social para proteger la vida con la seguridad jurídica e institucional, económica y social. Una seguridad plena que se promueve desde el desarrollo integral, la reconciliación, la protección y el empoderamiento económico de las personas para que puedan vivir en un ambiente de paz, felicidad, libre de discriminación y exclusión en todo el territorio nacional. Esto implica que el Estado deba asegurar, primero, el goce efectivo de los derechos y las condiciones sociales, superando las privaciones de todas las poblaciones (catalizadores) para, luego, expandir sus capacidades desde la generación de oportunidades (expansores). Su enfoque se basa en la superación de la pobreza y la inequidad a través de la inclusión social, productiva, la prevención de la vulnerabilidad y la amenaza (el riesgo).

Los catalizadores o habilitadores potencian la seguridad humana y suman un conjunto de elementos estructurales que redundarían en el desarrollo de las capacidades de los individuos y las comunidades. Estos son un prerrequisito para el bienestar social, económico, cultural, ambiental y político de la población. En la consolidación de habilitadores se prioriza: a) un sistema de protección social universal y adaptativo que dé respuesta oportuna a los riesgos sociales, económicos y ambientales; b) la infraestructura física y de datos para el buen vivir; c) la protección de la vida y el control institucional de los territorios para la construcción de una sociedad segura y sin violencias; y d) la justicia para el cambio social con democratización del Estado y la garantía de derechos y libertades.

Desde una mirada de la salud pública, dentro de estos catalizadores se encuentran la consolidación de un Sistema de Protección Social, pilar fundamental de la seguridad humana, que dé respuesta oportuna a los riesgos sociales, económicos y ambientales. Plantea, en este sentido, la creación de un Sistema Nacional de Igualdad y Equidad (SNIE). Así, desde la superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar, el PND se dirige hacia un sistema de salud garantista, universal, basado en la intervención de los determinantes sociales en salud (DSS), en un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, que priorice la atención primaria en salud (APS). Por otro lado, plantea la necesidad de tener mejores sistemas de información en salud que fortalezcan la rectoría sobre el uso de recursos desde el fortalecimiento de los procesos y la capacidad de administrar recursos, la modernización de las instituciones y la garantía de su independencia. También, reconoce que se requiere impulsar, en la academia, observatorios de equidad y bienestar poblacional que generen datos y conocimiento para el análisis, monitoreo y seguimiento nacional y subnacional de los



P

N

D



factores y condiciones intersectoriales que inciden en los resultados en salud pública. Estos procesos de producción de conocimiento para la toma de decisiones se lograrían fortaleciendo la política de ciencia, tecnología e innovación en salud.

El PND aborda la necesidad de disponer de acceso equitativo a medicamentos, dispositivos médicos y otras tecnologías, además de fortalecer la red pública hospitalaria, en especial en zonas rurales y con baja cobertura a través de un plan maestro de infraestructura y dotación, un planteamiento incluido en el punto uno del Acuerdo Final de Paz, en la política de salud rural, basado en el modelo APS más que en la atención clínica.

En la búsqueda de asegurar las condiciones básicas para la vida, el PND establece como uno de sus pilares fundamentales la garantía del derecho humano a la alimentación (DHA). Reconoce así la importancia del desarrollo integral de la población colombiana al establecer un diagnóstico de la situación de los derechos humanos alimenticios en el país, define objetivos y metas para "garantizar el acceso a una alimentación sana, suficiente y nutritiva para todos los colombianos, especialmente la población más vulnerable". Reconoce que Colombia enfrenta desafíos importantes en materia de seguridad alimentaria y nutricional. El PND propone una serie de metas para alcanzar los objetivos del DHA, transversales con el territorio. Entre estas se encuentran facilitar el acceso a la tierra y recursos para pequeños productores con el fin de aumentar la accesibilidad a los alimentos y concretar un aumento del consumo de frutas y verduras (5). Además, busca combatir la desnutrición crónica, aumentar la investigación e innovación en la producción de alimentos y fortalecer las instituciones para agilizar políticas públicas relacionadas con el DHA.

Los diálogos regionales vinculantes destacan la importancia de los suelos para la vida. Se resalta su uso productivo adecuado, la democratización de la tierra, la mejora de las vías regionales para apoyar la agricultura, proyectos productivos con asistencia técnica nacional y la garantía del DHA. Se identifican en el PND, como necesidades de cambio, la seguridad alimentaria, producción de alimentos, agua potable, alimentario nutricional, entre otros. Estas necesidades las aborda en tres pilares: disponibilidad, acceso físico y adecuación (Figura 2).

Figura 2. Pilares del derecho humano a la alimentación del PND



Fuente: Diseño propio a partir del documento bases del PND 2022-2026

El PND se propone expandir las capacidades de las personas y comunidades a través de la generación de más y mejores oportunidades de la población con el fin de alcanzar sus proyectos de vida. Desde la salud pública, se enfoca en promover el bienestar físico, mental y social de la población por medio de la promoción, prevención y atención integral de la salud mental, establecer la relación ambiente y cambio climático y fortalecer la seguridad vial para la protección de la vida. Esto complementado con la creación de un sistema de cuidado para la vida y la paz, basado en el reconocimiento del cuidado como un derecho de las personas a cuidar y a ser cuidadas. El PND también incluye la democratización del conocimiento con aprovechamiento de la propiedad intelectual y el reconocimiento de los saberes tradicionales con estrategias de apropiación social del conocimiento.

Dentro de la mirada de los expansores de capacidades, se encuentra la convergencia regional. Este es un proceso dirigido a la reducción de brechas sociales y económicas entre hogares y regiones en el país, que se logra al garantizar el acceso adecuado a oportunidades, bienes y servicios. Para obtener estos resultados, el PND plantea avanzar en el fortalecimiento de las relaciones intra e interregionales. La convergencia está estrechamente relacionada con la productividad, la competitividad y la innovación en los territorios. Asimismo, plantea que el mejoramiento de las condiciones de hábitat exige realizar un tratamiento adecuado del recurso hídrico. Además, considera que las áreas históricamente marginadas, la ciudad informal y la ruralidad deben ser priorizadas. Estos desafíos, de largo plazo, requieren de una transformación de las instituciones, así como de la gestión de lo público que involucra cambios estructurales y culturales.



Según el PND, los cambios que implica la convergencia regional deben ser acompañados de la reconstrucción del tejido social y del fortalecimiento institucional, la integración interna de la región y con el mundo. Fortalecer las relaciones internas conlleva a emplear la infraestructura existente para promover la cohesión dentro de las ciudades, desarrollar e implementar modelos de desarrollo que incluyan múltiples municipios con el fin de fortalecer las relaciones urbanas y rurales, e integrar territorios y hábitat. Crear los vínculos entre regiones con el mundo necesita integrar sistemas nacionales y regionales que promuevan la productividad, la competitividad y la innovación. Por otro lado, se requiere fortalecimiento institucional y de mecanismos democráticos que permitan la participación política y el diálogo permanente con el objetivo de restaurar la confianza de los ciudadanos.

Agua, tierra y protección del ambiente

El ordenamiento del territorio alrededor del agua se propone como una estrategia integral para abordar los desafíos ambientales, sociales y económicos que enfrenta el país. Se busca proteger la riqueza hídrica y la biodiversidad, garantizar el acceso equitativo a la tierra y al agua, promover la sostenibilidad ambiental y la productividad. Esta propuesta se genera a partir de la identificación de una serie de problemas como la deforestación, la degradación del suelo, la contaminación del agua, la expansión urbana descontrolada y la concentración de la tierra en pocas manos. Por otro lado, se propone actualizar y aplicar un catastro multipropósito que permitiría la estandarización de instrumentos de planeación (como procedimientos y escalas cartográficas), además de generar normas asociadas a la planificación del territorio para organizar diferentes sectores y niveles territoriales.

La transformación alrededor del agua considera la importancia de construir un modelo de desarrollo más justo e incluyente, donde se fortalezca la participación de las comunidades en la toma de decisiones con el fin de mejorar la calidad de vida en las zonas rurales y disminuir las desigualdades sociales. Asimismo, prevé la provisión de infraestructura pública que pueda satisfacer las necesidades de las personas, especialmente de quienes residen en asentamientos marginados. El PND propone seis catalizadores para cumplir sus objetivos: Justicia ambiental y gobernanza inclusiva; el agua, la biodiversidad y las personas; la coordinación de los instrumentos de planificación de territorios vitales; la consolidación del catastro multipropósito y tránsito hacia el Sistema de Administración del Territorio (SAT); la tenencia en las zonas rural, urbana y suburbana formalizada, adjudicada y regularizada; y las capacidades de los gobiernos locales y las comunidades para la toma de decisiones de ordenamiento y planificación territorial.

Otras apuestas del PND se centran en aumentar la participación ciudadana y transformar la relación de la ciudadanía y el Estado con el medio ambiente. Lo lograría al integrar temas medioambientales en la agenda principal y al promocionar la participación de los territorios en la consolidación de estrategias que partan de la ciencia y el conocimiento producido por la investigación y la innovación. Es claro el reconocimiento que hace entre

la relación desarrollo económico y sostenibilidad ambiental. En este sentido, busca abordar problemas como la deforestación, emisiones de gases de efecto invernadero y la dependencia de hidrocarburos a partir de una transición hacia modelos energéticos más sostenibles. También, destaca la necesidad de transformar el uso de energía, especialmente en el sector del transporte, y potenciar la bioeconomía. Este enfoque implica reconocer y proponer mecanismos para cumplir con acuerdos ambientales internacionales como el Acuerdo de París y el Acuerdo de Escazú, así como legislaciones nacionales, por ejemplo, la Ley de Acción Climática 2169 de 2021. El PND propone otras estrategias de concertación regional y catalizadores con el fin de frenar el deterioro ambiental y avanzar hacia economías neutras en carbono, sin dejar de reconocer el esfuerzo económico y de conciliación que implica esta transición. Esto último conecta con estrategias de financiación y destinación de recursos.

La paz como medio y fin

Después de los procesos de Justicia y Paz con los paramilitares y de la firma del Acuerdo Final de Paz con la guerrilla de las FARC-EP, el Estado no ha garantizado el derecho fundamental a la paz y las instituciones han tenido dificultades para garantizar una efectiva presencia y control territorial. En las zonas más impactadas por el conflicto, el retorno de la confrontación ha quebrantado el tejido social y ha aumentado la desconfianza en la capacidad del Estado de garantizar el cese definitivo a la violencia en el país.

En este contexto, la globalidad del PND identifica la Paz total como eje transversal, donde el centro de todas las decisiones pasa por la creación de las condiciones para una vida digna basada en la justicia, de tal manera que humanos y ecosistemas sean respetados y protegidos. La Paz total e integral surge de los aprendizajes y conclusiones de la Comisión de la Verdad, que identifica las causas históricas y estructurales del conflicto armado, por esto a la Paz total ha obtenido un nuevo enfoque centrado en la seguridad humana que privilegia el diálogo como mecanismo principal para comprender y transformar las causas que originan y mantienen los actos violentos, tanto en zonas urbanas como rurales.

Según el enfoque del documento, consolidar la Paz total implica avanzar en la implementación de los acuerdos de la Habana, emplear el diálogo como la vía que identifique las causas y motivaciones de la violencia, para afrontarlas y transformarlas en el marco del Estado Social y Ambiental de Derecho. El desescalamiento de la violencia se realizaría a través del fortalecimiento de entornos protectores, la consolidación de prácticas institucionales respetuosas de los derechos humanos (DDHH), la garantía de condiciones de seguridad y habitabilidad de los territorios, además, de la cultura de la paz en la cotidianidad de las poblaciones y territorios, y la definición de la paz como una política de Estado.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) establece la Paz total como eje transversal, enfocándose en crear condiciones para una vida digna basada en la justicia y el respeto por los humanos y ecosistemas.



inequidad

3. Miradas críticas sobre el PND desde un enfoque de salud pública

Un PND en un camino diferente al de su predecesor

Las bases del PND 2018-2022 y del 2022-2026 tienen como elemento en común la equidad. No obstante, difieren en el enfoque utilizado para alcanzarla y abordar las causas que generan o agravan las inequidades. El anterior PND, basado en el desarrollo económico a través de una lógica de mercado (6), planteó la equidad como uno de sus tres pilares, "amparada en una política social centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados, con el objetivo de garantizar la igualdad de oportunidades" (7). Adicionalmente, ese plan estaba mediado por un pacto de legalidad con un abordaje centrado en la seguridad y el control institucional de los territorios mas no tocaba dimensiones estructurales que inciden en la equidad y en la lucha contra la pobreza (7,8).

Por su parte, el PND actual parte de un enfoque integral del desarrollo humano que surgió como respuesta al estallido social (9) y tiene por apuesta incidir en algunos de los problemas que más preocupan a la sociedad en la actualidad como el cambio climático, el deterioro sistemático del medio ambiente y la sobreexplotación de los recursos naturales con los modelos productivos y extractivistas. Adicionalmente, el reconocimiento de la necesidad del cumplimiento del Acuerdo Final de Paz implica plantear estrategias para abordar mecanismos estructurales que influyen en la posición social ocupada por los individuos, que, a su vez, son parte de las causas más relevante de las inequidades en salud (8,10). Sin embargo, el PND actual, a diferencia de su predecesor, no es explícito en el papel que debe cumplir el sector privado en el cumplimiento de las metas, ni en la inversión de recursos al sector de ciencia, tecnología e innovación (9).

Dentro de sus propósitos, aunque no se expone desde un enfoque teórico, en el PND actual se evidencian elementos relativos a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y, en particular, se denota la manera cómo las desigualdades se han manifestado en los territorios y han impactado las condiciones socioeconómicas de las poblaciones. En el PND, se resaltan así las desigualdades socioeconómicas y territoriales que tiene como origen y consecuencia las violencias y el conflicto armado, así como el limitado impacto de la acción institucional que a su vez propicia hechos de violencia.

Lectura del PND desde la valoración del enfoque de DSS

Al centrar el análisis en la perspectiva, algo limitada, del modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el abordaje de la equidad en salud, el PND 2022-2026 plantea la necesidad de intervenir en los determinantes estructurales, a los que se aproxima a través de varios estratificadores como el sexo, la pertenencia étnica, la educación, las condiciones de vida, la vivienda y las oportunidades de consumo. En cuanto a los determinantes intermedios, el plan incluye el abordaje de la nutrición, el respeto mutuo entre los diversos grupos y sectores de la sociedad a través de la convivencia saludable, la cultura de paz y el acceso a servicios básicos como el agua (11–13).

Según las CDSS, para intervenir las desigualdades sociales se necesita, entre otras cosas, asegurar un buen entorno de vida y medio ambiente, crear comunidades y lugares saludables y sostenibles, involucrar a las comunidades a través de acciones a nivel central y local, y empoderar a las comunidades e individuos para participar efectivamente en la toma de decisiones (14). En este sentido, el PND implementa acciones para combatir las disparidades al intervenir en infraestructura, medio ambiente y la alimentación como derecho humano. Asimismo, el PND busca lograr un equilibrio entre el progreso económico y la justicia social, lo que requiere la participación de diversos sectores de la sociedad colombiana, incluidos los grupos marginados y las comunidades vulnerables. En ese sentido uno podría hacer una lectura del PND en función de la intervención de los DSS planteada por la OMS y que, de hecho, ha orientado otras políticas públicas somo los dos últimos planes decenales de salud pública.

Una seguridad que parte por garantizar condiciones humanas de vida

La seguridad humana y justicia social que se proponen el PND de cierta manera coinciden con el enfoque de DSS de la OMS y la búsqueda del bienestar integral de las poblaciones y comunidades. Los argumentos que relacionan esta visión con la seguridad humana, y al mismo tiempo con la apuesta de paz total, entienden la desigualdad y la inequidad como parte de las violencias estructurales que han afectado históricamente a ciertas poblaciones más que a otras. Por ende, la manera de reducir las brechas es interviniendo los factores que las profundizan. De ahí que el sistema de protección social, el sistema de cuidado, la cultura para la paz y el enfoque de APS, entre otros, sean puntos angulares de este capítulo del PND.

En general, se identificaron elementos que coinciden con recomendaciones de los anteriores informes del Observatorio Nacional de Salud (ONS) sobre las medidas a tomar en cuanto a la modificación, aplicación y transformación de políticas públicas transversales, no solo las relacionadas con la salud pública. Por ejemplo, desde el ONS se han abordado las desigualdades relacionadas con el modelo extractivista, la necesidad de privilegiar la APS, entre otros elementos presentes en el PND.

Las bases del PND destaca la importancia de tener evidencia científica para tomar decisiones en el momento que apunta a la generación de conocimiento, ciencia y tecnología en salud. Así, plantea la creación de nuevos observatorios regionales de equidad y salud, impulsados por la academia, además de fortalecer el sistema de CTI, e impulsar la democratización y la apropiación social del conocimiento. Sin embargo, todas estas iniciativas aparecen en diferentes momentos del PND sin una articulación clara. Por otra parte, el PND se propone aumentar el PIB para investigación y desarrollo, específicamente en salud, pero en el presupuesto de 2024 hubo un recorte del recurso destinado a inversión en ciencia, con respecto a 2023, contrario a la meta trazada (9). Esta situación se presenta cuando es indispensable incrementar la inversión en el sistema de CTI si se quiere fortalecer las capacidades de familias, comunidades y la restauración del tejido social.





Desigualdades que se profundizan en los territorios

El PND anterior no prestó particular atención a la convergencia, desinterés que pudo alimentar las brechas existentes entre los territorios más y menos desarrollados, áreas rurales, poblaciones étnicas y las periferias del país. Entre los cambios que propone las bases del actual PND para alcanzar la convergencia regional, se destacan el restablecimiento de la confianza de la ciudadanía y el fortalecimiento de las organizaciones públicas en diferentes niveles de Gobierno (15,16). La historia reciente ha mostrado la relevancia de promover estos cambios, puesto que se ha visto un deterioro constante en la confianza institucional que influye en la capacidad de implementar políticas públicas y en el respeto por las normas, en la participación ciudadana y en la confianza entre los ciudadanos (13).

Del mismo modo, es un acierto proponer el diseño de mecanismos que permitan integrar a los municipios pequeños con las ciudades que actúan como polos de atracción para estimular los procesos que contribuyan a las dinámicas positivas de las aglomeraciones. En este punto, resulta interesante la apuesta por contar con vías de comunicación como carreteras, vía férrea y fluvial (17) que facilitarían el acceso a los sitios con mayor desventaja (17). Sin embargo, aunque en el PND se vislumbran políticas y estrategias específicas al momento de promover la convergencia regional, entre las que pueden estar incentivos fiscales, programas de desarrollo de infraestructura, acceso igualitario a servicios básicos y apoyo a los sectores productivos locales, su implementación requerirá de la coordinación efectiva entre los distintos actores gubernamentales y de la participación de la sociedad civil, el sector privado y las comunidades locales, así como de la asignación eficiente de recursos financieros y técnicos.

Si bien la convergencia regional debe centrarse en el desarrollo sostenible e inclusivo, teniendo en cuenta la protección del medio ambiente, la participación de grupos marginados y la distribución equitativa de los beneficios del desarrollo, falta claridad sobre cómo se llevarán a cabo las acciones propuestas y cómo se medirá su impacto. Asimismo, no se especifica de qué forma se fomentará la participación de la comunidad, ni cómo se garantizará que estas, en el nivel local, puedan participar en la toma de decisiones que solucionen las problemáticas de sus territorios. Finalmente, se requiere poder establecer mecanismos de seguimiento y evaluación para ajustar las políticas y estrategias de acuerdo con los resultados y desafíos identificados.

Una apuesta por el ordenamiento territorial alrededor del agua y el medio ambiente con efectos en la salud

La visión del PND sobre un ordenamiento alrededor del agua, la modificación del relacionamiento con el medio ambiente y el cambio del modelo extractivista es una intervención directa sobre determinantes estructurales de la salud. Esto se debe a que las transformaciones propuestas inciden en elementos del cotidiano vivir de la población que impactan directa o indirectamente en su salud, tales como: el acceso a agua potable y saneamiento, disponibilidad de agua para agricultura y generación de alimentos, reducción de la contaminación y la huella de carbono, la conservación de los ecosistemas y la biodiversidad, transición

a energías limpias, protección de la salud ambiental y la diversificación de la productividad, por medio de la bioeconomía. Por consiguiente, el PND aborda causas subyacentes de las desigualdades en salud y promueve un enfoque integral para el bienestar de la población.

Si bien el PND no ofrece de manera explícita una conceptualización de ambiente y menos aún de salud ambiental, las intervenciones que plantea son potencialmente influyentes en la reducción de las inequidades en salud de la población, en concordancia con el enfoque de diversos autores que abordan el concepto de salud ambiental para hacer de esta una noción más comprehensiva, entendida como "el resultado de la interacción de factores que operan en distintos niveles de agregación y en el marco de procesos complejos, que van más allá de los componentes tradicionales biológicos, físicos y químicos del medio ambiente" (18). Bajo una visión bidireccional de salud y ambiente, que implícitamente adopta el PND, el Gobierno Nacional espera incidir no solo en componentes físicos, químicos y biológicos (por ejemplo, exposición a pesticidas, plomo, mercurio, material particulado etc.), que se asocian habitualmente con el medio ambiente, sino que trasciende a su influencia. Según Payne-Sturges y Gee (19), el ambiente "comprende estresores sociales como la pobreza, procesos institucionales como las políticas públicas y factores de resiliencia, como por ejemplo el capital social", y la propuesta del actual PND incursiona en modificar dimensiones sociales que afectan la salud, lo cual la convierte en una propuesta novedosa y pertinente dadas las problemáticas y necesidades actuales.

La gran dificultad en torno al reordenamiento territorial y la transformación ambiental es la posibilidad de hacerlas operativas, pues incluyen acciones que generan resistencia en sectores sociales y económicos particulares. Por un lado, plantear modificar la posesión y uso de la tierra es abordar uno de los ejes de desigualdad y conflicto históricos del país (20), que, aunque necesario, conlleva unos retos enormes. Además, no se establece con claridad si las propuestas permiten realmente una distribución equitativa del recurso hídrico. Por otro lado, la búsqueda de equilibrio entre producción y medio ambiente implica pasar de la explotación de recursos naturales, como una de las principales fuentes de ingresos para Colombia, hacia otras alternativas de menor impacto ambiental. Ahora bien, esto suscita la duda sobre la eficiencia del cambio del modelo económico actual a la nueva apuesta de desarrollo basado en transición energética, reducción del extractivismo, descarbonización, bioeconomía, entre otros.

El derecho humano a la alimentación, un determinante fundamental de la salud

El enfoque de territorialización del PND busca abordar las dimensiones sociales, económicas, ambientales y culturales que rodean la reducción del hambre, el goce del DHA y la seguridad alimentaria, demostrando compromiso para el desarrollo local sostenible, la producción de alimentos, el seguimiento de políticas públicas alimentarias y la participación de la comunidad. Asimismo, se destaca la incorporación de enfoques intersectoriales que implican tanto al gobierno nacional y gobiernos locales, como a la sociedad civil en la implementación de estrategias. Sin embargo,





es necesario clarificar estas estrategias de implementación para asegurar que todos los individuos, especialmente los más vulnerables, puedan ejercer su DHA conforme a los estándares internacionales y los principios de justicia social y equidad. Asimismo, la dificultad para operacionalizar el PND, en relación con los aspectos de malnutrición y desnutrición, se ve agravada con la falta de medidas cuantificables que evalúen la mitigación de estos problemas.

La paz: respuesta y objetivo

Desde la perspectiva de la paz, el control del territorio es una condición absolutamente necesaria para derrotar la violencia y desde los planteamientos de la salud pública, basados en su definición (21), no será posible garantizar la salud de la población en ausencia de paz, porque la dinámica del conflicto armado en Colombia se constituye en un determinante fundamental de las desigualdades territoriales en salud (22). De acuerdo con el PND, el cumplimiento de los acuerdos finales de paz es un requisito para poder desembocar en la política de la Paz total y de la seguridad humana. Sin embargo, actualmente, existe un rezago en la implementación de programas que aporten a consolidar la Paz total y en el fortalecimiento de la institucionalidad para garantizar el derecho a la salud y la intervención de los DSS que influyen directamente en las condiciones de vida de los actores diferenciales para el cambio.

Otras consideraciones sobre el PND

A lo largo del documento no se menciona el impacto que tuvo la pandemia por COVID-19 sobre las desigualdades, la profundización de las brechas en salud y el aumento de la violencia principalmente en los municipios PDET (Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial) (23). Tampoco, parece tenerse en cuenta la incertidumbre y crisis económica que han retrasado el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionadas con la acción climática, la pérdida de biodiversidad y la desigualdad, incluso en la erradicación de la pobreza, la igualdad de género, la educación y la eliminación del hambre (16).

Otro aspecto importante es el análisis de los actores diferenciales, relevante al formular políticas en salud pública, ya que conocer las estructuras socioeconómicas de la población y los factores que condicionan la salud de las personas de manera diferencial, permite tener un panorama más amplio de las causas y no solo la lógica epidemiológica o biomédica. El nuevo plan con la inclusión de estos ejes, entre los cuales hay uno dedicado a actores diferenciales, marca un precedente en la formulación de políticas de salud pública, pues integra, de manera novedosa con respecto a otros PND, a campesinos y otras poblaciones.

4. Conclusiones

El documento de las bases del PND 2022-2026 busca ser la guía para la formulación de políticas públicas del gobierno y constituye una propuesta ambiciosa que propone intervenciones clave para el desarrollo de Colombia. En su conjunto, considera intervenciones en los DSS y, aunque no lo expone de manera explícita, establece el lazo estrecho que tiene el desarrollo del país con la salud pública, lo que destaca la importancia de articular las acciones del sector salud con los otros. Por ejemplo, las bases del PND deja clara la disposición de darle continuidad a los procesos de paz de gobiernos pasados y pretende alcanzar nuevos acuerdos con otros grupos armados. Esto es una necesidad que requiere voluntad política en un país cuya historia ha estado marcada por la violencia. Si se logran alcanzar estos propósitos, aunque sea parcialmente, se dará escucha a los reclamos públicos de justicia y reparación, y se logrará una mejora significativa en el bienestar de la población, especialmente de aquellos más vulnerables.

La propuesta de subvertir las lógicas del modelo económico tradicional e imperante a nivel global, modificando los patrones de consumo, uso y gasto de recursos naturales, se erige como una disposición seria para enfrentar el cambio climático y la degradación del medio ambiente como problemas centrales que rodean el desarrollo, la sostenibilidad y el futuro del país. Asimismo, la inclusión del campesinado como actor diferencial marca un precedente en la formulación de planes de desarrollo de un gobierno colombiano y es una forma de darle voz y rostro a quienes históricamente han sido callados e invisibilizados por el Estado.

A pesar de las propuestas innovadoras, el documento presenta una estructura compleja y de difícil comprensión y en ciertos puntos se encuentra segmentado por temáticas que no se corresponden con sus contenidos. Por ejemplo, la inclusión de la política de salud ambiental se menciona en ejes distintos al de transformación ambiental, mientras que lo referente a ciencia, tecnología e innovación se encuentra en diversas partes del documento. Esto dificulta la identificación de las ideas y propósitos centrales lo que resta pragmatismo y afecta las cualidades operativas que se espera que contenga. También, se debe considerar que para lograr una efectiva implementación, alcanzar las metas esbozadas y ofrecer resultados relacionados con la reducción de las desigualdades, el PND debería clarificar las estrategias de implementación expuestas y despejar las dudas sobre el impacto financiero que las transformaciones propuestas pueden acarrear.

Referencias

1. Departamento Nacional de Planeación. ¿Qué es el Plan Nacional de Desarrollo? [Internet]. [cited 2024 Mar 15]. Available from: https://www.dnp.gov.co/plan-nacional-desarrollo#:~:text=Es%20el%20documento%20que%20sirve,de%20su%20equipo%20de%20Gobierno.
2. Estupiñan G. Plan Nacional de Desarrollo. [Internet]. Available from: https://www.dnp.gov.co/publicaciones/Revista-Juridica/Paginas/Plan-Nacional-de-Desarrollo.aspx
3. Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo. Colombia aprueba Plan Nacional De Desarrollo 2022-2026 "Colombia potencia mundial de la vida" [Internet]. [cited 2024 Feb 28]. Available from: https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/news/colombia-aprueba-plan-nacional-de-desarrollo-2022-2026-colombia-potencia-mundial-de-la-vida
4. Congreso de Colombia. Ley 2294 de 2023. "Por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2022-2026 "Colombia potencia mundial de la vida." Diario Oficial No. 52400; 2023.
5. Corporación colombiana de investigación agropecuaria. Informe anual de progreso programa de hortalizas 1990 B - 1991 A [Internet]. [cited 2024 Mar 9]. Available from: https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/34894
6. Arrieta Díaz E, Vargas Prieto A. Analítica de datos aplicada al Plan Nacional de Desarrollo de 2018-2022, «Pacto por Colombia, pacto por la equidad». Estud Políticos Medellín. 2021 Sep 28;(62):215–39.
7. Departamento Nacional de Planeación. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 [Internet]. [cited 2024 Mar 9]. Available from: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/portalDNP/PND-2023/PND_2018-2022/pdf/bases-pnd-2018-2022.pdf
8. Berrio M, Espitia J, Ferrari C, González JI, Hernández I, Tassara C, et al. El plan nacional de desarrollo 2018-2022, "Pacto por Colombia, pacto por la equidad". Reflexiones y propuestas. Rev Econ Inst. 2020 May 20;22(43):195–222.
9. ICP Observatorio Legislativo. Plan Nacional de Desarrollo: Recomendaciones para el Congreso de la República [Internet]. 2023. Available from: https://www.kas.de/documents/287914/0/RecomendacionesPlan-Nacional-de-Desarrollo_compressed_compressed.pdf/cfb18c6a-a224-c97b-85cc-c60b784adae0?t=1679660592376
10. Mondragón-Sánchez EJ, Barreiro RG, Lopes MVDO, Pinheiro AKB, Aquino PDS, Pinheiro PNDC. Impact of the Peace Agreement on the social determinants of health in Colombia. Rev Bras Enferm. 2021;74(2):e20200892.
11. Cárdenas E, Juárez Castillo C, Moscoso Cuaresma JR, Vivas Huamaní JE. Determinantes sociales en salud [Internet]. 1a ed. Lima: Universidad ESAN; 2017 [cited 2024 May 16]. Available from: https://repositorio.esan.edu.pe/server/api/core/bitstreams/afa1e9b5-c1d9-4364-9af2-3ea969db7268/content
12. Puime Á, Zunzunegui M. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. Capítulo 6. In: Salud y comunidad [Internet]. España: Elsevier; 2011 [cited 2024 Jun 13]. Available from: https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Determinantes-Sociales-de-la-Salud.pdf
13. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice) [Internet]. World Health Organization; 2010 [cited 2024 Jun 13]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1
14. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives [Internet]. [cited 2024 Apr 1]. Available from: https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf
15. Uniandes. Análisis sobre el Plan Nacional de Desarrollo [Internet]. Available from: https://gobierno.uniandes.edu.co/es/analisis-sobre-pnd
16. Gónzalez C, Méndez N, Gónzalez J. Desarrollo territorial en el Plan Nacional de Desarrollo: una promesa reiterada. El Espectador. 20 de marzo de 2023 [Internet]. [cited 2024 Feb 29]. Available from: https://www.elespectador.com/politica/desarrollo-territorial-en-el-plan-nacional-de-desarrollo-una-promesa-reiterada-universidad-de-los-andes/
17. González J. Convergencia [Internet]. [cited 2024 Feb 29]. Available from: https://www.larepublica.co/analisis/jorge-ivan-gonzalez-506394/convergencia-3495876
18. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Americas 2007 - Volumen I Regional [Internet]. Washington D.C: OPS; 2007 [cited 2024 Apr 22] p. 453. Report No.: 622. Available from: https://www3.paho.org/costa-rica/dmdocuments/Salud-Americas-2007-vol-1.pdf
19. Payne-Sturges D, Gee GC. National environmental health measures for minority and low-income populations: Tracking social disparities in environmental health. Environ Res. 2006 Oct;102(2):154–71.
20. Centro Nacional de Memoria Histórica. ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad [Internet]. Bogotá D.C: Presidencia de la República; 2013 [cited 2024 Apr 2]. Available from: https://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-colombia-memorias-de-guerra-y-dignidad-2016.pdf
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Salud Pública [Internet]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx
22. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Noveno Informe Técnico: Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia [Internet]. 2017. Available from: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/9%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en%20la%20Salud%20en%20Colombia.pdf
23. Cotes-Cantillo K, Díaz-Jiménez D, Hilarión–Gaitán L, Castañeda-Orjuela CA. Municipios PDET: Homicidios y otros indicadores de interés en de salud pública [Internet]. [cited 2024 Feb 29]. Available from: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Boletin%2021/index.html



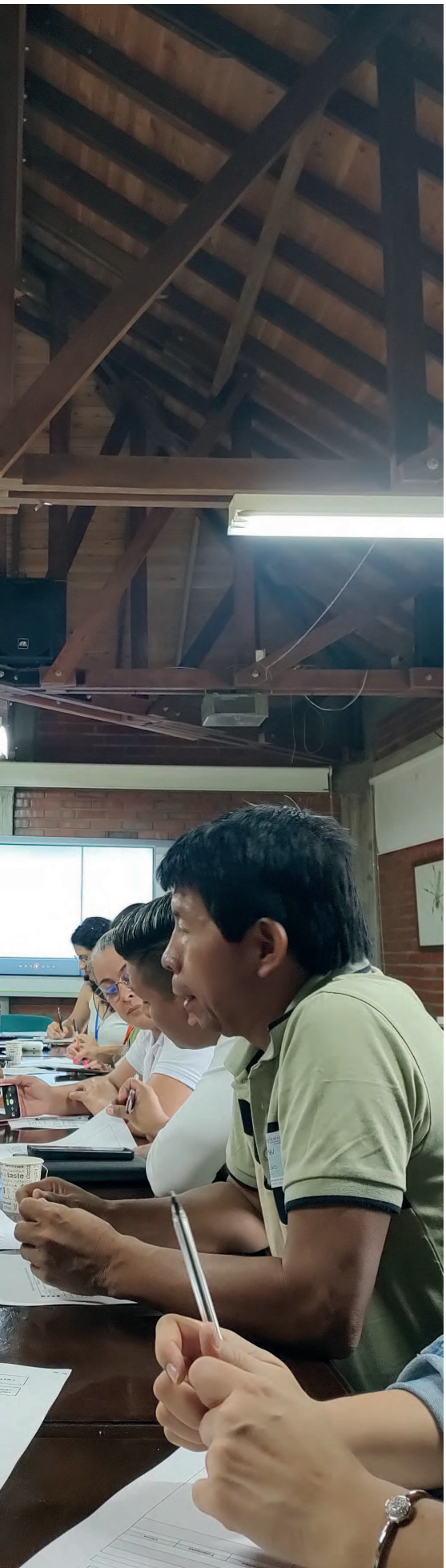
Reseña crítica del Plan Decenal de Salud Pública

Lorena Alexandra Maldonado-Maldonado, Víctor Stephen González-Quintero, Keyra Liseth Asprilla-Córdoba, Gina Alexandra Vargas-Sandoval, Luis Eduardo Olmos-Sánchez, Claudia Patricia Clavijo-Arboleda, Karen Viviana Zabaleta-Rodríguez, Karol Patricia Cotes-Cantillo, Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

1. Introducción

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (PDSP), liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), representa una política pública que traza la hoja de ruta a partir del consenso social y ciudadano, que establece los objetivos, las metas y las estrategias para abordar los desafíos en salud pública durante la próxima década (1). La versión actual del PDSP fue formalizada mediante la Resolución 2367 de 2023 (2), que modifica la Resolución 1035 de 2022 (3).

El propósito de esta reseña es realizar una evaluación crítica del PDSP 2022-2031. Para esto, en primer lugar, se presenta una síntesis de la resolución en sus aspectos más generales y luego, se plantean reflexiones sobre algunos puntos destacados a juicio de los autores, sin pretender una evaluación exhaustiva del PDSP. Este análisis aborda las apuestas teóricas en las que se sustenta el plan, reflexiona sobre si el enfoque del plan está centrado en la promoción de la salud o en el tratamiento de la enfermedad y, por último, analiza el planteamiento de metas e indicadores y concluye con el abordaje diferenciado de las poblaciones. Los puntos reseñados se limitan al documento publicado y no incluye la revisión de otros que hacen parte de la política del PDSP 2022-2031 y que no están referenciados en la resolución 2367 de 2023 (2), ni en la página del MSPS.



2. Síntesis del PDSP 2022-2031

El PDSP es el pilar fundamental para guiar las políticas públicas en el sector salud en Colombia durante la próxima década. Este plan se implementa a nivel nacional con especial atención a las características únicas de cada región y territorio. Su principal objetivo es fomentar un progreso significativo en la protección del derecho fundamental a la salud con el fin de elevar la calidad de vida y el bienestar de los colombianos. Basado en las lecciones aprendidas de las últimas décadas, este plan busca abordar y mitigar las desigualdades sociales que impactan negativamente en los resultados en salud pública.

El plan introduce cambios significativos frente a sus predecesores, ya que incorpora un enfoque basado en los derechos humanos y el derecho fundamental a la salud. Presta particular importancia a reducir las desigualdades sociales en salud, mediante una mirada intercultural, y subraya la importancia de la participación comunitaria. Organizado en torno a siete ejes estratégicos (Recuadro 1), el PDSP toca aspectos clave como la mejora de la gobernabilidad en el sector salud (Eje 1), el fortalecimiento de la atención primaria de salud (APS) (Eje 4), y la gestión efectiva de los determinantes sociales y ambientales que impactan la salud (Eje 3). Este enfoque integral representa una expansión significativa con respecto a las ocho dimensiones prioritarias y dos transversales establecidas en el PDSP 2012-2021, pues procura una implementación efectiva y la mejora continua del plan.

Recuadro 1. Ejes estratégicos del PDSP 2022-2031

1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública
2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situaciones.
3. Determinantes sociales de la salud
4. Atención primaria en salud
5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias
6. Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria
7. Personal de salud

Fuente: PDSP 2022 - 2031 Ministerio de Salud y protección Social

El PDSP no solo busca garantizar una mayor cobertura y calidad en los servicios de salud, sino que destaca la necesidad de una salud pública inclusiva, equitativa y adaptativa a las necesidades cambiantes de la población. A través de esta redefinición estratégica, aspira a transformar el sector salud, promoviendo un sistema más justo y accesible para todos. El PDSP considera el territorio no solo como un espacio físico, sino como un entorno vital para el desarrollo y la convivencia comunitaria. Esto implica un compromiso por entender y actuar sobre los determinantes sociales que influyen en la salud desde una perspectiva que respeta la diversidad de los contextos sociales, políticos y culturales del país. La implementación del plan exige una articulación territorial, que asegura la adaptación de las acciones y estrategias a las realidades locales, de tal forma que contribuyan a la salud y el bienestar de las personas.

Además, el nuevo PDSP se enriqueció con la inclusión de un nuevo eje dedicado a comunidades étnicas, campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones en situaciones particulares (Eje 2). Integrar explícitamente a los campesinos y a la población LGBTIQ+ dentro de sus consideraciones, marca un precedente en la formulación de políticas de salud pública. El MSPS adoptó este enfoque pionero, evidenciado en la Resolución 1035 de 2022 y ampliado en la Resolución 2367 de 2023. Esto refleja el compromiso del plan por promover una salud pública que valora y respeta la diversidad cultural, social y de género, y establece un paradigma en la sanidad. Dentro de los resultados esperados de este eje estratégico, se incluye la transversalización de enfoques de género, diferencial y de diversidad cultural en todas las políticas, programas y proyectos de salud.

Por otro lado, se enfatiza en el liderazgo y el desarrollo de estrategias que reconozcan y aborden las inequidades sociales, étnicas y de género, mediante la promoción de respuestas intersectoriales y sectoriales adecuadas. Todo esto para que las prácticas y conocimientos de salud de los grupos étnicos y diferenciales se reconozcan e integren eficazmente en el sistema de salud pública. Este enfoque, que surgió de un proceso reflexivo y consultivo amplio con la ciudadanía y representantes de diversos grupos, busca corregir posibles desconexiones internas dentro del plan, garantizando que todos los ejes estratégicos trabajen de manera coherente para asegurar el derecho fundamental a la salud.

Estos ejes reflejan un compromiso con la mejora de la salud pública a través de un enfoque holístico y colaborativo, y subrayan la importancia de la adaptabilidad y la respuesta efectiva a las necesidades emergentes y específicas de todas las comunidades dentro del territorio nacional. La estructura detallada de cada eje, incluidas definiciones, alcances, resultados esperados, estrategias y metas estratégicas, proporciona una base para el seguimiento y la evaluación del progreso hacia los objetivos del PDSP.

El mismo documento plantea que lograr una implementación efectiva del PDSP 2022-2031 implica que el MSPS lo coordine estrechamente con la planificación territorial en salud. Esta planeación actúa como una política de Estado que guía las acciones en salud para los próximos diez años, al ofrecer una estructura organizada que responde a las necesidades específicas de cada territorio. Es a través de la planeación territorial que se materializa el desarrollo del PDSP, esto aseguraría la implementación de estrategias y metas adaptadas a las realidades locales.



El proceso de implementación del PDSP se extiende hasta el 2031 e incluye evaluaciones periódicas cada dos años, lo cual permitiría ajustes basados en las necesidades emergentes. Esta estructura temporal facilita la integración de acciones en la planeación integral para la salud, reflejada en la Resolución 100 de 2024 del MSPS, que guía la formulación de los planes territoriales de salud (PTS). Estos, enmarcados dentro de los planes de desarrollo territorial, se convierten en subcomponentes clave al momento de la ejecución de estrategias de salud pública. La responsabilidad de los PTS recae en una variedad de autoridades locales, como alcaldías, gobernaciones, asambleas departamentales, consejos municipales o distritales, y las secretarías de salud, entre otros. La participación y la colaboración entre estos actores son esenciales para promover el desarrollo del PDSP a través el diseño de acciones que atiendan las necesidades del territorio y se ajusten a los requisitos nacionales para la formulación de planes de salud.

La articulación entre los ejes estratégicos del PDSP, presentados en el recuadro 1, orientan las acciones territoriales, al proporcionar un marco que guía la planificación y ejecución de la salud pública a nivel local. Por ejemplo, los ejes estratégicos que buscan fortalecer la gobernabilidad, la gobernanza (Eje 1), y la mejora en la distribución, formación y empleabilidad del talento humano en salud (Eje 7), ofrecen objetivos comunes para el desarrollo territorial en salud.

Las líneas operativas del PDSP, tales como el desarrollo institucional, los acuerdos sectoriales sociales y comunitarios, y el cuidado integral de la salud en el territorio, facilitan la articulación de programas y acciones específicas en cada territorio. Estas líneas operativas resultan fundamentales para abordar las desigualdades en salud y promover un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, adaptado a las necesidades y realidades de cada comunidad. Adicionalmente, la gestión de la salud pública, mediante la integración de saberes ancestrales y la inclusión de un talento humano sostenible y dignamente remunerado, requiere una planificación y ejecución cuidadosa y coordinada a nivel territorial. La PTS, guiada por los principios y estrategias del PDSP, representa un compromiso con la salud inclusiva y equitativa, pues aseguraría que las acciones de salud pública sean relevantes, efectivas y sostenibles para todas las comunidades.

La sostenibilidad financiera del PDSP es un pilar fundamental, respaldado por diversas fuentes de financiación que incluyen rentas territoriales, recursos del sistema general de participaciones, transferencias nacionales y otros ingresos destinados a fortalecer las acciones de salud pública en los territorios. Acorde con el PDSP, la participación de diversos actores, incluidas instituciones académicas y la ciudadanía, resulta clave en este proceso colaborativo. Esto garantiza la implementación efectiva y el seguimiento continuo del plan, en conformidad con la Ley Estatutaria de Participación y la inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.



Las líneas operativas del PDSP, tales como el desarrollo institucional, los acuerdos sectoriales sociales y comunitarios, y el cuidado integral de la salud en el territorio, facilitan la articulación de programas y acciones específicas en cada territorio. Estas líneas operativas resultan fundamentales para abordar las desigualdades en salud y promover un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, adaptado a las necesidades y realidades de cada comunidad.

3. Evaluación crítica del PDSP 2012-2021 hecho por el nuevo PDSP1

El PDSP 2022-2031 parte de una evaluación y reflexión sobre los resultados del plan decenal anterior (2012-2021), destaca sus logros y señala algunos cuellos de botella que obstaculizaron su ejecución y cumplimiento. Dentro de los avances se menciona la introducción de estrategias para comprender territorialmente la salud y sus determinantes sociales (DSS), así como la incorporación de enfoques diferenciales y acciones afirmativas destinadas a reducir las inequidades en salud. Por otro lado, los elementos críticos identificados durante la implementación del plan anterior, incluyen la débil articulación intra e intersectorial para impactar los DSS, la poca comprensión de las metodologías de planeación, la falta de claridad en las metas y estrategias de seguimiento y evaluación, la limitada capacidad de gestión en salud pública, la falta de recurso humano, financiero y tecnológico, particularmente en los municipios más vulnerables, y la ausencia de un sistema de información en salud para respaldar la toma de decisiones.



El actual plan consideró en su formulación acontecimientos nacionales e internacionales recientes que configuraron un nuevo contexto con retos a los que la salud pública debe dar respuesta.

Además del balance del PDSP 2012–2021, el actual plan consideró en su formulación acontecimientos nacionales e internacionales recientes que configuraron un nuevo contexto con retos a los que la salud pública debe dar respuesta. A nivel internacional, se destacó la pandemia por COVID-19, el surgimiento y resurgimiento de epidemias, el cambio climático y el aumento en los flujos migratorios, como situaciones que agudizaron las inequidades sanitarias y develaron la falta de preparación y resiliencia de los sistemas de salud. A nivel nacional, la firma del Acuerdo Final de Paz con la guerrilla de las FARC y el reconocimiento constitucional de la salud como un derecho humano fundamental autónomo. El PDSP considera que estos acontecimientos, demandan modificaciones en los arreglos institucionales y en las formas en que interactúan los actores del sistema de salud y de estos con la sociedad, para cumplir con los nuevos compromisos y acuerdos que tiene el Estado colombiano como estado social de derecho.

Con una lectura actualizada del contexto, la identificación de aciertos y dificultades del anterior plan decenal y las apuestas políticas del primer gobierno progresista de Colombia se configura el nuevo PDSP como la hoja de ruta para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud. Este plan, sin embargo, suscita algunas reflexiones y genera varias inquietudes, algunas planteadas por esta reseña. Este ejercicio de crítica se propone en el marco del diálogo continuo y democrático que necesariamente deben tener las políticas públicas.

Análisis crítico del PDSP 2022 - 2031

Viabilidad de las apuestas teóricas del nuevo PDSP

El PDSP 2022 – 2031 propone un conjunto amplio de referentes conceptuales transversales a sus ejes estratégicos. Se da continuidad al modelo de DSS propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a los enfoques de derecho, poblacional y diferencial (por ciclo de vida,

género, pertenencia étnica y otras situaciones generadoras de inequidades en salud), que ya estaban incorporados en el plan anterior. Adicionalmente, introduce explícitamente nuevos referentes conceptuales como la interculturalidad en salud y los enfoques: territorial, de salud familiar y comunitaria, psicosocial y de acción sin daño. Asimismo, ubica la APS como un referente conceptual, ampliando su definición, y profundiza en diversos conceptos de los derechos humanos y del estado social de derecho, asuntos que conceptualmente no estaban delimitados en el plan anterior.

En el documento también se evidencia la incorporación de perspectivas teóricas no hegemónicas, como un enfoque territorial más crítico o el modelo de Determinación Social de la Salud, lo que es un aspecto positivo y desafiante. Es positivo porque refleja la introducción de enfoques alternativos de la salud en escenarios de toma de decisiones, esto se considera deseable para dinamizar la democracia, al hacerla más activa, inclusiva y participativa. No obstante, las implicaciones ético-políticas y pragmáticas que conllevan (4,5) requieren superar efectivamente los cuellos de botella que limitaron la implementación del plan anterior y una serie retos adicionales en la planeación estatal.

Uno de los principales retos es desarrollar competencias en los entes territoriales para comprender las dinámicas socio-territoriales del proceso salud-enfermedad, utilizando efectivamente los referentes conceptuales propuestos desde la Determinación Social de la Salud, y asegurando que los planes territoriales de salud (PTS) sean coherentes con esta comprensión. Esto es particularmente desafiante porque implica superar el enfoque teórico de factores de riesgo, bajo el cual se ha estructurado la gestión de la salud en Colombia. Aunque este último enfoque no constituye un referente conceptual explícito en ninguno de los PDSP, su hegemonía se explica porque resulta pragmático para orientar técnicamente las acciones de planeación en el corto y mediano plazo y porque la forma en que está concebido el sistema de salud y la actual política de atención integral en salud (PAIS), conlleva a fragmentar la atención en salud para asignar responsabilidades específicas de gestión de riesgos individuales y colectivos a los actores que intervienen en el sistema (6), reduciendo la salud pública a acciones sectoriales de atención de riesgos colectivos.

El anterior plan realizó algunos esfuerzos teóricos y metodológicos para superar la lógica de factores de riesgo en la comprensión de los fenómenos de salud-enfermedad e impulsar una perspectiva de los DSS más dinámica y multidimensional que llevara a reconocer la importancia de la participación de diversos sectores y actores en la transformación de las condiciones necesarias para mejorar la salud en los territorios (7,8). Sin embargo, la planeación territorial de la salud nunca se consolidó como un ejercicio intersectorial, por el contrario, ha sido una tarea a cargo únicamente del sector salud con limitadas capacidades de transformar los determinantes socioterritoriales que condicionan las formas de vivir y enfermar de personas y comunidades (9). Asimismo, algunas investigaciones han identificado que, en los ejercicios de planeación territorial, las decisiones finales sobre las intervenciones que se financian suelen estar más influenciadas por intereses y agendas políticas particulares, que no necesariamente se alinean con una comprensión y priorización de problemáticas desde una perspectiva de DSS (10).



enfoque territorial



En un contexto con lógicas y dinámicas instauradas en la planeación y la gestión sanitaria del país, en donde apenas se nombra de forma reducida los enfoques clásicos de DSS con una limitada implementación, resulta desafiante la introducción en el nuevo PDSP de marcos teóricos críticos que demandan develar y transformar la configuración histórica en las relaciones de poder, dominación, explotación y exclusión que podrían explicar las expresiones del proceso salud – enfermedad y sus inequidades (5). Estas propuestas teóricas implican cambios estructurales y una perspectiva de largo plazo que para materializarse requieren propuestas de operacionalización viable que inicien, como mínimo, por una formulación e implementación transectorial, transdisciplinaria y comunitaria de los PTS, asuntos que no son claros en las formas cómo se van a alcanzar.

Medición de la desigualdad e inequidad

Es claro el propósito del PDSP 2022–2031 por comprender la complejidad propia de la salud, su multidimensionalidad en lo individual y colectivo, y las condiciones estructurales que generan las inequidades sociosanitarias. Dichas inequidades se capturan por medio de la medición de las desigualdades en los estilos de vida, la manera de enfermar y de morir, que afectan desproporcionadamente a las poblaciones más vulnerables. No obstante, resulta imprecisa la conexión operativa entre la teoría subyacente y la metodología en la medición de las metas del PDSP, toda vez que mantiene las aproximaciones clásicas de medición de desigualdades en salud del plan anterior, lo que no supera la tendencia morbicéntrica, curativa, individualista y fragmentada que ha caracterizado el abordaje y la gestión histórica de salud en el país. Esto resulta insuficiente para abordar visiones críticas y multidimensionales de la salud.

En consecuencia, el marco teórico-conceptual de las inequidades en salud debe articular lineamientos metodológicos explícitos que lleven a la práctica las perspectivas teóricas y enfoques del PDSP. Esto implica ir más allá de la pura medición de la morbimortalidad, a un monitoreo crítico y comprensivo de la salud, la enfermedad, el cuidado, el bienestar, las condiciones o modos de vida de los individuos y colectivos, así como de las interacciones y escenarios de contexto macro y micro en donde se determina la salud (11,12).

Indicadores y metas

Aunque el PDSP 2022-2031 describe las metas e indicadores para los ejes estratégicos y resultados en salud, estos carecen de claridad y relevancia, comprometiendo la viabilidad del seguimiento y evaluación del plan. La claridad entendida como la expresión precisa e inequívoca del objeto de medición y la relevancia como su relación directa con el objetivo de medición (13). De acuerdo con la Ley 1438 de 2011 y el Departamento Nacional de Planeación (DNP), los indicadores y metas de las políticas públicas constituyen el instrumento de gestión pública que suministra evidencia sobre su implementación, además de evaluar su desempeño económico y social (13,14). No establecer un sistema de seguimiento y evaluación que cumpla con criterios de calidad significa una oportunidad perdida para conocer la eficacia y efectividad de las políticas del PDSP (15)

y sus novedosas formas de implementarlas a través de los ejes estratégicos considerados.

En el caso del seguimiento y evaluación de los ejes estratégicos, las metas no son claras, puesto que el PDSP presenta estrategias y metas sin indicadores. Si bien las metas son un adelanto de los indicadores, no se incluye una definición precisa del objeto de medición. Por ejemplo, las metas del eje estratégico de gobernabilidad y gobernanza de la salud pública plantean que el 100% de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal desarrollen mecanismos para fortalecer las capacidades de la autoridad sanitaria, rectoría en salud en su territorio e incidencia efectiva de las poblaciones en las políticas y planes en salud. Sin embargo, no se especifica si el fortalecimiento de la autoridad sanitaria debe ser en el sentido de la regulación, gestión financiera, fiscalización del sistema general de seguridad social en salud o vigilancia epidemiológica y sanitaria. En adición, estas metas tampoco parecen reconocer las capacidades en gobernanza existentes en los territorios, puesto que no existe un diagnóstico previo que permita evaluar el punto de partida y aquello alcanzable en un tiempo determinado.

En el caso del seguimiento y evaluación de los ejes estratégicos, las metas no son claras, puesto que el PDSP presenta estrategias y metas sin indicadores.

Por otra parte, la evaluación de las políticas públicas exige la configuración de indicadores que no solo den cuenta de los insumos y su implementación, sino también del alcance de los resultados esperados (13). Esto no es evidente en las metas planteadas en el PDSP, pues en su mayoría, las metas de los ejes estratégicos se relacionan con el proceso y no con los objetivos de los ejes estratégicos.

Por su parte, las metas planteadas para los resultados en salud, en algunos casos, parecen poco relevantes. Por ejemplo, en salud infantil, mantener en menos del 9% la proporción de bajo peso al nacer, cuando este indicador para 2020 se ubicó en 9,1% no refleja una reducción significativa. En el caso de la reducción de la mortalidad materna a 32 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, y la reducción de la muerte asociada con desnutrición aguda a 5 muertes por cada 100.000 niños menores de cinco años, se puede entender de manera similar (16). Otras metas que llaman la atención son la reducción no tan ambiciosa de muertes por condiciones que se pueden considerar prevenibles por políticas públicas. Por ejemplo, la reducción del 50% de la mortalidad en menores de 5 años por infecciones respiratorias agudas o enfermedades diarreicas agudas, o la disminución del 20% de la prevalencia de retraso en talla en menores de 5 años. El establecimiento de estas metas debería realizarse mediante evaluaciones de factibilidad, que incluyan modelos de pronóstico a partir de unos escenarios de coberturas mejoradas y efectividad de las intervenciones que pueden impactar positivamente los resultados en salud. También se podrían elegir estándares tomando como referencia sociedades con mejores desempeños para cada indicador, pero siempre considerando en la definición de metas elementos relacionados con la reducción de la desigualdad y no solo siguiendo el valor promedio nacional.

Poblaciones diferenciales

La aproximación dirigida a las poblaciones étnicas y víctimas del conflicto (VCA) en el PDSP resulta parcial, ya que su diseño e implementación desde la perspectiva interseccional y el enfoque diferencial carecen de precisión en la gestión y en la operatividad de las inequidades en salud. Aunque el PDSP reconoce a los grupos poblacionales o colectivos con características especiales como titulares de derechos y utiliza el enfoque diferencial como herramienta de análisis y orientación para la acción (17), no establece de manera clara cómo abordar la influencia del conflicto armado, la dispersión geográfica, la pobreza y la negligencia estatal en las poblaciones étnicas históricamente marginadas.



Es crucial reconocer que el diálogo y la interacción entre grupos étnicos son fundamentales en cualquier enfoque intercultural en salud.

El enfoque diferencial no ha sido adoptado como método de evaluación (18) para las acciones y las respuestas institucionales ni comunitarias, destinadas a mejorar la salud de las poblaciones étnicas. Estas carencias limitan la comprensión de los sistemas complejos de discriminación y desventajas en materia de salud, esto reduce la capacidad de comprender y abordar la profunda interacción entre los diversos ejes de desigualdad que afectan a las poblaciones diferenciales (18).

Durante la ejecución del plan anterior, se destacó la implementación de una estrategia integral dirigida a abordar la salud en comunidades étnicas, enfocada en la adaptación etnocultural de la planificación en salud. El objetivo primordial era ajustar los servicios de salud a las particularidades socioculturales de estos grupos étnicos. En el actual PDSP, aunque no se menciona explícitamente el término ‘etnoadecuación’ como metodología, se enfatiza el compromiso de comprender las necesidades socioculturales en salud y reconocer las prácticas tradicionales en este campo, así como respetar los derechos colectivos e individuales de los grupos étnicos en Colombia. Asimismo, se hace mención del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), al destacar su propósito de armonizar e identificar las diferencias y necesidades socioculturales en el ámbito de la salud en el marco del nuevo PDSP. Es crucial reconocer que el diálogo y la interacción entre grupos étnicos son fundamentales en cualquier enfoque intercultural en salud, ya que permiten una comprensión completa y contextualizada de la realidad de las personas, grupos y comunidades diversas que interactúan en distintos ámbitos territoriales (19). Vale la pena destacar que este nuevo PDSP busca potenciar oportunidades desde los conocimientos interculturales, que surgen de la interacción entre las diversas cosmovisiones étnicas y las expresiones culturales.

4. Conclusiones

El actual PDSP incluye apuestas novedosas sobre cómo pensar la salud pública del país que cambia el paradigma implementado hasta ahora. Por ejemplo, su compromiso con la inclusión de un nuevo eje dedicado a comunidades étnicas, campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones en situaciones particulares, representa un avance significativo hacia una salud pública más inclusiva y equitativa. Este avance marca un hito importante en la formulación de políticas de salud pública al reconocer y valorar la diversidad cultural, social y de género, y establece un nuevo estándar en la sanidad. Además, el cambio en la estructura del PDSP, que anteriormente consideraba dimensiones de la salud pública y ahora define ejes estratégicos, resalta la novedad y la precisión del enfoque. Esto refuerza su capacidad para abordar de manera más efectiva las necesidades específicas de estas poblaciones. Sin embargo, su efectividad está condicionada a desafíos operativos y de implementación.

Aunque se han introducido enfoques teóricos y conceptuales innovadores, como la interculturalidad en salud y los derechos diferenciales, la conexión con la práctica aún resulta imprecisa. En última instancia, el éxito del PDSP dependerá de su capacidad para traducir sus objetivos en acciones concretas que mejoren de manera significativa la salud y el bienestar de todos los habitantes del territorio nacional.

Las metas carecen de especificidad y algunas son poco ambiciosas, que plantean dudas sobre su capacidad para generar un impacto significativo. Por otro lado, es crucial abordar de manera más clara y efectiva las necesidades de las poblaciones diferenciales, como las étnicas y las víctimas del conflicto. Para lograr su pleno potencial, el PDSP debe superar estos desafíos mediante una mayor coherencia entre sus enfoques teóricos y prácticos, así como una participación comunitaria activa y una evaluación continua.

Esta reseña crítica constituye un primer acercamiento al PDSP; por tal motivo no se abordan todos los temas relevantes. Por ejemplo, la propuesta de reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y su influencia en la implementación del PDSP requieren un análisis más detallado. Además, la garantía de condiciones de empleo y trabajo dignos, las transformaciones necesarias para mejorar la empleabilidad en la formación del talento humano en el sector salud, la coherencia entre los objetivos del PDSP y las capacidades reales del sistema de salud, también merecen atención y deben ser explorados en futuras discusiones.



Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2020 - 2031. 2022.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023 Por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202367%20de%202023.pdf
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022 Por la cual Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf
4. Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda JC, Concha-Sánchez SC. ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev Salud Pública. noviembre de 2013;15(6):810-3.
5. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública. diciembre de 2013;31:13-27.
6. Eslava C. JC. Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia. Rev Salud Pública. enero de 2002;4(1):1-12.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud -Lineamientos conceptuales [Internet]. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/44210973/Estrategia_PASE_A_LA_EQUIDAD_EN_SALUD_-_Guia_Conceptual-libre.pdf?1459381775=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DLineamientos_conceptuales_PASE_a_la_Equi.pdf&Expires=1713242449&Signature=WxLE389cyo3OAyqf~1sE2wss227dcfL3GN1QkYfDOVMnELHUcpPyZGZUBwDnb8NLbxeJuhYs3kXCMWzm0M0eSML5XoflG8OL4r4u-XXFPEhwc~y3TgmYy2~xyeudGbE1WcDHonrGoe077nDbr9YoAnmLjrGSA3YHmjguPHbIFuyrZD6lcDXwrNQCI-2xyiKM4Us9sDlNb-0dn4E0xUdCncTJUM9RNK00LsPAHl4VLKw9~WpPgraDyziAq709P6Lj0vaAJA4GuIx3HLnjPkfKYON~boW~AIf2~-ip6hQt73GnCjp4KGf7Im0lCFc9DxOJ3L-dUvmktXq3I5DHLWlUww__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
8. Álvarez Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev Gerenc Polit Salud. 2009;8(17).
9. Franco Giraldo A. La salud pública en Colombia (1991-2021). Promoción de la salud y prevención: una revisión. Rev Salud Pública [Internet]. 1 de junio de 2023 [citado 15 de abril de 2024];24(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642022000100160&script=sci_arttext
10. Escobar Diaz FA, Castillo Santana PT, Rodriguez Salazar NM, Quintero Cabezas CJ, Castañeda Orjuela CA. Experiencias departamentales en la construcción, divulgación y uso del análisis de situación de salud, Colombia 2016. Rev Salud Pública. 1 de mayo de 2017;19(3):368-73.
11. Breilh J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(4):937-51.
12. Díaz Monsalve LE. El monitoreo estratégico: una metodología participativa para el cuidado de la salud. Av En Enferm. 2014;32(1):139-46.
13. Departamento Nacional de Planeación. Guía de seguimiento a políticas públicas 2023 [Internet]. 2023. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Guia_de_seguimiento_a_politicas_publicas_agosto_30_2023.pdf
14. Ley No. 1438 «Por la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones». Bogotá, Colombia; ene 19, 2011.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Informe técnico periodo 2012-2019 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-avance-metas-pdsp-2012-2021-periodo2012-2019.pdf
16. Sabores y sinsabores del nuevo Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. [citado 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://periodico.unal.edu.co/opinion/sabores-y-sinsabores-del-nuevo-plan-decenal-de-salud-publica
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Enfoque diferencial origen y alcances. 2021.
18. Definición de enfoque diferencial y perspectiva interseccional: un estudio multimétodo. [citado 1 de marzo de 2024]; Disponible en: https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/64-1(2023)/231073960017/index.html
19. Roldan-Tabares MD, Hernández-Martínez A, Cuartas-Agudelo YS, Herrera-Almanza L, Martínez-Sánchez LM. Etnoeducación: educación para la salud desde la diversidad cultural. MedUNAB. 23 de abril de 2021;24(1):80-91.



3
¿Cómo se realizó este informe?

3.1 Definiendo el alcance de un informe de construcción de retos en salud pública: *grupo de expertos facilitadores*



Karol Cotes Cantillo, Carlos Castañeda-Orjuela

Como parte del proceso de planeación del presente informe, se realizaron encuentros con docentes de distintas universidades con el fin de consultar su percepción sobre la necesidad, factibilidad y posibles opciones metodológicas. De tal manera, entre enero y mayo de 2024, se llevaron a cabo conversaciones con 13 docentes e investigadores, expertos en salud pública y con quienes el equipo del ONS ha tenido cercanía en diferentes momentos.

Los encuentros consistieron en un diálogo alrededor de la percepción de los expertos sobre el propósito del informe, el cual, inicialmente, se definió como: “establecer líneas estratégicas, retos, necesidades o pilares para la salud pública en el país de manera prospectiva y participativa”. Las conversaciones permitieron la reflexión sobre el propósito mismo, alcance y aspectos metodológicos.



Propósito y alcance del informe

En relación con la idea de establecer líneas estratégicas, retos, necesidades o pilares para la salud pública en el país y suministrar recomendaciones en cuanto a su abordaje, hubo un consenso general sobre su importancia y necesidad. Los integrantes del grupo de expertos facilitadores destacaron que esto podría ser especialmente relevante en la coyuntura actual donde la salud ha pasado a ser un tema de especial interés en el debate público. No obstante, algunos docentes expresaron sus inquietudes sobre la competencia y el alcance de un informe del Observatorio Nacional de Salud (ONS) para establecer estas líneas estratégicas en salud pública, así como las tensiones que podrían presentarse en relación con las líneas ya establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 (1), el Plan Nacional de Desarrollo (PND) (2) y otras políticas del actual gobierno. Al respecto, manifestaron que pensar en un largo plazo (20 o 30 años), junto con el desarrollo de un proceso participativo amplio, podría aportar temas distintos a los contemplados en los instrumentos de políticas señalados.

En este sentido, coincidieron en varias recomendaciones que fueron claves a al momento de construir las posteriores definiciones realizadas por el equipo del ONS en el marco de este informe. 1) Abordar aspectos relacionados con el sistema de salud y el ámbito específico de la salud pública, que implica discutir sobre la misma noción de salud pública, pues se considera cierto "empobrecimiento" del concepto desde el propio marco de las políticas de salud y directrices como las funciones esenciales de la salud pública. Por el contrario, otros señalan que es mejor partir de una noción enmarcada en la misión del ONS y las políticas para poder dar un alcance más realizable al proceso; 2) cuidar el lenguaje para no generar tensiones con los tomadores de decisiones del gobierno central, preferiblemente no hablar de "líneas estratégicas", sino de líneas de trabajo, desafíos, retos o pilares; 3) establecer un diálogo con el PDSP y con el PND; 4) considerar la dimensión territorial más allá de la división político administrativa y con una visión regional enmarcada en las relaciones de poder que estructuran territorios e inequidades; 5) pensar a largo plazo (20 a 30 años); 6) incorporar aspectos de preocupación a nivel global en diálogo con las necesidades nacionales; y, 7) partir de la misión del ONS y recursos del ONS para establecer el alcance y propósitos.

Adicionalmente, se destacó la importancia de propiciar una reflexión del Estado como régimen burocrático, así como el significado y alcance de los procesos de la llamada planeación estratégica en salud pública y revisar la posibilidad de comprender cómo se han tomado las decisiones en salud pública. Esto debería ser una línea de base para pensar de manera prospectiva.

Participantes y aspectos metodológicos

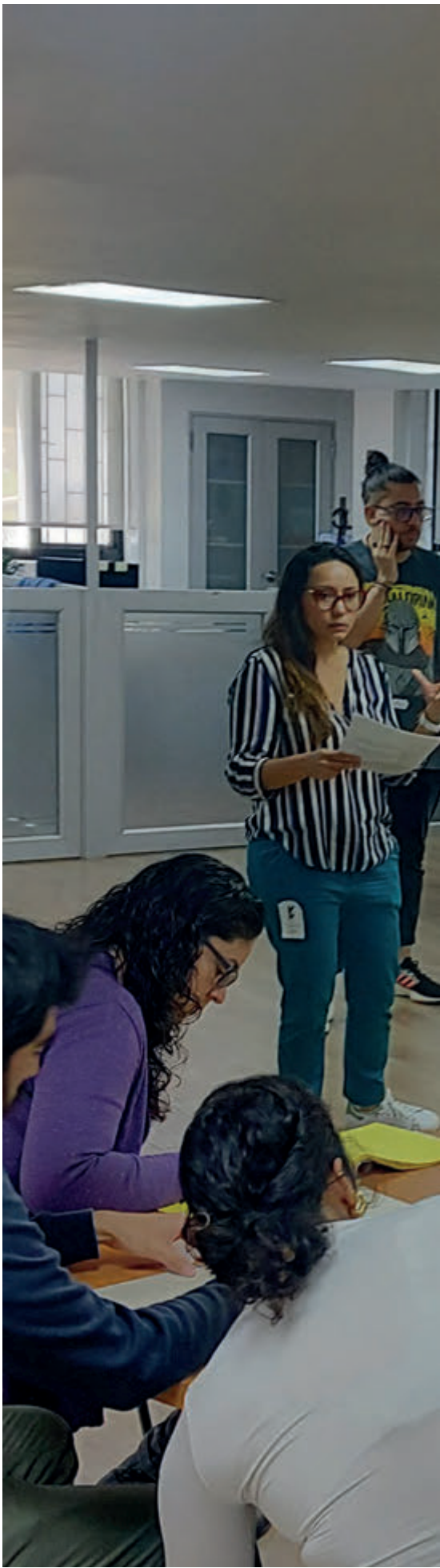
Ante la necesidad de profundizar en los procesos de participación, los docentes consultados recomendaron que se debía ir más allá de la esfera de los expertos, por lo tanto, señalaron la importancia de involucrar a diferentes actores. De esta manera, propusieron incluir participantes con diferentes roles en el ámbito de la salud pública, tales como tomadores de decisiones, universidades, prestadores de servicios de salud, organismos de cooperación internacional y no gubernamentales, comunidad y procesos organizativos sociales. No obstante, aunque resaltaron la importancia de escuchar distintas voces, recomendaron a su vez desarrollar un proceso factible para el ONS y enmarcado en su misión (3). Esto podría implicar que en ciertos contextos no se convocara a un gran número de personas, sino a aquellos que pudieran ser realmente claves. Al respecto, también se planteó la posibilidad de implementar diversas metodologías, como estudios de caso, el ensayo fotográfico, entre otros, soportado en la libertad metodológica que el ONS podría tener en el desarrollo de este informe.

Por otro lado, se propuso desarrollar el proceso desde una mirada regional, con la inclusión de distintos tipos de actores de diferentes territorios, y considerar la participación generacional y otros ejes diferenciales para asegurar la equidad (por ejemplo, la inclusión de mujeres, comunidades étnicas, niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidades, etc.). Respecto a la participación de organizaciones sociales, se recomendó incluir a miembros de base y evitar que solo participen “actores hegemónicos” y tratar de identificar procesos organizativos menos visibilizados que tengan poca relación con instituciones del Estado.

En cuanto a la metodología, en las conversaciones se dieron varias opciones como la de diálogos deliberativos, que fue una opción metodológica que el equipo consideró inicialmente, pero que se fue modificando de acuerdo con la definición del objetivo y el estudio con mayor profundidad de esta y otras opciones. Adicionalmente, se recomendó revisar metodologías basadas en la educación popular, consultar expertos en metodologías participativas y deliberativas, evitar encuentros entre actores con diferencias radicales, o implementar técnicas que propiciaran el entendimiento mutuo.

Estos encuentros con expertos fueron fundamentales para la planeación y desarrollo de este informe. Impulsaron, por un lado, una definición más clara del objetivo y alcance a través de una revisión de conceptos y de un análisis de elementos esenciales del PDSP 2021-2032 y del PND 2022-2026, que, a propósito, se presentan como parte de este informe. Por otro lado, conllevaron a plantear una mirada regional y a seleccionar actores participantes bajo los roles propuestos, y desarrollaron metodologías congruentes.

Durante el proceso de discusión y construcción de la metodología propia de los diálogos, el grupo de profesionales del ONS también consideró los aspectos planteados por los expertos. Además, tuvo en cuenta la factibilidad para su realización.



Participantes de las conversaciones (en orden alfabético)

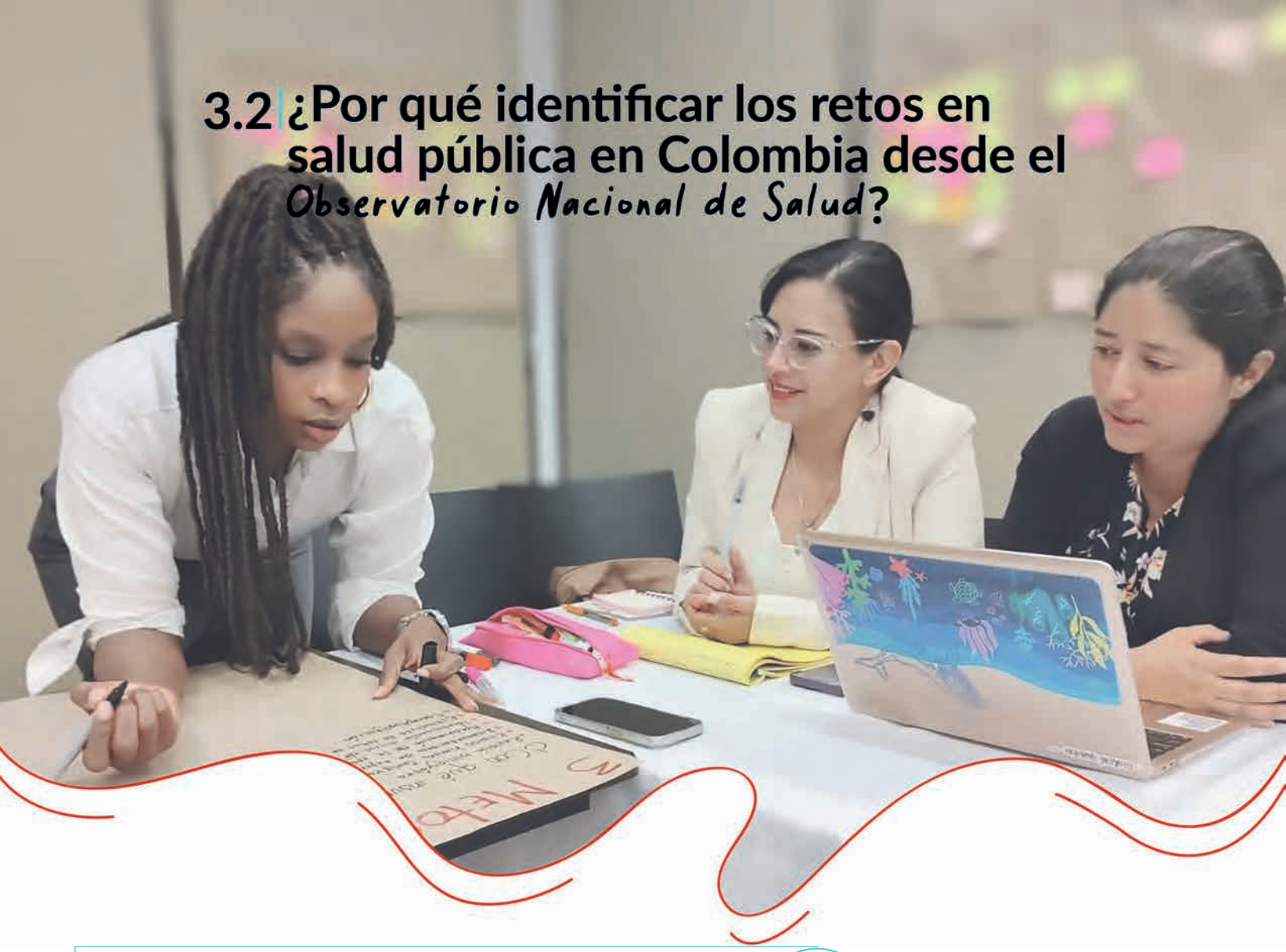
- Esperanza Echeverry, profesora pensionada de la Universidad de Antioquia
- Deisy Arrubla, investigadora
- Fernando de la Hoz, profesor de la Universidad Nacional de Colombia
- Gabriel Jaime Otálvaro, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia
- Jaime Ramírez, profesor de la Pontifica Universidad Javeriana
- Janeth Mosquera, profesora de la Universidad del Valle
- Javier Narváez, profesor de la Universidad Nacional de Colombia
- Joan Benach, Universidad Pompeu Fabra
- Juan Carlos Eslava, profesor de la Universidad Nacional de Colombia
- Mario Hernández, coordinador doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional
- Nelson Alvis Guzmán, profesor de la Universidad de Cartagena
- Román Vega, coordinador del Movimiento de la Salud de los Pueblos
- Yadira Borrero, profesora de la Universidad de Antioquia



Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2020 - 2031. 2022.
2. Estupiñan G. Plan Nacional de Desarrollo. [Internet]. Disponible en: https://www.dnp.gov.co/publicaciones/Revista-Juridica/Paginas/Plan-Nacional-de-Desarrollo.aspx
3. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011 [Internet]. Ley 1438 de 2011. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

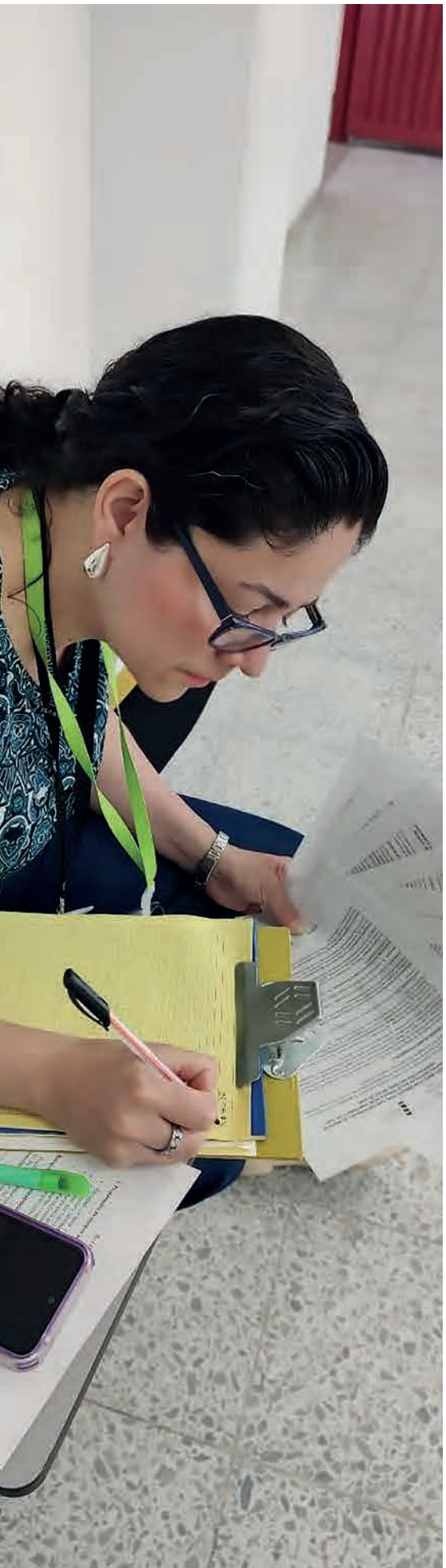
3.2 ¿Por qué identificar los retos en salud pública en Colombia desde el *Observatorio Nacional de Salud*?



Víctor Stephen González-Quintero, Diana Díaz-Jiménez,
Daisy Mariana Moreno-Martínez, Karol Cotes-Cantillo,
Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

Este Informe del Observatorio Nacional de Salud (ONS) buscó identificar retos estratégicos en salud pública a largo plazo a partir de diálogos y discusiones con actores institucionales, académicos y ciudadanos en general interesados en la salud pública del país. Para el desarrollo de esta publicación, se implementaron metodologías participativas y deliberativas. La fase inicial incluyó la discusión y conformación del grupo facilitador que delimitó el propósito y el alcance del informe. Esto implicó la búsqueda rápida de literatura sobre conceptos y aplicaciones de ejercicios que permitieran identificar temas prioritarios en salud pública, para precisar su denominación y alcance, o sea, qué y cómo se entienden los términos relacionados. Por ejemplo, en la Misión Internacional de Sabios de Colombia los temas se describieron como focos; los planes decenales de salud pública (PDSP) los denominan ejes o dimensiones; mientras en el ámbito internacional se refiere a desafíos o metas en salud, recogidos en la Agenda 2030 y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

A continuación, se presentan nociones y consideraciones sobre los términos: eje, dimensión, línea, pilar, foco, prioridad, acción, meta, desafío, reto y estrategia, además de una aproximación del ONS frente a los aspectos que sirvieron en las discusiones para delimitar el alcance del informe.



Eje, dimensión y línea

Eje: *"idea fundamental en un raciocinio. Tema predominante en un escrito o un discurso. Asunto primordial, pilar básico de algo"* (1). Los ejes direccionan ámbitos de desarrollo y actuación para el devenir de una actividad u organización (1). Demarcan los fines últimos a los que se quiere llegar, conversando directamente con la visión y describiendo los grandes ámbitos de acción. En ese sentido, implican objetivos y metas específicas a alcanzar en el tiempo (2).

En el plano organizacional, los ejes y las dimensiones se asumen como sinónimos para dar cuenta de la importancia, la relevancia y el tamaño temporal y espacial. Por ejemplo, en Colombia, en los PDSP pasaron de llamarse dimensiones prioritarias y transversales, esto en el PDSP 2012-2021, para establecerse como ejes estratégicos en el PDSP 2022-2031. En el primero, se concibió dimensión como un conjunto de acciones y estrategias de: *"aquellos aspectos o situaciones que tienen que ver con el bienestar, desarrollo humano y calidad de vida, y que por su magnitud de importancia se desean intervenir, preservar o mejorar para garantizar la salud de todos"* (3). Por su parte, en el PDSP 2022-2031, los ejes fueron los hilos conductores para abordar las inequidades sociosanitarias producto de la intersección de diferentes determinantes sociales de la salud, que incorporan orientaciones técnicas, acciones requeridas, elementos, resultados esperados y metas (4).

El concepto de línea fue acuñado para referirse a la orientación de trabajo y ayudar a organizar los objetivos por temas específicos (3,5). Un ejemplo de esto son las líneas operativas definidas en el PDSP 2012-2021 (3). Otros autores han entendido las líneas como el medio para alcanzar los objetivos estratégicos marcados por la organización o al momento de responder a un desafío esencial o prioritario (6,7).

Pilar

El diccionario de la Real Academia Española (RAE) define pilar como: *"cosa que sostiene o en que se apoya algo"* (8). También, se ha definido como columna central o medular que soporta el desarrollo de una estrategia (9). En salud se ha usado para marcar la relevancia, lo fundamental, el sustento o la base para la atención sanitaria que conlleve a unas líneas de trabajo en el fortalecimiento de alianzas y redes, abogacía, investigación y generación de capacidades (5,10). Al respecto, algunos autores se han referido como pilar a la detección temprana del comportamiento anormal de eventos de interés en la vigilancia de salud pública (11), o el personal sanitario para fortalecer los sistemas de salud (12).

Foco

El término expone una pluralidad de significados. Uno de estos lo plantea como: *"lugar real o imaginario en que está como reconcentrado algo con toda su fuerza y eficacia, y desde el cual se propaga o ejerce influencia"* (13). En salud, el término foco se asocia principalmente con una acepción morbicéntrica y patológica, es decir, la localización geográfica de un lugar de aparición de una enfermedad en un tiempo determinado (13). Sin embargo, la acepción de foco cómo sinónimo de centro o punto de interés, fue el eje estructurante de la Misión Internacional de Sabios de Colombia en 2019.

La elección de ocho focos temáticos, el tercero de ellos sobre ciencias de la vida y la salud respondió a la necesidad de abordar los desafíos y las oportunidades en materia de ciencia, tecnología e innovación con una visión frente a la relevancia e impacto potencial de las áreas seleccionadas, así como la experiencia, el conocimiento, la alineación con las tendencias globales, la infraestructura y los recursos requeridos a largo plazo para el desarrollo del país (14).

Prioridad

Es un hecho o condición que se considera más importante que otros. Su definición se basa en la valoración que establecen las personas, grupos o instituciones involucradas. Bajo esta premisa, lo que se valora como más importante para algunos, otros lo podrían ignorar o minimizar. El establecimiento de prioridades implica tomar decisiones y planificar el uso de los recursos que son limitados (15). Algunas de las formas de aproximarse al establecimiento de prioridades han sido mediante consensos como, por ejemplo, las prioridades de investigación para el control del cáncer en Colombia (16).

Acción

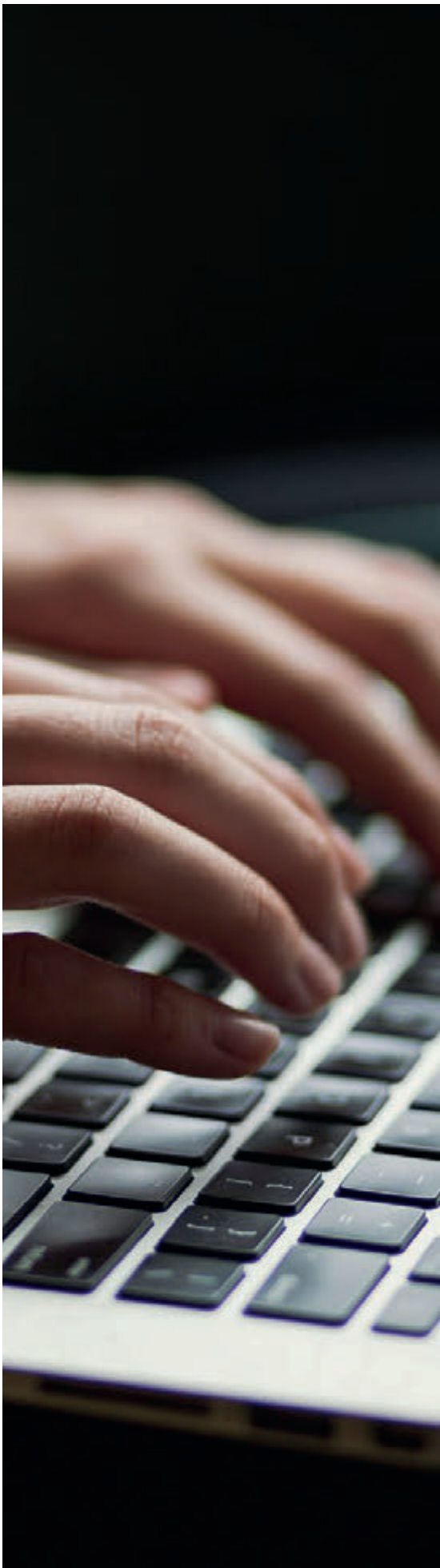
Corresponde a los pasos que se planifican para llegar a un objetivo, tomando en cuenta las alternativas de solución e identificando la información necesaria en la toma de decisiones. En salud, las acciones son todas aquellas intervenciones operativas específicas sobre la población, los individuos o el ambiente, que buscan un efecto positivo sobre el fortalecimiento o la restitución del estado de salud (17). Un ejemplo corresponde a aquellas acciones realizadas en cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (FESP): educación y comunicación social para promover condiciones, estilos de vida y conductas saludables, educación en derechos en salud o acciones para superar barreras de acceso a intervenciones de salud pública, por mencionar algunos (18,19).

Meta

Es el resultado deseado o esperado, es decir, el lugar o estado al que se quiere llegar. Las metas se establecen conforme a un horizonte temporal y son susceptibles de ser medidas, además son acordes a los fines de la organización y complementan los conceptos mencionados para valorar el logro de los objetivos (20,21). De este modo, se han descrito metas para dar seguimiento y evaluación a los objetivos de desarrollo sostenible, los planes nacionales de desarrollo y decenales de salud pública (3,4,22,23).

Desafío

Se puede considerar, desde el ámbito de la psicología, como aquel acontecimiento que significa la posibilidad de aprender o ganar, en donde el individuo tiene la sensación de control en la relación sujeto-entorno (24). El desafío en sí mismo implica una posibilidad para el desarrollo y el logro de objetivos. Al igual que la amenaza, el desafío implica la movilización de estrategias de afrontamiento, enfoque y orientaciones para vencer la confrontación y superarlo, por esto se funda sobre algo importante, generalmente un problema o tema delimitado (24).





Desde la educación, el desafío es visto como uno de los determinantes de la motivación intrínseca, al entenderlo como un deseo que muestra la persona por alcanzar las metas educativas que suponen un índice de dificultad (24). Desde el contexto de la salud, se ha considerado como una necesidad u oportunidad acotada de algo que debería ser resuelto. Un ejemplo de esto son los 13 desafíos de la salud mundial en esta década (25).

Reto

Puede presentarse de diferentes formas y en diversas áreas del conocimiento y la vida. Según la RAE se trata de un *"objetivo o empeño difícil de llevar a cabo, y que constituye por ello un estímulo y un desafío para quien lo afronta"* (26). Usualmente, los términos retos, desafíos, apuestas o imperativos son empleados en las organizaciones como conceptos sinónimos que se vinculan a los objetivos estratégicos y que sugieren inherentemente soluciones a problemas, necesidades o temas en general. En tal medida, estos pueden formularse previamente o emerger durante ejercicios internos o externos a las organizaciones, comunidades o involucrados. Pueden producirse y efectuarse desde un abordaje positivo (oportunidades/fortalezas) o negativo (amenazas/debilidades) y, por lo general, se concretan en preguntas o exposiciones de casos específicos, con descripciones claras frente a los principales aspectos, demandas de soluciones novedosas y creativas, y orientaciones y metas definidas para alcanzar la solución del reto (27,28).

Si bien en la revisión de literatura no se encontró una definición explicita de qué se entiende por reto en salud pública, se infieren algunos planteamientos generales propuestos y reconocidos en el sector salud, en particular, aquellos relacionados al sistema sanitario, las tecnologías en salud, los eventos de interés en salud pública y la respuesta requerida frente a necesidades de poblaciones y condiciones específicas.

Algunos autores presentan los retos en salud no necesariamente como problemas o barreras, sino como objetivos que requieren acciones a corto, mediano y largo plazo de diferentes entidades, sectores y niveles territoriales. Así, se pueden asumir retos para evitar riesgos, es decir, oportunidades de prevención de futuros problemas en salud o iniciativas que permitan mejorar la salud (29–31).

Estrategia

Se ha entendido como: *"el patrón de los principales objetivos, propósitos o metas y las políticas y planes esenciales para la consecución de dichas metas"* (32). Esta noción asociada a la planificación de organizaciones ha demarcado su dirección y alcance a corto, medio y largo plazo, que considera, además, el orden y la relación entre recursos, necesidades, expectativas, entornos, medios y acciones para el cumplimiento de los objetivos (32,33).

La semántica de la palabra estrategia, particularmente "lo estratégico", ha permeado todos los ámbitos y las disciplinas en donde vinculan este concepto con lo fundamental, lo táctico, la organización y la obtención de resultados. El término ha ejercido profunda influencia al momento de diseñar e implementar planes, programas o proyectos institucionales (34,35).

Entonces, ¿qué enfoque usar en el presente informe?

De acuerdo con las recomendaciones de los expertos en la mesa facilitadora y los lineamientos actuales en política pública, se tomaron en consideración los siguientes argumentos:

1. La delimitación del propósito del informe se orientó hacia la generación de diálogos y discusiones necesarios entre las miradas institucionales, expertas y ciudadanas de la salud pública del país para identificar líneas estratégicas, pilares y retos a considerar en los próximos 30 años.

2. Las recomendaciones de los expertos consultados se dirigieron hacia: *"… modificar el lenguaje para no generar tensiones con los tomadores de decisiones del gobierno central. Por ejemplo, no hablar de "líneas estratégicas", sino de líneas de trabajo, desafíos, retos o pilares"*, ya que el ejercicio de este informe no pretende sustituir ni duplicar la formulación de directrices de políticas previas, más bien busca aportar a consolidar una renovada e incluyente mirada sobre la salud pública del país y sus regiones.

3. La definición de reto es: *"Apuesta ambiciosa y alcanzable para evitar afectaciones o en procura de beneficios específicos o transversales para la salud pública en una región; que orienta la acción, implica transformación y no se restringe a la descripción de un problema. Es una co-construcción entre actores comunitarios, transdisciplinares e intersectoriales, por tanto, su resolución no es exclusiva desde el sector de la salud."*

En este informe se habla entonces de **retos estratégicos en salud pública** porque estos suscitan discusiones y abordajes complejos, requieren colaboración y liderazgos entre diferentes actores, y reclaman evidencia científica, participación de la comunidad y perspectivas transdisciplinares e intersectoriales.



Referencias

1. Hernández JA, Palacio GAP. Definición de ejes estratégicos para la creación de un concepto de servicio que oriente los protocolos de servicio al cliente en el hospital San Juan de Dios de Honda. Honda Tolima [Internet]. [Bogotá, D.C.]: Facultad de Ingeniería de la Universidad Piloto de Colombia; 2015. Disponible en: http://polux.unipiloto.edu.co:8080/00002568.pdf
2. Emaya. Definición de ejes, líneas y objetivos estratégicos [Internet]. [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.emaya.es/media/9880/plan-estrate-gico-emaya-2030-esp_v8.pdf
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 [Internet]. 2013 [citado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023. 2367 dic 29, 2023.
5. Pérez-Hernández G, Ehrenberg N, Gómez-Duarte I, Artaza O, Cruz D, Leyns C, et al. Pilares y líneas de acción para los sistemas de salud integrados y centrados en las personas y las comunidades. Revista Panamericana de Salud Pública. 10 de junio de 2022;46:1.
6. Acosta J. Proceso de definición de Líneas Estratégicas [Internet]. 2024. Disponible en: https://joancosta.es/proceso-de-definicion-de-lineas-estrategicas/
7. Gobierno Vasco. Líneas estratégicas del departamento de salud - 2013/2016 [Internet]. [citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.bioef.eus/wp-content/uploads/2016/04/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet.pdf
8. Real Academia Española (RAE). Definición de la palabra pilar [Internet]. [citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: https://dle.rae.es/pilar
9. Sanabria Ramos G. Participación social en el campo de la salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. septiembre de 2004;30(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005
10. Hernández Rincón EH, Acevedo Giedelman P, Ávila Celis P, Sánchez Vergara JF, Quiroga Carrillo M. La salud pública como pilar para la educación de los profesionales de salud en Colombia. Educación Médica Superior [Internet]. marzo de 2020 [citado 25 de septiembre de 2024];34(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21412020000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Coutin Marie G. Utilización de modelos ARIMA para la vigilancia de enfermedades transmisibles. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. junio de 2007;33(2). Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/214/21433212.pdf
12. Espinosa V, de la Torre D, Acuña C, Cadena C. Los recursos humanos en salud según el nuevo modelo de atención en Ecuador. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2017;41(52). Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e52/
13. RAE. «Diccionario esencial de la lengua española». 2020 [citado 15 de marzo de 2024]. Foco | Diccionario de la lengua española (2001). Disponible en: https://www.rae.es/drae2001/foco
14. Patiño PJ, editor. Propuestas y desafíos para la salud y la vida: Una visión desde la Misión. Propuestas del Foco de Ciencias de la Vida y de la Salud. Editorial Universidad de Antioquia. 2020;6:978.
15. Caballero P, Yagui M, Espinoza M, Castilla T, Granados A, Velásquez A, et al. Prioridades regionales y nacionales de investigación en salud, Perú 2010-2014: un proceso con enfoque participativo y descentralista. Rev perú med exp salud publica [Internet]. julio de 2010;27(3). Disponible en: Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000300013&lng=es.
16. Arias-Valencia S, Hernando R, Moreno M, Piñeros M, Bravo M, Hernández G, et al. Prioridades de investigación para el control del cáncer en Colombia Research Priorities for Cancer Control in Colombia. Revista Colombiana de Cancerología. 19 de febrero de 2008;
17. Bioamerica. Acciones de Salud [Internet]. [citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.cpem46.edu.ar/docentes/cuarentena/EDUC.%20PARA%20LA%20SALUD-%203%C2%B0%20ENTREGA.pdf
18. Muñoz F, López Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Publica [Internet]. agosto de 2000;8((1/2)). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700017&lng=pt&nrm=iso
19. Alfaro-Alfaro N. Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. Salud Jalisco [Internet]. abril de 2014;(Año 1 • Número 1). Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf
20. Departamento Administrativo Nacional de Estadisticasta. Glosario de Censo Económico términos [Internet]. [citado 4 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/censo-economico/info-metodologica/CE-glosario-de-terminos.pdf
21. Indeed. Diferencias entre meta y objetivo, con ejemplos [Internet]. [citado 5 de junio de 2024]. Disponible en: https://mx.indeed.com/orientacion-profesional/desarrollo-profesional/meta-objetivo-diferencias-ejemplos
22. Metas ODS en Salud y Equidad: Impacto de la pandemia [Internet]. PAHO TV; 2020 [citado 24 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=9Wh6lxEkXjM
23. Departamento Nacional de Planeación. Principales metas del Plan Nacional de Desarrollo 2023-2026 [Internet]. [citado 1 de marzo de 2024]. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/portalDNP/PND-2023/2023-02-23-METAS.pdf
24. Raimundi MJ, Molina MF, Giménez M, Minichiello M. ¿Qué es un desafío? Estudio cualitativo de su significado subjetivo en adolescentes de Buenos Aires. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2014;12(2):521-34.

25. Naciones Unidas. Los 13 desafíos de la salud mundial en esta década [Internet]. 2024. Disponible en: https://news.un.org/es/story/2020/01/1467872
26. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 15 de marzo de 2024]. Reto | Diccionario de la lengua española. Disponible en: https://dle.rae.es/reto
27. Sáenz M. ORH | Observatorio de Recursos Humanos. 2022 [citado 15 de marzo de 2024]. Diferencias entre el reto y el desafío de diseño en design thinking. Disponible en: https://www.observatoriorh.com/orh-posts/diferencias-entre-el-reto-y-el-desafio-de-diseno-en-design-thinking.html
28. Connectingbrains. El reto de definir un reto. Cómo superar el primer desafío del Design Thinking. [Internet]. Medium. 2021 [citado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: https://connectingbrains.medium.com/el-reto-de-definir-un-reto-70e38f19064d
29. Tolosa-Ardila JE. Reflexiones acerca del desempeño del ministro de Salud de Colombia en el manejo de la pandemia de COVID-19, la salud sexual y reproductiva, y la salud pública. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 30 de diciembre de 2022;73(4):396-407.
30. Parra-Henao G. Reflexiones sobre innovación en salud pública: avances y retos en Colombia. Biomédica. diciembre de 2022;42(4):550-3.
31. Bautista-Gómez MM, Van Niekerk L. A social innovation model for equitable access to quality health services for rural populations: a case from Sumapaz, a rural district of Bogota, Colombia. Int J Equity Health. diciembre de 2022;21(1):23.
32. Castro E. Las estrategias competitivas y su importancia en la buena gestión de las empresas. Revista De Ciencias Económicas [Internet]. 1 de enero de 2010 [citado 15 de marzo de 2024];28(1). Disponible en: https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/7073
33. Puertas EB, Sotelo JM, Ramos G. Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2 de noviembre de 2020;44:1.
34. Contreras Sierra ER. El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica. pensamiento & gestión. diciembre de 2013;(35):152-81.
35. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 15 de marzo de 2024]. Estratégico, ca | Diccionario de la lengua española. Disponible en: https://dle.rae.es/estratégico

3.3 Las regiones en las que se identificaron los retos en salud pública

¿Cómo se dividió el territorio para realizar los diálogos?



Luis Eduardo Olmos-Sánchez, Valery Jiménez, Juan Felipe Cifuentes-Calderón, Diana Santana, Carlos Castañeda-Orjuela

Estudios sobre políticas públicas resaltan la importancia de analizar las disparidades en salud desde una perspectiva regional (1–4). La regionalización del territorio busca reducir la variabilidad interna y acentuar las diferencias entre regiones, con el fin de mejorar la equidad y eficiencia en la prestación de servicios, especialmente en salud y educación (5). Una regionalización bien ejecutada promueve una distribución equitativa de recursos, facilita el diálogo sobre los retos en salud pública y fortalece la coordinación intersectorial (6), lo que resulta clave para enfrentar crisis como epidemias y desastres naturales, y proteger a las poblaciones vulnerables, al asegurar una distribución más eficiente de recursos y una colaboración más efectiva entre actores (7).

La regionalización implementada en este informe del Observatorio Nacional de Salud (ONS) consistió en la conformación de 25 conjuntos de municipios contiguos (a los cuales se identificaría como regiones), con características similares en tres dimensiones: salud, intensidad del conflicto armado, y demografía y economía. Las características que se tuvieron en cuenta fueron: índice de acceso potencial a servicios de salud- IAPSS potencial(8), índice de vulnerabilidad (9), índice de incidencia del conflicto armado - IIC(10), índice de pobreza multidimensional municipal – IPMM(11), proporción de población indígena y proporción de población afrocolombiana (12) (Recuadro 1). Para esta regionalización, se utilizó el algoritmo SKATER(13), y los detalles metodológicos se pueden consultar en la sección de anexos.

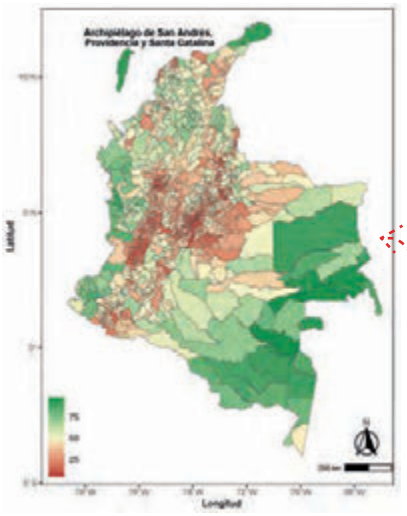
Una vez concluida la regionalización, se procedió a seleccionar y coordinar el municipio más adecuado para el diálogo en cada región. Para esto, se implementó una metodología en dos fases. En la primera, se llevó a cabo un análisis de centralidad *PageRank* (8) sobre la red de movilidad terrestre intrarregional, lo que permitió seleccionar los municipios más relevantes en términos de flujos de personas dentro de cada región como puntos de encuentro potenciales. Este proceso resultó en la identificación de municipios adecuados en 18 de las 25 regiones, en las siete restantes no se contó con información suficiente. En la segunda fase, expertos validaron los resultados o, en su defecto, los ajustaron y propusieron municipios alternativos más adecuados, basándose en su conocimiento de las regiones. Adicionalmente, se completó la selección de municipios de manera manual para las regiones que inicialmente no contaban con un municipio candidato identificado.

El equipo del ONS se desplazó a las regiones para llevar a cabo los diálogos regionales con diferentes actores: autoridades locales, representantes de la comunidad, profesionales de la salud y organizaciones sociales. A través de estos diálogos participativos, se lograron identificar los retos estratégicos en salud pública específicos de cada región, considerando sus características y contextos particulares.

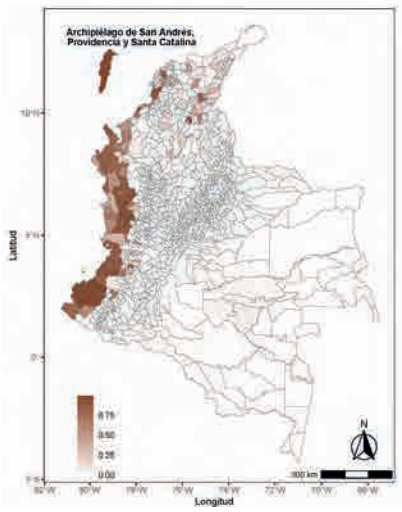


Recuadro 1. Dimensiones e indicadores considerados en la regionalización.

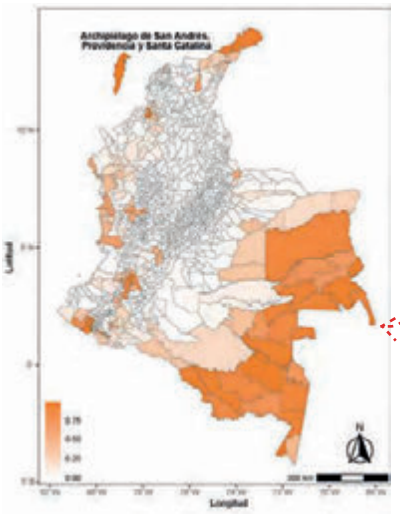
Pobreza multidimensonal (IPM)



Proporción de población afrocolombiana



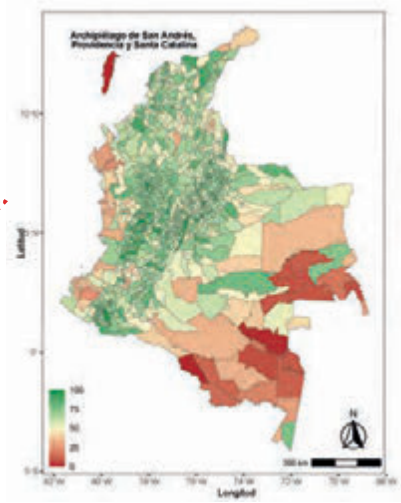
Proporción de población indígena



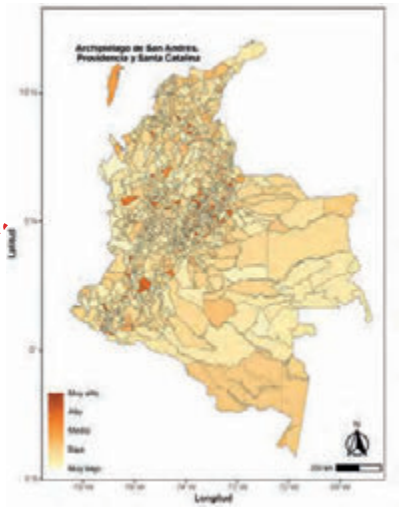
Dimensión	Indicadores
Salud: Evalúa la infraestructura y recursos de salud en la comunidad, identificando áreas con necesidades de mejora.	**Índice de acceso potencial a los servicios de salud (IAPSS) (8):** Mide la accesibilidad y disponibilidad de servicios de salud en un municipio, considerando hospitales, centros de salud, personal médico, servicios de emergencia y programas preventivos. **Índice de vulnerabilidad (9):** Identifica riesgos ante enfermedades, como COVID-19, basado en demografía y comorbilidades. Clasifica la vulnerabilidad en cinco niveles, calculados a nivel municipal mediante un promedio ponderado.
Demografía y economía: Incluye pobreza y diversidad étnica.	**Índice de pobreza multidimensional (IPM) municipal:** Mide las condiciones de vida en cinco dimensiones: educación, niñez, salud, servicios públicos y vivienda (10, 11). Se utilizó la proporción de población indígena y afrocolombiana reportada por el DANE en 2023, ya que estos grupos son representativos a nivel municipal y se encuentran concentrados en zonas geográficas específicas del país (12).
Intensidad del conflicto armado: El conflicto impacta la salud, economía, seguridad alimentaria y aspectos sociales.	**Índice de intensidad del conflicto armado (IIC):** Evalúa el impacto del conflicto en la salud, considerando violencia y formas de financiamiento de la guerra. Es clave para identificar áreas afectadas (9).

Fuente: Elaboración propia del ONS

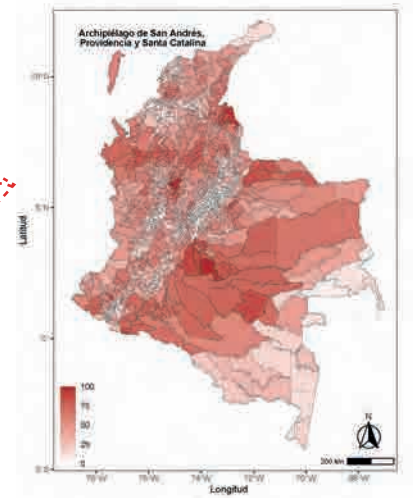
Acceso potencial a servicios de salud (IAPSS)



Vulnerabilidad



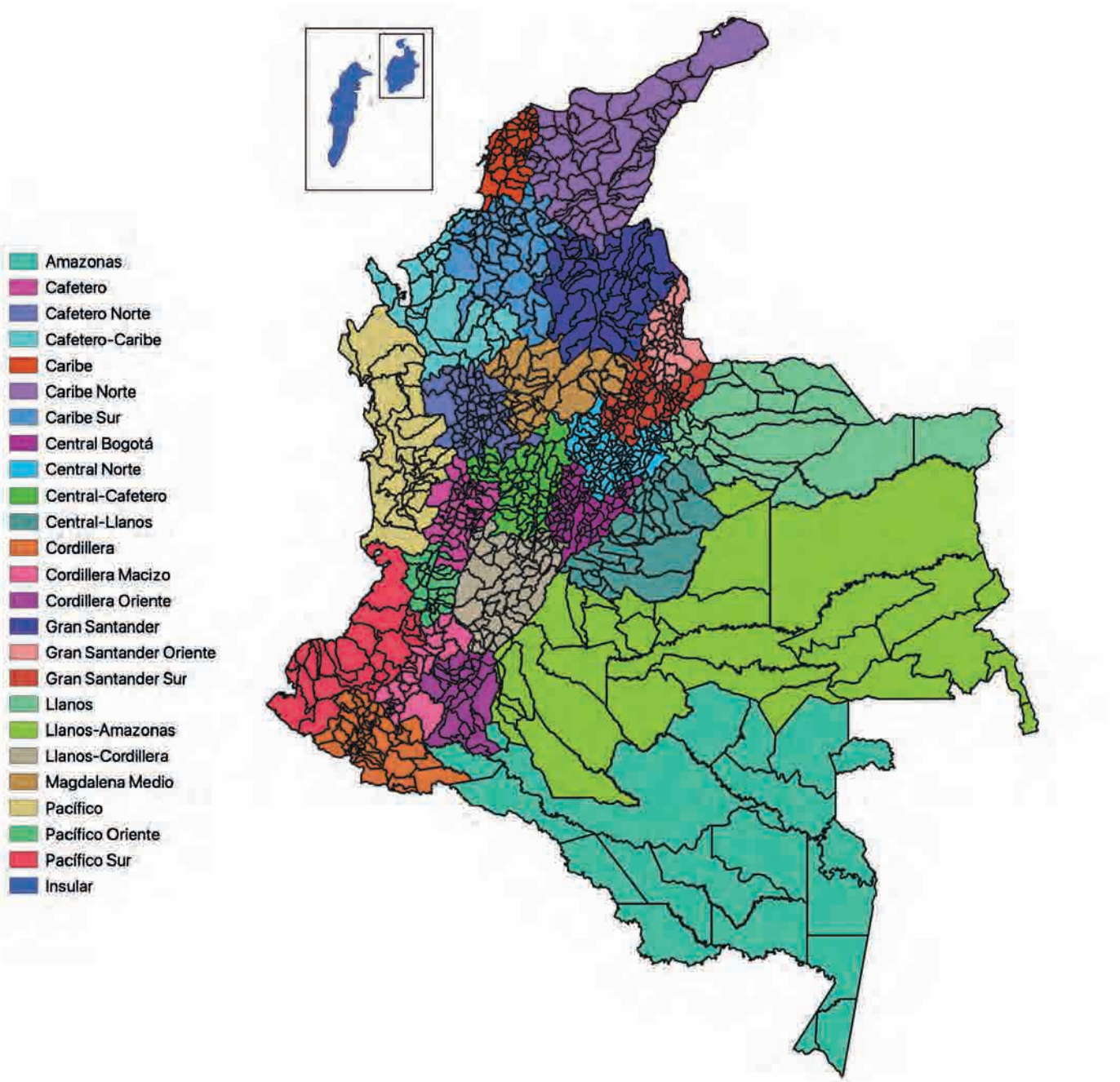
Intensidad del conflicto armado (IIC)



Las 25 regiones de los diálogos

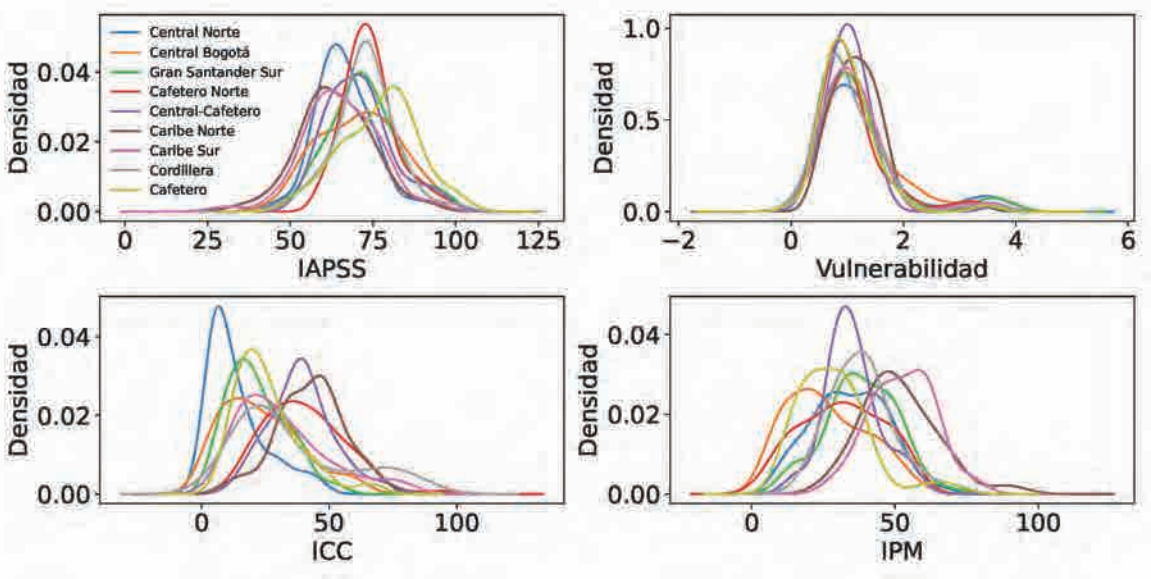
El gráfico 1 muestra la división territorial resultante de este proceso. Además, un mapa interactivo se encuentra disponible en http://url.ins.gov.co/nw8im. Las regiones fueron nombradas según su posición geográfica. Esta clasificación las diferencia según sus características. El gráfico 2 da cuenta de distribución del IAPSS, el índice de vulnerabilidad, el IIC e IPM para las diez regiones con mayor número de municipios. Con excepción de la vulnerabilidad, todos los indicadores se distribuyen diferenciadamente entre regiones. Esto permite discriminar bien unas regiones de otras.

Gráfico 1. Regiones definidas por el ONS para la identificación de retos en salud pública.



Fuente: Elaboración propia del ONS

Gráfico 2. Distribución de los indicadores dentro de las nueve regiones con mayor número de municipios.



Fuente: Elaboración propia del ONS

Las regiones con mayor número de municipios son: Central Norte, Central-Bogotá y Gran Santander Sur, con 108, 74 y 74 municipios, respectivamente. Esto coincide con las áreas de mayor densidad poblacional del país. La tabla 1 presenta los promedios de los indicadores y la cantidad de municipios para cada región. Se observa que las regiones centrales tienen menos necesidades, pero al alejarse del centro del país (Bogotá) los índices empeoran. En Colombia, la identidad étnica suele determinar las necesidades específicas de las diferentes comunidades. Por lo tanto, no es sorprendente que regiones como Amazonas, Llanos-Amazonas y Pacífico aparezcan en el análisis, ya que son zonas con mayor proporción de población étnica, altos índices de pobreza y bajo acceso a la salud. Por el contrario, las regiones centrales como Central-Bogotá y Cafetero Norte, tienen un alto índice de acceso potencial a servicios de salud (70,8 y 74,0), un bajo índice de pobreza (26,26 y 31,61) y un una intermedia-baja intensidad del conflicto armado (23,47 y 40,17).

Tabla 1. Diferenciación de índices y proporción demográfica entre territorios para las 25 regiones.

Región	Número de municipios	IAPSS	Vulnerabilidad	ICC	IPM	% Población NMMA	% Población Indígena	Lugar de encuentro
Amazonas	21	29,8	1,1	34,1	78,7	1%	72%	Leticia
Cafetero	52	77,0	1,0	25,9	28,8	2%	4%	Pereira
Cafetero Norte	73	74,0	1,1	40,2	31,6	2%	1%	Medellín
Cafetero-Caribe	29	59,0	1,0	53,1	56,2	28%	6%	Apartadó
Caribe	44	67,1	1,0	22,9	44,5	21%	4%	Cartagena
Caribe Norte	60	63,6	1,2	42,7	51,4	12%	10%	Valledupar
Caribe Sur	56	65,3	1,1	31,7	52,6	4%	15%	Montería
Central Bogotá	74	70,8	1,2	23,5	26,3	0%	0%	Zipaquirá
Central Norte	108	66,5	1,3	13,7	34,2	0%	0%	Duitama
Central-Cafetero	69	70,8	1,0	39,0	35,1	1%	3%	Ibagué
Central-Llanos	34	67,3	1,2	55,5	30,3	1%	0%	Yopal
Cordillera	54	72,5	1,1	35,4	38,3	1%	23%	Mocoa
Cordillera- Macizo	30	62,7	1,2	39,2	47,6	2%	30%	Popayán
Cordillera- Oriente	30	66,7	1,0	41,9	43,8	1%	2%	Florencia
Gran Santander	49	57,2	1,1	54,8	56,4	6%	0%	Ocaña
Gran Santander- Oriente	37	62,4	1,1	36,7	41,2	0%	0%	Cúcuta
Gran Santander- Sur	74	72,1	1,2	22,0	38,2	0%	1%	San Gil
Llanos	27	59,6	1,1	54,6	50,3	1%	5%	Arauca
Llanos-Amazonas	31	44,6	0,8	58,3	63,8	1%	34%	San José del Guaviare
Llanos-Cordillera	52	66,8	1,1	37,4	37,8	0%	5%	Neiva
Magdalena Medio	36	69,8	1,1	66,0	39,3	1%	0%	Puerto Berrio
Pacífico	28	46,4	0,9	50,3	68,9	75%	24%	Quibdó
Pacífico- Oriente	27	71,2	1,1	33,7	20,5	27%	6%	Cali
Pacífico- Sur	25	50,0	1,0	47,8	60,7	60%	9%	Tumaco
Insular	2	74,1	1,9	4,1	8,5	9%	9%	San Andrés

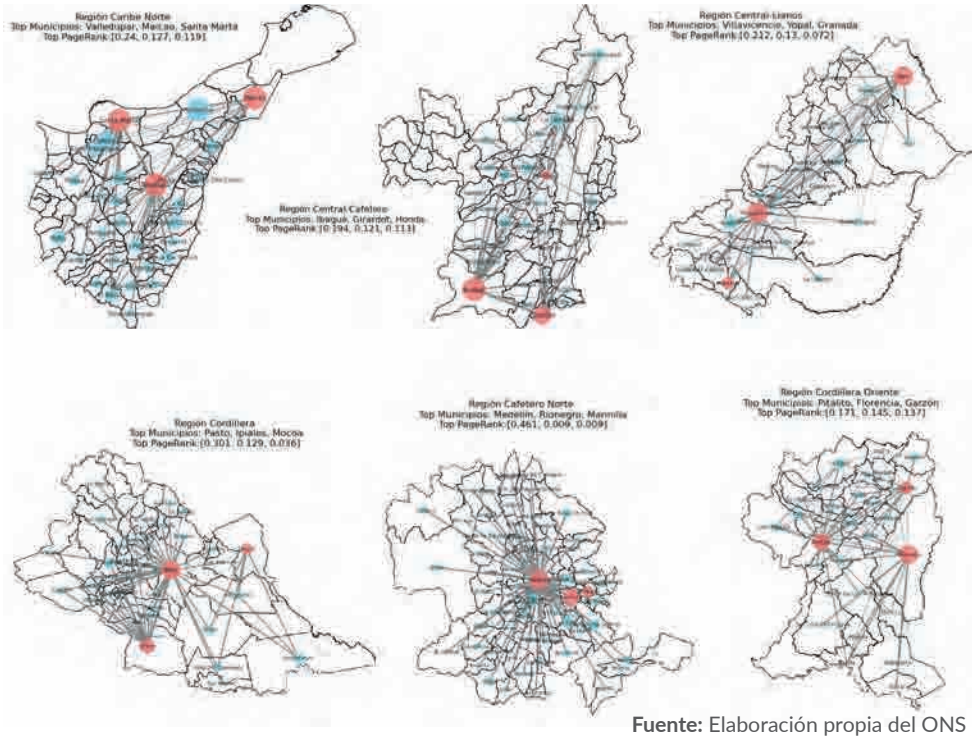
Fuente: Elaboración propia del ONS

Puntos de encuentro para el despliegue de los diálogos: Centralidad

La selección de los municipios centrales para las mesas participativas se hizo eligiendo los más accesibles en cuanto a trayecto y logística, para facilitar la participación de representantes de diversas regiones. Identificar estos municipios, más accesibles, requirió la construcción de la red de movilidad intrarregional a partir de los datos de operación y despacho de vehículos de transporte terrestre habilitados por el Ministerio de Transporte (13). Esta base corresponde a los datos de movilidad de pasajeros y despachos de vehículos desde las terminales terrestres de pasajeros del país, los detalles metodológicos se describen en el anexo.

El gráfico 3 presenta los resultados para seis regiones diferentes. Los municipios se representan como nodos y los enlaces indican el flujo total de pasajeros, con el grosor proporcional a este valor. El tamaño de los nodos refleja la población de cada municipio. Además, los tres municipios con mayor centralidad de *PageRank* se destacan en color rojo y su valor se muestra en el gráfico. La selección del municipio para realizar los diálogos participativos consistió en encontrar aquellos con buena centralidad y que fueran cercanos a los demás municipios. En el gráfico 3, se destacan Valledupar, Ibagué y Medellín por su centralidad. Para la región Cordillera-Oriente, aunque Pitalito era una opción válida, se eligió a Florencia por su rol como capital y su relevancia administrativa. Lo mismo ocurre con la región Central-Llanos, donde se seleccionó a Yopal en lugar de Villavicencio. Este proceso se aplicó a 18 de las 25 regiones. En las siete restantes, debido a la falta de datos suficientes, se realizó manualmente con la ayuda de expertos. La última columna de la tabla 1 corresponde a los municipios seleccionados en cada región después de la validación por expertos.

Gráfico 3. Redes de movilidad de transporte terrestre para seis regiones.



Fuente: Elaboración propia del ONS

Comparación con otras regionalizaciones

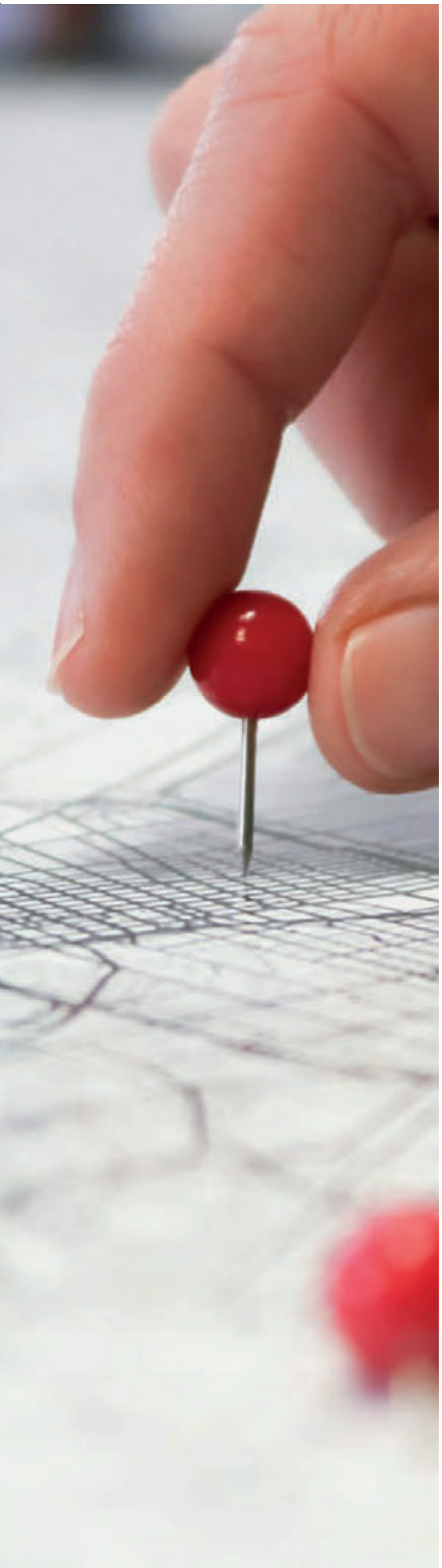
En Colombia, los ejercicios de regionalización o territorialización han sido esenciales para la planificación, gestión del desarrollo y la organización político-administrativa del país. Recientemente, con el fin de promover la descentralización del Estado, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) creó las Regiones Administrativas y de Planificación (RAP) (14). Estas regiones, que agrupan varios departamentos, como la RAP Caribe, RAP Pacífico y RAP Eje Cafetero, buscan fomentar el crecimiento económico, social y ambiental a través de una planificación más eficaz y una mayor autonomía regional en la toma de decisiones estratégicas.

Con un objetivo similar, pero bajo el parámetro de priorizar zonas del país más afectadas por el conflicto armado interno, el Acuerdo Final de Paz entre el gobierno colombiano y las FARC-EP creó en 2017 los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) (15). Estos constituyen 16 subregiones en el país. Para investigar los patrones de violencia en 50 años de conflicto armado interno, la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No repetición (CEV) dividió el país en nueve macroregiones (16). En un ejercicio muy cercano al de este informe, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2023-2026 “Colombia potencia mundial de la vida”, propuso un modelo de territorialización del sistema de salud para los colombianos. El objetivo era rediseñar la organización de los servicios de salud que asegure el acceso a los servicios de salud y de cuidado de la población de manera universal, en condiciones de calidad, equidad y de eficiencia en el uso de recursos. El MSPS generó 10 regiones funcionales divididas, a su vez, en 112 subregiones a partir de variables socioeconómicas, divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de capacidades territoriales y los criterios usados para los territorios PDET.

La regionalización de un país depende de los objetivos que se busquen y, por consiguiente, de las características consideradas para llevarla a cabo. No obstante, las barreras geográficas, como montañas, ríos, desiertos, y selvas, influyen notablemente en el desarrollo de las regiones, impactando aspectos económicos, sociales y políticos. Esto permite identificar ciertos patrones en las regionalizaciones mencionadas previamente y la presentada en este informe. Se observa que las regiones naturales como Amazonía, la Orinoquía, el Pacífico y el Caribe aparecen en casi todos los ejercicios de regionalización. Sin embargo, los Andes, la región más grande y poblada, genera las principales diferencias. En la regionalización realizada por el ONS, la proporción de población indígena y afrocolombiana explica la subdivisión en Pacífico Norte, Pacífico Sur, Amazonas, Llano Amazonas y Caribe Norte.

Las barreras geográficas también influyen en la accesibilidad, la infraestructura y el desarrollo económico de la región. Por esta razón, el análisis de movilidad mostró una centralidad clara y evidente. Este estudio identifica regiones metropolitanas alrededor de grandes ciudades: Cafetero Norte (Medellín), Central Bogotá (Bogotá), Pacífico Oriente (Cali). De manera similar, se formaron regiones metropolitanas en torno a ciudades medianas muy cercanas, como Cafetero (Pereira-Armenia), Cordillera-Oriente (Florencia-Pitalito), Caribe-Norte (Riohacha, Santa Marta, Valledupar) y Cordillera (Pasto- Mocoa).





Conclusiones

La regionalización del territorio colombiano llevada a cabo por el ONS ha sido fundamental para abordar las disparidades regionales en salud pública y considerarlas al implementar los diálogos en este ámbito. La creación de 25 regiones homogéneas, utilizando el algoritmo SKATER, permitió una agrupación óptima de municipios en función de sus características de salud, intensidad del conflicto armado, y demografía y economía. El análisis de centralidad *PageRank* fue clave para identificar los municipios estratégicos en términos de flujos de personas, lo que facilitó la selección de puntos de encuentro representativos y accesibles para los diálogos regionales. Esto aseguró una mayor inclusión de las voces locales en la identificación de retos y necesidades en salud pública.

Al integrar las dimensiones de salud, intensidad del conflicto armado, demografía y economía, se logró una evaluación integral de los determinantes sociales de la salud en cada región. Los diálogos con actores locales validaron esta metodología, aportando una comprensión cualitativa de los desafíos específicos en cada región. Sin embargo, después de realizar los diálogos, se observa una limitación de este trabajo por la ausencia de variables relacionadas con cambio climático, envejecimiento de la población y migraciones internas y externas.

Este ejercicio de regionalización proporciona una herramienta valiosa para la planificación y gestión de la salud pública, pues promueve un sistema de salud más equitativo y resiliente. Es crucial continuar fortaleciendo la colaboración intersectorial y la participación comunitaria para mejorar los resultados sanitarios a nivel regional.

Referencias

1. Wang F. Why public health needs GIS: a methodological overview. Ann GIS. 2 de enero de 2020;26(1):1-12.
2. Ramos MC, Barreto JOM, Shimizu HE, Moraes APG de, Silva EN da. Regionalization for health improvement: A systematic review. PLOS ONE. 22 de diciembre de 2020;15(12):e0244078.
3. Krzyzanowski B, Manson S. Regionalization with Self-Organizing Maps for Sharing Higher Resolution Protected Health Information. Ann Am Assoc Geogr. 3 de octubre de 2022;112(7):1866-89.
4. Guo D, Wang H. Automatic Region Building for Spatial Analysis. Trans GIS. 2011;15(s1):29-45.
5. Farinella D, Saitta P, Signorino GM. The Regionalization of the Public Health System and New Governance Models for Healthcare: The Stroke Network Case in Italy. World Med Health Policy. junio de 2011;3(2):1-23.
6. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal [Internet]. [citado 16 de abril de 2024]. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/85763
7. WHO. Integrating health in urban and territorial planning: a sourcebook [Internet]. [citado 16 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240003170
8. PageRank. En: Wikipedia [Internet]. 2024 [citado 14 de agosto de 2024]. Disponible en: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=PageRank&oldid=1230496656
9. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia [Internet]. Bogotá D.C.; 2017 p. 340. Report No.: 9. Disponible en: https://www.ins.gov.co/http://boa-frontend1:20001/Direcciones/ONS/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=AVMXRNAJRR5T-1231137032-30
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Pobreza multidimensional en Colombia [Internet]. Bogotá D.C.: DANE; 2023 may p. 22. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2022/bol-pobreza-multidimensional-2022.pdf
11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de población. 2018 [citado 23 de julio de 2024]. Proyecciones de población municipal por área y Pertenencia Étnico-Racial 2018-2035. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion
13. Superintendencia de Transporte. Operación de pasajeros y despacho de vehículos en la modalidad de transporte de pasajeros por carretera [Internet]. [citado 11 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.datos.gov.co/Transporte/Operaci-n-de-pasajeros-y-despacho-de-veh-culos-en-/eh75-8ah6/about_data
14. Departamento Nacional de Planeación. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=96110
15. Agencia de Renovación del Territorio. 2024. Disponible en: https://centralpdet.renovacionterritorio.gov.co/conoce-los-pdet/
16. Comisión de la Verdad. 2024. Disponible en: https://web.comisiondelaverdad.co/

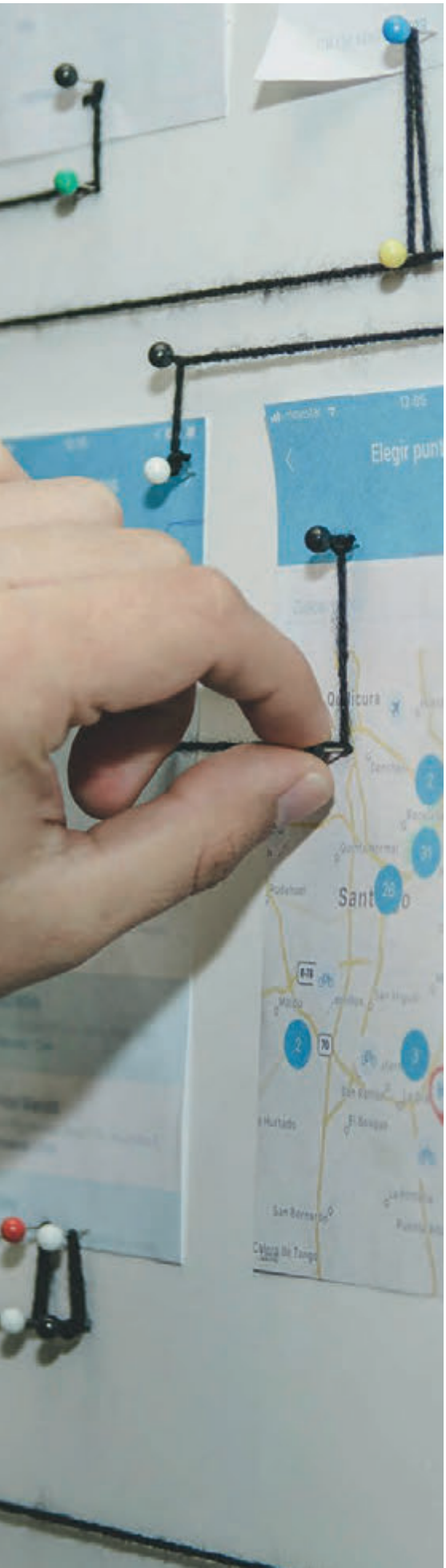


3.4 ¿Cómo se seleccionaron los actores que participarían en los *diálogos regionales en Salud Pública?*

Diana Santana-Rodríguez, Luz Stella Cantor-Poveda, Esteban Jerez Díaz

El mapeo de actores es una técnica que se inscribe en diferentes ejercicios de investigación social y en el análisis de política pública, que permite conocer los intereses, percepciones y motivaciones de actores frente a un tema o problemática social. El mapeo de actores permite llegar a consensos, planear estrategias, intervenir situaciones complejas y orientar la toma de decisiones (1,2). El objetivo general de este mapeo fue identificar, caracterizar y seleccionar los actores que participarían en las discusiones sobre los retos estratégicos en salud pública organizadas por el Observatorio Nacional de la Salud (ONS), a nivel nacional y desde una mirada territorial. Conversaciones que aportarían a la generación de alternativas en política pública y gestión del conocimiento que orienten la toma de decisiones en salud pública.

Desde esta perspectiva, un actor se entiende como una persona natural, jurídica o asociación que tiene la posibilidad de identificar retos y características de su territorio que afectan la salud pública, al tener incidencia en los determinantes sociales de la salud (DSS), con interés declarado o concebible en asuntos de política pública en salud (3,4) y con relevancia a escala nacional o local (5–7). Un mapeo de actores tiene diferentes alcances e inicia siempre con la identificación y caracterización de actores, donde se reconocen y se cualifican, a través de diferentes variables, aquellos que tienen algún tipo de relación con el tema o la problemática de investigación (8–10). Algunos ejercicios tienen un alcance mayor en dónde se plantean escenarios sociales (juegos o arenas) en el que los actores interactúan entre sí, generando relaciones de influencia, poder, confianza o coaliciones que



resultan determinantes en la construcción, evaluación o ejecución de un programa, política o investigación (8,11).

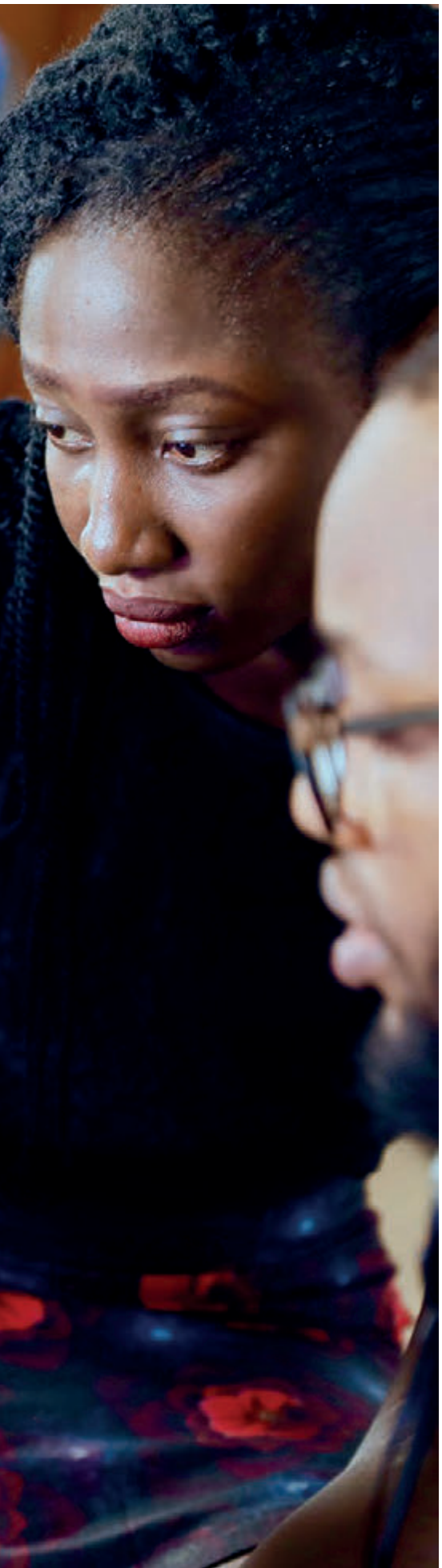
Como técnica de investigación, el mapeo de actores presenta correspondencias con enfoques de análisis que orientan el interés y su alcance. En los enfoques pluralistas, se tienen en cuenta la presencia de actores diferentes a los estatales u oficiales. Se identifican actores y luego se caracterizan a la luz de variables como la de influencia, confianza e interés. Bajo enfoques institucionalistas se identifican y caracterizan actores y, además, se hace un estudio de variables exógenas que permiten identificar las interacciones entre ellos y las reglas que estos construyen como parte del desarrollo de una política pública (8). Los enfoques interpretativitos llaman la atención sobre una experiencia colectiva en políticas al dar importancia a los contextos, los saberes locales y los argumentos de la ciudadanía. Desde allí, se plantean análisis deliberativos o aproximaciones antropológicas que traen al análisis de la política pública la voz de los "beneficiarios" de esta (12,13).

El presente ejercicio de mapeo e identificación de actores se inscribió en los enfoques de análisis que quieren reconocer actores que representen la voz de la ciudadanía, la población y los movimientos sociales. Por tal razón, no se centró exclusivamente en actores institucionales, autoridades o expertos académicos. En coherencia con los objetivos del Informe, este mapeo asumió el enfoque diferencial, que parte del reconocimiento de la diversidad de los grupos poblacionales (étnicos, víctimas del conflicto armado, LGBTIQ+, mujeres, poblaciones rurales, migrantes y grupos etarios), sus experiencias y vivencias (14). Por otro lado, incluye el enfoque territorial que permite comprender las particularidades y problemas sociales, políticos, económicos, ambientales y de salud en relación con la situación geográfica y las relaciones que establecen los actores que habitan un territorio (15,16).

Se presenta a continuación las dos etapas de la metodología en sendas secciones. En la primera, la identificación de actores, se señalan las variables de caracterización e inclusión de actores en el mapeo. En la segunda, selección de actores, se definen los criterios de escogencia de los actores que participarían en los encuentros. Finalmente, una tercera sección, de consideraciones adicionales, presenta algunas particularidades que tuvo en cuenta el equipo para el contacto y diálogo con los actores identificados, caracterizados y seleccionados.

1. Enfoque metodológico

La metodología utilizada es el mapeo de actores se desarrolló en dos etapas: identificación y selección de los actores. En la identificación de actores se buscó reconocer personas, grupos o instituciones que se pudieran constituir como actores relevantes para la definición de retos estratégicos en salud pública. Se tuvieron en cuenta diferentes búsquedas como revisión documental, consulta en páginas web, conversaciones y mesas de trabajo con expertos académicos. Una vez identificados los actores, se caracterizaron por variables que permitieron definir su rol en coherencia con los objetivos y enfoques del Informe. Posteriormente, la selección se



hizo por medio de la aplicación de criterios que priorizaron aquellos actores que resultaron más relevantes para participar en los diálogos: actores de la sociedad civil, rol en la política pública de salud y su representación territorial.

Algunas limitaciones del ejercicio estuvieron concentradas en la información de contacto y la convocatoria de actores. La información que aparece en internet de algunos actores de la sociedad civil o comunitarios está desactualizada frente a sus teléfonos o persona de contacto, esto se debe a que hay cambios de líderes o de direcciones. Una forma de resolver esta limitación fue acceder a sus redes sociales (Facebook o Instagram) y solicitar, por mensajes directos, la información actualizada. Esto permitió contar con información suficiente para la convocatoria. En otros casos, los actores no podían participar, por lo que se convocó a aquellos que seguían en los puntajes de ponderación. Por estas situaciones, desde la metodología, se plantearon diferentes opciones de identificación, caracterización y selección, de tal forma que se cumplieran con esos mínimos requeridos de representatividad por sector o población.

Etapa 1. Identificación de actores

Corresponde a un proceso de ubicación de actores (personas, grupos de personas e instituciones a nivel internacional, nacional, regional, departamental y municipal) que harían parte de los diálogos participativos del Informe. Esta etapa se divide en tres momentos: búsqueda, caracterización y la consolidación de actores.

Búsqueda

En todas las experiencias de mapeo de actores consultadas, se encontró que la primera etapa correspondía a la identificación de actores, que consistía en diferentes formas de búsqueda a través de contactos estratégicos, la WEB o la revisión documental. Para este informe, se consideraron dos formas de búsqueda de los actores.

Primera, consultas documentales y páginas web del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), entidades territoriales, observatorios, universidades, asociaciones, organizaciones sociales organizaciones no gubernamentales (ONG) y bases de datos. Así, se diseñó una base de datos en Excel para las 25 regiones y una adicional nacional, donde se consignaron los datos de cada actor a partir de las variables de caracterización. Cada investigador se encargó de consultar de entre seis y siete regiones, las páginas de internet de entidades públicas: gobernaciones departamentales y alcaldías, y las entidades regionales del sector salud: hospitales públicos, IPS, EPS, asociaciones científicas o de pacientes y universidades departamentales con grupos de investigación o programas de salud pública. Como esta estrategia se centraba en la identificación de actores institucionales y expertos, se refinó la búsqueda para llegar a actores de la sociedad civil y comunitaria. Esto conllevó a la consulta en buscadores con palabras clave: asociaciones, comités, consejos, redes, entre otros. A esto, se sumó el nombre de algunos municipios o de poblaciones diferenciales, por ejemplo, Asociación de Mujeres Campesinas de Zipaquirá. De tal forma

que la búsqueda de actores de la sociedad civil llevó a páginas o perfiles en redes sociales que permitió identificar y caracterizar este tipo de actores.
Una segunda estrategia consistió en consultas con expertos temáticos externos, académicos de algunas universidades y grupos de investigación, y contactos estratégicos como otras direcciones del Instituto Nacional de Salud (INS).

Caracterización de actores

Se realizó en paralelo a la búsqueda. Este es un proceso de aproximación y organización a partir de ciertas variables que permiten identificar cualidades descriptivas de cada actor, coincidencias, pertenencia a otras instituciones y lugares en un campo específico en relación con otros actores y el territorio. Esta caracterización permitió tener información sobre los criterios necesarios para seleccionar los actores que podrían participar en los diálogos regionales (4). Las variables a tener en cuenta incluyeron nombre del actor, naturaleza: pública, privada o mixta, pertenencia: si está adscrito a otra entidad u organización, vinculación: permite conocer el nombre de la entidad y organización a la que pertenece, en caso de que la anterior respuesta haya sido afirmativa, misión o actividades: qué hace el actor, misión u objetivos, tipo de entidad: el actor es una entidad del gobierno nacional o territorial, un centro de pensamiento o académico, una entidad no gubernamental, una organización de la sociedad civil, una organización internacional o un prestador de servicios en salud, área de desempeño: campo institucional o temático al que pertenece el actor, articulación: para saber si el actor tiene trabajo o no con poblaciones diferenciales u organizaciones de la sociedad civil; poblaciones diferenciales: identifica si el actor pertenece o trabaja con poblaciones diferenciales, territorialidad: si trabaja en nivel del municipio, departamento o nación. Bajo esta variable, la regionalización se diligenció con el nombre de la entidad territorial en la que trabaja el actor y el contacto con datos que sirvieran para su posterior convocatoria. Se incluyó página web, nombre de contacto y rol de este, correo y teléfono.

Consolidación de la identificación de los actores

La información de identificación de los actores se registró en una base de datos para cada una de las 25 regiones establecidas. Esto permitió diferenciar si las organizaciones, entidades, instituciones o grupos que se encontraban, constituían o no un actor relevante para el mapeo, los diálogos y el informe y sobre los que se aplicaran los criterios de selección.

Etapa 2. Selección de actores

De los actores identificados y consolidados en la base de datos de caracterización, se seleccionaron quienes participarían en los diálogos con criterios definidos, acorde a los intereses y perspectivas del desarrollo del Informe. La selección de actores asumió los enfoques territorial y diferencial, así que la selección respondió al cumplimiento de criterios que permitieran identificar qué actores son relevantes para participar en los diálogos y, por otro, a la intención de representatividad y pluralidad para la conformación de las mesas de diálogo.



Criterios para la selección de actores

A partir de las variables de la caracterización se definió una ponderación basada en tres componentes a los que se les asignó un puntaje que responde a los enfoques e intereses del propósito del Informe. Al final se calculó un resultado por actor que permitió establecer su relevancia en la participación de los diálogos regionales (Tabla 1). El primer componente priorizó a las organizaciones de la sociedad civil y comunitarias. El segundo evaluó diferentes actividades que ejecutan los actores dentro de la política pública de la salud pública y permitió identificar actores institucionales o académicos. El tercer componente valoró las dimensiones diferenciales de los actores.

Tabla 1. Criterios y ponderación para la selección de actores a participar en los diálogos en salud pública

Componente	Nombre del criterio	Actor
Componente 1: Sociedad civil (35%)	Organizaciones de la sociedad civil u organizaciones comunitarias	Sí
Componente 2: Política pública de salud pública (30%)	Diseño e implementación	Sí
	Gestión del conocimiento	Sí
	Seguimiento y evaluación	Sí
	Toma de decisiones	Sí
Componente 3: Territorial y representación (35%)	Grupos poblacionales y características regionales	Sí

Fuente: Elaboración propia del ONS

Representatividad y pluralidad

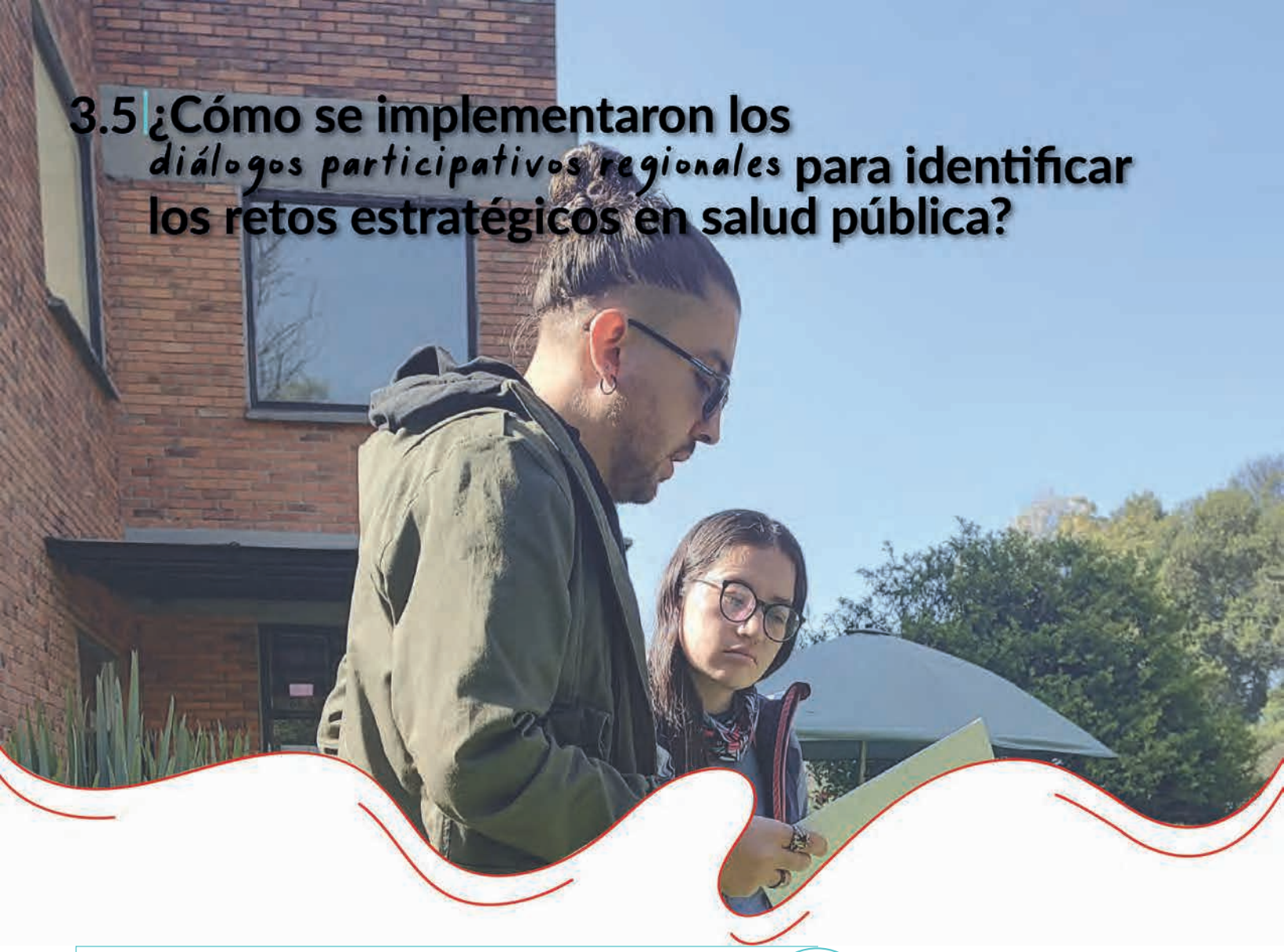
Los criterios para la selección de actores permitieron identificar aquellos con mayor relevancia para la participación en los diálogos. Las mesas fueron planeadas para trabajar con un máximo de 20 participantes, sin embargo, hubo mesas que contaron con más o menos actores. La selección de actores dio prioridad a aquellos que permitieran conocer los contextos, saberes y experiencias de la ciudadanía. Para ello, se establecieron cuotas de participación de forma que en la mesa se manifestara esa pluralidad, incluyendo la consideración del tipo de entidad descrita en la caracterización.

Los porcentajes considerados en la composición de cada espacio de diálogo, según el tipo de actor, fueron: 50% de representantes de organizaciones de la sociedad civil u organizaciones de base comunitaria, 10% de entidades de la administración territorial, 10% de centros de pensamiento o académicos, 10% del sector salud, y 10% privados u organismos de cooperación internacional. Posterior al ejercicio de identificación y selección, se enviaron cartas, correos de invitación y se contactaron directamente vía redes sociales, WhatsApp y llamadas.

Referencias

1. Cuba, Dora. Mapeo de actores sociales: VIH y violencia contra las mujeres en Honduras. Organización de Estados Americanos; 2010 p. 46.
2. Figari M, Pereira D. Mapeo de actores: herramienta para la acción: la experiencia de la Mesa de Desarrollo Rural de Tacuarembó. Agrociencia [Internet]. 17 de julio de 2020 [citado 3 de enero de 2024];24(NE1). Disponible en: https://agrocienciauruguay.uy/index.php/agrociencia/article/view/349
3. Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC). Formación de formadores y formadoras. Módulo 4 [Internet]. Bogotá; 2023 [citado 28 de febrero de 2023]. (Presentación de la Escuela Intercultural - Geografía para la vida - Catastro Multipropósito; vol. 4). Disponible en: https://escuelaintercultural.igac.gov.co/modulos/modulo4/#page=4
4. Observatorio Nacional de Salud. Conformación de redes ONS [Internet]. 2023. Disponible en: https://intranet.ins.gov.co/sig/SIG/INT-R05.7020-001.pdf
5. Rojas Rojas SE, Rincón Meléndez ML. Mapeo de actores como metodología innovadora en la implementación de la política de ética de la investigación, bioética e integridad científica. OPE. 16 de junio de 2021;(29):117-38.
6. Corcho Mejía C. Proyecto de ley por el cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/proyecto-ley-reforma-salud-msps.pdf
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023. Anexo técnico para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf
8. Silva, Santiago. Identificando a los protagonistas: el mapeo de actores como herramienta para el diseño y análisis de políticas públicas. Gobernar: The journal of Latin American public policy and governance. 2017;1(1):20.
9. Climate Focus, Fundación Natura, RED Caquetá Paz, CINDAP. Mapeo de actores e iniciativas. Amazonía colombiana. 2016.
10. Bonilla-Calle, Daniel. Caracterización de actores en la minería del oro en Buriticá y el Bajo Cauca antioqueño. Revista Científica General José María Cordoba. 21(41):201-21.
11. Gartner J, Wagner I. Mapping actors and agendas: Political Frameworks of Systems Desing and Participation. Human-Computer Interaction [Internet]. 1996;11(187-214). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/216318351_Mapping_Actors_and_Agendas_Political_Frameworks_of_Systems_Design_and_Participation
12. Roth Deubel AN. Políticas públicas. formulación, implementación y evaluación. 11.a ed. Bogotá, Colombia: Aurora; 2015. 292 p.
13. Shore C. La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la «formulación» de las políticas. Antípoda. 2010;(10):21-49.
14. Secretaría Distrital de Planeación. Guía para la formulación e implementación de políticas públicas en el Distrito Capital. Versión 3. [Internet]. Bogotá: Secretaría Distrital de Planeación; 2023 p. 66. Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/guia_pp_v3_21122023_0.pdf
15. Centro Nacional de Memoria Histórica. Memoria histórica en el ámbito territorial: orientaciones para autoridades territoriales. [Internet]. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica; 2014. Disponible en: https://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2015/autoridadesTerritoriales/memoria-historica-ambito-local-orientaciones-autoridades-territoriales.pdf
16. Fernández, Juan, Fernández, María, Soloaga, Isidro. Enfoque territorial y análisis dinámico de la ruralidad: alcances y límites para el diseño de políticas de desarrollo rural innovadoras en América Latina y el Caribe. Ciudad de México: CEPAL; 2019 p. 60. (Documentos de Proyectos).

3.5 ¿Cómo se implementaron los *diálogos participativos regionales* para identificar los retos estratégicos en salud pública?



Daisy Mariana Moreno-Martínez, Diego Humberto Moreno López,
María Camila Pinzón Segura, Andrea García-Salazar, Karol Cotes Cantillo,
Carlos Castañeda-Orjuela

Los diálogos participativos regionales se realizaron buscando una comprensión de los retos específicos en salud pública de cada región, que contribuyan a generar propuestas de acción pertinentes y aplicables a los contextos locales. El enfoque metodológico implementado surgió de un proceso de diálogo, reflexión y consenso entre los miembros del equipo del Observatorio Nacional de Salud (ONS). Así, se establecieron los componentes esenciales, las preguntas orientadoras y los acuerdos necesarios para lograr que los diálogos cumplieran con los objetivos y expectativas planteadas.

Estos diálogos buscaron generar espacios de encuentro, escucha y reflexión entre una diversidad de actores de los territorios, encaminados a deliberar sobre desafíos y alternativas de solución y contribuir con el fomento de la participación social en salud. De esta manera, se obtuvo un conjunto robusto de información sobre retos y recomendaciones que reflejan las necesidades, aspiraciones y sentires de las distintas regiones del país. Los resultados se convierten entonces en conocimiento que puede contribuir de manera significativa a la formulación de políticas públicas más inclusivas.



Fundamentos teóricos de los diálogos participativos

La metodología combinó técnicas cualitativas orientadas a fomentar la participación y la coconstrucción de conocimiento en torno a los retos estratégicos en salud pública. Este enfoque se fundamentó en una integración epistemológica que combinó los principios de la epistemología emocional (1), la investigación acción participativa (IAP) (2) y el construccionismo social (3). Al aplicar cada uno de estos principios, se desembocó en técnicas enfocadas en el lenguaje, las emociones y las experiencias en la construcción del conocimiento, alineadas hacia la creación de un marco robusto para la coconstrucción de soluciones en salud pública. Las técnicas implementadas fueron:

Narrativas creativas. Se usó para la obtención de información sobre el concepto de salud pública en los participantes. Esta técnica está fundamentada en la epistemología emocional (1,4), permitió a los participantes expresar sus experiencias y desafíos a través de formas artísticas y narrativas personales. Esto facilitó la expresión de emociones, y reconocer su papel crucial en la construcción del conocimiento. De esta forma, se avanzó hacia la comprensión de los problemas desde una mirada empática que facilitó la conexión entre los participantes.

Mapeo de problemas. Inspirado en la IAP y denominado acá como reto de estudio, permitió abrir la discusión a la identificación de retos y estrategias implementadas en distintos territorios. Esta metodología participativa parte del principio de que el conocimiento debe construirse en conjunto con las comunidades involucradas. Es un enfoque que privilegia la importancia del "conocimiento vivencial" como una forma de saber que surge de la experiencia directa y la práctica cotidiana de las personas (2).

Equipos reflexivos. Esta facilitó "conversaciones sobre las conversaciones" y promovió el intercambio dinámico de ideas y perspectivas (5,6). Dicha técnica busca la inclusión de múltiples voces y la reflexión grupal, promoviendo nuevas comprensiones y posibles soluciones, desde el reconocimiento de realidades cocreadas mediante experiencias compartidas y significados negociados. Permitió que las diversas perspectivas de los participantes se integraran en un entendimiento colectivo y situado de los problemas de salud pública (3).

La metodología participativa implementada en este informe buscó construir conocimiento con actores clave de cada región, pues retoma las bases de la IAP, que apuestan por un conocimiento construido en conjunto con las comunidades involucradas, destacando la importancia del factor "vivencial" como una forma de conocimiento que surge de la experiencia directa y la práctica cotidiana de las personas (2). Este enfoque promueve una relación horizontal y colaborativa, y captura las complejidades de la vida social que a menudo se pierden en metodologías más distantes y objetivistas (7). Además, promueve la agencia y autonomía en las comunidades al reconocer y valorar el saber local, y fomentar la autorreflexión y la acción colectiva (8). Los participantes contribuyen así, desde sus diversas experiencias,



a la generación de una ecología de saberes a partir de comentarios, observaciones y propuestas desde una perspectiva integral e inclusiva (9).

Las mesas de diálogo participativo

Las mesas se estructuraron en sesiones únicas de cuatro horas, en las que cada equipo de trabajo, previa capacitación teórico-práctica y realización de prueba piloto, implementó las tres técnicas seleccionadas. Se definieron roles específicos a los participantes y algunos momentos para su aplicación en cada uno de los encuentros.

Prueba piloto

Se realizó un ejercicio preparatorio en la región Central-Bogotá para poner a prueba la metodología, que permitió realizar algunos ajustes. El equipo técnico del ONS se capacitó en las técnicas, según los roles asignados. Se crearon guías y guiones para cada momento de la mesa, de tal manera que se garantizara cierta estandarización en el proceso de diálogo y captura de información.

Roles de los participantes de las mesas

Se consideraron como participantes a todas las personas que asistieron a los encuentros territoriales. Se partió de los principios rectores de la investigación, en donde el sujeto de investigación no es objeto de observación, sino un agente de cambio, y donde el investigador no es el único detentor de poder-saber, sino un sujeto que se involucra en el proceso de conocer la realidad y coconstruir conocimiento. Se identificaron tres tipos de saberes: experiencial, basado en las vivencias cotidianas de los participantes; tecnocrático, relacionado con conocimientos técnicos y especializados; y, experto, fundamentado en la investigación académica y la reflexión teórica. Estos saberes no se limitaron a un solo grupo de participantes (9).

El equipo de trabajo del ONS presente en la mesa estaba compuesto por: facilitador, observador y analista. Ocasionalmente, un miembro del equipo de edición y comunicaciones del ONS participó con la función de identificar elementos clave emergentes durante los ejercicios metodológicos y para apoyar en la creación de memorias del encuentro. En cada diálogo participativo realizado, el facilitador garantizó un entorno seguro y aplicó la metodología según las necesidades del grupo, el observador recolectó los datos cualitativos mediante técnicas de observación etnográfica, documentando descripciones generales e interpretaciones de diferentes saberes, y asegurando la calidad de los registros audiovisuales, mientras que el analista sintetizó narrativas, en tiempo real, y lideró la retroalimentación participativa para coordinar las posteriores reuniones de análisis. Por su parte, el público se entendió, en congruencia con los fundamentos teóricos, vinculado a dos tipos diferenciales de saberes: el tecnocrático y el experiencial y correspondían alrededor de 20 participantes.

Momentos de los diálogos participativos

Cada diálogo se llevó a cabo en tres momentos. Una introducción en la que se presentaban los asistentes, se realizaba el consentimiento informado y la caracterización. El segundo, el momento central, en el que se realiza la coconstrucción de conocimiento con las tres técnicas cualitativas seleccionadas. Y finalmente, un momento de cierre en el que se presentan los principales resultados para obtener retroalimentación en tiempo real (Gráfico 1):

Gráfico 1. Organización general de las fases del diálogo participativo regional



Fuente: Elaboración propia del ONS

Primer momento: preparación para el diálogo

Se realizó la presentación y encuadre principal del encuentro, buscando reconocer a los actores participantes, incluido a los miembros del equipo de trabajo del ONS. Se presentó el consentimiento informado y se procedió a la firma y aceptación de las condiciones de participación, garantizando que todos comprendieran y estuviesen de acuerdo con el uso propuesto de sus voces e imágenes. Alternativamente, se les ofreció la opción de retirarse del registro visual y auditivo. Finalmente, se leyeron y explicaron los acuerdos mínimos para el encuentro, enfatizando la confidencialidad, respeto y colaboración para crear soluciones conjuntas, sentando así las bases para un diálogo productivo y respetuoso. Una actividad dinamizadora buscó unir a los integrantes del diálogo mediante movimientos corporales y seguimiento de instrucciones grupales, promoviendo la comunicación no verbal, cooperación y confianza entre los participantes, sentando las bases para abordar temas más serios y complejos en la actividad principal.



De acuerdo con el enfoque metodológico del informe, se establecieron una serie de acuerdos entre todos los participantes para guiar su desarrollo y fomentar un ambiente de diálogo abierto y respetuoso, propicio para la construcción colectiva del conocimiento:

• *Participación inmersiva y vivencial:* los participantes aceptaron sumergirse en una experiencia de diálogo profunda, utilizando sus experiencias personales como base para el aprendizaje y la discusión. Esto también implicó el uso restringido de dispositivos como celulares con el fin de mantener la atención plena y el compromiso durante los diálogos.
• *Reconocimiento de la experticia de los participantes y horizontalidad:* todos los asistentes se trataron como expertos en sus propias experiencias, de tal forma que cada voz tuviera el mismo peso y valor en las discusiones, bajo un entorno de igualdad y respeto mutuo.
• *Promoción del diálogo y reflexión continua:* se facilitaron espacios para el diálogo y la reflexión, que permitieran a los participantes expresar y reconsiderar ideas a medida que la discusión evolucionaba.
• *Conciencia de roles y flexibilidad metodológica:* se motivó a los asistentes a ser conscientes de sus roles y la importancia de su contribución. La metodología se adaptó a las necesidades del grupo para optimizar la dinámica y los resultados del encuentro, con los mínimos necesarios de coherencia que permitió su réplica en las diferentes regiones.
• *Reconocimiento de la perspectiva legítima y cocreación de contenidos:* se creó un ambiente seguro donde las ideas, emociones y experiencias podían ser expresadas y entendidas como legítimas, y en donde todos los participantes colaboraron en la creación de conocimientos y soluciones, al valorar una amplia gama de saberes y perspectivas.

Segundo momento: coconstrucción del conocimiento

Tuvo el objetivo de generar un entendimiento compartido y enriquecido sobre los retos en salud pública a través de la colaboración y el intercambio de experiencias y saberes entre los participantes. Se procuró resolver tres preguntas clave:

• Comprensión de Salud Pública, "¿Qué entiende por salud pública?" Se buscó explorar las percepciones y entendimientos de cada grupo de discusión frente a la noción de salud pública y, a partir de esta, caracterizar los componentes clave que los participantes consideraban relevantes para su comunidad.
• Identificación de retos territoriales, ¿Qué retos en salud pública tiene su territorio?": se indagó acerca de las situaciones que impactan la salud pública en cada región, desde la perspectiva de quienes viven, trabajan y padecen en esos contextos. Buscó fomentar la participación reflexiva de los asistentes, invitándolos a expresar sus experiencias en salud pública a través de la realización de dibujos.
• Propuestas de mejora, "si pudiera cambiar algo de su territorio para mejorar la salud pública, ¿qué cambiaría? y ¿cómo?" Buscó generar la reflexión sobre posibles soluciones y cambios necesarios. Se incentivó a los participantes a pensar de manera colaborativa y de cara al futuro sobre las mejoras necesarias en salud pública en su región.

Implementación de cada una de las técnicas participativas

Narrativas creativas
Esta actividad dio inicio a las reflexiones en torno a los retos de salud pública. Se invitó a los participantes a expresar, mediante escritos creativos, su comprensión de la salud pública y su territorio. Su objetivo fue ampliar la visión de lo que representan esas dos dimensiones para las personas que habitan, transitan o trabajan en la región, a partir de sus propias experiencias.

Luego de introducir la importancia de contar historias y compartir experiencias personales, se les pidió a los participantes que escribieran las tres primeras palabras que vinieran a su mente al pensar en "salud pública" y "territorio". En un ejercicio de asociación libre, los participantes jerarquizaron las palabras según su importancia y, frente a cada palabra, escribieron la emoción que les suscitaba. Se usó la pareja de palabra-emoción de mayor relevancia como detonantes creativos, desde aquí los participantes redactaron una narrativa personal (cuento, artículo, opinión, ficción, canciones, coplas, etc.) donde cada persona explicó la razón de las palabras elegidas, su orden de importancia y conexión emocional. Al final, se invitó al público a compartir su narrativa con los demás participantes.

Reto de estudio
A través de dibujos, las personas recrearon situaciones que identificaron como retos en salud pública en su territorio, los analizaron y compartieron experiencias que fomentaron la reflexión y el diálogo entre los participantes. Se obtuvieron así resultados valiosos para aportar a la creación de estrategias y políticas de salud pública efectivas.

Posteriormente, los participantes recorrieron las mesas para observar los dibujos. Cada persona seleccionó aquel que encontró más destacado y representativo. Las obras que llamaron más la atención fueron presentadas por su autor, quienes describieron el reto y la forma cómo lo han afrontado desde su territorio. El facilitador realizó preguntas para ampliar la información y se abrió un espacio para comentarios y reacciones, que buscaba identificar cómo los saberes locales entienden la complejidad de la salud pública.

Equipo reflexivo
El grupo de participantes se dividió en equipos reflexivos para identificar cuáles eran los retos principales en salud pública en la región y cómo podrían afrontarse. Su objetivo fue generar conversaciones enriquecedoras y recopilar valiosas perspectivas que ampliaran el diagnóstico de cada participante y complementaran la visión del grupo sobre los retos en salud pública en la región.

Los participantes se organizaron, en promedio, en tres equipos de entre seis y siete personas, que respondieron a preguntas abiertas sobre los retos en salud pública y formas de afrontarlos, mientras los otros participantes observaban y escuchaban. Luego, cada equipo compartió sus opiniones y reflexiones sobre las conversaciones anteriores. Finalmente, se reunió a todos los participantes en una mesa redonda para discutir lo ocurrido durante el ejercicio.





Tercer momento: cierre

Este momento buscó sintetizar y realizar una reflexión conjunta sobre los temas y retos identificados durante las discusiones con el fin de asegurarse que todos los participantes se sintieran escuchados y comprendidos. Este ejercicio no buscó validar los hallazgos, sino generar un espacio de diálogo para que los participantes comentaran y enriquecieran la síntesis realizada por el equipo del ONS.

Análisis de la información

La información recolectada se transcribió y se procedió al análisis con la ayuda de una serie de formatos que permitían el registro de citas directas y códigos asignados, así como la construcción de mapas relacionales de temas y subtemas. Se consideró que esta investigación cualitativa requería de un diseño abierto y flexible para que se adaptara a la realidad que se buscaba estudiar (10), por tal motivo, se realizó un análisis de tipo temático (11), una técnica fundamental en la investigación cualitativa que permite identificar, analizar y reportar patrones o temas dentro de los datos recolectados. Este método facilita una comprensión profunda de los datos cualitativos al organizar y describir detalladamente el conjunto de datos e interpretar varios aspectos del tema de investigación (12).

A partir de las transcripciones, se generaron códigos iniciales y se realizó la codificación sistemática de los datos con la técnica de codificación abierta (13), bajo códigos predefinidos, diseñados para identificar y estructurar los datos según la definición de reto usado en este informe. Cada código estaba vinculado a un aspecto específico del reto e incluía indicadores clave que facilitaron la identificación de fragmentos relevantes: problema o necesidad identificada, afectaciones a evitar, beneficios a procurar, actores involucrados y orientación hacia la acción y transformación. Esta codificación guio un análisis temático estructurado que respondía a los objetivos del informe y reflejaba las complejas interacciones entre los diversos elementos y actores involucrados. Luego, se identificaron temas potenciales que agrupaban los códigos relacionados. Estos temas emergentes fueron evaluados como patrones significativos que abordaban aspectos clave relacionados con las preguntas orientadoras del diálogo. Posteriormente, se sometieron a una revisión exhaustiva para garantizar su coherencia y validez. Esto implicó examinar detenidamente todos los datos codificados asociados con cada tema, verificando si se ajustaban consistentemente al patrón identificado (14).

Se definieron y nombraron los temas de manera tal que cada uno tuviese una descripción clara y concisa que explicara su contenido y relevancia. Uno o varios temas se interrelacionaron para conformar, como salida del análisis, un reto en salud pública específico. Una vez refinada y complementada la información, se elaboraron mapas conceptuales con el propósito de ilustrar las relaciones entre los retos identificados, tanto a nivel regional como nacional. Este mapeo se basó en el entendimiento de las interacciones entre los retos. El mapeo de retos proporcionó una visión estructurada, visual y jerárquica de cómo los desafíos en salud pública se interconectaban, lo que permitió priorizar intervenciones y acciones estratégicas de manera más efectiva y contextualizada.

Se elaboró el reporte final que presentaba los hallazgos centrales por cada una de las regiones. Este incluyó: 1. Una introducción que describe la región, sus características geográficas, demográficas y socioeconómicas, así como una caracterización de los participantes y el proceso de diálogo. 2. Los principales hallazgos que reúnen aspectos clave enmarcados en los retos en salud pública, como la percepción de la comunidad y la noción de salud pública. 3. Los retos expuestos por las comunidades y propuestas de acción, apoyadas por información secundaria relevante y estructurados desde la mirada analítica del equipo del ONS.



Referencias

1. Muis KR, Chevrier M, Singh CA. The Role of Epistemic Emotions in Personal Epistemology and Self-Regulated Learning. Educ Psychol. 3 de julio de 2018;53(3):165-84.
2. Fals Borda O. La investigación-acción en convergencia con la praxis. Siglo XXI Editores. México; 1987.
3. Donoso T. Construccionismo Social: Aplicación del Grupo de Discusión en Praxis de Equipo Reflexivo en la Investigación Científica. Rev Psicol. 2004;XIII(1):9-20.
4. The Emotionalization of Reflexivity - Mary Holmes, 2010 [Internet]. [citado 19 de octubre de 2024]. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0038038509351616?icid=int.sj-abstract.citing-articles.58
5. Garrido Fernández M, Fernández-Santos I. La dimensión formal de la técnica del equipo reflexivo: modelos de intervención en psicoterapia sistémica constructivista. SYSTÉMICA. 1997;3:161-81.
6. Andersen T. El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Editorial GEDISA; 1994. 190 p.
7. Fals Borda O. Action and Knowledge: Breaking the Monopoly with Participatory Action-Research. Apex Press. New York; 1991.
8. Fals Borda O. Conocimiento y poder popular: lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia. Siglo XXI Editores. Bogotá; 1986.
9. Santos B de S. Epistemologías del Sur: La reinvención del conocimiento y la lucha por la justicia social. Editorial Trotta. 2014.
10. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Aten Primaria. 15 de abril de 2002;29(6):366-73.
11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 1 de enero de 2006;3(2):77-101.
12. Guest G, MacQueen K, Namey E. Applied thematic analysis. Thousand Oaks, CA. Sage Publications; 2012.
13. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia; 2002. 374 p.
14. Nowell N, Norris J, White D, Moules N. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria [Internet]. [citado 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1609406917733847



4
Escúchenos

Juan Camilo Acosta, Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

Intercambio de conocimientos

Relato de un intercambio de conocimientos en salud pública con la comunidad

Puede existir una cierta frustración para quienes se dedican a investigar en salud pública y generar recomendaciones en busca de transformaciones positivas de las condiciones de vida y la salud de la población, pues en muchos casos siguen sin ver cambios significativos a través de los años. Esto genera la sensación de que no son escuchados o, tal vez, que el conocimiento científico pasa a un nivel secundario, cuando las decisiones se basan en otro tipo de intereses. En todo caso, desde el Observatorio Nacional de Salud (ONS), se continúan desarrollando informes, artículos, policy briefs y boletines, que profundizan y generan evidencia científica e incluso plantean soluciones, que potencialmente podrían tener impactos positivos en la calidad de vida de la gente.

Tomando riesgos, dado que usualmente apalancábamos una porción significativa de los análisis en una aproximación cuantitativa, en el ONS decidimos cambiar las formas en que analizaba la salud pública en el país, y en vez de entrar por eventos o problemas específicos, fuimos a preguntarle directamente a las personas en los territorios sobre sus propias versiones de los retos en salud pública que afrontan, con un enfoque exclusivamente cualitativo. En este recorrido, el equipo conoció de cerca lo que es vivir en frustración, la que padecen millones de colombianos que además de no ser escuchados, se sienten muchas veces ignorados e incluso violentados, marginalizados e irrespetados por su condición étnica, sexual, laboral, rural, o tan solo por ser, pobres. Pero, también vimos cómo ni las peores condiciones frenan el impulso de las comunidades en la búsqueda del cambio.

Lideres y lideresas en los territorios reciben llamados frecuentes para participar en talleres y capacitaciones direccionadas por organizaciones no gubernamentales, internacionales, locales y nacionales. Tal vez, es menos frecuente una invitación de una instancia dedicada a la gestión del conocimiento. Casi siempre, responden de forma positiva, toman su maleta, piden permiso en su trabajo (día en el cual es probable que no reciban pago) o sacrifican el día sin generar un ingreso, sacan de su bolsillo para los buses, y muy madrugados llegan al lugar del encuentro. No fue la excepción durante los diálogos participativos desarrollados por el ONS en el marco de este informe. La participación cumplió con las expectativas del equipo en cantidad y en calidad. Sin promesas de proyectos, ni la posibilidad de reembolsar transportes o estadías e, incluso, puede ser, con dudas sobre qué podía surgir de un ejercicio tan particular. Nada de eso se interpuso, la asistencia fue diversa y representativa. A este escenario, se sumaron otros sectores académicos, institucionales, privados, que, si bien podrían encontrarse con narrativas adversas a sus posiciones, también buscaban escuchar y ser escuchados.



No fue necesaria una charla magistral sobre salud pública, políticas públicas o la noción de reto, los participantes sabían la implicación de estos conceptos, pues para ellos no se trata de nociones, más bien son realidades que hacen parte de su diario vivir.

El día de la mesa participativa, a pesar del inicio frío y tímido de cualquier grupo que apenas se conoce, la frustración se transforma en esperanza, esta emoción que impulsa a las comunidades a resistir y persistir. Los encuentros fueron tan auténticos cómo la diversidad del país. En pocos minutos, las risas y miradas cómplices aparecían. Las preguntas sobre la concepción del territorio y la salud pública se respondían con poemas, trobas y cánticos. La invitación a dibujar terminaba en obras detalladas de lugares que generan orgullo y al mismo tiempo tristeza por las situaciones que afrontan. Cada quién habla desde sus vivencias, pero también a partir de los motores que los impulsan: su familia, comunidad, dios o dioses, creencias y culturas.

Al hacer parte de alguna mesa y leer los resultados de otras, sorprende los múltiples puntos de encuentro de personas tan diferentes. Si bien la metodología buscaba que se complementaran las ideas, las narrativas grupales fueron más allá. El campesino hacía eco de la voz del indígena o el representante afro, el funcionario le daba la razón al líder social, y el profesor o el trabajador de la salud sentía como propia la causa de los pobladores rurales. Así, la construcción de los retos fluía entre los dolores, las falencias y ausencias del Estado, plasmadas en las intervenciones de los participantes.

No fue necesaria una charla magistral sobre salud pública, políticas públicas o la noción de reto, los participantes sabían la implicación de estos conceptos, pues para ellos no se trata de nociones, más bien son realidades que hacen parte de su diario vivir. Fue realmente el equipo del ONS quienes, escuchando, aprendimos de las problemáticas, sus causas, la inoperancia de las medidas y aquellas acciones que sí tuvieron buenos resultados. El conocimiento puesto sobre la mesa provino desde múltiples orígenes y formas de pensamiento. Como resultado, cada encuentro dejó una gran cantidad de datos que implicaría un largo y detallado ejercicio de análisis para los investigadores.

Ahora bien, las mesas no se convirtieron en un escenario de queja, sí de denuncia, y, en especial, de generación de recomendaciones y propuestas de acción. Sin escatimar en generosidad, cada reto estimulaba varias respuestas. Incluso, sin pedirlo, los participantes manifestaban su intención de apoyar una u otra medida que fuera tomada. Es más, podían llegar hasta a aceptar que debían generar cambios desde el interior de sus propias comunidades. Sin embargo, las intervenciones develaban cómo su calidad de vida, bienestar y salud están supeditados a determinantes estructurales sin resolver históricamente.

Los encuentros finalizaban con la lectura de las voces, era fundamental que nadie se quedara por fuera del relato, igual no era posible. Cada uno hizo saber si algo se le escapaba al equipo, no faltaron por supuesto los regaños. Luego, la despedida desencadenaba abrazos y agradecimientos sinceros. De esta forma, terminaban estos intercambios de conocimiento. en donde la gente brindó su tiempo y experiencia, mientras que el ONS les ofreció una escucha sincera, respetuosa y la construcción de un informe que hizo todo lo posible por dar cuenta, de manera fiel, el sentir de personas comprometidas con la transformación de la salud pública en sus territorios.

¿Sí vale la pena escucharlos?

Las investigaciones han demostrado que la participación ciudadana tiene buenos resultados en salud y la promoción de la salud. Entre estos se encuentran: el cambio en los comportamientos en la atención, la reducción en el gasto en salud, el incremento en la calidad, accesibilidad, aceptabilidad, el aumento en la utilización de los servicios, la mejora en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y la comunidad, y el impulso para el desarrollo de los sectores marginados. En Canadá y en el Reino Unido, por ejemplo, la participación ciudadana es una característica de su política gubernamental en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. En países de África, las estrategias participativas aportan a regular el manejo de los recursos, la gestión administrativa y la promoción de la salud. En Suramérica, esta tendencia va en crecimiento, siendo Brasil un referente (1).

Colombia, por su parte, dispone de una política de Participación Social en Salud que cuenta con una amplia gama de mecanismos que buscan que el Estado garantice el derecho a la participación social en salud, generando condiciones para la participación activa y efectiva de la ciudadanía: Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, El Servicio de Atención a la Comunidad (SAC), Sistema de Atención a los Usuarios (SIAU), Comités de Participación Comunitaria (COPACO), Asociación de Usuarios, Comité de Ética Hospitalaria y Veedurías Ciudadanas en Salud (2). Sin embargo, faltaría analizar qué tan influyente es o cuál es el impacto real de estos escenarios participativos.

La participación ciudadana en procesos de investigación en salud pública puede involucrar a las personas en varios niveles: recopilación de datos; contribuciones al diseño, interpretación y difusión de los resultados; involucramiento desde el inicio; e, incluso, pueden surgirse desde la presión social o ser dirigidos por la misma población. En todos los casos, estos mecanismos permiten incluir a las personas que generalmente menos se escuchan en los procesos de toma de decisiones. Poner en un marco colaborativo la experiencia de las comunidades y la experticia de los investigadores, se convierte en un ejercicio que favorece el diálogo, el análisis crítico, la creatividad colectiva y la innovación científica. De esta forma, la evidencia científica generada desde la investigación cualitativa, con bases en la participación social, puede influir en las políticas públicas y cambiar los equilibrios de poder, además de aumentar la reflexión autocrítica y encaminarnos hacia la anhelada equidad en salud (3).



La participación ciudadana en procesos de investigación en salud pública puede involucrar a las personas en varios niveles: recopilación de datos; contribuciones al diseño, interpretación y difusión de los resultados; involucramiento desde el inicio; e, incluso, pueden surgirse desde la presión social o ser dirigidos por la misma po-blación.

Referencias

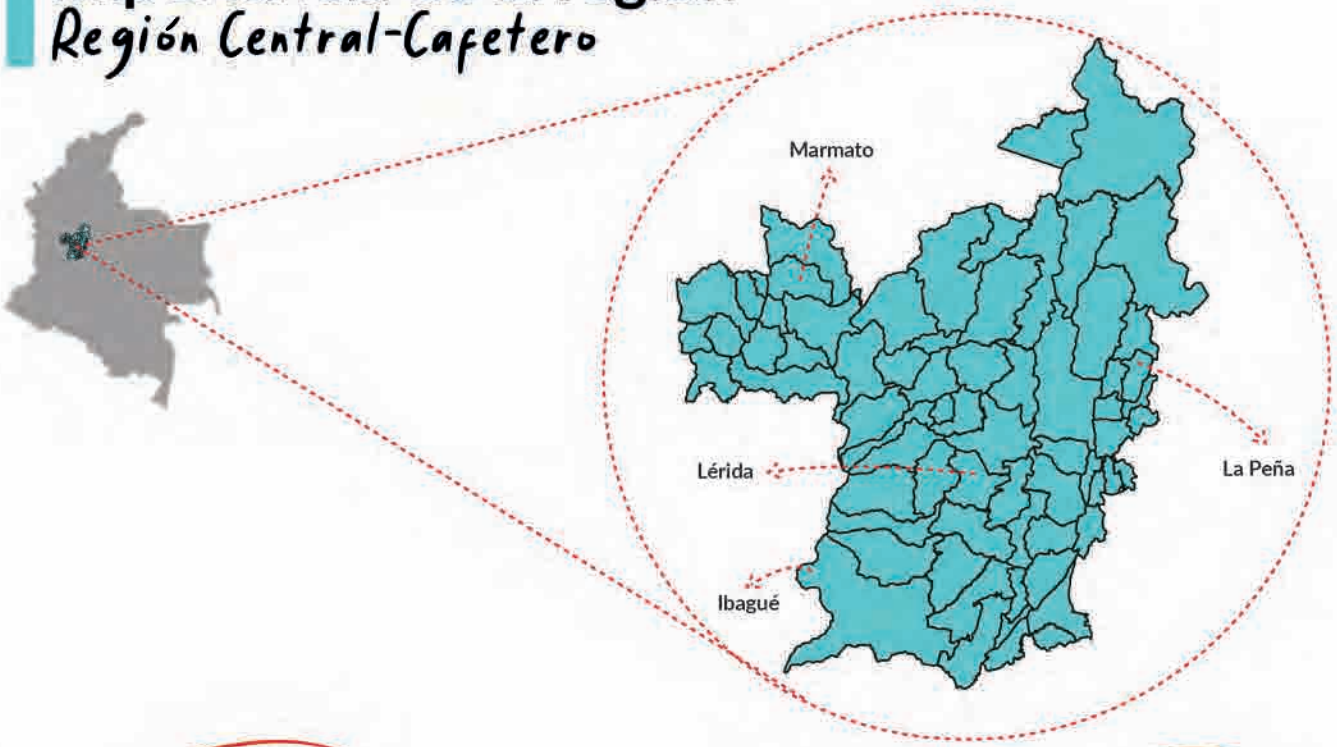
1. La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva [Internet]. 2014 [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/3.%20La-participacion-en-salud-factores-que-favorecen.pdf
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión y fomento de la participacion social en salud [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/gestion-y-fomento-de-la-participacion-social-en-salud.aspx
3. Jacques-Aviñó C, Pons-Vigués M, Mcghie JE, Rodríguez-Giralt I, Medina-Perucha L, Mahtani-Chugani V, et al. Participación pública en los proyectos de investigación: formas de crear conocimiento colectivo en salud. Gac Sanit. marzo de 2020;34(2):200-3.



5
Una aproximación desde las regiones

Una demanda por la visibilidad de la importancia de la región

Región Central-Cafetero



Esteban Jerez-Díaz, Gina Alexandra Vargas-Sandoval, Diana Marielly Santana-Rodriguez, Valery Jiménez-Urrea, Karol Patricia Cotes-Cantillo, Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

La región Central–Cafetero está compuesta por 69 municipios de los cuales 26 son de Cundinamarca, 20 de Tolima, 19 de Caldas, dos de Risaralda (Guática y Quinchía), uno de Antioquia (Puerto Triunfo) y uno de Boyacá (Puerto Boyacá). La mayoría de los municipios de esta región están en la cuenca media del río Magdalena, que les ha permitido desarrollar actividades económicas, comerciales, culturales, artísticas, científicas, turísticas y alrededor de inmobiliarias de alquiler. La región tiene una población aproximada de 1,6 millones de habitantes, de estos cerca del 70% vive en las cabeceras municipales y el restante en los centros poblados o las áreas rurales dispersas. Casi el 6% tiene reconocimiento étnico como indígenas o comunidades afrodescendientes.

El acceso a servicios públicos es desigual entre municipios. En cuanto a energía eléctrica rural, la mayoría de los municipios están por encima de la mediana regional y nacional. Así mismo, el porcentaje de cobertura de alcantarillado y acueducto de la región es superior a la mediana nacional, sin embargo, destacan algunos municipios como La Peña, Yacopí y Chaguaní, del departamento de Cundinamarca, con un porcentaje de cobertura inferior al 30%. Las tasas de violencia intrafamiliar por cada 100.000 habitantes, en 2022, fueron de 140, por encima de la tasa nacional de 90, mientras que la

tasa de lesiones en accidentes de tránsito por cada 100.000, en 2022, fue de 125, superior a la nacional que llegó a 50 (1).

En la mesa de diálogo, la idea de territorio se asocia con las experiencias de cada participante. Así, para algunos corresponde con la ciudad, el departamento, un corredor con similitudes climáticas que une los municipios de Cundinamarca y Tolima. También, se hizo referencia a una articulación alrededor de la cuenca media del río Magdalena que incluye municipios de Caldas, Cundinamarca y Tolima, por características climáticas o productivas similares. Para los participantes, es un territorio que tiene amplios contrastes térmicos y climáticos, esto amplía su oferta gastronómica, turística, los paisajes, así como las posibilidades económicas y culturales.

Según los actores institucionales, el territorio tiene correspondencia con las divisiones administrativas de las entidades territoriales: *"(...) para mí, el territorio es la responsabilidad que yo tengo actualmente. Es todo el Tolima y algunos departamentos que son, por su cercanía y topografía, amigos, en el caso de Caldas, en el caso de Putumayo, en el caso del Huila"*. Sin embargo, para los participantes de la sociedad civil, tiene que ver más con características sociales o medioambientales que generan actividades culturales o económicas y se desarrollan más allá de los límites administrativos de los departamentos y los municipios. Estos últimos actores señalan una acepción adicional en donde *"el primer territorio son los cuerpos de las mujeres"*, allí la experiencia corporal, vivida en el cuerpo constituye un territorio (2).

Balance de los principales hallazgos

La mesa de diálogo se llevó a cabo en Ibagué con el propósito de facilitar la participación de las personas de la región, aunque esto dio mayor oportunidad a aquellos que viven la ciudad o los municipios más cercanos. Los principales asistentes representan la institucionalidad de sectores como salud, mujer, participación ciudadana, Personería y la oficina de inclusión social de la alcaldía de Ibagué y Tolima. Además, asistieron delegados de algunos municipios de Cundinamarca. Muchos de ellos cuentan con formación en salud o experiencia en salud pública. También, participó una organización de la sociedad civil que trabaja en temas de equidad de género, economía popular y fortalecimiento comunitario. Los asistentes no solo respondieron como representantes de estas instituciones y organizaciones, sino desde sus diversidades en tanto que habitantes del territorio, jóvenes, personas mayores, adultos, mujeres y personas con discapacidad.

La idea de salud pública que surge en la mesa está vinculada a las ideas de bienestar, calidad de vida, promoción de la salud, comunidad y responsabilidad del Estado. A esto también se asocian reacciones emocionales en dos sentidos: uno sobre la expectativa en la salud pública y, en segundo lugar, alrededor de su ejecución en el territorio. A lo primero se relacionan la satisfacción, dignidad y alegría frente a las acciones que se logran para mejorar la salud y la calidad de vida de la ciudadanía. Con respecto a lo segundo, se señalan las dificultades de la salud pública y sus procesos burocráticos, administrativos y financieros, asociadas como causa de la frustración referida por los participantes. De allí, que estas





ideas de salud pública recojan elementos que no solo están en el orden de lo conceptual o intencional, sino también en la ejecución como política pública.

En la mesa, predomina un lenguaje institucional y experto que toma sentido en la realidad del territorio, mientras otros participantes enuncian los temas y problemáticas desde su experiencia y subjetividad. Así, las formas de entender la salud pública son la esencia del desarrollo del diálogo y la construcción de los retos que se presentan como una exigencia de la región al gobierno central por mayor recurso financiero, de talento humano, infraestructura y visibilidad: *"(...) queremos que el Tolima sea visible ante los entes encargados y todos los entes de la salud pública los encargados de la salud pública"*. Según algunos actores institucionales, la región no está en una situación humanitaria como la de otros departamentos y tampoco es el lugar central del poder administrativo, lo que genera una sensación de abandono o desinterés donde sus problemáticas no alcanzan la suficiente relevancia para el gobierno central.

Los participantes institucionales plantean los temas a partir de una idea de territorio que corresponde con los límites de la entidad territorial, por tal motivo priorizan dificultades de acceso a los servicios para la población rural, que están distante de las cabeceras municipales y la dificultad física y económica para desplazarse. En esta línea, una representante de las personas en condición de discapacidad señala que esto genera afectaciones adicionales en salud mental para esta población.

Los representantes de organizaciones al servicio de la ciudadanía manifiestan problemas en relación con los sistemas de información y la calidad de los datos: *"(...) pues ahorita estamos tomando decisiones con información a destiempo"*. Se esperaría que los sistemas de información permitan georreferenciar e identificar riesgos, con datos de calidad y en tiempo real, de tal forma que sean oportunos para tomar decisiones con mayor evidencia y en los momentos que se requiere. Una de las representantes de una organización de mujeres señala a propósito de la información con enfoque de género que *"(...) no se sabe cuántas mujeres viven violencia de género, no tenemos cifras, en temas violencia contra las mujeres no existe un sistema unificado para determinar cuántas mujeres en el territorio del Tolima están sufriendo violencias, por ejemplo, porque cada comisaría tiene un sistema de información diferente. ¡Hágame el bendito favor!"*

Las afectaciones al medio ambiente y lo relacionado con saneamiento básico no pasan por alto en la discusión sobre el potencial de la región como destino turístico, lo cual implica un constante ejercicio de revisión y evaluación de la política pública para que no se profundicen o creen problemáticas que se relacionan, entre otras, con la explotación sexual de mujeres, niños, niñas y adolescentes (NNA). El acceso a agua y disponibilidad de alcantarillado en relación con el crecimiento de la población y la construcción de conjuntos en los municipios que hacen parte de los corredores turísticos pone sobre la mesa una preocupación por la disponibilidad de este recurso para la población local, el manejo y almacenamiento para consumo, el destino de esta para las actividades comerciales de la región y plantea la pregunta a propósito de las inequidades que se podrían generar. Además,

los ambientes antrópicos, resultado de la transformación del paisaje que generan contaminación del aire y agua, conllevan afectaciones respiratorias y enfermedades transmisibles. Esta discusión, lleva, a algunos participantes, a hacer una relación entre el agua y la seguridad alimentaria, además de las consecuencias en problemas de desnutrición en los NNA.

La situación de dengue es uno de los temas más sentidos en el ejercicio y con el cual los participantes señalan con mayor contundencia el desinterés que sienten como región por parte del Estado. El aumento de casos es reconocido y generalizado en todas las entidades territoriales, así como por los representantes de hospitales y la sociedad civil. Se exponen casos graves, ausencias de recursos y se plantean diferentes intervenciones, no necesariamente encontradas, pero que evidencian las alternativas que los municipios están adelantando para enfrentarlo. Algunos entes territoriales han introducido la vacuna, en tanto que otros defienden una posición más conservadora mientras buscan fortalecer las intervenciones que logren con la comunidad. Otros se amparan en los protocolos y guías establecidos para la atención de este evento. La dificultad para manejar la situación por dengue pone en evidencia ausencias en recursos, tecnologías y personal necesario en las administraciones locales.

En salud mental, los participantes identifican casos de suicidio, consumo problemático de sustancia psicoactivas y depresión o ansiedad en mujeres, personas con discapacidad y jóvenes. Además, mencionan elementos relacionados con los servicios como el estigma en la población para el acceso, la falta de disponibilidad de servicios en salud mental y de capacidad técnica y humana de los profesionales. También, destacan la desarticulación de los servicios de salud mental y la falta de un enfoque con perspectiva de género.

Finalmente, se señalan situaciones de financiación del sistema y los servicios de salud. Se presentan deudas que aún se tienen con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y la falta de financiación de algunos servicios que profundizan algunas inequidades en el acceso. Con todo esto, los participantes de la región se preguntan: “(...) ¿qué espera el gobierno nacional que los territoriales hagan con los mismos 4 pesos?”

Retos para la región Central-Cafetero

El diálogo llevado a cabo en Ibagué permite identificar retos estratégicos en salud pública que se relacionan con su territorio por características climáticas, geográficas y que supera las divisiones administrativas departamentales. Esto valida el ejercicio de regionalización realizado. Cuatro retos en salud pública se construyen sobre las características territoriales y las ausencias administrativas percibidas que, para los participantes, se relacionan con la poca prioridad que los municipios y los departamentos tienen para el Estado.

En primer lugar, se encuentra el fortalecimiento de la atención integral, integrada y humanizada en la salud mental. Luego, la implementación de acciones de prevención y control del dengue, que incluyen la educación a la comunidad, vacunación, adherencia a las guías de atención y aumento en





unidades de cuidado intensivo pediátrico. El tercer reto se planeta frente a una proyección que la región tiene como potencia turística, en relación con potenciales amenazas en el acceso al agua y la explotación sexual que pueden profundizar problemáticas sociales y de salud pública. Finalmente, el cuarto se centra en la necesidad de un sistema de información de salud pública integrado y accesible que permita a las entidades territoriales centralizar, actualizar y compartir datos de manera eficiente para informar la toma de decisiones e implementación de políticas en el territorio.

Reto 1. Fortalecer la atención integral, integrada y humanizada en la salud mental: "¿qué pasó detrás de la vida de esas personas que se quitaron la vida?"

Este reto se fundamenta en la necesidad de mejorar la atención en salud mental en la región, especialmente en el departamento del Tolima y sus zonas rurales. Se requiere generar espacios inter y transectoriales que promuevan acciones integrales (3), que fortalezcan la capacidad del sistema de salud para prevenir y tratar los problemas relacionados con la salud mental, particularmente el suicidio, la enfermedad mental y el consumo de sustancias psicoactivas.

El reto se construye a partir de varias problemáticas identificadas: 1) la desigualdad en el acceso a servicios de salud mental, especialmente en zonas rurales, donde se menciona el subregistro de casos de trastornos mentales y una falta de seguimiento adecuado, que dificulta la respuesta a una creciente demanda en áreas donde la infraestructura es limitada; 2) la falta de información sobre la carga de enfermedades mentales y el aumento de casos de la conducta suicida: *"(...) en el Tolima, hay más de 700 casos reportados de intento [de suicidio] (...)"*, mientras las tasas de incidencia de intentos de suicidio, entre 2018 y 2022, incrementaron de 89,23 a 111,78 casos por cada 100.000 habitantes; 3) la insuficiencia de personal especializado en salud mental, agravada por la falta de programas formativos y posgrados, considerados como no rentables por los participantes, además, los profesionales presentan deficiencias en su preparación para abordar los diferentes tipos de enfermedades: *"(...) los psicólogos (...) no están preparados para atender la enfermedad mental como tal"*, esto se traduce en dificultades al momento de acceder a los servicios especializados y en una brecha formativa; y 4) la desarticulación entre los mismos servicios en salud mental. Un participante comenta que es necesaria una *"articulación de la ruta para el abordaje en la salud mental en el departamento del Tolima"*, destacando la falta de un enfoque que incluya en la atención en salud mental la perspectiva de género.

Estas situaciones son un reflejo de las problemáticas estructurales y sistémicas que afectan la salud mental en muchas regiones del país, especialmente en áreas rurales. Barreras como la lejana localización geográfica está relacionada con la decisión de consultar al médico cuando se tiene problemas de salud mental (4). Además, los altos costos de transporte y la desarticulación de las rutas de atención con enfoque de atención primaria en salud (APS), dificultan el acceso efectivo a los servicios de salud mental (5). A esto se suma la falta de datos sobre las enfermedades mentales, la limitada infraestructura, los horarios restringidos de atención

y la falta de personal capacitado, que agrava aún más la situación (5). Para los participantes de la mesa, la exclusión de los hombres en las políticas de salud mental es un desafío: *"(...) el hombre ha sido también relegado en todas estas políticas de salud mental"*, *"(...) los hemos dejado y no los hemos tratado"*, lo que resalta la necesidad de incluir a esta población en las intervenciones, pues, a menudo, son tanto víctimas como perpetradores de la violencia.

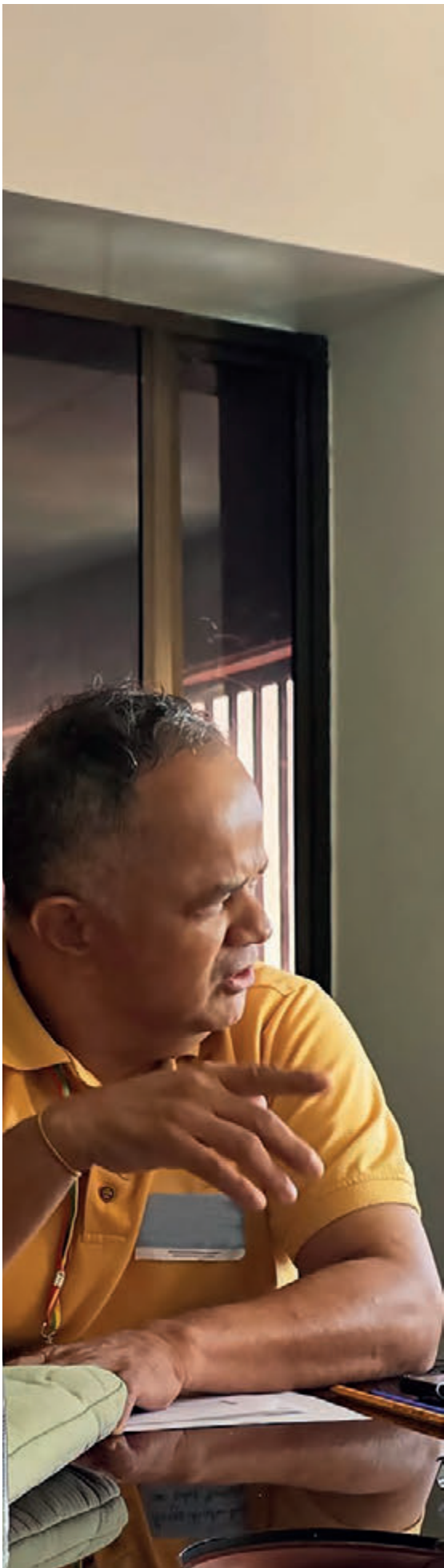
Se manifiesta que el enfoque en salud mental no debe limitarse a *"cuántos consumen sustancias psicoactivas, o cuántos se suicidan"*, sino a comprender *"qué pasó detrás de la vida de esas personas que se quitaron la vida"* y los detonantes que las llevaron a esa decisión. Señalan la importancia de identificar factores como las dinámicas familiares disfuncionales y las problemáticas en adolescentes, una población especialmente vulnerable. Como parte de estas propuestas, los participantes apuntan a promover estudios que caractericen la carga de la enfermedad en salud mental para diseñar intervenciones más específicas y basadas en evidencia. Asimismo, consideran que fortalecer las estrategias de prevención del suicidio, e incorporar el enfoque de género puede hacer las intervenciones más inclusivas.

Algunas recomendaciones planteadas en la mesa van hacia el fortalecimiento de la atención integral, integrada y humanizada en salud mental. Esto implica que la atención integral debe garantizar la disponibilidad de recursos y de personal calificado para cubrir las necesidades de la población, desde la promoción y prevención, hasta el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social (6), mediante una oferta de servicios que abarque el espectro de las necesidades en salud mental. Se sugiere ampliar el alcance de los servicios especializados, mediante el uso de tecnologías como la telesalud, de tal manera que se amplíe el alcance clínico de los especialistas disponibles, lo que permitirá ampliar la atención en zonas de difícil acceso (7), así como fortalecer la APS con intervenciones de carácter comunitario (8) en coherencia con la Ley de Salud Mental 1616 de 2013.

La atención integrada implica que la atención deba ser coordinada y articulada entre los diferentes niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) y los distintos sectores. Esta acción se encuentra en línea con las directrices nacionales, como la misma Ley 1616 y la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Colombia, que enfatizan en la coordinación intersectorial. Por último, para los participantes la atención humanizada es un componente esencial de este reto, esto implica ofrecer servicios sensibles a las diferencias de género, edad, cultura e idioma (6). Esto requiere formar a los profesionales de la salud en conocimientos y habilidades de comunicación y empatía, que garanticen un trato digno y respetuoso hacia todas las personas.

Reto 2. Implementar acciones integrales de prevención y control, junto con el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria de alta complejidad, para optimizar la atención de casos de dengue.

Una de las problemáticas planteadas a lo largo del diálogo, es el aumento de los casos de dengue en la región. Hay consenso de diversos sectores, como salud pública, prestadores de servicios de salud y participación ciudadana,





sobre la importancia de abordar esta problemática como reto para la región: *"(…) en este momento tenemos muchísimos casos de dengue (…) el reto de nosotros en este momento es prevenir que el dengue se nos siga expandiendo en el territorio"*. Esto no es menor y resulta en una alerta de la ciudadanía local al coincidir con los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila). Entre 2023 y lo que va de 2024, la incidencia de dengue en Tolima y Cundinamarca ha sido al menos el doble de la nacional, en el contexto del ciclo epidémico con el mayor número de casos registrados en el país (9).

Participantes de organismos de control y vigilancia de los derechos humanos y constitucionales reconocen la gestión de las entidades de la región en la prevención y control del dengue, a la vez identifican que es insuficiente el impacto esperado: *"(…) desde la Personería hemos evidenciado las campañas que hace la Secretaría de Salud Municipal y Departamental con respecto a ese tema, pero se siguen presentando casos de dengue. No sé si es que el tema digamos como tal de prevención cómo se debe manejar para que realmente tenga ese impacto positivo"*. Sin embargo, también se percibe un ánimo reflexivo, dando la oportunidad de replantear las acciones para lograr resultados más efectivos. Entre estos, se resaltan la educación comunitaria, vacunación, adherencia a guías de atención e infraestructura de alta complejidad.

En la mesa, se resalta la necesidad de desarrollar mejores estrategias educativas en prevención, ya que no se ha logrado hacer llegar el mensaje a individuos y comunidades para que adopten acciones como la eliminación de criaderos para los mosquitos: *"(…) es muy importante que en este control de las enfermedades la comunidad tenga la educación necesaria para poder hacer la prevención, como en el caso del dengue debemos educar la comunidad para que ellos nos ayuden a hacer esta prevención y mitigar todos estos casos que de una u otra forma se nos están presentando y aumentando en el territorio"*. Estudios nacionales evidencian conocimientos insuficientes y una limitada adherencia a estas medidas preventivas del dengue, por lo cual es necesario ampliar e innovar en las estrategias comunicativas que tengan en cuenta no solo el mensaje, sino la realidad en la vive la población (10).

También, se señala un enfoque limitado en las estrategias de manejo del dengue, al señalar que se aborda la enfermedad, pero no se considera su relación con problemas estructurales como la contaminación del agua, la falta de sistemas de alcantarillado o la realidad material en la que viven algunas poblaciones vulnerables: *"(…) lo que no han tocado es la parte de la contaminación del agua y [la falta de] sistemas de alcantarillado"*. Este aporte lleva a los participantes a recordar que para enfrentar el dengue de manera integral, es necesario incluir acciones que mejoren las condiciones ambientales, de saneamiento básico y vivienda, ya que estos factores contribuyen al ciclo de transmisión del mosquito vector.

Asimismo, se considera importante aumentar la adherencia a las guías de diagnóstico y tratamiento del dengue: *"(…) un problema muy a diario (…) es la adherencia a las guías en el manejo del dengue (…) porque vemos que los menores [de edad] o los pacientes con dengue y con TBC se complican (…) es por el manejo clínico primario que se está dando"*. En Colombia, en julio de 2024, las

muertes confirmadas por dengue reflejan fallas en el cumplimiento de guías clínicas (11,4%), errores en la historia clínica (6,3%) y diagnóstico tardío o inadecuado (5,2%). Además, la confirmación y hospitalización de casos con signos de alarma y graves están por debajo de las metas establecidas (80% y 95%, respectivamente) (9). Como alternativas para aumentar la adherencia a las guías, los participantes consideran que *"(…) se necesita hacer equipos interdisciplinarios desde los hospitales con personal capacitado en el manejo del dengue y la TBC, para que esos equipos interdisciplinarios en las IPS puedan ser como los que monitorean que los médicos están atendiendo a esas guías de manejo"*. En este sentido, se agrega la necesidad de establecer cursos de certificación en el manejo de dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores (ETV) como requisito para ejercicio de la práctica médica.

Otra medida que la mesa considera importante es la inclusión incluir la vacunación contra dengue en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI): *"(…) en la actualidad tenemos vacuna contra el dengue y de eso no han hablado absolutamente nada, no lo están promocionando, no lo están mirando"*. Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomendó la vacuna TAK-003 contra el dengue para la población de 6 a 16 años (11). Al respecto, los participantes expresan su frustración, pues si deciden implementar la vacunación en sus municipios o departamentos, enfrentan obstáculos financieros ya que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) no respalda su inclusión en el PAI, dejando el costo a su cargo: *"(...) nos hemos sentado con el Ministerio, ¿y qué nos dijo el Ministerio?, nosotros no podemos dar aval para la inclusión de la vacuna de dengue, porque nosotros como tal ya hicimos análisis de costo efectividad y no es costo efectiva para nosotros incluirlo en el PAC. Entonces, dígame qué podemos hacer, tenemos que comprarla con recursos propios, o sea cuánto nos sale esa vacuna en un país que es endémico"*. De igual forma, manifiestan cautela sobre esta medida, pues la vacunación es efectiva para prevenir solamente los casos graves, además la recomendación de vacunación de la OPS está sujeta a evaluaciones de su seguridad y efectividad, dado que varía según el estado serológico y serotipo. Así, estudios estiman su efectividad en 60% contra la infección y 83% contra casos graves, con incertidumbre sobre la presentación de adversos graves (11,12).

Por otro lado, se destaca la urgencia de ampliar la oferta de unidades de cuidado intensivo (UCI) pediátricas para atender casos de dengue grave: *"(…) es un problema para que nos reciban a los menores porque las UCI pediátricas de Bogotá, de los otros lugares de acá de Ibagué, están colapsadas, no hay para dónde"*. Esto aunado a la preocupación por el impacto en las familias al tener un familiar remitido a una UCI pediátrica lejana a la región: *"(…) eso es una problemática social, porque personas que no tienen recursos, hay gente que ni conoce Bogotá (…)"*. Los datos de vigilancia indican que, en la región, los menores hasta los 19 años concentran el 26% de las muertes por dengue, un patrón similar al nacional (13). En este contexto, el aumento de casos dentro de este grupo de edad demandaría mayor disponibilidad de servicios de alta complejidad. Estas unidades son esenciales no solo para atender el dengue grave, sino también diversas emergencias pediátricas. A pesar de que Colombia reporta una disponibilidad de UCI pediátricas aceptable, su distribución geográfica es inequitativa (14), lo que plantea un desafío para garantizar atención adecuada y oportuna a la población pediátrica.





La situación del dengue preocupa por la situación epidemiológica actual, sumado a las posibilidades de cambios en su comportamiento y brotes más severos a futuro debidos al cambio climático y la migración: *"(...) mire, por ejemplo, las condiciones del departamento del Tolima, nosotros ahora estamos presentando temperaturas de 34 y 35°C y al otro día podemos estar a temperaturas de 22 - 23°C, entonces esos diferenciales hacen que nuestras poblaciones y toda la biología y ecosistema, pues varíen, evolucionen, y por tanto pues se presente en otro tipo de patologías que son nuevos retos".* Estas preocupaciones coinciden con los reportes que asocian el cambio climático, la migración y la deforestación con el aumento de los casos de dengue (15). Los actores llaman la atención sobre la necesidad de incorporar procesos de ciencia, tecnología e innovación ante la situación epidemiológica concurrente y futura, a causa de los cambios en el ambiente y los posibles impactos, no solo en el dengue sino también en las demás ETV.

Reto 3. Adoptar los enfoques de género y territorial en el desarrollo de la región como potencia turística: la defensa del territorio.

Este reto tiene su origen en una oportunidad identificada por la región que relaciona su actividad económica de turismo. Esto ocurre, especialmente, en algunos municipios del sur y el occidente de Cundinamarca, y del norte y centro del Tolima. Esta situación es expuesta por una organización de la sociedad civil que trabaja con mujeres y en procesos de fortalecimiento, pero también es resaltada por los actores institucionales quienes reconocen las problemáticas asociadas a este reto.

De acuerdo con los participantes, el turismo en la región es reconocido como una actividad relevante para el sustento económico de los municipios y la población, incluso es una meta en algunos planes de desarrollo (3). Sin embargo, en el diálogo se alerta sobre cómo esta actividad puede profundizar problemáticas en salud pública, por ejemplo, el acceso y contaminación del agua y las violencias basadas en género, como la explotación sexual infantil, que pueden perpetuar situaciones de servilismo y esclavismo (16). Por lo cual, es necesario adoptar enfoques y medidas que permitan el desarrollo turístico de la región sin que exacerbe desigualdades e inequidades en las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, y en la población rural y vulnerable. Desde la institucionalidad, y algunos sectores productivos, el turismo puede leerse como una oportunidad para mejorar las condiciones económicas y de empleabilidad de los habitantes de la región. Por el contrario, es la sociedad civil quien llama la atención sobre sus consecuencias: *"(...) cuando se tiene que hablar de turismo está directamente relacionado con el territorio y la defensa del territorio con la defensa del agua".* Debido a sus características climáticas, la región ofrece un turismo que clasificaría como cultural, costero, marítimo o de aguas interiores relacionado con recreación, descanso, esparcimiento, ocio, por tales motivos, son necesarios espacios destinados a esta actividad y recursos hídricos: agua de ríos, lagos, arroyos o manantiales (17).

Al respecto, los participantes señalan que la región ha presentado problemas de escasez de agua que han dificultado el acceso de la población local, situación más evidente en zonas rurales o vulnerables de los municipios. A esto se suma, las inequidades presentadas en porcentaje de cobertura en

acueducto y alcantarillado, y la contaminación de algunas fuentes hídricas en algunos municipios con este tipo de actividad económica: *"(...) en la quebradita que hay al pie de El Vergel, esa es una quebrada que está el agua muy contaminada, ¿por qué?, porque no tenemos un sistema de alcantarillado"*. De allí que el desarrollo turístico en la región requiera una lectura muy rigurosa sobre aquello que los municipios pueden ofrecer en términos de agua, acueducto y alcantarillado a sus visitantes, para no descuidar el derecho de la población local en el acceso a este recurso.

Por otro lado, los actores señalan una segunda consecuencia que tiene mayor impacto en las mujeres y niñas: *"(...) los turismos desproporcionados aumentan el nivel de trata de personas, aumentan el nivel de prostitución y trabajo sexual, que lo que hace es prostituir a las niñas y menores de edad [...] que es un problema que tenemos aquí no más en Melgar, Girardot y Espinal"*. Esto se expresa como una problemática existente en los municipios con actividad turística. Además, este contexto agrava las situaciones de violencia hacía la mujer, factor más claro para los participantes al mencionar a *"Mariquita y Cajamarca [que] son los municipios que mayor nivel de violencia sexual encontramos en las mujeres y menores de edad"*.

En otras regiones, que tienen como característica ser destinos turísticos, se ha promovido un desarrollismo que afecta derechos civiles, políticos y económicos de personas, en general, y de las mujeres, en particular. Esto profundiza en la feminización de la pobreza al convertir a las mujeres y las niñas en atractivos turísticos (18). Al respecto, perspectivas críticas del desarrollo turístico señalan la importancia de acercarse a aproximaciones responsables como el enfoque de género (19).

Ante problemáticas que recaen directamente en los recursos naturales y la población local, los participantes piensan que el desarrollo turístico de la región debe incluir ciertas perspectivas para evitar que problemas en salud pública se profundicen. Por un lado, debe tenerse en cuenta enfoques territoriales o de desarrollo sostenible en los que se tengan en cuenta las consecuencias sociales y medioambientales del turismo en el entorno y las comunidades locales (20). Por otro lado, *"(...) un territorio donde el turismo va a ser la vanguardia, se necesita tener una perspectiva de género para medir el accionar dentro de los territorios"*. De tal forma, este reto no busca evitar que la región explote una actividad económica, pero sí pone sobre la mesa una oportunidad que tiene la región de evitar posibles impactos negativos que pueden afectar en mayor medida a poblaciones vulnerables y profundizar las inequidades.

Reto 4. Optimizar los sistemas de información en salud pública para facilitar la toma de decisiones y mejorar la planificación.

El desafío de mejorar los sistemas de información en salud pública urge en el territorio como una necesidad crítica para la planificación, toma de decisiones asertivas en el sector salud, así como al momento de realizar estudios e investigaciones. Según los participantes, uno de los principales problemas es la falta de interoperabilidad entre plataformas de las diferentes entidades de Estado: *"(...) cada institución [de diversos sectores] maneja su propio sistema, lo que se hace difícil centralizar la información y acceder a*





datos en tiempo real". Este reto se asocia con tres problemáticas principales: la desarticulación de los sistemas de información entre instituciones y sectores; la baja calidad y el subregistro de la información; y, la necesidad de contar con mecanismos más eficientes para garantizar una toma de decisiones más oportuna y basada en evidencia.

En el caso colombiano, plataformas como el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) y el Registro Único de Afiliados (RUAF) han avanzado en la centralización de datos, pero aún presentan limitaciones significativas en cuanto a interoperabilidad, así lo mencionan en la mesa: *"(...) la consolidación de un verdadero sistema integrado aún está lejos de ser una realidad en Colombia (...)".* La falta de interoperabilidad entre estas plataformas afecta directamente la capacidad de los actores locales para acceder a datos precisos y actualizados (21), como se manifiesta en la mesa: *"(...) no sabemos a quién le tenemos que apuntar porque no tenemos la información para hacerlo (...)".* La falta de integración entre las bases de datos es un problema recurrente en el ámbito de la salud pública, no solo en Colombia, sino en otros países de la región. Según estudios recientes sobre sistemas de salud en Latinoamérica, la fragmentación de la información genera barreras en la implementación de políticas sanitarias efectivas (22).

Otro aspecto que complica este panorama es la calidad de los datos. Los participantes expresan su preocupación por la baja fiabilidad de la información disponible: *"(...) sin datos fiables, es muy difícil planificar intervenciones eficaces (...)".* La falta de interoperabilidad también contribuye con la baja calidad, ya que no hay un flujo constante de datos entre entidades locales y nacionales. La calidad de los datos en los sistemas de salud ha sido identificada como un factor crítico para el éxito de las políticas públicas (23). En su análisis de los sistemas de información de salud, la mesa subraya que el subregistro en las bases de datos y la disparidad en los formatos de registro afectan la planificación estratégica y el monitoreo de las intervenciones en salud.

Finalmente, los participantes hacen un llamado para fortalecer la integración tecnológica y garantizar la calidad de los datos: *"(...) debemos apuntar a fortalecer la integración tecnológica y asegurar la calidad de los datos para que las políticas públicas sean más efectivas".* Esta voz está alineada con recomendaciones de la OPS, que ha instado a los gobiernos a invertir en la modernización de sus sistemas de información en salud para mejorar la capacidad de respuesta ante emergencias y la vigilancia epidemiológica (24). A nivel local, el fortalecimiento de estos sistemas es esencial para enfrentar los desafíos sanitarios y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud en el territorio, donde los recursos tecnológicos y humanos son limitados.

Referencias

1. Observatorio Nacional de Salud. Caracterización de la región Centro - Cafetero. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2024 p. 14.
2. Fassin D. Por una repolitización del mundo. Las vidas descartables como desafío del siglo XXI. Buenos Aires: Siglo Ventiuno; 2018.
3. Asamblea Departamental del Tolima. Ordenanza 0013 de 2024 [Internet]. 0013 2024 p. 743. Disponible en: https://www.tolima.gov.co/images/pdf/sec-planeacion/ORDENANZA_013_DE_2024_-_APRUEBA_PLAN_DE_DESARROLLO_2024_-_2027.pdf
4. González L, Peñaloza R, Matallana M, Gil F, Gómez C, Vega Á. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2916;45(1):8.
5. Así vamos en salud. La salud mental y la ruralidad en Colombia. Así vamos en salud. el 4 de mayo de 2018;1.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Mental [Internet]. 2018 p. 38. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf
7. Agudelo F, Plata L, Vélez H, Salazar L, Moreno B. Programa de acción para superar las brechas en salud mental: un modelo teórico de las barreras de implementación desde el personal de salud en Chocó, Colombia. Revista Panamericana de Salud Pública. 2024;48:9.
8. Leiva V, Rubí P, Vicente B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. Revista Panamericana de Salud Pública. 2021;45:7.
9. Instituto Nacional de Salud. Dengue. 2024. (Informe de evento 2023).
10. Mateus Escobar DA, Monroy-Díaz AL, Jaimes-Bernal CP, Mateus Escobar DA, Monroy-Díaz AL, Jaimes-Bernal CP. Dengue en Barbosa (Santander, Colombia): conocimientos, actitudes y prácticas en la comunidad. Revista Cubana de Medicina Tropical [Internet]. abril de 2023 [citado el 8 de noviembre de 2024];75(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0375-07602023000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Organización Panamericana de la Salud. XI Reunión Ad Hoc del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación. 21 de noviembre del 2023. Reunión virtual [Internet]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/59512/OPSCIM240005_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Bengolea A, Scigliano C, Ramos-Rojas JT, Rada G, Catalano HN, Izcovich A. Effectiveness and safety of the tetravalent TAK-003 dengue vaccine: a systematic review. Medicina (B Aires). 2024;84(4):689–707.
13. Instituto Nacional de Salud. Dengue situación epidemiológica Colombia [Internet]. Disponible en: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTIxMzE4MGItNjg4MC00ZmUyLWIwMzctODhlOWFjNz-MyZmViIiwidCI6ImE2MmQ2YzdiLTlmNTktNDQ2OS05MzU5LTM1MzcxNDc1OTRiYiIsImMiOjR9
14. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. Situación de los servicios de pediatría en Colombia [Internet]. 2023. Disponible en: https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2024/02/2023_09_07_Doc_Situacion_de_servicios_pediatria_Colombia_Acemi.pdf
15. Poveda G. Concomitant malaria, dengue and COVID-19: an extraordinary challenge for Colombia's public health system. Curr Opin Environ Sustain. octubre de 2020;46:23–6.
16. Lagunas D. El poder del dinero y el poder del sexo. Antropología del turismo sexual. Perfiles latinoamericanos. 2010;18(36):71–98.
17. ONU Turismo. Glosario de términos de turismo. [Internet]. Normas de las naciones unidas para medir el turismo. Disponible en: https://www.unwto.org/es/glosario-terminos-turisticos
18. Moreno D. El camino del turismo con igualdad. El caso de Cartagena de Indias, Colombia. Memorias. 2014;10(23):26–51.
19. Onu Mujeres. La reactivación del turismo necesita incorporar la sostenibilidad con perspectiva de género en las políticas y las prácticas de la industria. Noticias [Internet]. el 24 de marzo de 2024; Disponible en: https://lac.unwomen.org/es/stories/noticia/2023/03/la-reactivacion-del-turismo-necesita-incorporar-la-sostenibilidad-con-perspectiva-de-genero-en-las-politicas-y-las-practicas-de-la-industria-senala-onu-mujeres
20. ONU Turismo. Desarrollo sostenible [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2024. Disponible en: https://www.unwto.org/es/desarrollo-sostenible
21. Rosa J, Ludmila E. Ciencia de datos en salud: desafíos y oportunidades en América Latina. Revista médica clinica Los Condes. 2022;33(6):591–7.
22. Giraldo A, Vélez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Atención Primaria. 2013;45(7):384–92.
23. Shah A. Using data for improvement. BMJ [Internet]. 2019;364. Disponible en: https://www.bmj.com/content/364/bmj.l189
24. Organización Panamericana de la Salud. La directora de la OPS exhorta a "no dejar a nadie atrás" en la transformación digital de la salud pública. el 23 de febrero de 2021;1.

Región Central-Cafetero

Municipios

Antioquia
Puerto Triunfo

Boyacá
Puerto Boyacá

Caldas
Aguadas
Anserma
Aranzazu
Filadelfia
La Dorada
La Merced
Manzanares
Marmato
Marquetalia
Marulanda
Neira
Norcasia
Pácora
Pensilvania
Riosucio
Salamina
Samaná
Supia
Victoria

Cundinamarca
Agua De Dios
Albán
Beltrán
Bituima
Caparrapí
Chaguaní
Girardot
Guaduas
Guataquí
Guayabal de Síquima
Jerusalén
La Palma
La Peña
Nariño
Nimaima
Nocaima
Puerto Salgar
Pulí
Quebradanegra
Quipile
San Juan de Rioseco
Tocaima
Útica
Viani
Villeta
Yacopí

Risaralda
Guática
Quinchía

Tolima
Ibagué
Alvarado
Ambalema
Anzoátegui
Armero
Casabianca
Coello
Falan
Fresno
Herveo
Honda
Lérida
Líbano
Mariquita
Murillo
Palocabildo
Piedras
Santa Isabel
Venadillo
Villahermosa

Nariño
Pasto
Aldana
Ancuya
Arboleda
Buesaco
Consacá
Contadero
Córdoba
Cuaspud
Cumbal
Cumbitara
Chachagüí
El Peñol
El Tambo
Funes
Guachucal
Guaitarilla
Gualmatán
Iles
Imués
Ipiales
La Florida
La Llanada
Linares
Los Andes
Mallama
Nariño
Ospina
Policarpa
Potosí
Providencia
Puerres
Pupiales
Ricaurte
Samaniego
Sandoná
San Lorenzo
Santa Cruz
Sapuyes
Taminango
Tangua
Túquerres
Yacuanquer

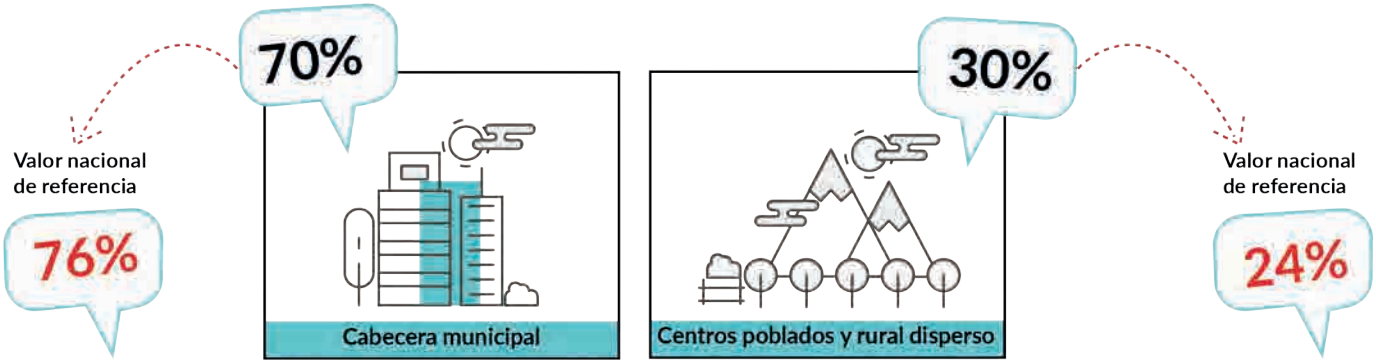
Putumayo
Mocoa
Colón
Orito
Puerto Asís
Puerto Caicedo
Sibundoy
San Francisco
San Miguel
Santiago
Valle Del
Guamuez
Villagarzón

Ficha de caracterización

Región
Central Cafetero

1. Descripción general

La región Central-Cafetero está conformada por 69 municipios dentro de los departamentos de Antioquia (1), Boyacá (1), Caldas (19), Cundinamarca (26), Risaralda (2) y Tolima (20).

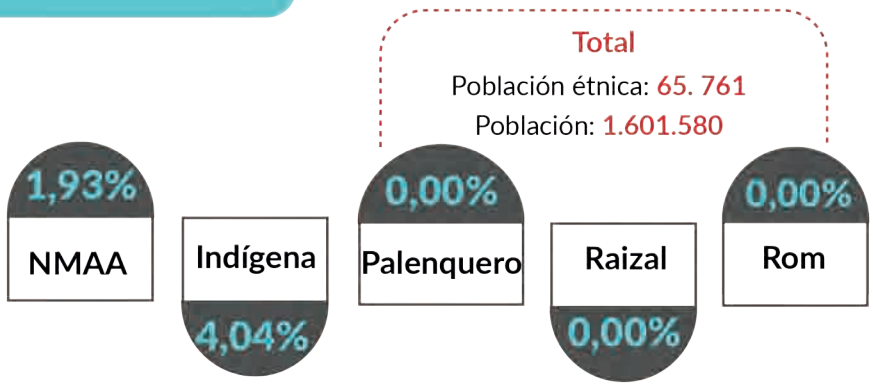


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

En la región Central-Cafetero, la mediana municipal de población en cabeceras es del 70%, por debajo de la nacional, mientras que en centros poblados y zonas rurales dispersas alcanza el 30%, superando el 24% nacional.

2. Demografía y población

Las poblaciones indígena y Negra, Mulata y Afrodescendiente son menores al porcentaje nacional de 4.4% y 9.1%, respectivamente. Los demás grupos étnicos, como el Palenquero, Raizal y Rom, tienen una representación muy pequeña, lo que sugiere una baja diversidad étnica.

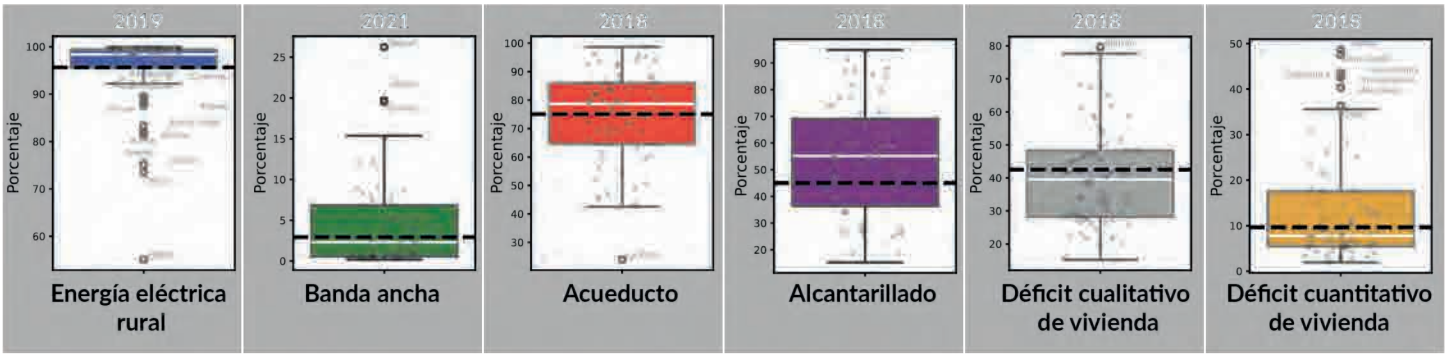


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La región tiene alta cobertura eléctrica rural, con más del 90% en la mayoría de municipios, excepto en Lérida e Ibagué. En banda ancha, destacan Ibagué, Honda y Girardot con más del 15%. La cobertura de acueducto y alcantarillado supera la mediana nacional, salvo en La Peña. Los déficits de vivienda son bajos, por debajo de la mediana nacional en la mayoría de municipios.

Cobertura de servicios de la región Central Cafetero

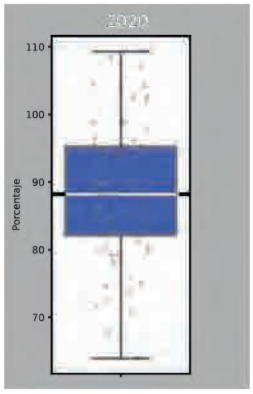


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

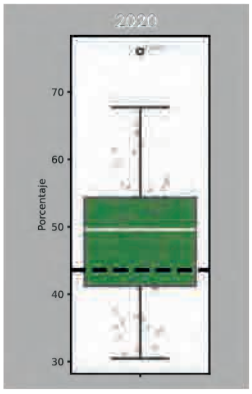
4. Educación

La mayoría de los municipios registra una cobertura neta del 90% en educación básica y del 50% en media, cifras similares y superiores a la mediana nacional, respectivamente.

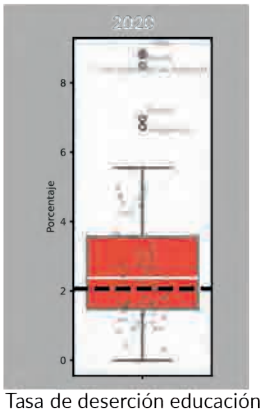
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

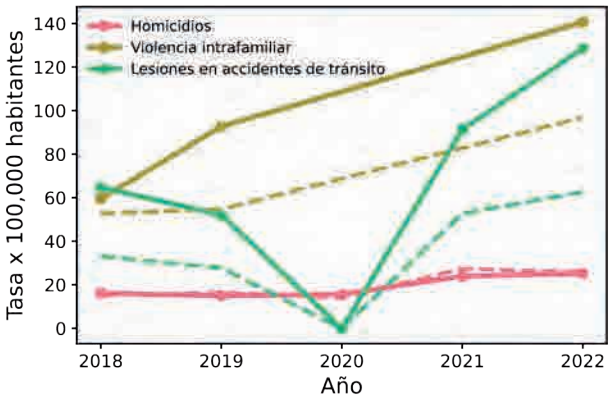


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

La tasa de homicidios creció desde 2018, manteniendo un comportamiento similar al nacional. La violencia intrafamiliar y lesiones por accidentes de tránsito aumentaron de forma constante, superando las tasas nacionales. Las lesiones por accidentes de tránsito mostraron una caída en 2020.

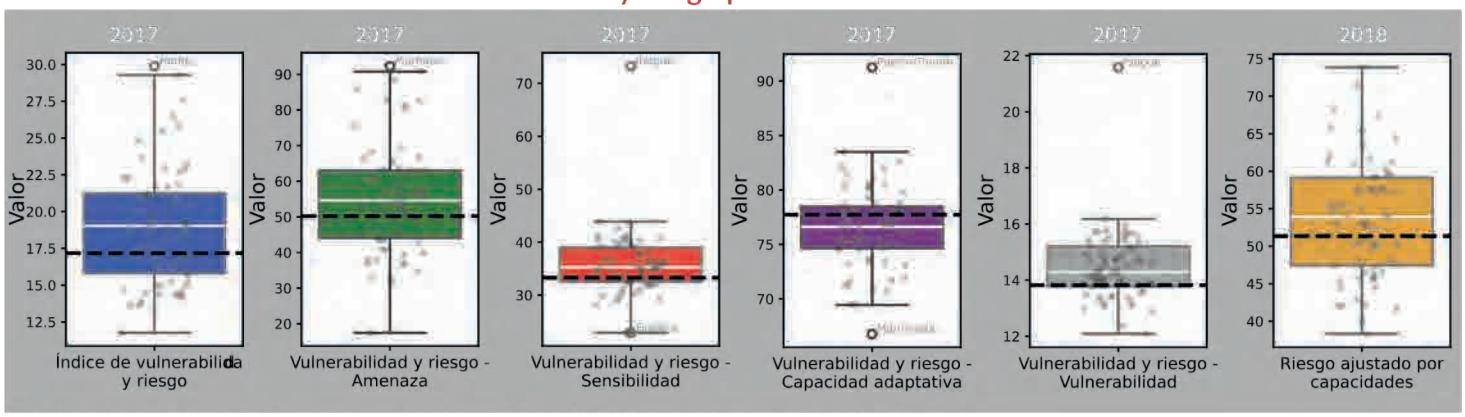


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

La región muestra niveles de riesgo por cambio climático superiores a la mediana nacional, especialmente en los componentes de amenaza y vulnerabilidad.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

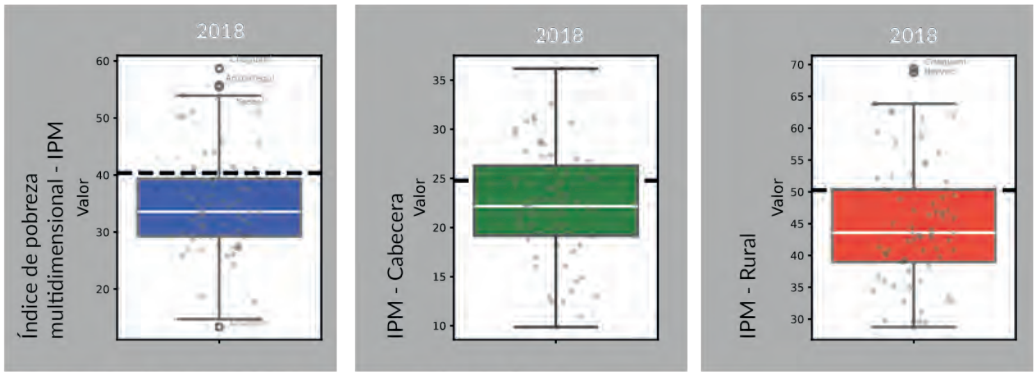


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

La mayoría de municipios de la región reportaron menor IPM en comparación con el nacional. Resaltaron con mayor IPM Chaguaní, Anzoategui y Herveo. Se reportó mayor variabilidad en áreas rurales en comparación con las cabeceras.

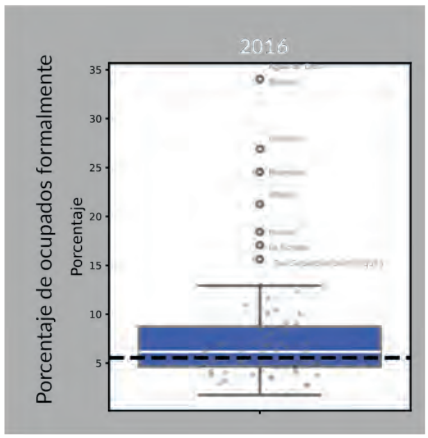
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

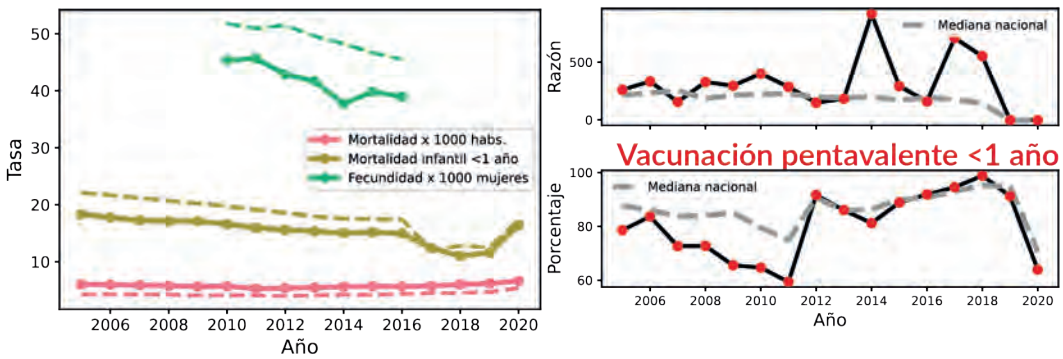
La mayoría de los municipios reportó un empleo formal superior al 5%, similar al promedio nacional. Municipios como Agua de Dios, Ibagué y Girardot destacan con porcentajes significativamente más altos frente a la región.



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

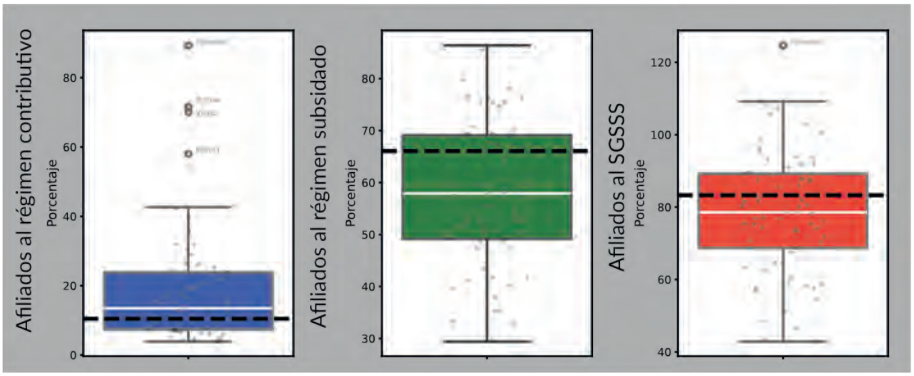
La mortalidad general y materna supera la nacional. En contraste, la mortalidad infantil es menor que la nacional, con una tendencia descendente hasta 2018, años desde el cual, aumentó. La cobertura de vacunación pentavalente alcanza el 90% en 2011, aunque cae en 2020. La fecundidad se mantuvo por debajo del nacional.



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Acceso a la salud

La mayoría de municipios de la región tienen una cobertura de afiliación al SGSSS por debajo de la mediana nacional. La afiliación al régimen subsidiado supera a la del contributivo, excepto en Girardot, Ibagué, Villeta y Honda, donde los porcentajes del régimen contributivo son significativamente más altos.



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	113,40	94,60	Disminuyó
Agresiones (homicidios)	76,00	21,60	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	49,40	25,00	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	41,60	27,80	Disminuyó
Diabetes mellitus	26,80	16,00	Disminuyó
Accidentes de transporte terrestre	23,80	18,70	Disminuyó
Enfermedades hipertensivas	21,60	13,90	Disminuyó
Infecciones respiratorias agudas	17,80	16,00	Disminuyó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	2,90	45,90	Aumentó
Las demás enfermedades del sistema digestivo	19,00	13,90	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las principales causas de muerte en la región fueron enfermedades isquémicas del corazón, infecciones parasitarias y enfermedades respiratorias crónicas. Las enfermedades isquémicas mantuvieron su posición, pero la mortalidad por infecciones parasitarias aumentó significativamente. Estos cambios reflejan variaciones significativas en las causas de mortalidad de la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

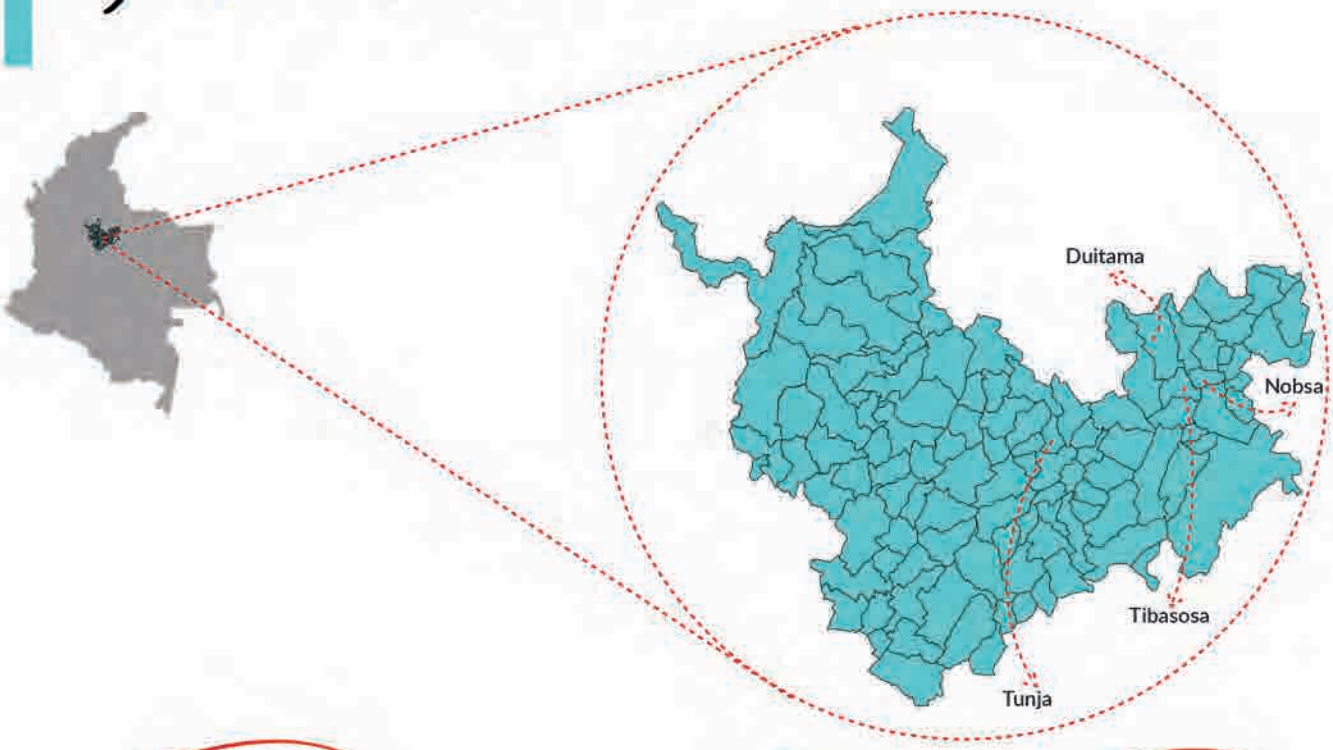
Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	28,02	32,41	Aumentó
Dengue	161,37	130,74	Disminuyó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	400,10	397,40	No diferencia
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	3,89	123,90	Aumentó
Intento de Suicidio	89,23	111,78	Aumentó
Intoxicación por plaguicidas	30,01	22,53	Disminuyó
Intoxicación por medicamentos	33,93	51,49	Aumentó
Leishmaniasis Cutánea	26,88	26,57	No diferencia
Varicela Individual	149,47	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Dengue e Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado). La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestran aumentos significativos, particularmente IRAG inusitado, Intento de Suicidio e Intoxicación por medicamentos.

Referencias
1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx
5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Un convite por la vida
Región Centro-Oriental



Lorena Maldonado, Karol Cotes-Cantillo, Karen Zabaleta

La Región Centro-Oriental está conformada por 108 municipios, 77 pertenecen a Boyacá, 21 a Cundinamarca y diez a Santander. La mayoría de estos municipios hacen parte del altiplano cundiboyacense, una extensa zona ubicada en el centro del país, caracterizada por planicies fértiles rodeadas de montañas, además de complejos de páramos, lagunas, ríos y bosques andinos, que albergan una importante biodiversidad. Esta riqueza natural favorece el desarrollo de sectores económicos clave como el hidroenergético, industrial, agrícola, recreativo y turístico, así como la provisión de servicios ambientales (1).

En esta región viven cerca de 1,3 millones de personas, de las cuales el 40% residen en pequeños centros poblados o áreas rurales dispersas. Entre esta población rural, aproximadamente un 77,4% de los mayores de 15 años se identifican como campesinos (2). Además, en la región perviven pueblos originarios como los Muiscas-Chibchas y U'wa, así como diversas comunidades afrocolombianas. Aunque estas poblaciones étnicas representan un poco menos del 1% de la población total (3), su importancia histórica y cultural demanda enfoques diferenciales para garantizar sus derechos fundamentales.

El acceso a vivienda y servicios públicos como energía eléctrica, acueducto y alcantarillado es similar o superior al promedio nacional. Asimismo, las coberturas de educación básica y media superan a la media nacional y la región cuenta con una importante oferta de programas de educación superior. En cuanto a servicios de salud, cerca del 60% de los municipios tienen un índice de acceso potencial medio o alto (4), lo que significa que disponen de los recursos y las condiciones mínimas necesarias para garantizar el uso de servicios sanitarios esenciales a su población.

Esta es una región con un importante desarrollo económico, una baja afectación relativa por el conflicto armado y un avance significativo en la cobertura de servicios básicos. Sin embargo, alrededor del 50% de sus municipios se consideran pobres, según el índice de pobreza multidimensional (IPM), concentrándose la pobreza principalmente en las zonas rurales (3). Adicionalmente, la región presenta una alta desigualdad en la distribución del ingreso con un índice de Gini alrededor de 0,50 en 2023 (5).

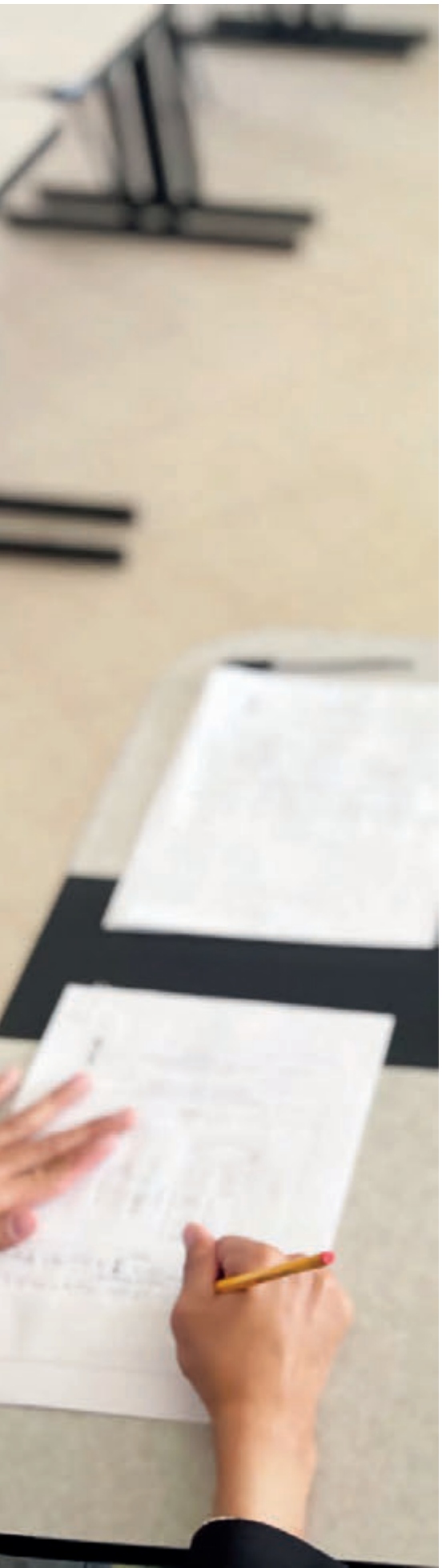
A la mesa de diálogo desarrollada en Duitama, Boyacá, asistieron diversos actores clave para hablar sobre los principales retos que tiene la región en salud pública. Para los participantes, el territorio se entiende como el lugar y la comunidad a la que se pertenece y por la que luchan. Todos los actores destacan y valoran del territorio la riqueza natural, particularmente el agua, así como la diversidad ecológica que sostiene y hace posible la reproducción social y material de la vida. Asimismo, resaltan aspectos culturales y del tejido social que generan identidad y arraigo, como la descendencia indígena-campesina, la laboriosidad y hospitalidad de la gente, y *"(...) esa palabra que es una reliquia como el sumercé (...)".*

Para las comunidades étnicas, los colectivos feministas y ambientalistas, el territorio es además un escenario de disputa en el que luchan por transformar realidades violentas racistas, machistas, clasistas, de explotación y destrucción del medio ambiente, donde el recurso hídrico es central. Según las mujeres, particularmente las activistas comunitarias, el territorio es también el propio ser, el cuerpo y la forma como el ser construye y se construye con la sociedad y el espacio que habita: *"(...) el territorio habita en mí y yo habito en él. Yo soy mi propio territorio, soy con él y construyo con él (...) Lo que más me gusta del territorio es lo que el territorio ha hecho en cada uno de nosotros para que sigamos permaneciendo en este espacio, no decidir estar en otros lugares sino permanecer aquí".*

El convite es una práctica comunitaria tradicional en el altiplano cundiboyacense que reúne solidariamente a vecinos para ayudarse en actividades importantes como siembras, cosechas o construcciones, fortaleciendo la convivencia y los lazos sociales

Balance de los principales hallazgos

La mesa de diálogo de la región Centro-Oriental contó con la participación de diversos actores, entre ellos comunidades étnicas indígenas y afrocolombianas, colectivos feministas, ambientalistas y de educación popular, así como jóvenes estudiantes de colegios y universidades, personas con discapacidad, profesionales independientes de la salud mental y nutricional, además de pequeños empresarios agroecológicos. También, estuvieron presentes delegados de instituciones públicas, como las secretarías de salud de Boyacá y Duitama, el Hospital Especial Intercultural de Cubará y docentes e investigadores de salud de la Universidad Nacional



Abierta y a Distancia (UNAD). La mesa de caracterizó por un diálogo nutrido y respetuoso, en el que todos los participantes tuvieron la oportunidad de hablar, escuchar y ser escuchados.

Para los participantes, la salud pública es, en esencia, el vivir bien como un derecho individual y colectivo. Las palabras más asociadas con este concepto son: *"bienestar"*, *"derecho"*, *"comunidad"* y *"prevención"*. Como derecho, se considera que la salud pública es un bien común que debe ser garantizado principalmente por el Estado y coconstruido con las comunidades. Este derecho incluye la garantía de entornos saludables y seguros, así como el acceso oportuno y de calidad a bienes y servicios esenciales, como alimentos, agua y servicios sanitarios.

El cuidado colectivo, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se consideran, por los participantes, prácticas propias de la salud pública que trascienden el accionar de las instituciones sanitarias, por tanto, es clave *"(...) no encajarlas en un sistema de salud"*. La mayoría coinciden en que estas prácticas deben tener un carácter comunitario, participativo, holístico, diverso y pedagógico, y ser asumidas como responsabilidades compartidas entre instituciones y comunidades. De esta manera, se espera facilitar el reconocimiento empático del otro y la construcción de diálogos y juntanzas, condiciones esenciales para avanzar hacia el goce pleno del derecho a la salud para todos.

El concepto de salud pública también motiva sentimientos de *"miedo"*, *"preocupación"*, *"ira"*, *"tristeza"* y *"lucha"*, pues *"(...) aunque es un derecho, es un bien maltrecho"* y requiere de *"(...) luchas por el bienestar común, para que las personas que son vulnerables sean participes del derecho"* y para que *"(...) la salud pública deje de ser vista como un negocio que responde solo a intereses privados, apartándose de su objetivo de servicio y garantía de acceso a todo el que lo requiera"*. Estos sentimientos y reflexiones emergen principalmente en mujeres, jóvenes, personas con discapacidad y comunidades étnicas y rurales.

A partir de un diálogo fluido, y desde el lenguaje cotidiano, se identifican varios temas de interés que reflejan los saberes y roles de los participantes, así como sus vivencias y anhelos como habitantes de la región. Entre los temas centrales que enmarcan los retos en salud pública, se encuentran la transformación de las relaciones sociedad-naturaleza, así como entre los mismos habitantes de la región, con el objetivo de eliminar distintas formas de violencia que se expresan en el territorio. También, la descentralización del sector salud, pero desde una perspectiva crítica que cuestione y transforme la manera como se implementan las políticas públicas en los territorios, particularmente en las zonas rurales y urbanas periféricas de la región. Asimismo, se considera esencial mejorar las condiciones de empleo, trabajo y formación del personal sanitario para avanzar hacia un abordaje integral de la salud, sensible a las necesidades y realidades socio-territoriales de los individuos y las comunidades. Por último, el bienestar emocional y mental, particularmente de la población joven, así como la investigación, desarrollo y acceso a tecnologías para mejorar la calidad vida de personas con discapacidad, son temáticas expuestas inicialmente por la población específicamente afectada, que tiene un gran eco en la reflexión del grupo.

En cuanto a la transformación de las relaciones sociedad-naturaleza, se destaca como uno de los problemas más sentidos la explotación, uso y manejo inconsciente de los recursos naturales, que ha causado daños significativos en los ecosistemas y deterioro de fuentes hídricas. Para las comunidades étnicas, jóvenes ambientalistas y educadoras populares, la naturaleza que cohabita el territorio se concibe como soporte de la vida y por tanto sujeto de respeto y cuidado y no objeto de explotación. En este sentido plantean: *"(…) empezar a respetar la naturaleza porque nosotros somo ella. Todos hemos colaborado de una u otra manera (…) a esta crisis, a este agotamiento del territorio"*. El ser humano se asume metafóricamente como una semilla que depende de un territorio sano para desarrollarse plenamente. En este sentido, preocupa la calidad y el acceso a recursos vitales como el agua y los alimentos.

Además del alimento material, inquieta el alimento emocional por el maltrato al que están siendo expuestas las semillas desde el comienzo de la vida: *"(…) la violencia madre-hijo está en todo, desde la gestación se está maltratando la semilla (…)"*. Se menciona particularmente la violencia de género ejercida por los profesionales de la salud. Las mujeres denuncian demoras en la atención y malos tratos, particularmente cuando demandan servicios relacionados con sus derechos sexuales y reproductivos: *"(…) la vida y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son cuestionados, violentados (…) incluso cuando se decide tener hijos, con violencia obstétrica"*. Asimismo, la negación a las interrupciones voluntarias del embarazo aparece como retrato de estas violencias: *"(…) es una cadena de violencias normalizada que está muy arraigada en los profesionales de la salud porque interviene sus pensamientos religiosos (…) muchos desconocen la Ley (…) instituciones se amparan en la objeción de conciencia cuando eso es individual"*.

Las formas descontextualizadas, centralizadas y jerárquicas de formular e implementar las políticas públicas en salud, junto con la falta de diálogo entre los saberes y prácticas de las instituciones sanitarias y las comunidades étnicas, populares y científicas, hacen que las múltiples políticas y programas que existen no tengan el impacto esperado y se alejen de las verdaderas necesidades de quienes habitan en el territorio. Los actores comunitarios atribuyen esta desconexión a la reproducción de lógicas coloniales en la medicina occidental, que excluyen y minimizan otras voces en salud: *"(..) la medicina occidental, que también es colonial, no tiene en cuenta los saberes ancestrales"*. Además, perciben que el enfoque morbicéntrico y mercantilista, predominante en el sector salud, impide la articulación entre diversos actores para facilitar la comprensión de las dinámicas socioterritoriales de los procesos de salud-enfermedad y, en consecuencia, gestionar respuestas más contextualizadas y colectivas: *"(…) ustedes conocen enfermedades y epidemias por sus estudios, sin embargo, no pueden desatender que esto surge de situaciones que pasan en el entorno. No se puede seguir pensando que la salud pública es una atención médica"*, *"(…) La salud debe romper con las cadenas institucionales que la ubican como negocio, para tejer con las comunidades desde sus diversidades"*.

Las condiciones y características de empleo, trabajo y formación del personal sanitario se destacan como un asunto medular para el logro de un abordaje integral y efectivo de la salud, tanto en lo individual como en lo colectivo. Según algunos de los participantes, las formas de contratación





precarias e injustas del personal de salud explican su alta rotación y la afectación en el estado emocional al momento de prestar sus servicios: *"(…) siempre los profesionales van a estar flotando si no hay un salario digno. Ahorita a un profesional especializado con maestría le ofrecen dos millones de pesos, que de verdad es vergonzoso"*. Sumado a lo anterior, los profesionales de la salud señalan importantes deficiencias en la formación en salud pública y enfoques comunitarios que ofrecen las universidades: *"(…) muchos profesionales de la salud salimos de las universidades y el enfoque de la salud pública no lo tenemos claro, no es importante (…) y desde que un profesional de la salud no tenga un enfoque comunitario sino clínico, es muy complejo que trabaje en un primer nivel"*.

En cuanto a las problemáticas asociadas al bienestar emocional, los jóvenes señalan que no son escuchados y que se minimizan sus emociones: *"(…) está llorando, ya está haciendo show (…) o, ¡usted está muy grande para que le hagan ´bullying´!"*. Mencionan problemáticas que no se están abordando adecuadamente, como la desconexión con su entorno natural y social inmediato, así como el uso excesivo de dispositivos móviles: *"(…) el joven ya no hace lo que hacíamos antes que es ¡sal al patio y juega!, ¡sal al patio y explora!, ¡aprende!, ¡fracasa! ¿Por qué? Porque ahora el joven se la pasa afiebrado a un dispositivo móvil y eso también es parte de la sanidad mental"*. Así mismo, señalan que se está normalizando diagnosticarlos con depresión o ansiedad y enviarlos a psicólogos, en quienes tampoco encuentran respuestas. Adicionalmente, cuestionan la pertinencia del manejo medicalizado de su salud mental: *"(…) más que salud mental es bienestar emocional. Esto incluiría también dejar un poco de lado el modelo médico, y es que si no hay enfermedad no le ponemos atención"*.

Las personas con discapacidad, por su parte, señalan falta de disponibilidad y acceso a las tecnologías que requieren: *"(...) no hay accesibilidad (…) a tecnología para que las personas [con discapacidad] puedan realizar su vida cotidiana"*. En el mismo sentido, las comunidades rurales y los profesionales de la salud denuncian la persistencia de barreras administrativas o geográficas que dificultan el acceso a los servicios para quienes viven en zonas rurales o sufren de enfermedades desatendidas: *"(…) cuando ya tienen el acceso, ya hay cosas que no se pueden hacer y eso aumenta los costos catastróficos en las familias (…) para acceder a una cita tienen que viajar mucho tiempo, llegan y (…) nadie les da una respuesta"*.

Además de problemáticas, un asunto clave, señalado por una de las docentes universitarias, es la importancia de mirar también los procesos protectores y las cosas que están haciendo bien y que se pueden potenciar para mejorar la salud pública en los próximos 30 años: *"(…) casi siempre nos centramos en las dificultades, pero todos también tenemos potencialidades, casi siempre el enfoque está en que nos hace falta, pero ¡bueno! Tenemos muchos recursos y muchas potencialidades entonces ¿cómo las fortalecemos?"*.

Retos para la región Centro Oriental

El conjunto de reflexiones permite identificar y delimitar cuatro grandes retos de salud pública para la región, en los que comunidades e instituciones deben trabajar en las próximas décadas. Estos están relacionados con la preservación del territorio, el acceso a recursos vitales, la superación de las violencias, la equidad y diversidad en salud, y las transformaciones en el empleo, el trabajo y la formación del talento humano en salud.

En la formulación de estos retos, se retoman conceptos mencionados por los participantes de la mesa. Así pues, el término semillas hace referencia a las personas, el escuchar, a la habilidad que implica prestar atención plena, consciente y empática tanto al contenido como a las emociones del interlocutor, y el entretejer a la propuesta de coconstrucción y abordaje colectivo de las realidades socio-territoriales en salud.

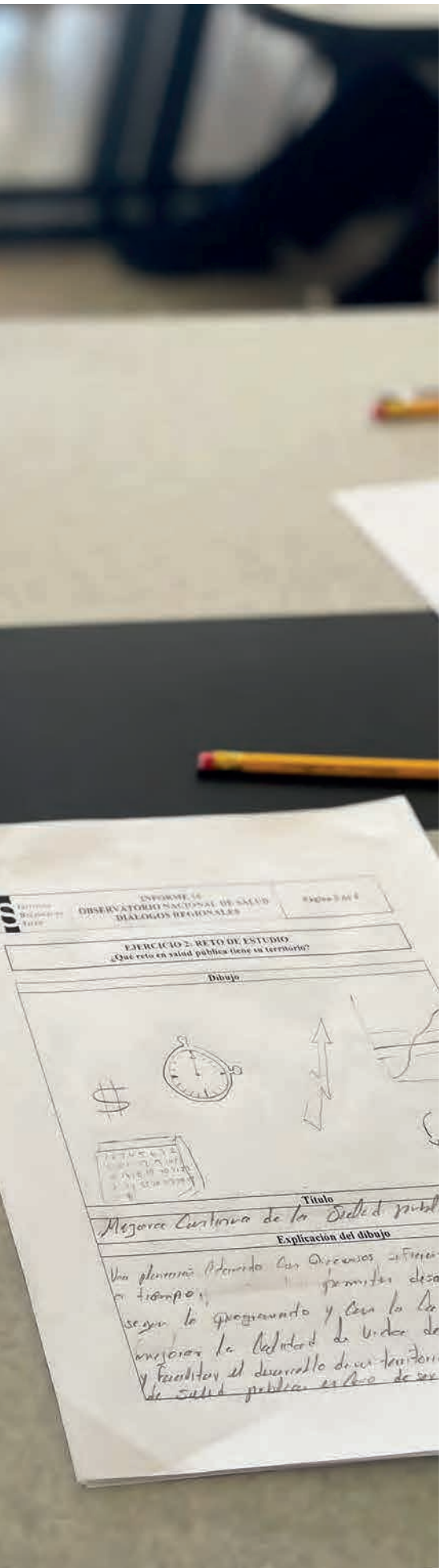
Reto 1. Preservar el territorio y nutrir las semillas a través de un convite por la vida

La explotación desmedida de los recursos naturales, el daño a los ecosistemas, el deterioro de las fuentes hídricas y el limitado acceso a alimentos de calidad son problemáticas que, según los actores participantes, amenazan directamente las posibilidades de llevar una vida saludable en los territorios. Estas problemáticas guardan relación con el incremento de diversos conflictos socioambientales documentados en la región, relacionados con la minería en páramos, las formas de producción agroindustrial, la gestión del agua y los residuos, entre otros (6,7). Además, revelan la profunda contradicción entre habitar un territorio fértil con potencial para producir alimentos de calidad de manera sustentable y tener poco acceso a una alimentación saludable.

Se identifican al menos tres fuentes que generan estas problemáticas y que entran en conflicto con la noción del territorio como soporte de la vida y sujeto de cuidado. En primer lugar, las grandes corporaciones, generalmente externas al territorio, interesadas en la explotación de recursos naturales (8): *"(…) en la medida en que utilizamos los servicios ecosistémicos al servicio de la industria y del consumismo, pues ya no está a favor de la vida"*. En segundo lugar, la masificación de formas agroindustriales malsanas de producción y consumo de alimentos (9): *"(…) qué estamos sembrando, cómo nos estamos alimentando"*, *"(…) en las tiendas de las veredas no se encuentra nada saludable, todo es comida chatarra (…) esa está siendo la canasta familiar"*. Y, en tercer lugar, la deficiencia o ausencia de infraestructura sanitaria básica para el manejo de aguas residuales, especialmente en las zonas rurales (10): *"(…) en nuestro municipio lastimosamente no hay una estructura de manejo de aguas residuales y estas van a parar a los caudales de agua (…) y nuestra población rural toma agua de esas vertientes"*.

En la región ya existen procesos organizativos y de resistencia orientados a proteger sus territorios, recuperar y cuidar los ecosistemas, garantizar el derecho al agua, promover una gobernanza ambiental y repensar críticamente las formas de producción y consumo de alimentos (8): *"(…) el reto real es cómo nos encaminamos a hacer la tarea, que es cuidar, proteger y*





conservar. Nosotros somos sostenedores, nosotros no tenemos por qué estar acabando el territorio, estamos acabando con la comida". Varios participantes plantean, desde su experiencia, elementos para el cuidado y protección del territorio y su gente. Entre estos se encuentran estrategias de educación ambiental popular para niños y jóvenes, programas de radio comunitaria sobre sostenibilidad ecosistémica y sociocultural, el fomento de cultivos agroecológicos y alimentos saludables, huertas comunitarias, así como las luchas y resistencias de pueblos étnicos para proteger sus territorios como parte de su derecho a la autodeterminación.

Las comunidades e instituciones de la región tienen el reto de continuar promoviendo más espacios de diálogo para articular los esfuerzos ya existentes y convocar a nuevos actores con el fin de generar y fortalecer mecanismos colaborativos y creativos que protejan el medio ambiente y los recursos naturales. Asimismo, estas juntanzas deben incentivar un mayor debate público y político sobre el derecho fundamental al agua, reconocido por la Corte Constitucional (11), y el derecho humano a una alimentación adecuada (12). Estos debates incluirán temas álgidos, como la producción sustentable de alimentos y la visibilización de las estrategias que emplean las corporaciones de alimentos y bebidas ultraprocesadas para promover y comercializar sus productos, así como su influencia en la toma de decisiones de política pública (13): *"(…) hay un uso desmedido de [productos] alimenticios, que son de la industria y que hay que voltear a mirar (…) porque también están enfermando".*

En este convite por la vida en el territorio, los servidores públicos deben recuperar el sentido de lo público y cumplir con su obligación de gestionar y garantizar la solución de asuntos no resueltos de infraestructura sanitaria básica a toda la población, especialmente en las zonas rurales de la región. A su vez, las comunidades deberán fortalecer y cualificar sus procesos de veeduría y exigibilidad de derechos: *"(…) desde las comunidades, se formen grupos…veedurías para que hagan seguimiento a esas políticas públicas pero que están veedurías sean respetadas".*

El sector salud no puede seguir ajeno a la complejidad de las realidades socioterritoriales que condicionan el proceso de salud-enfermedad en las comunidades de la región. Así, debe asumir con entereza y creatividad, que la salud pública está en los territorios, afuera del consultorio: *"(…) la salud no solo está en la medicina, sino también en cómo los factores sociales y políticos interfieren en nuestro territorio"*. En este sentido, es importante que responda al llamado de las comunidades para visibilizar con mayor contundencia las afectaciones a la salud individual y colectiva que genera el deterioro del territorio. Además, puede contribuir a movilizar temas clave que preocupan a las comunidades como la garantía de una alimentación saludable en los entornos en donde transcurre la vida, la casa, el colegio, el trabajo: *"(…) es muy importante actividades de educación alimentaria y nutricional que no las tenemos"*, *"(…) si un niño desde pequeño se le educa en evitar al máximo el consumo del azúcar, el niño crece con eso. Pero debe ver en su hogar alimentos saludables".*

Reto 2. Cuidar las semillas: escuchar y dejar de normalizar las violencias

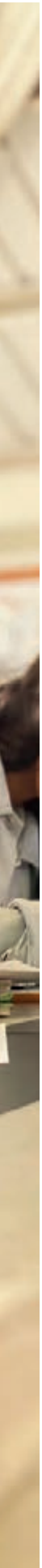
Diversas violencias se han normalizado y se reproducen en la cotidianidad, no solo son con la naturaleza, sino también entre los habitantes de la región: *"(…) todas las personas somos semillas y el reto está en cuidarla durante todo el proceso desde que se roza, se siembra, hasta el final. Desde las instituciones, desde lo individual, desde lo colectivo, no estamos cuidando la semilla".* En la mesa, se profundiza en tres formas de relacionamiento violento que deben ser abordadas y erradicadas en las próximas tres décadas. La primera es la violencia que enfrentan las mujeres por asuntos relacionados con sus derechos sexuales y reproductivos. La segunda es la falta de escucha activa, empatía y el menosprecio del bienestar emocional de niños y jóvenes. La tercera es la violencia en las relaciones entre los profesionales de la salud y las personas a quienes deben atender y cuidar, tema que se abordará en el último reto.

Uno de los entornos más violentos identificados por los participantes de la mesa es la prestación de servicios de salud. En este escenario, se perpetúa un ejercicio de poder hostil por parte de las instituciones y los profesionales de la salud, lo que profundiza las heridas y agrava el daño causado por las múltiples violencias que las personas enfrentan en su vida cotidiana (14). En particular, las mujeres sufren una mayor vulneración de su autonomía, privacidad e intimidad, al ser sometidas a situaciones de subordinación y maltrato intenso, como la violencia obstétrica, los juicios religiosos sobre su sexualidad y la negación de servicios esenciales, entre ellos la interrupción voluntaria del embarazo o el acceso a servicios para tener unas *"(…) maternidades cuidadas y plenas"*.

Eliminar la violencia de género en los servicios de salud, para avanzar en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la región, requiere que tanto los prestadores de servicios sanitarios como la sociedad en general tomen conciencia de que Colombia es un Estado Social de Derecho, es decir, un Estado que debe garantizar los derechos, asegurando que no existan barreras de tipo social, económico o religioso. En este sentido, quienes trabajen en el sector salud deben reconocer que la salud en un derecho constitucional y que el sistema de salud, que es financiado con recursos públicos, está obligado a cumplir con la normatividad que protege el derecho a una salud sexual y reproductiva plena en las mujeres *"(…) el llamado es que todos los funcionarios cumplan la sentencia, que dice que tenemos un derecho que ya no es penado por la ley"*. Esto implica, garantizar una atención con enfoque diferencial y enmarcada en los principios bioéticos de dignidad, autonomía, respeto a la integridad, privacidad, equidad, no discriminación o estigmatización, respeto de la diversidad cultural y responsabilidad social (15). Ejemplos de estos avances ya se tienen en algunos municipios de la región: *"(…) tenemos la única sala de parto vertical de Boyacá intercultural (…) y precisamente le apuntábamos a reducir este factor de riesgo [violencia obstétrica] que tienen las mujeres"*.

Los jóvenes, por su parte, plantean que en la región se debe escuchar más, acompañar, respetar su sensibilidad y dejar de individualizar y medicalizar su salud mental. Parece existir una fisura entre una tradición cultural que minimiza y valora negativamente la sensibilidad o la expresión de emociones y nuevas generaciones que se resisten a reprimir lo que sienten y además





exigen ser escuchadas: *"(...) las generaciones de hoy en día somos mucho más sentimentales que antes, del concepto de ¡bueno me está haciendo daño tal cosa! Pero no son escuchados, y obviamente entran en conflicto"*. En esta tensión, los jóvenes intentan encontrar soluciones, pero requieren más acompañamiento y asertividad por parte de quienes deben velar por su bienestar: *"(...) al entrar en conflicto, tanto gente que lo vive como compañeros de uno mismo, entra en el solidario de ¿qué pasa aquí?, ¿por qué no se le presta atención? Es una falencia que aún muchos no identifican (...) y por eso se suicidan o muchas cosas"*.

A lo anterior, se suman las afectaciones a la salud causadas por el uso de dispositivos móviles y la desconexión con el entorno inmediato. Investigaciones han advertido que la falta de juego activo y relacional, junto con el uso excesivo de redes sociales y dispositivos móviles en niños y adolescentes, aumenta el riesgo de padecer ansiedad, depresión, aislamiento emocional, problemas de autoestima, obesidad, entre otros (16). Para dar respuesta a estas problemáticas, los jóvenes, cuidadores y funcionarios de instituciones educativas y de salud, deberán consolidar espacios de diálogo, escucharse y articularse para pasar de entornos de contención emocional y atención individual de enfermedades mentales a la cocreación de espacios de bienestar emocional.

En la región, ya existen semilleros de investigación ambiental en colegios, donde, además de fortalecer la conexión con la naturaleza se promueven relaciones sanas entre compañeros. También, se destacan iniciativas populares de pedagogía, arte y recreación que buscan fomentar habilidades sociales y el buen trato en niños y adolescentes en los barrios. Desde estos espacios, se hace un llamado al sector salud para integrarse y participar de forma activa y creativa mediante acciones permanentes de promoción colectiva de la salud en los territorios. Asimismo, se propone que este sector aporte herramientas que permitan a los jóvenes desarrollar competencias para brindar soporte emocional de manera asertiva a sus pares.

Reto 3. Entretejer la salud desde el territorio con el respeto y la equidad como urdimbre

Para los participantes, la lógica occidental, morbicéntrica, mercantilista y centralista que sustenta el actual sistema de salud genera un abordaje descontextualizado y fragmentado del proceso salud-enfermedad, así como una desarticulación estructural e incluso tensiones entre los saberes y prácticas del sector salud y aquellos de las comunidades étnicas, populares y científicas que coexisten en la región. Estas apreciaciones son esperables en un sistema de salud que destina más del 90% de sus recursos al aseguramiento individual y a la atención de enfermedades desde una lógica biomédica occidental, sin considerar enfoques diferenciales y territoriales. Además, un sistema que centraliza las políticas y los mecanismos de control en instituciones de orden nacional, y reduce la salud pública a unas pocas acciones de vigilancia y actividades colectivas estandarizadas, con dificultades financieras para su implementación, especialmente en los municipios con menos recursos (17,18).

Un participante mencionó el término 'urdimbre', que se refiere a los hilos que sostienen la trama en un telar para formar tejidos, como las ruanas, símbolo de tradición e identidad cultural en la región. Metafóricamente, se utiliza para describir algo que sirve como base o soporte.

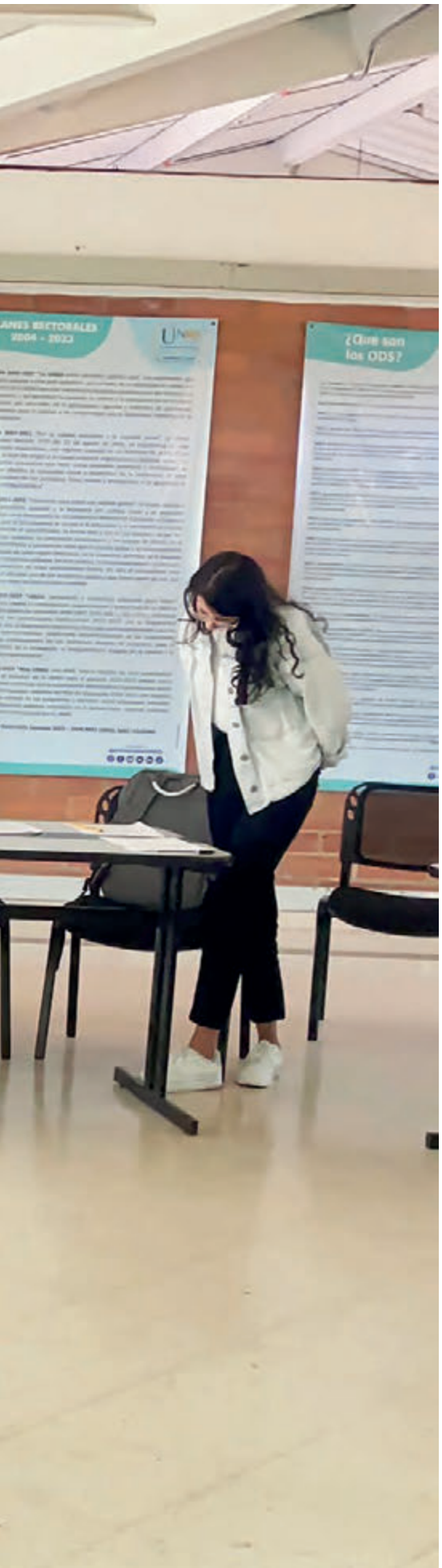
El descontento social con el funcionamiento del sector salud en la región se refleja en expresiones como: *"(…) los médicos trabajan como islas y jamás escuchan. La salud es integral no debemos atender por pedacitos"*, *"(…) no es solo llevar la unidad móvil y las brigadas, sino el cómo se llega… y que sea un ejercicio más a largo plazo"*. Esta inconformidad es compartida incluso por algunos funcionarios del sector, quienes enfrentan restricciones normativas que dificultan la contratación e integración de otros saberes y prácticas en salud que las comunidades demandan: *"(...) para nosotros como hospital, que tenemos una sala intercultural, y se nos ha hecho difícil contratar una partera (...) que tenga el derecho a todo lo que nosotros como contratistas tenemos porque no tiene una formación"*.

Este desencanto colectivo se profundiza ante la incapacidad persistente del sector para ser efectivo en la prevención y garantizar acceso a servicios de calidad, especialmente para las poblaciones más vulnerables: *"(…) hay que reformar la salud, en el sentido de la accesibilidad (…), en discapacidad no hay casi tecnología para que las personas puedan realizar sus vidas cotidianas"*. Además, se perciben fallas sistemáticas en la planeación territorial de la salud, falta de implementación o desarticulación de las políticas públicas y desconocimiento, por parte de los líderes políticos locales, de sus funciones y responsabilidades: *"(…) los alcaldes, gobernadores no están capacitados y no saben qué es lo que tienen que hacer (...) ellos son quienes deben vigilar cómo funciona el sistema de salud en su territorio, hacer veeduría, supervisar, ordenar el gasto"*.

Ante estas problemáticas, se considera necesario reconfigurar y descentralizar el sistema de salud para que en los territorios puedan entretejerse colectivamente formas más diversas e inclusivas de abordar la salud, respondiendo más acertadamente a sus necesidades y anhelos: *"(…) ellos [las comunidades étnicas] también tienen salud comunitaria y el reto es como nuestro sistema de salud los abraza y los incorpora al sistema en conjunto"*, *"Qué bonito poder conocer y recopilar otros saberes para (...) reestructurar prácticas y hábitos y tomar lo que nos es funcional"*. Lograr estas transformaciones implica un proceso complejo de reformas estructurales a nivel nacional y avanzar en el proceso de descentralización, lo que requiere un amplio diálogo y movilización de la sociedad: *"(…) un reto debe ser descentralizar los servicios de salud con un enfoque mucho más pedagógico, llegar a las comunidades de manera más contextualizada (…) y con algo que nosotros en los trabajos de base llamamos proceso, algo de largo aliento"*. Mientras tanto, desde los territorios pueden impulsarse algunos de estos cambios mediante escenarios y mecanismos ya existentes.

Uno de estos mecanismos es la elaboración, con cada nuevo gobierno local, de los Planes de Desarrollo Territorial, los cuales deben incluir de manera sistémica los Planes Territoriales de Salud (PTS). Estos planes deben construirse de forma participativa y son un espacio ideal para articular pragmáticamente políticas públicas sociales, posicionar y movilizar formas alternativas de gestionar la salud en los territorios. Además, constituyen un escenario estratégico para armonizar la planeación territorial con los Planes de Etnodesarrollo de las comunidades afrocolombianas, así como con los Planes de Vida y el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) de los pueblos indígenas. Estas armonizaciones requerirán de un





fortalecimiento de la autodeterminación de los pueblos étnicos y un mayor respeto por su autonomía.

Un insumo clave en la elaboración de los PTS es el documento de Análisis de Situación de Salud (ASIS), el cual debe elaborarse anualmente mediante un proceso participativo, en el que el sector salud tiene la obligación legal de convocar a diversos actores, comunitarios e institucionales, para analizar las realidades sociosanitarias del territorio desde perspectivas diversas y con enfoque de equidad. De esta manera, ya existe el escenario de articulación planteado en la mesa regional, pero debe fortalecerse y apropiarse por las diversas comunidades: *"(…) el reto es la articulación del sector de la salud con demás actores que intervienen en la comprensión de las realidades socioambientales del territorio (…) con un equipo interdisciplinar que pueda analizar de manera contextualizada la vulnerabilidad de las personas"*. Por su parte, el sector salud deberá acoger y potenciar los ejercicios de diagnóstico y planeación que ya realizan algunas comunidades de la región: *"(…) en la vereda hicimos un censo comunitario para identificar que es lo que necesita nuestra gente, entonces ¿cómo podemos empoderar a las comunidades para que, desde ellas mismas con apoyo de otras instituciones (…) identifiquen sus prioridades y hagan un plan de acción?"*.

Otros mecanismos clave, propuestos, particularmente por los representantes de las personas con discapacidad, son las articulaciones intersectoriales locales. Por ejemplo, convenios entre la comunidad científica, el sector salud y los gobiernos locales para financiar investigaciones orientadas a generar soluciones que respondan a las necesidades de salud de la región, mejoren la calidad de vida de quienes más lo necesitan y contribuyan a cerrar brechas de inequidad: *"(…) mucha inversión a las universidades, podíamos hacer un convenio entre el gobierno local y las instituciones educativas para que se puedan realizar esas tecnologías [en salud] y así poder combatir las desigualdades"*.

Todas estas formas de articulación entre sectores y actores necesitaran de un ejercicio activo y creativo de exigibilidad de derechos y veeduría por parte de la ciudadanía, además de funcionarios públicos y del sector salud respetuosos y comprometidos con la equidad, la inclusión y con una gestión rigurosa, justa y transparente de los recursos públicos. En todos los casos, se hace un llamado a que los acuerdos pactados y acciones implementadas en los territorios tengan continuidad: *"(…) algo que nosotros en los trabajos de base llamamos proceso, algo de largo aliento"* y sean evaluados periódicamente: *"(…) que los programas tengan mínimos 4 o 5 años para ser evaluados en su efectividad"*.

Reto 4. Transformar las condiciones de empleo, trabajo y formación del talento humano en salud: cuidar a quienes cuidan

Un aspecto clave para avanzar en los tres retos anteriores y lograr una mayor legitimidad del sector salud es contar con un talento humano que contribuya más activamente a los cambios necesarios para mejorar la salud y la calidad de vida en la región. Sin embargo, existen problemáticas que limitan el despliegue de todo el potencial transformador y cuidador de quienes trabajan en el sector. En la mesa, se identifican tres asuntos prioritarios

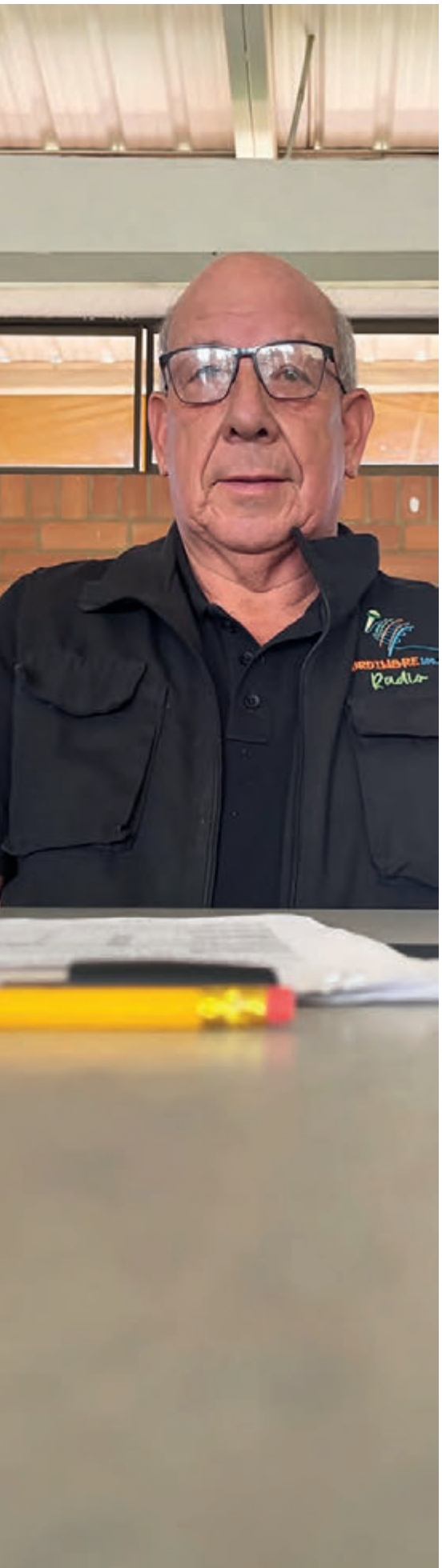
relacionados con el talento humano en salud que deben abordarse en las próximas décadas: uno vinculado a las condiciones de empleo y trabajo, otro a los procesos de formación y un tercero, estrechamente vinculado con los dos anteriores, el de la *"deshumanización"*: *"(...) otro reto grande es la re-humanización de los profesionales (...) que vean el paciente desde una forma holística, trabajar más allá de la enfermedad (...) ¿cómo implementamos en todos los profesionales ese enfoque sistémico?"*

De las condiciones de empleo y trabajo, se señala que en la región se han normalizado formas de contratación precarias, caracterizadas por una alta inestabilidad laboral, bajos ingresos y la limitación del criterio y la autonomía profesional: *"(...) los médicos están con dos, tres turnos (...) no tienen tiempo para cuidarse a sí mismos, han sido relegados a un trabajo mal remunerado (...) ya no pueden ni siquiera mirarnos a los ojos porque tienen que cumplir horarios estrictos de citas de 15 minutos que a todas luces es algo que no cumple a cabalidad con lo que debe ser una cita médica"*. Estas condiciones generan sobrecarga laboral, desmotivación y alta rotación de personal, que afectan negativamente la calidad de la atención y la implementación de programas y políticas públicas. Además, provocan un desgaste institucional debido a la necesidad constante de capacitar a nuevo personal: *"Cada vez que vamos a dar una asistencia técnica encontramos un profesional diferente (...) por la rotación. ¿Desde el programa de tuberculosis y lepra qué hacemos? Volvemos a empezar. Y empezamos a ver que a esos pacientes se les está dando un tratamiento inadecuado porque el profesional que yo capacité ya no está (...). Si la forma de contratación no cambia, esto va a ser un problema que no se va a poder solucionar"*.

En cuanto a los procesos de formación del talento humano en salud, se menciona que desde la universidad se aprende a naturalizar el maltrato y la falta de empatía: *"(...) yo empiezo a maltratar a una mujer que llega en embarazo por su peso, pero no le doy las herramientas (...) viene de las formas en que aprendemos en la universidad, se naturaliza en las prácticas académicas maltratar a las personas"*. Esto conlleva a que los profesionales de la salud no desarrollen competencias de escucha activa y reproduzcan sesgos en el trato, relacionados con la apariencia física, la edad, la clase social, la etnia o el género. Además, se identifican deficiencias en la formación en salud pública y en enfoques y prácticas comunitarias, lo cual deja al personal sanitario sin las herramientas necesarias para comprender y atender las necesidades socioterritoriales de salud en articulación con otros actores y sectores clave del territorio donde trabajan.

Todas estas problemáticas han llevado a una crisis de legitimidad y confianza en el sector salud y a una *"deshumanización"* del talento humano, expresada en la falta de empatía, atenciones fragmentadas que no resuelven las necesidades de la gente, maltrato, reproducción de violencias, como la violencia obstétrica y el rechazo y menosprecio hacia diversas prácticas culturales: *"(...) me parece muy triste, muy triste que tengamos que ir a capacitar (...) a pares como nosotros, en humanización en salud"*. Además, los altos costos de formación, la baja remuneración, las condiciones laborales injustas y las dinámicas politiqueras en la asignación de puestos han llevado a que el talento humano local se vea obligado a marcharse, agudizando el déficit de profesionales, especialmente de especialistas:





"(…) en nuestros territorios hay muchos profesionales de salud que tienen que buscar sus oportunidades en otros lados".

Estas problemáticas que enfrenta la región no son ajenas a la realidad nacional. Diversas agremiaciones y organizaciones de trabajadores han denunciado las malas condiciones laborales del personal de salud, las cuales empeoraron durante la pandemia de COVID-19 (19). Además, la falta de incentivos y condiciones laborales dignas en las regiones ha generado una alta concentración de profesionales de la salud, especialmente especialistas, en ciudades principales como Bogotá, Barranquilla, Medellín, Cali y Bucaramanga (20). A esto, se suma el déficit de profesionales de medicina y enfermería, que según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), es preocupante en Colombia. Por ejemplo, la proporción de médicos en el país es de solo 2,2 por cada 1,000 habitantes, mientras que el promedio de los países de la OCDE es de 4,6 médicos por cada 1,000 habitantes (21). Aunque en 2018 se formuló la política de talento humano en salud en el país, la cual está en proceso de actualización, su implementación continúa siendo un desafío.

Desde la región, se hace un llamado a mejorar las condiciones laborales del personal de salud, garantizando salarios justos, mayor estabilidad, autonomía y una contratación diversa, inclusiva y basada en procesos de meritocracia que garanticen un personal idóneo para responder a las necesidades de las poblaciones en contextos particulares. Asimismo, se hacen propuestas para mejorar la formación del talento humano en salud, de manera que sea más holística e incorpore asuntos claves y novedosos como la empatía y los saberes ancestrales: *"(…) implementar en todos los profesionales ese enfoque sistémico, también cátedras de técnicas ancestrales, de culturalidad y (...) una educación no en salud mental sino en empatía".* La participación de diversos profesionales de la salud en la mesa, compartiendo sus experiencias y conocimientos, permite evidenciar la capacidad de agencia de muchos de estos trabajadores, su compromiso invaluable con la comunidad, y su disposición para escuchar y aprender de otros saberes. Estos profesionales representan un gran activo para la región en la garantía de un mejor cuidado a su gente. Sin embargo, es fundamental que el Estado y la sociedad asuman también el compromiso de cuidarlos y protegerlos.

Referencias

1. Corpoboyacá. Sistema Regional de Áreas Protegidas. Ecosistemas estratégicos. Disponible en: https://www.corpoboyaca.gov.co/sirap/ecosistemas-estrategicos-3/
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2023. 2024 [citado 20 de septiembre de 2024]. Encuesta Nacional de Calidad de Vida para población campesina 2023. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2023
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE. Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 21 de septiembre de 2024]. TerriData. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/comparaciones
4. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Cuando la muerte es evitable [Internet]. Bogotá D.C.; 2023. Report No.: 15. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Paginas/Infomes.aspx
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE. Pobreza monetaria por departamentos en Colombia - Año 2023 [Internet]. 2024 ago [citado 24 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-monetaria
6. Ramírez Vargas N. Entre ojos. 2022 [citado 7 de octubre de 2024]. Los conflictos ambientales en Boyacá y los vacíos sobre su estudio documental y geográfico. Disponible en: https://entreojos.co/los-conflictos-ambientales-en-boyaca-y-los-vacios-sobre-su-estudio/
7. Rodríguez Robayo KJ, Herrera Heredia CA, Martínez Camelo FE. Entre conservar y producir. La relación sociedad-naturaleza y los conflictos socioecológicos en el lago de Tota, Boyacá, Colombia. regsoc. 25 de marzo de 2021;33:e1419.
8. Pérez-Niño WF, Leguizamón-Arias WY. Gobernanza ambiental en Boyacá: un análisis «glocal». entramado. 25 de julio de 2020;16(2):202-18.
9. Ordoñez Gómez F. La agroecología y la soberanía alimentaria como alternativas al sistema agroalimentario capitalista. Experiencia de la Fundación San Isidro (Duitama, Colombia). En: El sistema agroalimentario: mercantilización, luchas y resistencias [Internet]. ILSA; 2010. p. 203-45. Disponible en: https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/handle/CLACSO/4675
10. Boyacá le informa. Boyacá le informa. 2024 [citado 17 de octubre de 2024]. Desigualdad en la prestación del servicio de acueducto en Boyacá: un problema normativo y de infraestructura. Disponible en: https://www.boyacaleinforma.com/?p=24312
11. Corte Constitucional. Sentencia T-740/11.Derecho fundamental al agua [Internet]. Disponible en: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-740-11.htm
12. Naciones Unidas. El derecho a la alimentación adecuada [Internet]. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-34-right-adequate-food
13. Wood B, Williams O, Nagarajan V, Sacks G. Market strategies used by processed food manufacturers to increase and consolidate their power: a systematic review and document analysis. Global Health. diciembre de 2021;17(1):17.
14. Vallana Sala, MSc VV. "Es rico hacerlos, pero no tenerlos": análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. Rev Cienc salud. 27 de agosto de 2019;17(Especial):128-44.
15. UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [Internet]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
16. Girela-Serrano BM, Spiers ADV, Ruotong L, Gangadia S, Toledano MB, Di Simplicio M. Impact of mobile phones and wireless devices use on children and adolescents' mental health: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. junio de 2024;33(6):1621-51.
17. Eslava C. JC. Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia. Rev salud pública. 2002;4(1):1-12.
18. Álvarez MH. El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. Rev salud pública. 2000;2(2):121-44.
19. Cotes K, Castañeda C. Garantías de protección al personal sanitario durante la pandemia: un análisis de la respuesta gubernamental desde la mirada de los trabajadores de salud. En: Informe 13: COVID-19: progreso de la pandemia y sus desigualdades en Colombia [Internet]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Paginas/Infomes.aspx
20. Arguello-Mondragón E, Acosta-Rivas S, Canencia MA, Nunez-Rodriguez E, Moya-Moya LM, Palencia-Sánchez F. Inequidad en la distribución del talento humano en salud: un análisis de los médicos especialistas y médicos generales por departamento en Colombia a partir del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). SocArXiv [Internet]. 29 de abril de 2023 [citado 12 de noviembre de 2024]; Disponible en: https://osf.io/preprints/socarxiv/vtpze
21. OECD/The World Bank. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. OECD Publishing; Disponible en: https://doi.org/10.1787/740f9640-es

Región Central Norte

Municipios

Boyacá

- Tunja
- Aquitania
- Arcabuco
- Belén
- Berbeo
- Betéitiva
- Boyacá
- Briceño
- Buenavista
- Busbanzá
- Caldas
- Cerinza
- Chinavita
- Chiquinquirá
- Chivatá
- Ciénega
- Cómbita
- Coper
- Corrales
- Cubará
- Cucaita
- Cuítiva
- Chíquiza
- Duitama
- Firavitoba
- Floresta
- Gachantivá
- Iza
- Jenesano
- La Capilla
- La Victoria
- Villa De Leiva
- Maripí
- Monguí
- Moniquirá
- Motavita
- Muzo
- Nobsa
- Nuevo Colón
- Otanche
- Pachavita
- Paipa
- Pauna
- Paz de Rio
- Pesca
- Quípama
- Ramiriquí
- Ráquira
- Rondón
- Saboyá
- Sáchica
- Samacá
- San Miguel de Sema
- San Pablo de Borbur
- Santa Rosa de Viterbo
- Santa Sofía
- Sativasur
- Siachoque
- Socha
- Sogamoso
- Sora
- Soracá
- Sutamarchán
- Tasco
- Tibaná
- Tibasosa
- Tinjacá
- Toca
- Tópaga
- Tota
- Tununguá
- Turmequé
- Tuta
- Úmbita
- Ventaquemada
- Viracachá
- Zetaquirá

Cundinamarca

- Carmen de Carupa
- Chocontá
- Cogua
- Cucunubá
- Fúquene
- Gachancipá
- Guachetá
- Guatavita
- Lenguazaque
- Machetá
- Manta
- Nemocón
- Sesquilé
- Simijaca
- Suesca
- Susa
- Sutatausa
- Tausa
- Tibirita
- Ubaté
- Villapinzón

Santander

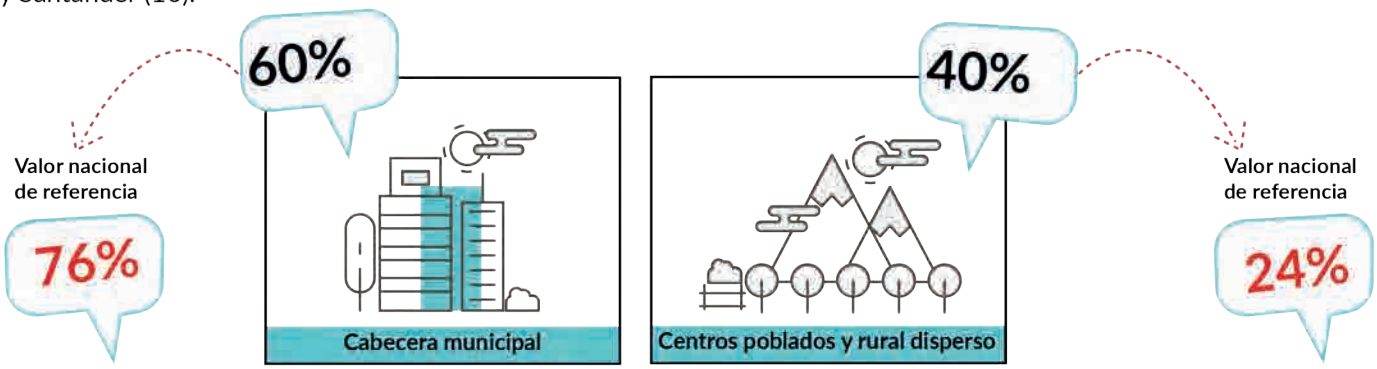
- Albania
- Bolívar
- El Peñón
- Florián
- Guavatá
- Jesús María
- La Belleza
- Landázuri
- Puente Nacional
- Sucre

Ficha de caracterización

Región
Central Norte

1. Descripción general

La región Central Norte está conformada por 108 municipios dentro de los departamentos de Boyacá (77), Cundinamarca (21) y Santander (10).

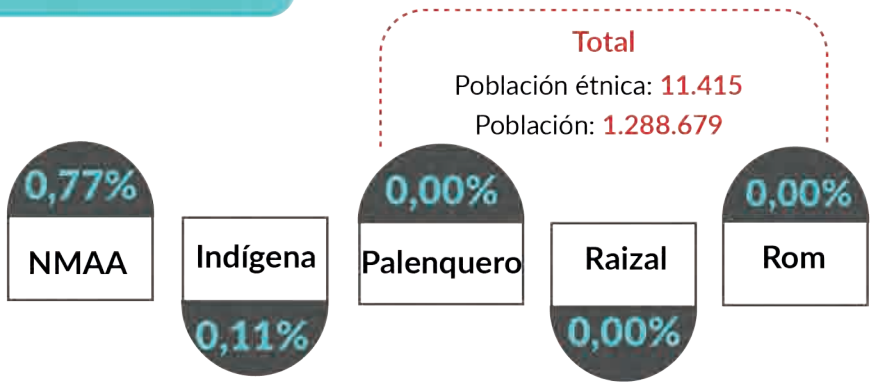


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

La proporción de población en cabeceras municipales es del 60%, menor que el promedio nacional del 80%. En contraste, en zonas rurales alcanza el 40%, por encima del promedio nacional del 20%, que indica una mayor ruralidad en la región.

2. Demografía y población

La población negra, mulata, afrodescendiente y afrocolombiana (NMAA) representa el 0.77%, significativamente menor que el promedio nacional de 9.1%. La población indígena alcanza el 0.11%, también por debajo del nivel nacional de 4.4%. Otros grupos étnicos, como Palenquero, Raizal y Rom tienen poca presencia en la región.

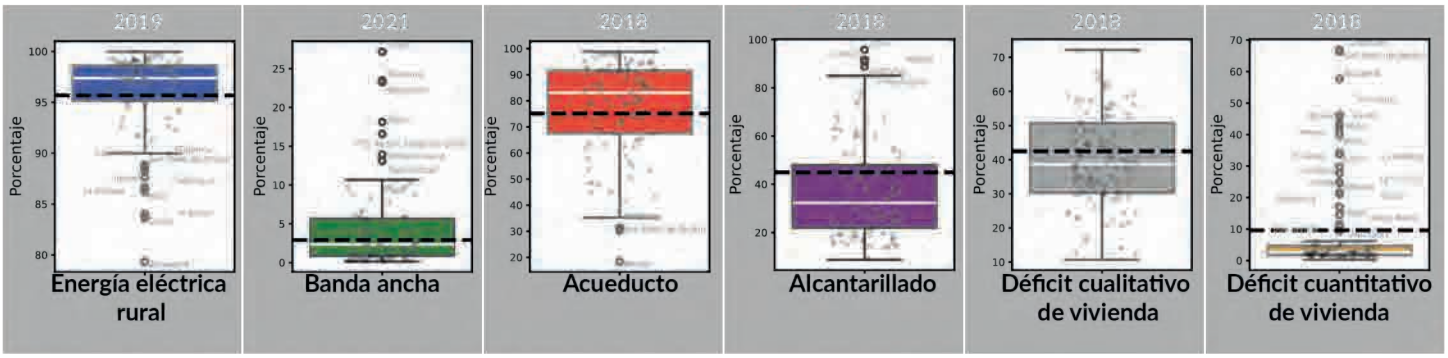


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

Las medianas de cobertura de energía eléctrica rural y acueducto superan la nacional, lo que refleja una alta cobertura en estos servicios. Además, la región presenta un menor déficit de vivienda, tanto en términos cualitativos como cuantitativos, comparado con la mediana nacional. La mediana de cobertura de banda ancha es similar a la nacional. El mayor desafío en la región se encuentra en la cobertura de alcantarillado cuya mediana apenas supera el 30% mientras que la nacional rodea el 45%.

Cobertura de servicios de la región Central Norte

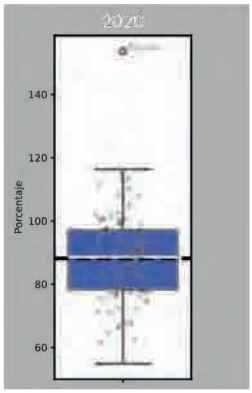


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

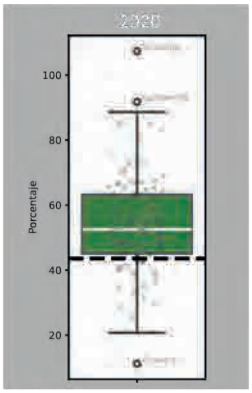
4. Educación

La mediana de cobertura en educación básica es del 90%, similar a la cifra nacional. En educación media, más del 75% de los municipios de la región presentan coberturas superiores a la mediana nacional, que se sitúa en poco más del 40%. Por su parte, la mediana de deserción es de aproximadamente el 1%, un porcentaje inferior al porcentaje nacional, que supera el 2%.

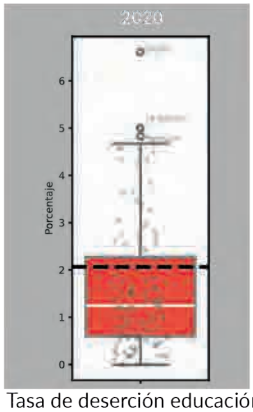
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

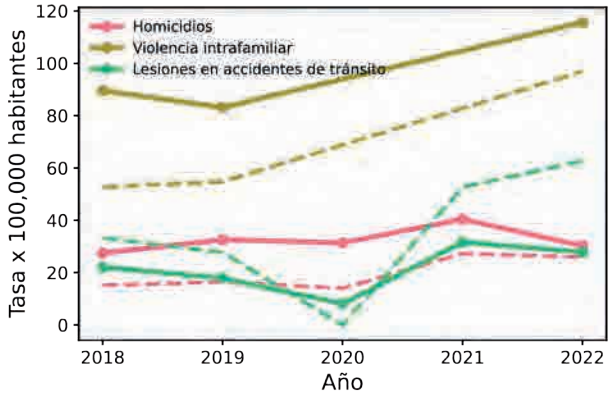


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios en la región son, en general, inferiores a la mediana nacional. No obstante, las tasas de violencia intrafamiliar y lesiones por accidentes de tránsito son más altas que la mediana nacional y han registrado incrementos importantes desde 2020.

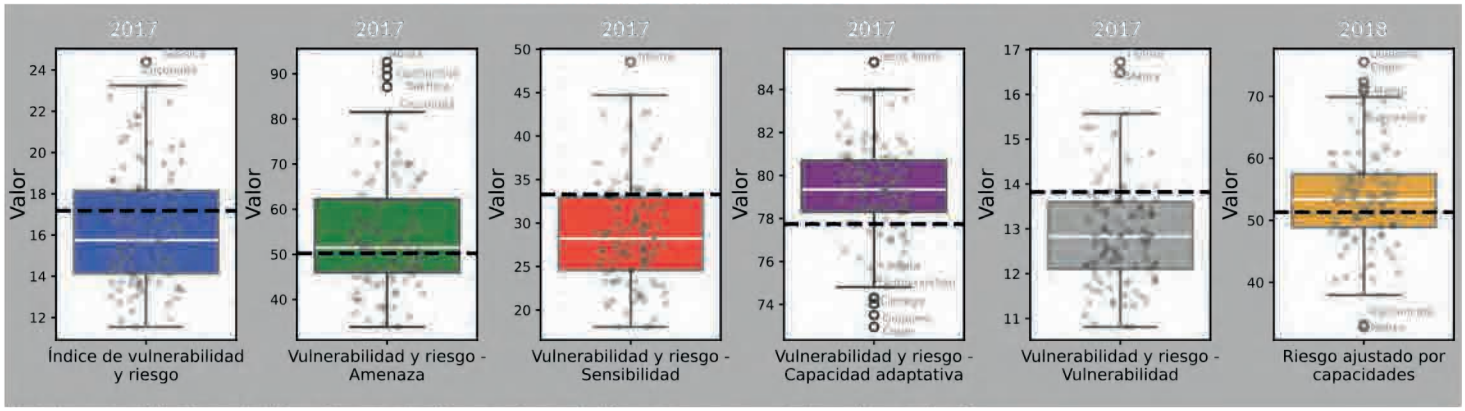


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

Los índices de amenaza y sensibilidad son elevados en la región con municipios, por ejemplo, Tibirita y Nobsa, que se destacan por sus altos niveles. La capacidad adaptativa muestra menor variabilidad, mientras que el riesgo ajustado revela diferencias significativas en municipios específicos: Quípama y Coper.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

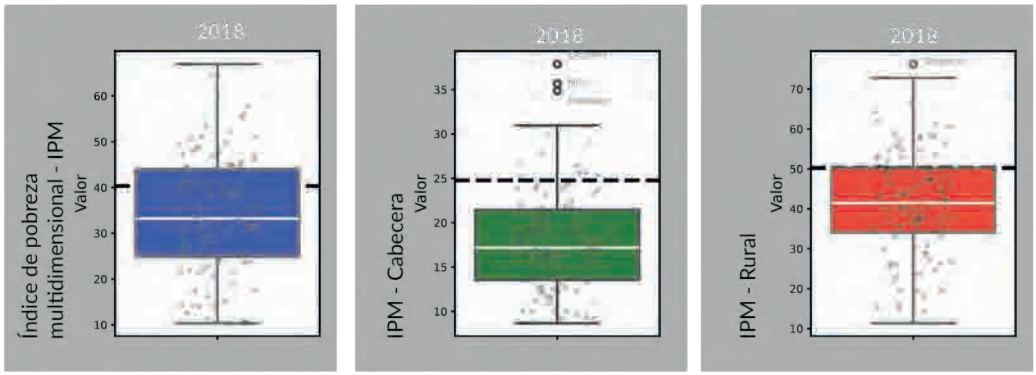


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

La mayoría de los municipios de la región presentan niveles de pobreza multidimensional inferiores a la mediana nacional. Las cabeceras municipales muestran mejores resultados con una mediana índice de pobreza multidimensional (IMP) de 17. Sin embargo, las áreas rurales de la región enfrentan importantes desafíos, ya que la mediana del IPM en estas zonas supera el 40.

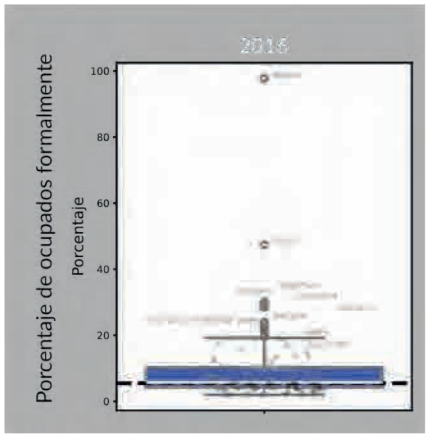
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

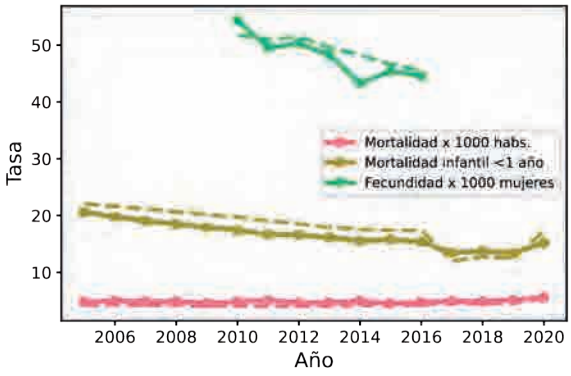
La mediana de empleo formal se sitúa alrededor del 5%, un valor similar al dato nacional. Las principales ciudades de la región registran mejores resultados en este indicador. Sin embargo, la baja variabilidad en el empleo formal sugiere que las condiciones laborales en la región son relativamente homogéneas.



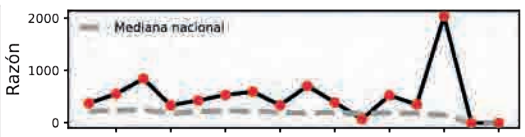
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

La mortalidad general en la región supera la medina nacional y sigue aumentando. Desde 2018, la mortalidad materna ha disminuido, mientras que la infantil, antes menor a la nacional, supera ahora sus cifras tras aumentar desde 2017. La vacunación pentavalente disminuyó notablemente desde 2018, y la fecundidad regional permanece inferior a la medina nacional desde 2011.



Mortalidad materna a 42 días



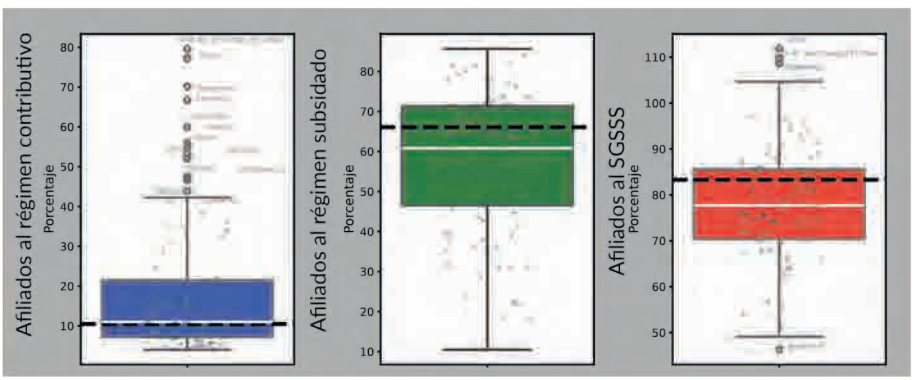
Vacunación pentavalente <1 año



Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

La mediana de afiliación al sistema de salud en la región es del 77%, un valor inferior a la nacional, que se sitúa en torno al 85%. La afiliación al sistema de salud se concentra principalmente en el régimen subsidiado con una mediana regional del 60%, también inferior a la cifra nacional que alcanza el 68%. Por otro lado, la mediana de afiliación al régimen contributivo en la región es de poco más del 10%, un valor similar al nacional.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	66,50	63,30	No diferencia
Enfermedades cerebrovasculares	44,80	24,20	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	32,90	30,40	No diferencia
Accidentes de transporte terrestre	28,00	17,90	Disminuyó
Enfermedades hipertensivas	23,50	19,10	Disminuyó
Agresiones (homicidios)	33,40	6,80	Disminuyó
Las demás enfermedades del sistema digestivo	15,40	11,70	Disminuyó
Tumor maligno del estómago	18,00	8,60	Disminuyó
Diabetes mellitus	14,70	11,40	Disminuyó
Infecciones respiratorias agudas	15,40	11,10	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre los periodos 1998-2002 y 2018-2022, las principales causas de muerte en la región fueron enfermedades crónicas, especialmente las enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares y crónicas de vías respiratorias inferiores. Las muertes por homicidios disminuyeron significativamente entre ambos periodos. En general, se observa una reducción en las tasas de mortalidad para la mayoría de las causas, excepto en enfermedades isquémicas del corazón y las crónicas de vías respiratorias inferiores, estas se han mantenido constantes.

Tabla 2. Top 10 tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	49,76	56,55	Aumentó
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	46,46	48,69	No diferencia
Dengue	1,43	3,77	Aumentó
Exposición a flúor	42,40	0,00	Disminuyó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	466,63	464,14	No diferencia
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	1,15	165,84	Aumentó
Intento de Suicidio	58,71	88,57	Aumentó
Intoxicación por medicamentos	25,88	46,65	Aumentó
Varicela Individual	161,50	0,00	Disminuyó

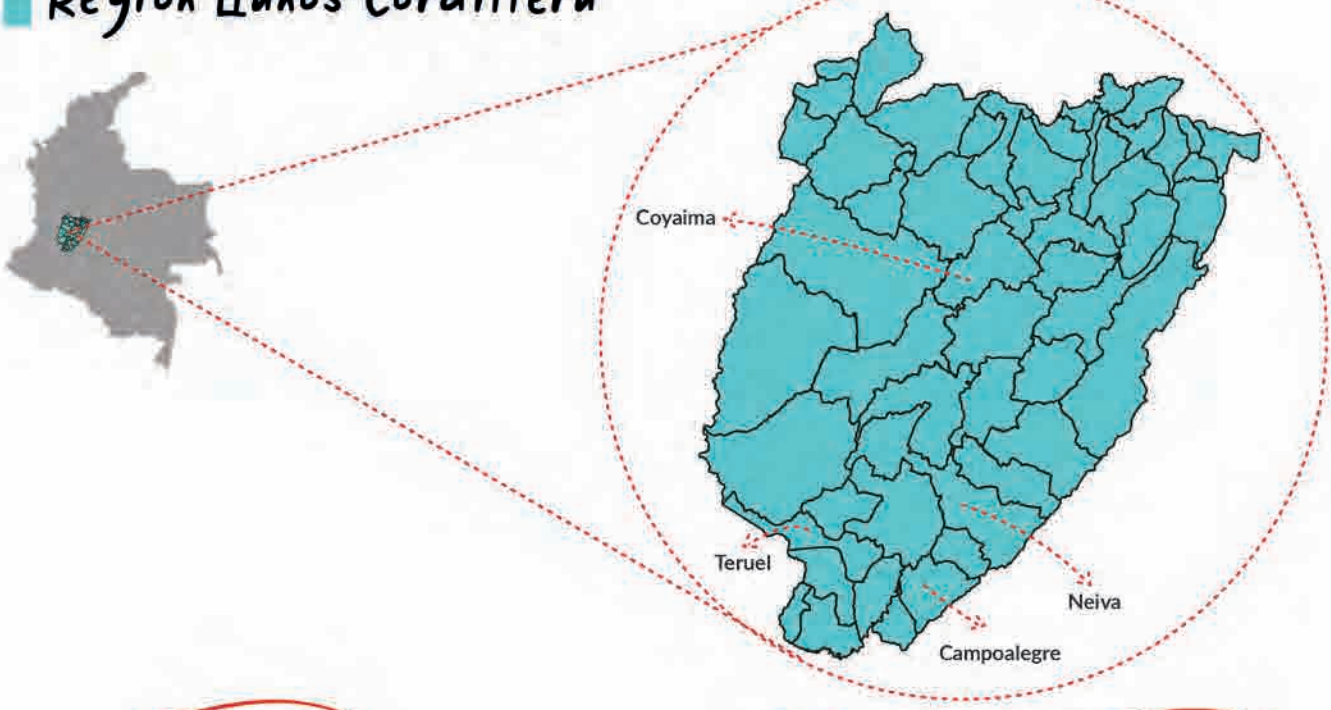
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, los eventos de notificación obligatoria que registraron aumentos fueron el bajo peso al nacer, dengue, infección respiratoria aguda grave, intento de suicidio e intoxicación por medicamentos. En contraste, los eventos con una reducción en su notificación eran la exposición a flúor y la varicela. Los eventos que se mantienen constantes durante este periodo son todas las tipologías de desnutrición en menores de cinco años y las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.

Referencias
1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
2. Departamento Nacional de Planeación. Territata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Territata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://territata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx
5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

El cuidado, la humanización y la apertura a visiones amplias e incluyentes en salud

Región Llanos-Cordillera



Jean Carlo Pineda-Lozano, Luz Stella Cantor-Poveda, Diana Patricia Díaz-Jiménez,
Claudia Patricia Clavijo Arboleda, Karol Cotes Cantillo, Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

La región Llanos-Cordillera está conformada por 52 municipios con una mayor proporción en los departamentos de Tolima (51,9%), Huila (30,7%) y, en menor cantidad, de Cundinamarca (11,5%) y Quindío (5,7%). Poco más del 60% de las personas habitan en zonas urbanas, el 4,4% son indígenas y el 1,6% negros, mulatos y afrodescendientes, de un total de 1,14 millones de habitantes de la región. En cuanto a los principales sectores económicos, destacan las actividades inmobiliarias, de alquiler o empresariales (21,1%) y actividades comerciales (13,3%). Sin embargo, la mediana del porcentaje de ocupados formalmente está por debajo del 5%, menor a la mediana nacional, aunque Neiva es una excepción con porcentajes más altos.

El índice de pobreza multidimensional (IPM) muestra una gran variabilidad, especialmente en áreas rurales, con municipios como Coyaima (Tolima) que tiene niveles mucho más altos que la mediana nacional, lo que refleja las privaciones que pueden llegar a enfrentar las personas en dimensiones como educación y trabajo. En relación con aspectos como salud y educación, esta región presenta un porcentaje de afiliación al régimen subsidiado por encima de la mediana nacional, en contraste con la afiliación al régimen contributivo que se encuentra por debajo. La cobertura neta en educación básica y media está por encima de la mediana nacional, comportamiento similar se presenta en las tasas de deserción.

La mesa de diálogo realizada en Neiva contó con la participación de actores, principalmente residentes, del departamento de Huila, que pertenecen a sectores institucionales y comunitarios. A partir de sus reflexiones e ilustraciones sobre los retos particulares en salud pública, se logró una aproximación a las compresiones de territorio. Referido como la "madre tierra", el territorio se descubre como un ámbito que debe ser protegido porque cuida la vida y la existencia humana. En este se dan los procesos de producción y reproducción social, que proporcionan, desde épocas ancestrales, insumos para cuidar la salud y prevenir la enfermedad: "(...) yo aquí pinté un río, unos árboles de diferentes especies, ¿el río por qué? (...) porque sin agua nadie vive, ni podrá vivir, entonces la importancia es cuidar el río. ¿Cómo cuidamos el río? Evitando la erosión, ¿y cómo evitamos la erosión? Sembrando árboles que nos dan frescura, nos dan oxígeno y algunos frutales".

El territorio, leído desde miradas de adultos mayores campesinos, aporta alimentos nutritivos que prologan la vida y fortalecen al ser humano y le eximen del daño que producen sustancias químicas de productos industrializados. Desde la perspectiva de algunos actores del Ministerio Público, el funcionamiento de la infraestructura sanitaria no reconoce características del territorio como la dispersión geográfica que son determinantes para acceder a la prestación de servicios de salud y que hacen intermitente el continuo salud-enfermedad-atención.

Balance de los principales hallazgos

Los actores que participaron en la mesa pertenecen, principalmente, a la sociedad civil, Secretaría de Salud Departamental, asociaciones de usuarios de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y Defensoría del Pueblo, que hace parte del ministerio público. La mayoría residen en casco urbano y son adultos mayores con experiencia en movilización social en salud, docencia universitaria, atención a familias vulnerables, participación en corporaciones político-administrativas del Estado, como los consejos municipales y los territoriales de seguridad social en salud. Si bien hay una predominancia de residencia urbana, una buena parte de la ascendencia de las personas de la mesa es campesina, lo que influye en la concepción de salud pública construida y en la identificación de los retos.

Sobre la concepción de la salud pública, se incorporan nociones de lo colectivo, el entorno, los derechos y deberes en salud y la responsabilidad estatal: "(...) la salud pública es el bienestar digno para cada uno de los seres humanos, donde todos estén involucrados a cuidarse –humanizadamente- unos a los otros, con acciones que el Estado proyecte por el bienestar de todos". Las formas de crear salud pública que mencionan los participantes parten de creer que "hay esperanza de seguir comprendiendo y aprendiendo". Involucran compartir con la comunidad a través de la escucha y el desarrollo de programas de promoción de la salud.

La salud pública también es comprender el comportamiento del individuo, al tener en cuenta su contexto e involucrar la protección del territorio, que es visto como el proveedor de múltiples bienes para el cuidado de la salud, la prevención, la atención de la enfermedad. Empieza, según los participantes,





desde el entorno familiar y amplía su espectro a otros escenarios como el medioambiental, el laboral y el educativo. La protección de los derechos y el cumplimiento de los deberes hacen parte de la noción de salud pública, que se refiere a una inconformidad manifiesta con el papel del Estado en la garantía del derecho fundamental a la salud.

La diversidad de actores e intereses en la mesa marca la tendencia de resaltar temas de discusión que los participantes encuentran valiosos. Al inicio del diálogo, se encuentran tensiones entre algunos de los participantes, en particular por el deseo de expresarse y demarcar de entrada su posición crítica y la representación que desean ejercer en la jornada. Tras los ejercicios de dinamización y narrativas creativas, los participantes se acoplan a la metodología y acotan sus intervenciones hacia los objetivos de la mesa.

Una de las temáticas que genera mayor discusión y en la cual se alcanzan consensos parciales, es el cuidado de la maternidad y la lactancia materna, impulsada por uno de los participantes con una trayectoria amplia en la academia y el sector público. Este tema es alimentado por intervenciones reiteradas que aluden a la importancia de la humanización en la prestación de los servicios de salud, anidado a la necesidad de encontrar formas de convivencia armónica en la sociedad.

Por otro lado, dada la participación institucional y de miembros de asociaciones de usuarios, las conversaciones se dirigen al acceso de servicios de salud, tanto en la visión de funcionarios que velan por el cumplimiento del derecho que tienen las personas a la prestación de servicios y otros funcionarios que están en representación de secretarías de salud y acarrean responsabilidad en este ámbito, así como a la visión de usuarios que destacan las falencias y fragilidades en la oportunidad de atención, especialmente para quienes habitan zonas rurales o alejadas de las ciudades principales. Estas discusiones se atraviesan por la necesidad de contar con una institucionalidad técnicamente calificada, en la que el mérito y las aptitudes primen sobre la selección del personal que conforma las instituciones.

Además, los participantes discuten la necesidad de implementar amplia y sostenidamente la atención primaria en salud (APS) en los territorios, con experiencias exitosas propias del departamento del Huila, que han permitido afrontar aspectos que consideran clave en su territorio, por ejemplo, la educación en salud y autocuidado, la divulgación de derechos y deberes en salud y el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en jóvenes, en quienes encuentran patrones de iniciación temprana fomentada muchas veces desde su propia familia.

Finalmente, otro de los grandes temas de la mesa tiene que ver con la concepción de salud y la cooperación entre medicina alopática y saber tradicional. Se parte de que el entendimiento difundido de salud en la comunidad se orienta a enunciarla desde la ausencia de enfermedad, lo que lleva a la medicalización de la vida (1). Con esto se relaciona el rol de uno de los actores, que desde su representación del saber campesino y ancestral defiende la necesidad de rescatar e incorporar estos saberes en el ejercicio

de la prestación de servicios y lograr no solo preservar el conocimiento ancestral en prácticas de salud, sino de alimentación, cuidado del medio ambiente y cuidado mutuo.

Retos para la región Llanos Cordillera

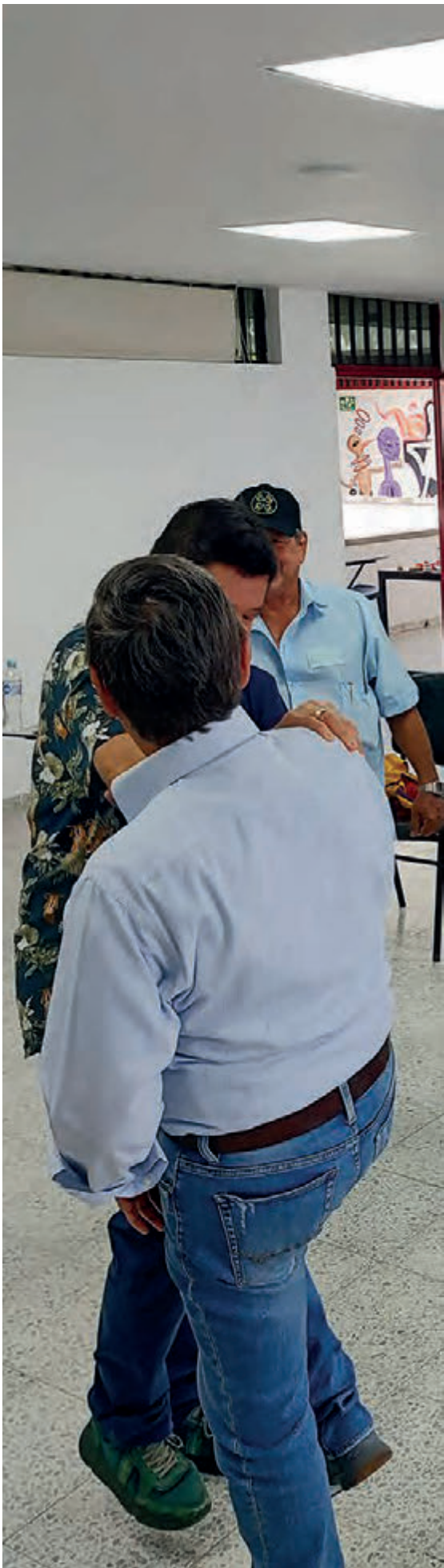
Se consideran tres retos estratégicos en salud pública que recogen parte de las preocupaciones, llamadas a la acción y transformación que enuncian los participantes y son presentados por la prioridad que ellos le otorgan en las discusiones. En primer lugar, la implementación de estrategias que centralicen el cuidado, como acción humana fundamental que trasciende las dimensiones físicas y emocionales. El segundo retoma las necesidades de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, particularmente con enfoque de APS. Por último, figura la demanda ciudadana por incluir modelos interculturales en la prestación de servicios de salud, que integren un entendimiento amplio del concepto de salud.

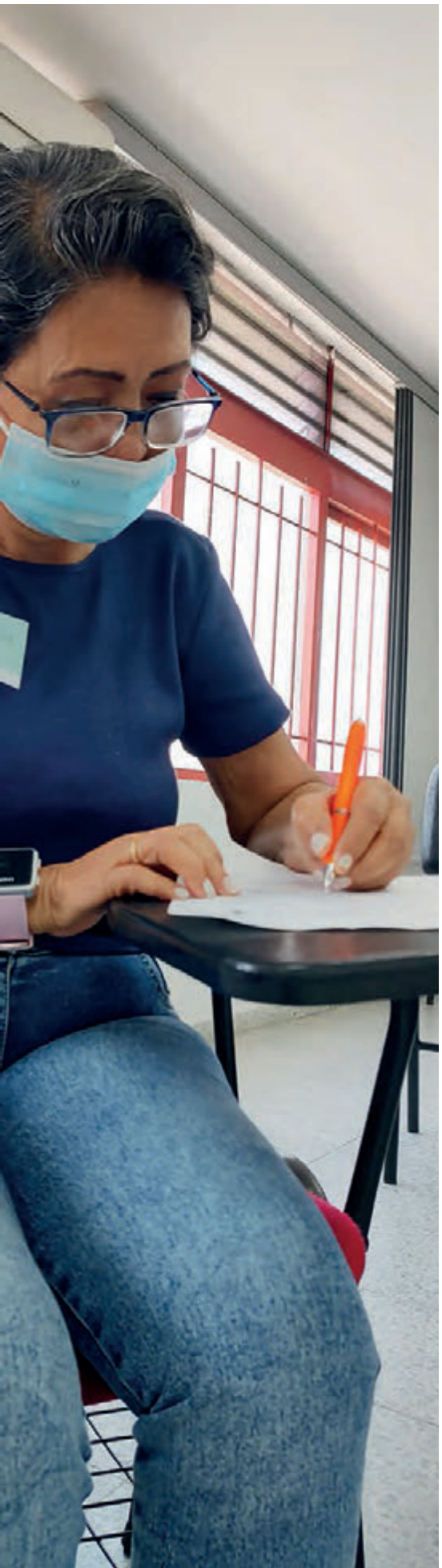
Reto 1. Construir alternativas de cuidado que incidan en la salud, la convivencia y la humanización, desde un enfoque de curso de vida, en diferentes entornos y con diversos actores.

En las discusiones de la mesa Llanos-Cordillera la relación entre cuidado y humanización se presenta como un vínculo esencial que refuerza la calidad y el impacto de las prácticas orientadas al bienestar. Los participantes de la mesa coinciden, desde varias perspectivas, que hay una pérdida de humanización, respeto y buen trato entre las personas, de lo que no está exenta la prestación de servicios sanitarios. Resaltan el deterioro de la calidad de la relación médico – paciente, una disminución de la confianza en la medicina alopática e inconformidad en cómo se realiza la atención: "(...) a mí me dio una apendicitis, y un estudiante me encontró la peritonitis, y todos los otros médicos decían: se está quejando por no ir a trabajar (...) y yo decía, pero a este señor ¿qué le pasa? ¿Por qué me trata así?".

La deshumanización también afecta al talento humano en salud, pues encuentran una posible relación entre el maltrato recibido como pacientes en atenciones de salud o por el mismo sistema y prácticas denigrantes hacia el personal sanitario como el exceso de carga laboral, la tardanza en el pago de salarios, algunas formas de contratación, como a través de prestación de servicios, empresas de servicios temporales de empleo, cooperativas de trabajo asociado o por honorarios.

Dentro de las estrategias para fortalecer la humanización en los servicios de salud, se proponen acciones que garanticen condiciones de empleo y trabajo dignas para el talento humano. También los participantes plantean generar espacios de solidaridad, respeto, empatía y centrados en la dignidad humana en los diferentes entornos que redundan en el cuidado de sí mismo y de los otros: "que nos preocupemos por el otro, por el bienestar del otro, y que seamos solidarios con el otro, viendo el cuidado desde una perspectiva tanto individual como colectiva en lo cotidiano y en lo institucional".





Al profundizar en torno al cuidado, se identificó este como necesidad sentida en la mesa, el cual podría fortalecerse de la mano con la humanización, ya que esta última implica de igual modo "estar con el otro", conexión emocional y desarrollar empatía para comprender y apoyar las necesidades de las personas. Es así como el cuidado se abordó desde varias perspectivas en la mesa, una fue el cuidado materno-infantil como prioridad social en búsqueda de lo que serían unas sociedades cuidadoras, ya que se asocia el bienestar de las madres y los hijos con el progreso de las colectividades: "las sociedades que son capaces de cuidar bien a sus madres y a sus hijos son sociedades que están haciendo bien las cosas "(...) realmente el reto es fortalecer esa capacidad de nosotros como sociedad de cuidar bien a nuestras madres y a nuestros hijos".

En ese orden de ideas, se propone en la mesa que las decisiones relacionadas con el cuidado a madres e hijos estén fundamentadas en conocimientos y criterios claros para garantizar resultados óptimos (2). Otro enfoque desde donde se abordó fue la lactancia materna y su conexión con el cuidado. Por una parte, aunque esta práctica es relevante, se enfatiza en que se realice en el marco de dinámicas solidarias y en la necesidad de un cuidado integral hacia las madres, más allá de la lactancia exclusiva: "hice la asociación entre lactancia materna y la necesidad del cuidado materno más que propiamente la lactancia materna. (...) la lactancia materna no la puedo asociar con la mujer, porque (...) está asociada es con la familia".

Ahora bien, dentro de este mismo enfoque, retomar prácticas ancestrales, como aquellas relacionadas con la alimentación natural y nutritiva para las madres, se ve como una manera de mejorar el cuidado. La mesa identifica que algunos comportamientos no favorecen dichas prácticas de cuidado en especial en lo que respecta a las madres y sus hijos más pequeños. Según los participantes, en el caso de la alimentación se han venido integrando productos industrializados como las fórmulas lácteas y las compotas, que reemplazan alternativas como la leche materna: "¿Usted cree que esa es leche S-26 que le están suministrando es la mejor? Eso está harto de químicos, conservantes, lo están matando ya". Desde las narrativas de los participantes, dichas preparaciones se asocian con la ingesta sustancias no nutritivas por parte de los bebés y con la priorización de intereses económicos en las industrias, alimentaria y farmacéutica, que promueven productos procesados como mejores respecto a algunos con los que se alimentaban a niños pequeños tradicionalmente.

En ese sentido, desde la mesa se plantea la necesidad de investigar los aportes nutricionales y otras características relevantes de los alimentos que, históricamente, eran consumidos por la población en momentos críticos del desarrollo. Este análisis busca respaldar o cuestionar los saberes ancestrales y, de ser pertinente, recuperar prácticas alimenticias que han sido desplazadas por la industrialización, especialmente en lo relacionado con el cuidado y la nutrición: "les invitaría a ustedes que cojan la leche de la chiva y llévenla al laboratorio y ver qué nutrientes alimenticios tiene la leche chiva". Estos estudios y otros similares en curso (3,4), podrían involucrar diálogos de saberes con abuelas, abuelos, médicos tradicionales, curanderos, curanderas, entre otros actores.

Reto 2: Garantizar el acceso efectivo a la prestación de servicios de salud con énfasis en la población rural

Según lo manifiestan los participantes, desde la Ley 100 de 1993 se ha mejorado la cobertura de aseguramiento. No obstante, mencionan que todavía existen retos importantes en el acceso a los servicios de salud, puesto que persisten barreras para acceder a medicamentos, exámenes médicos, suministros como sillas de ruedas o aparatos de osteosíntesis.

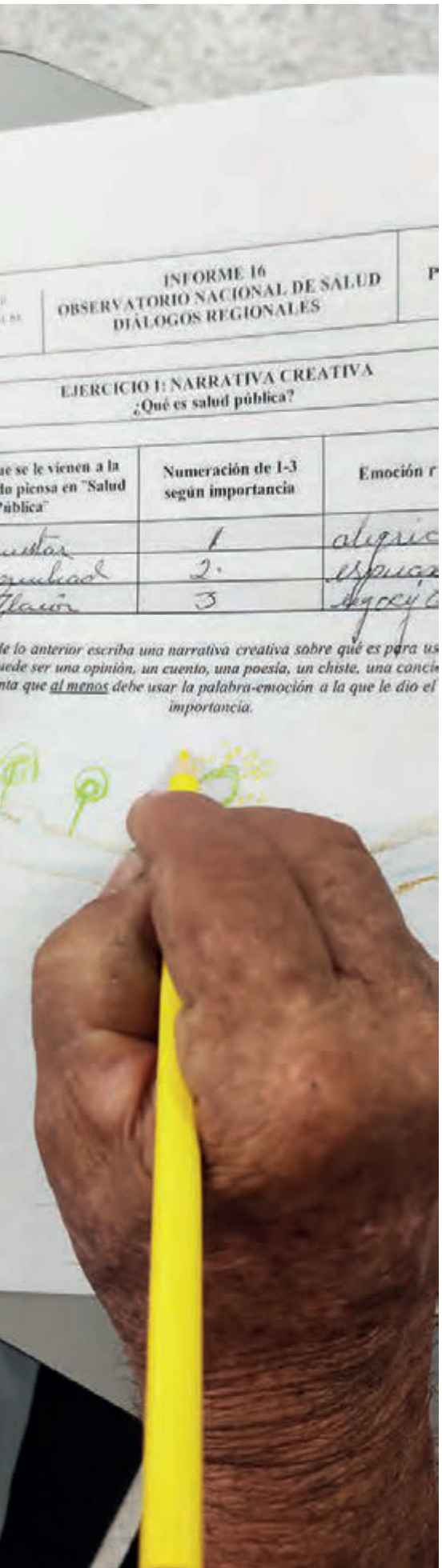
Por otro lado, durante los diálogos mencionan avances en la atención en servicios de salud integral, sin embargo, no cuentan con la inversión e infraestructura para atender a las personas de otros municipios y departamentos que acuden en búsqueda de atención. Esta afluencia de pacientes hacia ciertos lugares posiblemente se debe a una concentración de la oferta de servicios en las ciudades o grandes municipios, sin embargo, sigue sin ser suficiente para brindar una atención a quienes residen fuera del área urbana. Por ende, uno de los grandes retos es mejorar las condiciones de acceso, con énfasis en la población rural, ya que los servicios no se reciben de forma integral y generan, entre otras cosas, que las personas tengan que incurrir en gastos de bolsillo (es decir, cubrir de su propio dinero costos asociados a la atención, como transporte, alojamiento, y en algunos casos, pagos directos por medicamentos o procedimientos no cubiertos por el sistema de salud) debido a que donde se tiene el punto de atención no se cuenta con toda la oferta de servicios necesaria, y se tenga por ejemplo que pedir autorizaciones en otros sitios. Por ende, para garantizar los derechos y el acceso a la atención en salud es necesario recurrir a acciones constitucionales: "(...) lo que hacemos constantemente y a diario es la prevención y ayuda a un ciudadano para que a través de una acción constitucional poderle solucionar el acceso a la salud (...) porque se lo están negando".

Según lo discutido en la mesa sobre las acciones relacionadas a este reto, la APS surge como una estrategia que puede mejorar el acceso a los servicios de salud. A pesar de tener experiencias exitosas como la estrategia Salud en Casa "Huila crece contigo" (5) y la actual propuesta en el Plan de Desarrollo Departamental del Huila (6), se pone de manifiesto que la implementación de la APS debe ser más efectiva y proactiva, y que podría ampliarse sobre todo en contextos rurales dispersos.

En la discusión, también aparece la necesidad de fortalecer la red de servicios, mediante la reactivación de los centros de salud en los municipios, ya que esto facilitaría el acceso a la población rural: "(...) anteriormente se contaba eventualmente con una mayor activación de esos centros de salud (...) la institución de salud del municipio tiene pues obviamente su hospital principal allí en el casco urbano, pero antes se tenía unos céntricos de salud allí, entonces esos centros se han de pronto descuidado un poco, entonces volver a activarlos podría ayudar".

Finalmente, los participantes refieren que es fundamental garantizar que las decisiones relacionadas con la asignación del talento humano no deben estar influenciadas por intereses políticos, sino basadas en criterios técnicos y de mérito para su selección. Lo resaltan en personal que desempeña funciones técnicas y administrativas en las instituciones públicas, particularmente las





relacionadas con la prestación de servicios de salud o las actividades de salud pública. Esto es crucial, ya que la injerencia política puede afectar negativamente la gestión institucional, el direccionamiento de recursos y, en últimas, los resultados en salud de la población. De esta manera, contar con una burocracia técnicamente calificada permitiría una mejor gestión y desarrollo de actividades esenciales para mejorar el acceso a servicios de salud.

Reto 3. Articular modelos interculturales con la prestación de servicios de salud en el marco de una visión amplia del concepto de salud.

Lograr una verdadera articulación entre saberes tradicionales y la prestación de servicios de salud se erige como una necesidad para quienes se reconocen como poseedores, practicantes o beneficiaros de los saberes tradicionales en salud. En la mesa, este tema acapara la atención de los actores convocados a la vez que discuten la necesidad de difundir una visión amplia y más completa del concepto de salud, que trascienda al dualismo salud-enfermedad y permita reconocer la salud en un espectro más amplio y enriquecido.

En el trasfondo de estas discusiones se encuentra la necesidad de superar visiones epistemológicas colonialistas que llevan a desestimar los saberes que reposan en referentes de la comunidad como campesinos, indígenas o personas mayores y, por el contrario, privilegian aquellos que provienen de fuentes “válidas” de conocimiento (7). Este reclamo se sustenta en la importancia de mantener prácticas y conocimientos que se dan al interior de las comunidades y que, en la experiencia de las personas, históricamente les han permitido manejar sus necesidades en salud cuando el Estado no logra cubrirlas e incluso hacer uso preferente de estos saberes sobre la oferta estatal. De hecho, muchas comunidades de la región mantienen prácticas aprendidas en el marco de la tradicionalidad y sostienen sus ejercicios sociales, de convivencia, mantenimiento de su cultura y de atención de problemas en salud en dichos conocimientos.

Con lo anterior, se entiende que a pesar de la existencia de un Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), hay personas que no sienten reconocidas e integradas sus prácticas en el sistema de salud y, sobre todo, que aún quienes están enunciados en la normativa, no perciben una aplicación real de lo allí expuesto. Aunado a esto, los participantes manifiestan la importancia de “cambiar la concepción de la salud, porque se asocia salud con médico, con talento humano y con infraestructura hospitalaria. Cuando una persona llega a estas instituciones es porque ya no hay salud, la salud se ha ido perdiendo, entonces ya no se va a manejar salud, sino que lo que se maneja es enfermedad”. Esta discusión del cambio de concepción del término no se plantea como un imperativo semántico, sino como una reestructuración de las lógicas individuales, ciudadanas, institucionales y estatales de las acciones llevadas a cabo, que otorguen las mejores condiciones posibles para tener un adecuado nivel de vida y en gran medida, como una alternativa desde la que se enuncie diferente la salud y se pueda subvertir el modelo médico hegemónico, con el que se conflictúan algunos actores y restringen, desde su perspectiva, el goce pleno del derecho a la salud.

Dentro de las posibles recomendaciones, se encuentra buscar la complementariedad del saber ancestral con el saber médico mediante un modelo cercano al SISPI. En este caso, que permita la integración de modelos interculturales indígenas y no indígenas con estrategias de aplicación y responsables definidos, rutas y mecanismos de participación. De esta forma, se esperan ejercicios comunales, municipales o regionales que den a las comunidades étnicas, campesinas y organizaciones de base social la oportunidad de expresar y proponer la incorporación de sus conocimientos en materia de prestación de servicios de salud y haga un contrapoder a los conocimientos hegemónicos. Además, buscar el fortalecimiento de la base de conocimiento que sustenta saberes empíricos mediante la investigación y estrategias de comunicación de sus usos prácticos. Así como implementar mecanismos que permitan una interacción entre la formación sanitaria occidental, o la que reciben las disciplinas de las ciencias de la salud en las universidades, con saberes que reposan en las comunidades, en las personas, en los sabedores, taitas, indígenas, campesinos y personas mayores.



Referencias

1. Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E, Fagundo Becerra EM, Alejandre Lázaro G, Carmona De La Morena J, et al. Medicalización de la vida (I). Rev Clínica Med Fam [Internet]. 2011 Jun [cited 2024 Oct 3];4(2). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
2. World Health Organization. Lactancia materna [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 18]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2
3. Kashina S, Kozhemyakina, Kozhemyakina N, Flores Villavicencio LL, Sabanero M. Alimentos tradicionales de México: Avances en el descubrimiento de sus propiedades medicinales. Entretextos [Internet]. 2015;7(21):1–8. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9149733
4. Pulido Acuña GP, Vásquez Sepúlveda P de las M, Villamizar Gómez L. Uso de hierbas medicinales en mujeres gestantes y en lactancia en un hospital universitario de Bogotá (Colombia). Index Enferm [Internet]. 2012;21(4). Available from: https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300005
5. Gobernación del Huila, Secretaría Departamental de Salud. Implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud - Salud en casa “Huila crece contigo”. [Internet]. 2020. Available from: https://fr.scribd.com/document/623513663/2-DOCUMENTO-TECNICO-APS
6. Gobernación de Huila. Plan de Desarrollo Departamental 2024 - 2027 “Por un Huila grande” [Internet]. 2024. Available from: https://www.huila.gov.co/administrativo-de-planeacion/publicaciones/14881/proyecto-ordenanza-plan-de-desarrollo-por-un-huila-grande-2024-2027/
7. Slater D. Re-pensando la Geopolítica del Conocimiento: Reto a las Violaciones Imperiales. Tabula Rasa. 2008;(8):335–58.

Región Llanos-Cordillera

Municipios

Cundinamarca

- Cabrera
- Nilo
- Venecia
- Pandi
- Ricaurte
- San Bernardo

Huila

- Neiva
- Aipe
- Baraya
- Campoalegre
- Colombia
- Hobo
- Íquira
- Nátaga
- Palermo
- Rivera
- Santa María
- Tesalia
- Tello
- Teruel
- Villavieja
- Yaguará

Quindío

- Córdoba
- Génova
- Pijao

Tolima

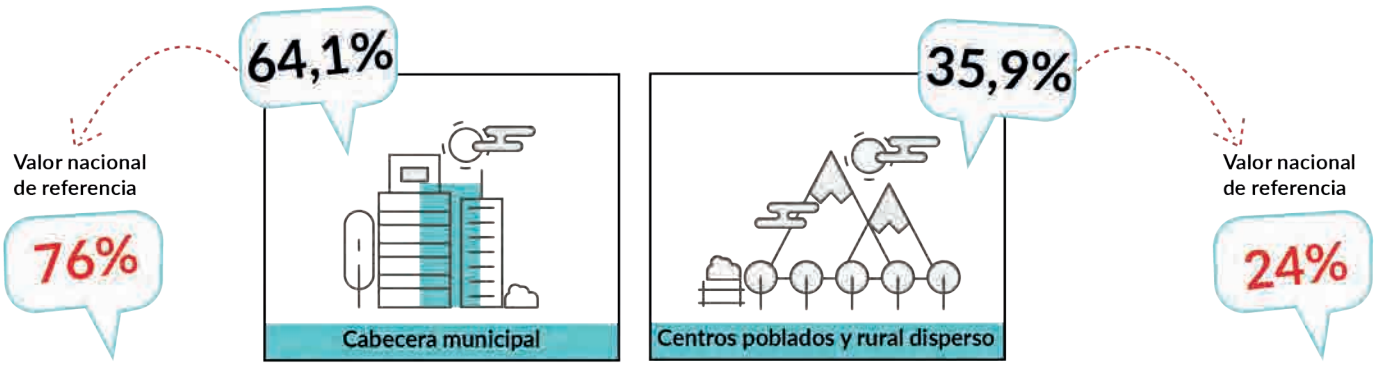
- Alpujarra
- Ataco
- Cajamarca
- Carmen De Apicalá
- Chaparral
- Coyaima
- Cunday
- Dolores
- Espinal
- Flandes
- Guamo
- Icononzo
- Melgar
- Natagaima
- Ortega
- Planadas
- Prado
- Purificación
- Rioblanco
- Roncesvalles
- Rovira
- Saldaña
- San Antonio
- San Luis
- Suárez
- Valle De San Juan
- Villarrica

Ficha de caracterización

Región
Llanos Cordillera

1. Descripción general

La región Llanos-Cordillera está conformada por 52 municipios dentro de los departamentos de Cundinamarca (6), Huila (16), Quindío (3) y Tolima (27).

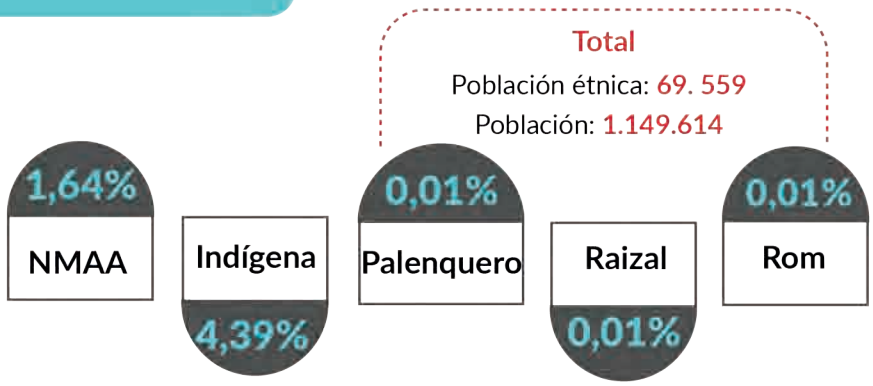


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

En la región Llanos-Cordillera, el porcentaje de población en cabeceras municipales es mayor al 60%, inferior al promedio nacional. Por el contrario, la proporción de población en zonas rurales es cerca al 40%, superior al valor nacional, lo que indica una mayor ruralidad.

2. Demografía y población

En la región Llanos-Cordillera, la población indígena constituye el 4,39%, un poco más alto que el promedio nacional de 4,4%. La población NMAA representa el 1,64%, que es menor que el promedio nacional de 9,1%. Los demás grupos étnicos tienen una presencia marginal.

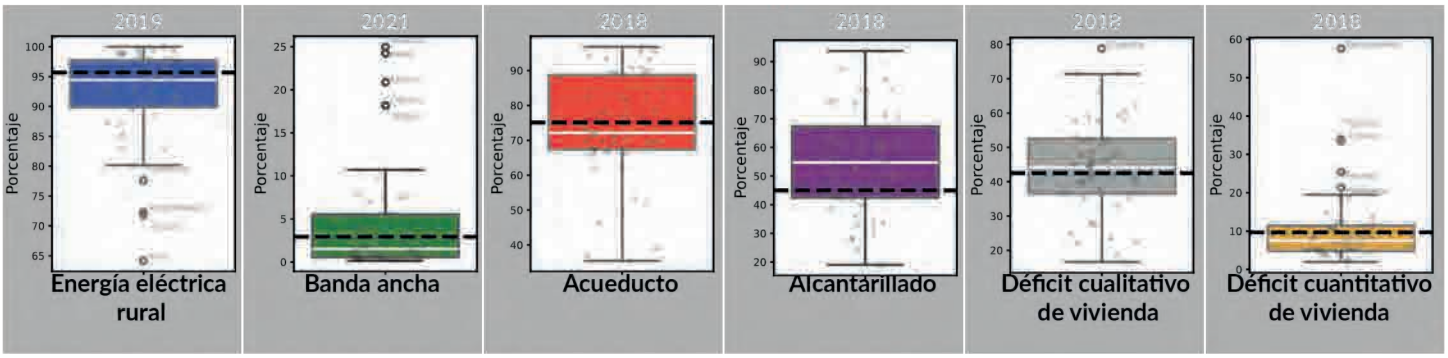


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de energía eléctrica es alta, con la mayoría de los municipios superando el 90%, aunque algunos municipios presentan coberturas inferiores. El acueducto muestra buena cobertura similar a la mediana nacional, mientras que la banda ancha tiene una baja cobertura. Los déficits de vivienda indican problemas más acentuados en ciertos municipios, como Roncesvalles.

Cobertura de servicios de la región Llanos Cordillera

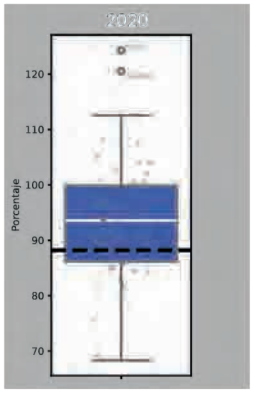


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

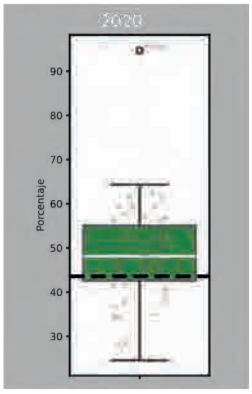
4. Educación

La cobertura en educación básica supera el 90%, la educación media no supera el 50% y solo algunos municipios muestran coberturas altas. La tasa de deserción es en general baja, aunque hay municipios como Teruel y San Antonio con valores elevados.

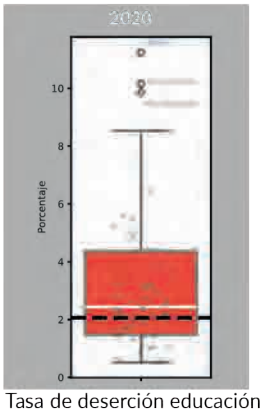
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

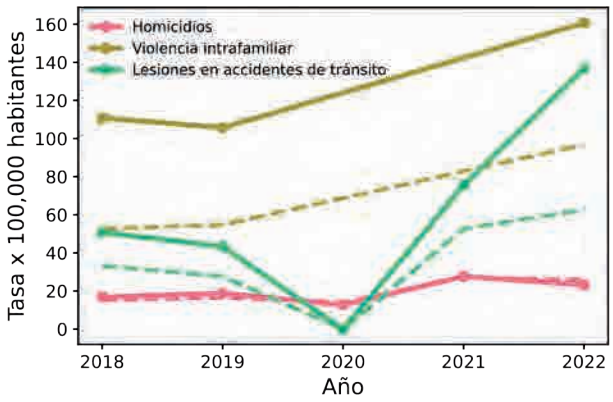


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

La tasa de homicidios se ha mantenido relativamente estable en la región, con valores ligeramente superiores a la media nacional. La violencia intrafamiliar ha mostrado un aumento notable en los últimos años, al igual que las lesiones en accidentes de tránsito, que superan la tendencia nacional.

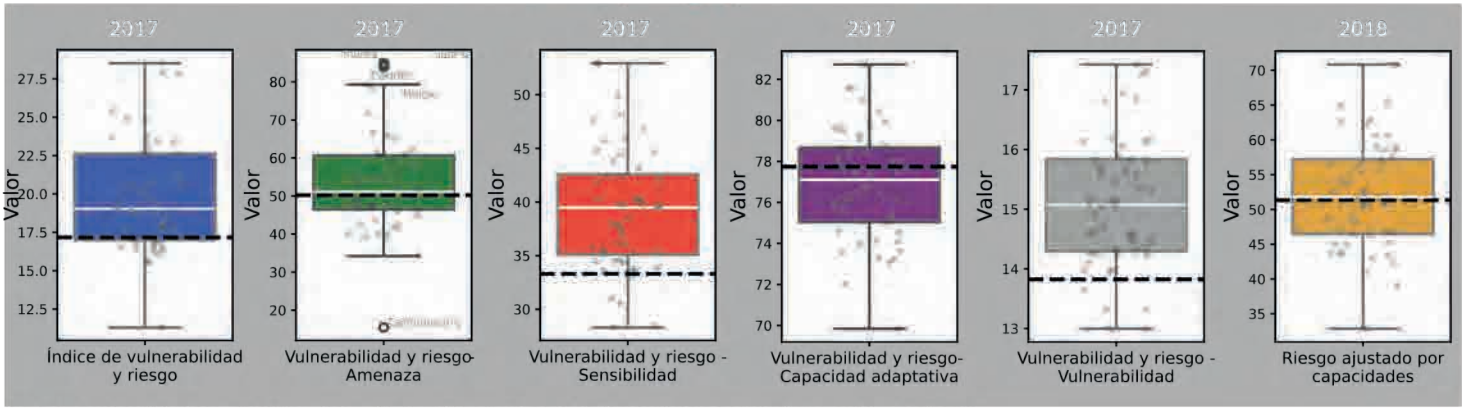


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

El índice de sensibilidad es elevado en la región, mientras que en el índice de amenaza destaca con municipios como Flandes y Melgar por sus altos niveles. La capacidad adaptativa muestra menor variabilidad, mientras que el riesgo ajustado por capacidades revela diferencias en municipios específicos como Campoalegre.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

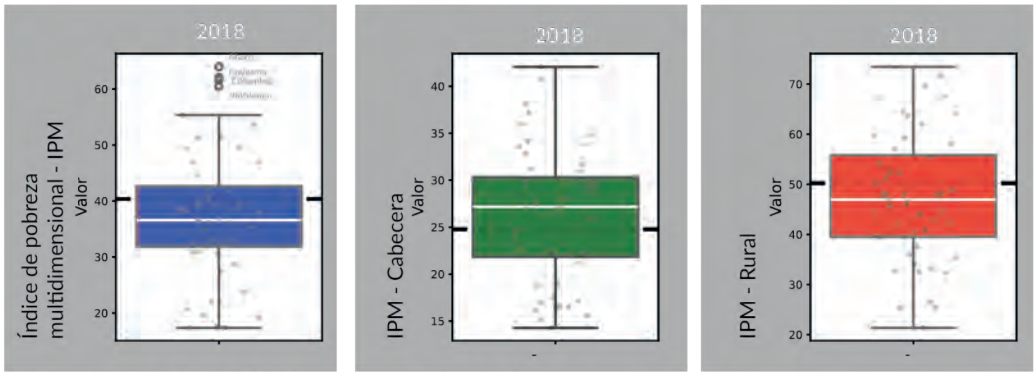


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

El IPM muestra una gran variabilidad, especialmente en áreas rurales, con municipios como Coyaima que alcanza niveles mucho más altos que la mediana nacional. En cabeceras municipales, la dispersión es menor, pero todavía hay algunos municipios que superan la mediana nacional.

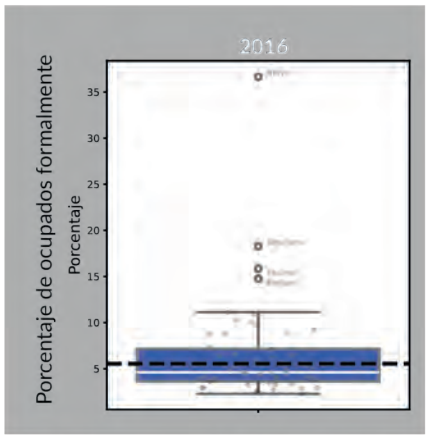
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

El empleo formal en la mayoría de los municipios está por debajo de la mediana nacional con valores inferiores al 5%, y Neiva como una excepción con porcentaje notablemente alto. La baja variabilidad en el empleo formal sugiere condiciones laborales relativamente homogéneas en la región.



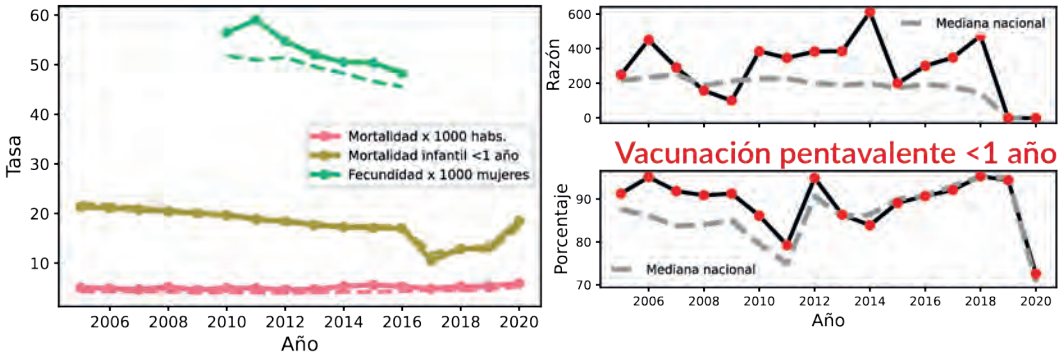
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

La mortalidad general muestra una tendencia ligeramente creciente, aunque la región se mantiene en línea con la tendencia nacional. La mortalidad materna presenta fluctuaciones importantes, con picos que superan la mediana nacional en varios años. La cobertura de vacunación pentavalente y la tasa de fecundidad han disminuido, pero siguen estando por encima de la mediana nacional en varios periodos.

Mortalidad materna a 42 días

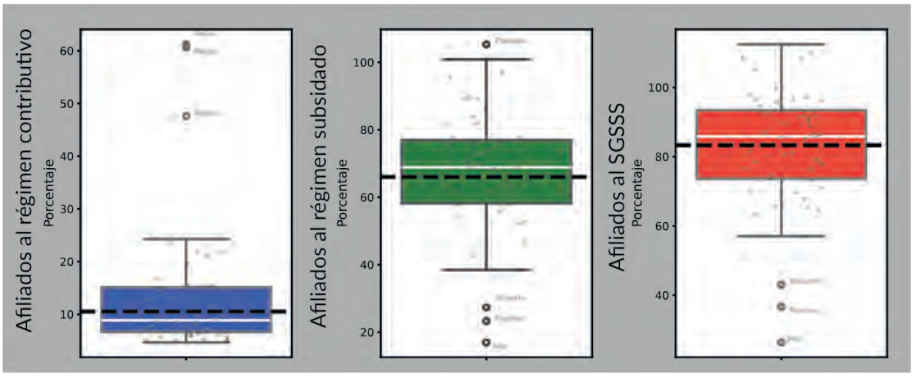
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Acceso a la salud

La afiliación al régimen contributivo es baja en la región, con la mayoría de los municipios por debajo de la mediana nacional. En contraste, el régimen subsidiado presenta una mayor cobertura, superando la mediana nacional en varios municipios. La cobertura del SGSSS muestra una alta variabilidad.



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	83,60	106,90	Aumentó
Agresiones (homicidios)	52,30	24,10	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	44,90	22,90	Disminuyó
Accidentes de transporte terrestre	29,40	23,60	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	25,00	19,80	Disminuyó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1,80	52,30	Aumentó
Diabetes mellitus	19,90	16,70	Disminuyó
Infecciones respiratorias agudas	14,90	16,70	Aumentó
Enfermedades hipertensivas	15,50	12,10	Disminuyó
Tumor maligno del estómago	17,10	10,90	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias en comparación con el periodo 1998-2002 fueron: Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, Enfermedades isquémicas del corazón e Infecciones respiratorias agudas.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	29,86	28,22	No diferencia
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	52,64	44,35	Disminuyó
Dengue	252,47	272,73	No diferencia
Exposición a flúor	126,98	0,00	Disminuyó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	430,50	535,72	Aumentó
Intento de Suicidio	86,33	77,98	No diferencia
Intoxicación por plaguicidas	38,54	25,73	Disminuyó
Intoxicación por medicamentos	33,14	35,79	No diferencia
Varicela Individual	159,97	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

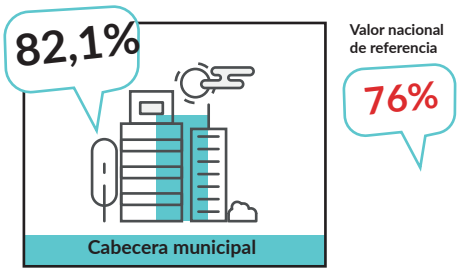
En 2022, los cuatro eventos con variación respecto a 2018 fueron: agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, varicela individual, vigilancia en salud pública de las violencias de género e intrafamiliar y exposición a flúor.

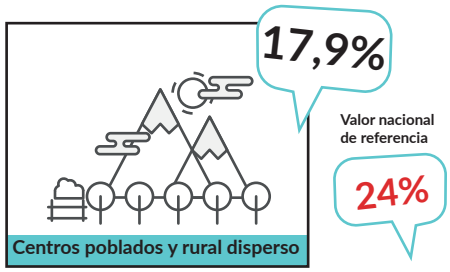
Referencias
1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx
5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

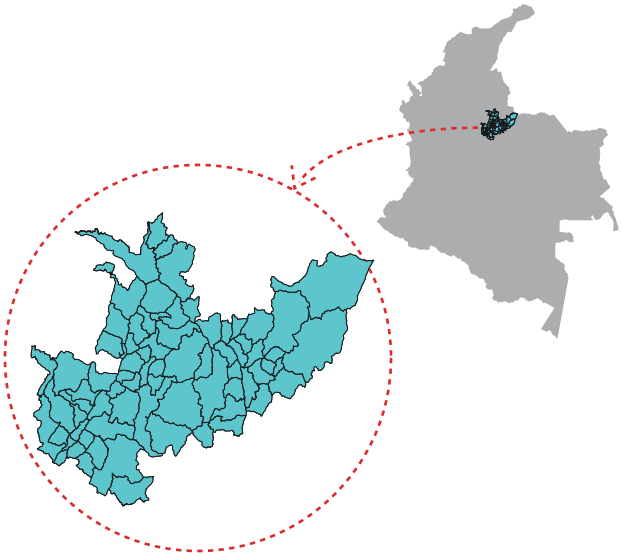
Región Gran Santander Sur

Ficha de caracterización

1. Descripción general





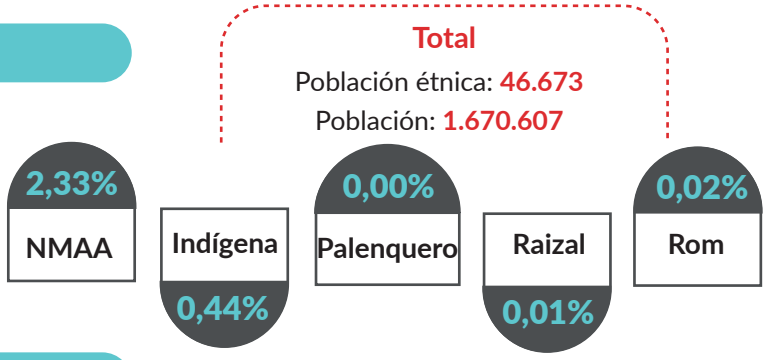


La región Gran Santander-Sur está conformada por 74 municipios dentro de los departamentos de Boyacá (21) y Santander (53).

Tiene un alto grado de urbanización con más del 80% de su población viviendo en cabeceras municipales, por encima del promedio nacional. El porcentaje de población en centros poblados y áreas rurales dispersas también supera ligeramente el valor nacional, lo que sugiere una estructura poblacional más concentrada en áreas urbanas con cierta presencia rural.

2. Demografía y población

La población afrodescendiente (NMAA) es el grupo étnico más numeroso con un 2,33%, aunque muy por debajo del promedio nacional de 9,1%. La población indígena representa el 0,44%, mientras que los otros grupos tienen una representación muy pequeña, lo que sugiere una baja diversidad étnica en comparación con otras regiones del país.

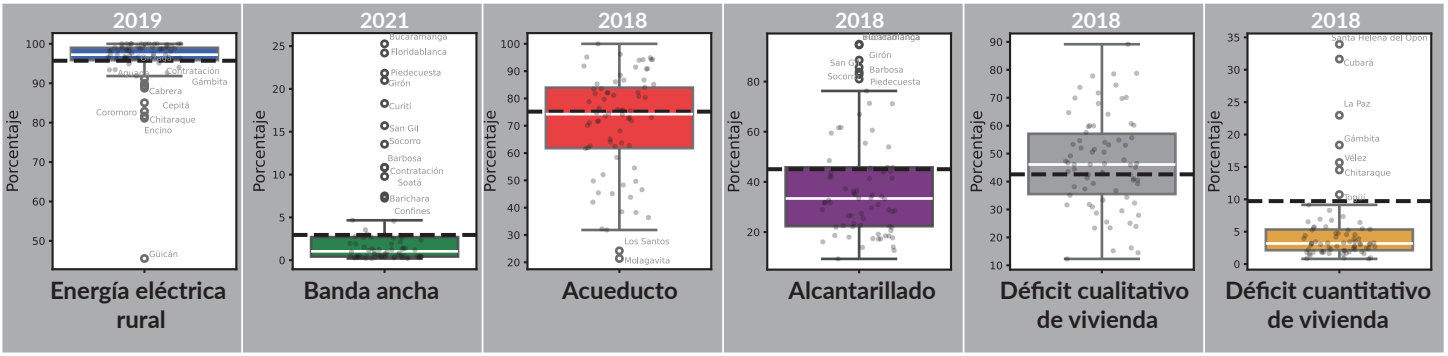


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

Los resultados muestran una alta cobertura de energía eléctrica rural en la región, donde la mayoría de los municipios superan el 95%. Sin embargo, el acueducto y el alcantarillado presentan una mayor variabilidad, con algunos municipios que alcanzan valores inferiores al 30%, sobre todo en alcantarillado. En cuanto al déficit de vivienda, la variabilidad también es significativa, pues se destacan algunos municipios con valores mucho más altos que el promedio nacional.

Cobertura de servicios de la región Gran Santander Sur

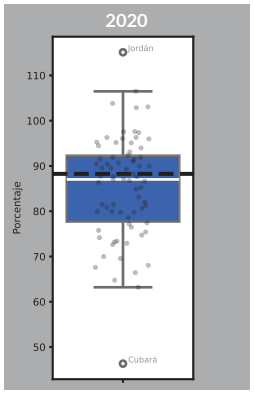


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

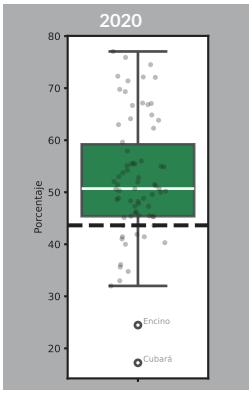
4. Educación

La cobertura en educación básica en Gran Santander Sur es relativamente alta, pues la mayoría de los municipios superan el 80%. La cobertura en educación media presenta mayor variabilidad con algunos municipios muy por debajo del promedio nacional. Las tasas de deserción son bajas, aunque algunos municipios presentan valores superiores a la mediana nacional, lo que puede indicar problemas específicos en esas áreas.

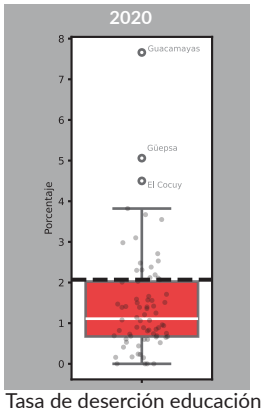
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

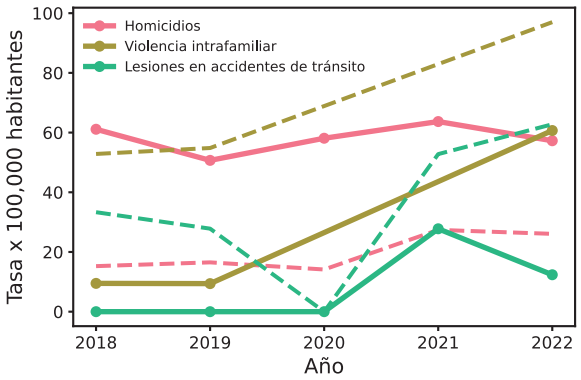


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios han mostrado un incremento desde 2020, alineadas con la tendencia nacional. La violencia intrafamiliar ha aumentado de manera constante y superó la mediana nacional a partir de 2021. Por otro lado, la tasa de lesiones en accidentes de tránsito presentó un descenso inicial, seguido de un incremento desde 2020.

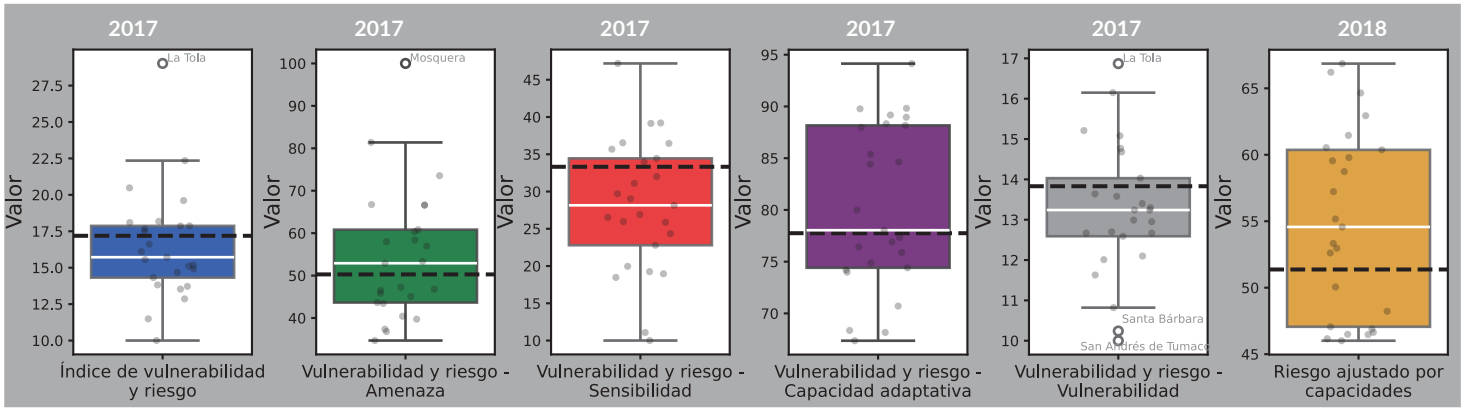


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

La región presenta una alta variabilidad en términos de riesgo y vulnerabilidad climática. Algunos municipios muestran niveles de amenaza significativamente mayores, mientras que otros destacan en su capacidad adaptativa, lo que sugiere una distribución desigual del riesgo. El índice de riesgo ajustado también varía considerablemente, esto refleja diferencias en la exposición al riesgo entre los municipios.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

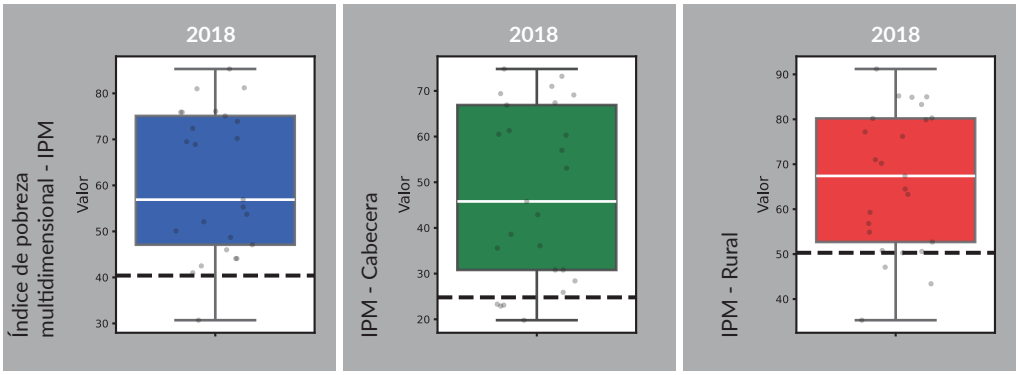


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

La pobreza en la región es más alta en las zonas rurales que en las cabeceras, con el el índice de pobreza multidimensional (IMP) rural, en algunos municipios, por encima de la mediana nacional. La variabilidad en las cabeceras es menor, lo que indica menos desigualdad en esas áreas. Sin embargo, algunos municipios presentan niveles de pobreza significativamente altos, que sugiere la necesidad de enfoques específicos para reducir la pobreza en las áreas más afectadas.

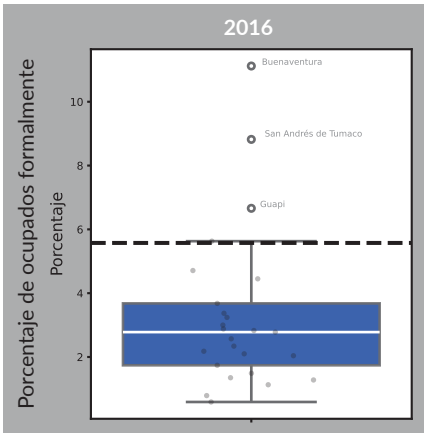
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

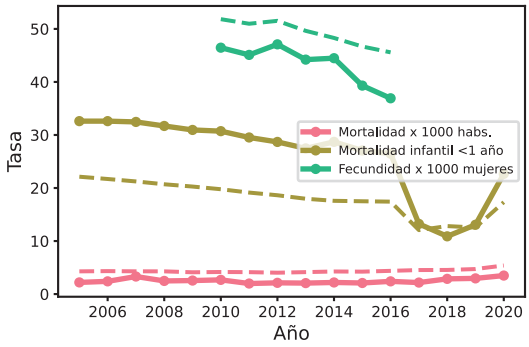
El empleo formal en la región es generalmente bajo, pues la mayoría de los municipios presentan porcentajes inferiores al 15%, similar al promedio nacional. Sin embargo, algunos municipios, por ejemplo, Bucaramanga y Aguada, destacan por tener tasas de empleo formal considerablemente más altas, lo que indica disparidades importantes dentro de la región.



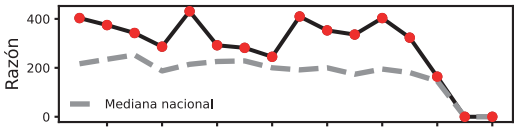
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

Los indicadores reflejan una disminución en la mortalidad infantil, alineada con la tendencia nacional, aunque superior al promedio. La mortalidad materna presenta picos en ciertos años, lo que exige mayor análisis. La cobertura de vacunación pentavalente es fluctuante y baja, sugiriendo deficiencias en servicios de salud. La fecundidad desciende, pero sigue por encima del promedio nacional.



Mortalidad materna a 42 días



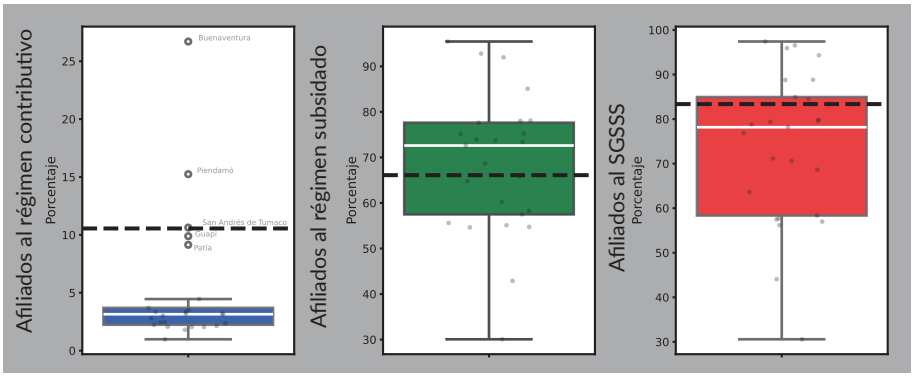
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

La cobertura del régimen contributivo es similar a la mediana nacional, mientras el subsidiado supera la mediana en algunos municipios, reflejando mayor dependencia para acceso a salud. La cobertura general del SGSSS se alinea con la nacional, destacando Bucaramanga por su mejor acceso.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	90,50	69,10	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	58,90	29,60	Disminuyó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	2,70	79,90	Aumentó
Diabetes mellitus	33,30	19,40	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	24,40	19,20	Disminuyó
Agresiones (homicidios)	36,00	13,00	Disminuyó
Enfermedades hipertensivas	27,00	17,40	Disminuyó
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	17,70	18,50	No diferencia
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	18,70	17,00	No diferencia
Accidentes de transporte terrestre	23,10	13,40	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres causas de muerte con aumento en comparación con el periodo 1998-2002 fueron: las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon y tumores malignos de otras localizaciones, y de las no especificadas. Para las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, la tasa pasó de 2,7 a 79,9 por cada 100.000 habitantes. La tasa de tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, cambió de 17,7 a 18,5, mientras que la de tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas varió de 18,7 a 17,0. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	25,69	28,85	Aumentó
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	18,26	28,78	Aumentó
Dengue	116,30	85,02	Disminuyó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	287,09	279,43	No diferencia
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	1,90	48,20	Aumentó
Intento de Suicidio	52,35	83,32	Aumentó
Intoxicación por medicamentos	29,85	50,64	Aumentó
Tuberculosis pulmonar	23,93	0,00	Disminuyó
Varicela Individual	158,57	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con aumento respecto a la tasa de 2018 fueron: agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, intoxicación por medicamentos e intento de suicidio. La tasa de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia fue de 279,43 por cada 100,000 habitantes, cifra que supera la media nacional de 87,51. Para Intoxicación por medicamentos, la tasa registrada fue de 50,64. Por último, la tasa de intento de suicidio alcanzó 83,32, por debajo de la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, que reflejarían un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias

1.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/

2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/

4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx

5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col

6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Región Gran Santander Sur

Municipios

Boyacá

- Boavita
- Chiscas
- Chitaraque
- Covarachía
- Cubará
- El Cocuy
- El Espino
- Guacamayas
- Güicán de la Sierra
- La Uvita
- Panqueba
- San José de Pare
- San Mateo
- Santana
- Sativanorte
- Soatá
- Sotaquirá
- Susacón
- Tipacoque
- Togüí
- Tutazá

Santander

- Bucaramanga
- Aguada
- Aratoca
- Barbosa
- Barichara
- Cabrera
- Capitanejo
- Carcasí
- Cepitá
- Charalá
- Chima
- Chipatá
- Confines
- Contratación
- Coromoro
- Curití
- El Guacamayo
- Encino
- Enciso
- Floridablanca
- Galán
- Gámbita
- Girón
- Guadalupe
- Guapotá
- Güepsa
- Hato
- Jordán
- La Paz
- Los Santos
- Macaravita
- Mogotes
- Molagavita
- Ocamonte
- Oiba
- Onzaga
- Palmar
- Palmas del Socorro
- Páramo
- Piedecuesta
- Pinchote
- San Benito
- San Gil
- San Joaquín
- San José de Miranda
- San Miguel
- Santa Helena del Opón
- Socorro
- Suaita
- Valle de San José
- Vélez
- Villanueva
- Zapatoca

Avanzar hacia el entendimiento mutuo en armonía con el entorno: un camino para sanar las heridas de la guerra

Región Caribe Norte



Karol Patricia Cotes-Cantillo, Lorena Alexandra Maldonado-Maldonado,
Luz Stella Cantor-Poveda, Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

La región Caribe-Norte está conformada por 60 municipios, 29 de estos pertenecen al departamento del Magdalena, 16 de Cesar y 15 de La Guajira. En esta región, habitan cerca de 3,2 millones de personas de las cuales aproximadamente el 35% reside en pequeños centros poblados o áreas rurales dispersas, una proporción considerablemente alta en comparación con el promedio nacional. Es una de las regiones con mayor diversidad natural del país gracias a que cuenta con todos los pisos térmicos de la zona intertropical. Sus paisajes varían desde el desierto en la Alta Guajira hasta las nieves perpetuas de la Sierra Nevada de Santa Marta, e incluyen páramos, bosques tropicales, bosques secos, serranías, valles fértiles, llanuras y las cálidas playas del mar Caribe. Además de su riqueza natural, es una de las regiones con mayor diversidad étnica del país, cerca del 29% de sus habitantes pertenecen a comunidades indígenas, negras, mulatas, afrocolombianas o afrodescendientes (1). También, alberga una importante población descendiente de migrantes de Medio Oriente y Europa que llegaron durante el siglo XIX.

En contraste con su riqueza natural y cultural, la región enfrenta altos niveles de pobreza multidimensional tanto en las cabeceras municipales como en las zonas rurales. El acceso a servicios públicos básicos, como

acueducto, alcantarillado y energía eléctrica, se encuentra por debajo del promedio nacional, especialmente en las áreas rurales. Además, persiste un significativo déficit cuantitativo y cualitativo de vivienda. Estas condiciones de pobreza material se profundizan debido a las dificultades que enfrentan sus habitantes, especialmente los más vulnerables, para alcanzar óptimos niveles educativos. Se estima que el 75% de los municipios de la región tienen baja cobertura en educación media y presentan altas tasas de deserción escolar en comparación con el promedio nacional (1).

Muchos de los rezagos sociales de la región son heridas y secuelas del conflicto armado. Según la Comisión de la Verdad, en esta zona han operado todos los actores armados, responsables de crímenes atroces y de lesa humanidad: masacres, secuestros, asesinatos selectivos, desapariciones forzadas, extorsiones, desplazamientos masivos, entre otros. Estas acciones no solo han agudizado la pobreza, sino también han afectado profundamente el tejido social y debilitado la democracia (2,3). Además, en la región persisten conflictos socioambientales relacionados con el acceso al agua, la alta concentración de tierras y la expansión de actividades, por ejemplo, la ganadería extensiva, los monocultivos y la extracción minera (2).

Para las personas que participaron en la mesa realizada en la ciudad de Valledupar, Cesar, la riqueza y diversidad cultural configuran la esencia de su territorio y le imprimen una identidad única: *"(...) del territorio me gusta la multiculturalidad nuestra, aquí todos cabemos"*. Además, destacaron la diversidad de climas y paisajes de la región, junto con elementos que generan identidad, distinción y reconocimiento, como la música vallenata y la gastronomía local.

Los participantes de pueblos indígenas compartieron y resaltaron la conexión espiritual y material con su territorio y, en ese sentido, consideran que el territorio y ellos son una unidad indivisible, sujetos de cuidado y respeto: *"(...) desde nuestra visión, el territorio es nuestra razón de ser, de existir, nuestra base. Sin territorio, pues no somos"*, *"(...) yo soy el territorio y como no quererme yo, y como no gustarme yo, ¿verdad?"*.

Balance de los principales hallazgos

Los participantes de la mesa representan una diversidad geográfica, cultural y profesional significativa de la región. Entre ellos, se encuentran miembros de la comunidad indígena Arhuaca, afrodescendientes, profesionales de la salud, docentes, investigadores y líderes comunitarios. Varios asistentes tienen experiencia directa en la prestación de servicios de salud en territorios rurales y comunidades vulnerables, integrando saberes ancestrales con prácticas modernas. Además, algunos pertenecen a familias y comunidades que han sufrido el impacto del conflicto armado, llevan entonces consigo historias de resiliencia y fortaleza. Han convivido con enfermedades crónicas en su entorno familiar y, en ese proceso, han enfrentado las limitaciones del sistema de salud. Esta experiencia les ha brindado una perspectiva cercana y profunda sobre las realidades de la salud pública en sus territorios.





Las trayectorias de estos participantes muestran un compromiso marcado con la mejora del bienestar social. Se desempeñan en roles que van desde la docencia universitaria, la vigilancia epidemiológica y la investigación, hasta liderazgos en organizaciones de cooperación internacional. Asimismo, muchos combinan su formación profesional con iniciativas enfocadas en la interculturalidad, la inclusión y el fortalecimiento del acceso a servicios de salud en sus comunidades.

Durante la jornada, se llevó a cabo una reflexión colectiva sobre el concepto de salud pública. A partir de este ejercicio, se reconocieron y analizaron los principales desafíos que enfrenta la región, junto con las posibles estrategias para abordarlos. La mesa se destacó por un diálogo plural y respetuoso, donde todos los participantes pudieron expresar sus ideas y escuchar las de los demás. La mayoría de los participantes ubicaron el concepto de salud pública en el ámbito colectivo, en ese sentido destacaron su relación con el territorio y diversos entornos. Términos como *"territorio"*, *"comunidad"*, *"colectivo"* y *"política"* refuerzan esta noción. Sin embargo, algunas intervenciones se orientaron más hacia la prestación de servicios individuales con énfasis en el acceso y el autocuidado.

En general, la salud pública fue conceptualizada como campo de conocimiento y de acción. De acuerdo con lo señalado en la mesa, la salud pública busca comprender las formas de generar bienestar y brindar protección a la comunidad y su entorno, además de promover el aprendizaje colectivo: *"(...) la salud pública es una disciplina que permite conocer a las poblaciones en términos de bienestar, con el fin de caracterizar a la población y hacer intervenciones preventivas en pro del bien colectivo"*. Entre las acciones que más se esperan de la salud pública, se destacan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades bajo enfoques diferenciales y el respeto de la autodeterminación y autonomía de las colectividades. De esta manera, se le concede el poder de mejorar la calidad de vida de las poblaciones, que va desde el tratamiento de enfermedades hasta la promoción de la salud en un sentido amplio.

La mayoría de los participantes sitúan el actuar de la salud pública en el territorio, al recalcar que debe tener un vínculo directo con el contexto local y las características de las poblaciones que habitan los espacios. También, en la mesa surgen expresiones de una mirada más crítica sobre las formas como la salud pública se desarrolla en el contexto de la región y el país, en tanto que un mecanismo de dominación y colonización. Prácticas que deben superarse, reemplazadas por otras formas de conocimiento y acción para poder *"vivir sabroso y con dignidad"*.

En general, se destacan emociones positivas como la esperanza y tranquilidad y otras relacionadas con expectativas más profundas, por ejemplo, plenitud y gozo, derivadas de una respuesta real a las necesidades que se viven en los territorios. Uno de los participantes lo expresa así mediante un poema que compuso: *"De salud pública gozar/ es un anhelo que todos / vivimos de diversos modos / procurando bienestar / Es más que solo observar / un montón de indicadores / y comprender qué necesita / quien en el territorio habita / para aliviar sus dolores"*. En contraste, también surgen emociones negativas, especialmente relacionadas con términos

como derecho, acceso, política o recursos. Estas emociones, que incluyen enojo, abandono, tristeza y frustración, dan cuenta de una percepción desfavorable sobre las garantías reales que ofrece la salud pública, vividas en los territorios, frente a las altas expectativas que se le otorgan.

Durante la conversación, y desde la diversidad de perspectivas representadas en la mesa, se abordan temáticas relacionadas con los conflictos sociopolíticos que históricamente han afectado a la región. Estos están estrechamente ligados a la diversidad étnica, las condiciones geográficas, los recursos naturales y las formas de habitar y relacionarse con el territorio. En este contexto, se destacan como temas centrales la manera en que se comprenden y se intervienen las problemáticas de salud pública en la región, asimismo la preocupación por la conservación y protección del territorio. También, se enfatiza la necesidad de garantizar condiciones mínimas para una vida digna, que incluyen el acceso y calidad del agua, saneamiento básico, alimentación, vías de acceso y redes de comunicación, especialmente en zonas rurales con alta dispersión geográfica. Finalmente, desde una perspectiva esperanzadora, los participantes resaltan la importancia de la sanación individual y colectiva frente a las violencias históricas sufridas. Consideran esencial el cuidado colectivo y del entorno para mejorar la salud mental, el bienestar espiritual de las comunidades y avanzar hacia una convivencia pacífica.

Los participantes, desde sus diversos roles, cuestionan la forma en que se comprenden y abordan los asuntos relacionados con la salud pública. Los representantes de las universidades destacan la urgencia de descolonizar el conocimiento y enfatizan en la deuda que tiene la academia con las comunidades históricamente vulneradas de la región: *"(...) la academia está en deuda con estas comunidades (...), entonces una de las cosas que yo cambiaría es que la academia debe dejar de ser muy positivista y entender, dialogar con las comunidades y poder entender las verdaderas realidades de las comunidades"*. Por su parte, los representantes de instituciones y organismos de cooperación, también, critican la forma en que se entiende la realidad y se diseñan e implementan las intervenciones. Señalan que el desconocimiento de las verdaderas necesidades, cultura y modos de vida de las comunidades conduce a acciones que no transforman conductas ni contextos, por lo tanto, resultan ineficaces para mejorar la situación: *"(...) yo recuerdo de un ejemplo hace unos años en una comunidad indígena del César donde dijeron que la solución para una enfermedad producida por el mosquito era dar toldillos. Y, pues, cogió la población y esos toldillos los utilizó para hacer cerca y sembrar hortalizas, verduras, porque pues era como una mallita y eso le impedía que se le metieran las gallinas"*.

Garantizar la salud pública implica también proteger y conservar el territorio, una perspectiva especialmente destacada por los representantes de las comunidades indígenas, para quienes el territorio es considerado *"la base fundamental de la vida"*. Señalan que, en la región, el territorio ha sido profundamente violentado, no solo por actores armados, sino también por la industria y la minería. Por esto, enfatizan en la importancia de mantener las luchas históricas para preservar la vida y la cultura: *"(...) si se tala, si se ya disminuyen el cauce de los ríos, si ya no tenemos lugar donde vivir las consecuencias pues van a ser bastante obvias no solamente para el*





futuro de nuestras poblaciones sino también para la permanencia de nuestras tradiciones". Además, el impacto de la *"crisis climática"* se suma a estas preocupaciones, con particular atención en las posibles repercusiones en la pérdida de la seguridad y soberanía alimentaria. Esto resalta la necesidad de implementar acciones preventivas frente a emergencias y desastres que puedan poner en riesgo a las comunidades y su entorno. La conexión entre la conservación del territorio, la salud pública, el ambiente y las tradiciones son reconocidas como un eje fundamental para garantizar un futuro sostenible.

La falta de condiciones básicas esenciales para la subsistencia representa un problema crítico para la salud pública de la región. El acceso a alimentos y servicios elementales, por ejemplo, el agua potable, el saneamiento básico y las vías de acceso, se consideran una prioridad apremiante, especialmente en las zonas rurales dispersas. Estas carencias dan cuenta de las fallas sistemáticas en la garantía de derechos y ponen de manifiesto la urgencia de implementar soluciones integrales que no solo aseguren estas condiciones básicas en lo inmediato, sino que también aborden los problemas estructurales que perpetúan las desigualdades en el acceso a recursos esenciales para la vida y la salud en la región.

Por último, desde las comunidades que han sufrido las secuelas del conflicto armado de impacto profundo en el territorio, la vida social y debilitado el sistema político y la democracia en la región, surge una visión esperanzadora centrada en la necesidad de *"sanar"*. Este proceso, tanto a nivel individual como colectivo, se plantea como un camino indispensable para superar las violencias históricas. Sin embargo, no se concibe como una responsabilidad exclusiva de cada persona, sino como un esfuerzo colectivo e institucional que requiere también comprensión y acciones específicas en torno a la salud mental: *"(...) entonces sanar es un reto (...) no solamente de cada persona, sino también es un reto colectivo y es un reto también que se puede sobrellevar desde el área de la salud mental, que requiere intervenciones desde lo institucional"*. En este contexto, el cuidado es resaltado en sus dimensiones de vehículo hacia la sanación. Este cuidado abarca el ámbito personal, el colectivo y el del entorno, al reconocer que el bienestar integral de las comunidades depende de una interacción armónica de estos aspectos. Esta apuesta invita a una reflexión sobre el rol de las instituciones y la ciudadanía de la región para avanzar en la reconciliación y la construcción de la paz en el territorio.

Retos para la región Caribe Norte

Las reflexiones y propuestas que emergen del diálogo permiten delimitar cuatro grandes retos de salud pública, que aportan a la discusión sobre las transformaciones requeridas en las próximas décadas, desde el liderazgo y accionar de las instituciones del Estado, de los grupos políticos, de las comunidades y organizaciones de la sociedad civil, así como de los actores del sistema de salud que operan en la región. Estos retos se centran en promover procesos de entendimiento mutuo para organizar un sistema de salud que valore y respete la diversidad cultural de la región; recuperar, cuidar y preservar el territorio; saldar la deuda histórica en la garantía de

derechos esenciales mínimos para asegurar una vida digna; y avanzar en un proceso de sanación individual y colectiva que alivie las heridas de la guerra y permita restablecer y fortalecer el tejido social profundamente afectado por la violencia.

Reto 1. Romper barreras de entendimiento para dejar de hacer lo mismo: transformar las formas de comprensión y acción sobre los problemas públicos en salud.

Las formas tradicionales de definir, comprender y actuar sobre las problemáticas de salud pública en la región no parecen estar respondiendo a las necesidades reales de sus habitantes, particularmente de aquellos con mayor vulnerabilidad, como las comunidades rurales y étnicas. De acuerdo con lo manifestado por los participantes, existen *"barreras de entendimiento"* que no permiten un conocimiento profundo de las necesidades, anhelos y potencialidades en salud de las comunidades. Esta falta de entendimiento se expresa en el diseño e implementación de políticas públicas y acciones que no tienen el impacto previsto y que, por el contrario, pueden tener efectos no deseados, así como la pérdida de confianza en las instituciones. Los impedimentos para *"romper barreras de entendimiento"*, de acuerdo con lo señalado por la mesa, están ligados a los enfoques y métodos usados, donde la mirada positivista prevalece, junto con una jerarquía de poder que se expresa incluso en el lenguaje: *"nosotros les hicimos"*, *"nosotros fuimos"*, *"nosotros les dimos"*, son expresiones, que para representantes de la academia, ponen de manifiesto un intención de superioridad tanto de la academia como de actores institucionales sobre las comunidades. También, se destacan la escasez de personal capacitado e idóneo, la falta de cercanía a las comunidades, la generalización de las causas o determinantes de la salud, el exceso de especialización en áreas de conocimientos y de la acción misma, y las concepciones distintas de entender el proceso salud enfermedad. Esto último, para los representantes del pueblo indígena arahuaco, plantea un gran desafío si se tiene en cuenta que para ellos la salud es un *"complemento entre lo físico y lo espiritual"*.

Las formas de comprensión de las problemáticas están estrechamente relacionadas con la manera en que estas son abordadas. De acuerdo con los participantes, las intervenciones se basan en un conocimiento superficial de las necesidades de la población y se desarrollan dentro de esquemas de pensamiento rígidos, diseñados de manera centralizada, sin un verdadero diálogo con las dinámicas propias del territorio ni con las necesidades reales de las comunidades. Es decir, son políticas formuladas de arriba hacia abajo, lo cual permite una ejecución más rápida y vinculadas con metas nacionales, pero puede ignorar las dinámicas locales, que veces llevaría a una menor sostenibilidad y aceptación de las políticas implementadas (4). Además, según los participantes, estas intervenciones no suelen tener el impacto esperado, pero además pueden fracasar por diversas razones. Por un lado, estas acciones a menudo chocan con las formas de vida de las comunidades, *"(…) entonces cuando vamos a una población y medimos, digamos, los riesgos, (…), para el sistema de salud vivir en una casa que no tiene piso es, de hecho, un nivel de pobreza casi miseria. Pero para los pueblos indígenas es nuestro confort, tener ese acceso a poder pisar la tierra es parte de nuestra vida y (…) estar sin zapatos no es un problema realmente para nosotros, es parte de nuestro desarrollo y nuestra conexión con la tierra"*.





Por otro lado, estas intervenciones frecuentemente no responden a las necesidades reales de la gente o abordan solo una parte del problema. Esto se evidencia en los programas de recuperación nutricional de niños y niñas con desnutrición en La Guajira: *"(...) nosotros recuperamos niños que están en desnutrición, pero resulta que los niños tienen recaídas porque lo que no hay es comida, no hay plata, no hay oportunidades para que nuestras comunidades indígenas accedan a un trabajo o tengan un desarrollo económico"*.

Entre las consecuencias de no romper las barreras de entendimiento, se comenta: *"(...) estamos haciendo lo mismo para el mismo resultado"*. Se percibe un nulo efecto de las intervenciones: *"(...) bajar las tasas de enfermedades infecciosas tanto morbilidad como mortalidad sobre todo en las poblaciones vulnerables. Nosotros aquí tenemos un grueso de población indígena, la población dispersa, todo eso, afros eso es algo que en realidad eso no se ha intervenido"*, o el desconocimiento del impacto de las enfermedades crónica en la región y sus determinantes. Sobre la incapacidad de llegar a las zonas dispersas para el desarrollo de actividades estratégicas como la gestión de riesgo en salud por parte de las instituciones responsables se dice: *"(...) la gestión de riesgo en salud pública eso no se hace, no la hacen las EPS, no la hace nadie, es algo a lo que hay que apuntar, y no a contar enfermedades y muertos cuándo ¡ya para qué!"*. Y, al final, se mantiene la imposibilidad de garantizar el derecho a la salud.

Adicionalmente, los mecanismos de implementación de la política carecen de continuidad en el tiempo. Esto se refleja en actividades desarrolladas de forma rápida y fragmentadas: *"(...) no hay una continuidad real en el territorio que uno pueda decir realmente estamos impactando porque llevamos dos años, tres años trabajando en algo y que no es interrumpido, sino (...) salió el convenio, pero fírmenlo rapidito porque se pasa la vigencia, corramos a hacer las acciones que más podamos y se acabó el recurso y chao"*. Además, estos mecanismos suelen ser rígidos, lo que dificulta la inclusión de actividades o intervenciones que no encajan dentro de las formas de contratación y presupuestos establecidos. Un ejemplo señalado por los participantes es la complejidad de asignar valor económico a prácticas de cuidado ancestral y comunitario.

Otro obstáculo importante es la falta de continuidad del personal idóneo encargado de implementar programas y políticas. Esto se relaciona con los cambios sujetos al arraigado clientelismo político en la región: *"(...) entonces lo vemos normalmente es que cuando hay un proceso, hay una persona que está, pero ya no es de esta corriente política, viene otra, entonces a volver a comenzar otra vez, si lo continuáramos, así hubiese cambios políticos y tuvieran las habilidades que tiene alguien decir bueno, vamos a arrancar desde aquí, no arrancar nuevamente de cero, pero normalmente eso es lo que corresponde siempre"*.

Entre las recomendaciones de la mesa para abordar este reto, están *"escuchar"* y *"dialogar"*, fundamentar relaciones horizontales y pensar en colectivo. Esto conllevaría a una acción estatal no fragmentada, que no se conciba desde la necesidades de cada sector sino desde las necesidades de la población: *"(...) nos falta trabajar más en seguir creando conciencia colectiva (...) es ahí donde entra no solamente la parte, o sea, nosotros como salud,*

como sector salud, sino también integrarnos (...) con otros sectores, porque muy seguramente el ICA puede tener herramientas para poder controlar, en este caso, vectores o pueden tener otras instituciones, CORPOCESAR, porque tienen de pronto ingenieros ambientales, porque tienen otros recursos y acceso a otras tecnologías que de pronto en salud no conocemos."

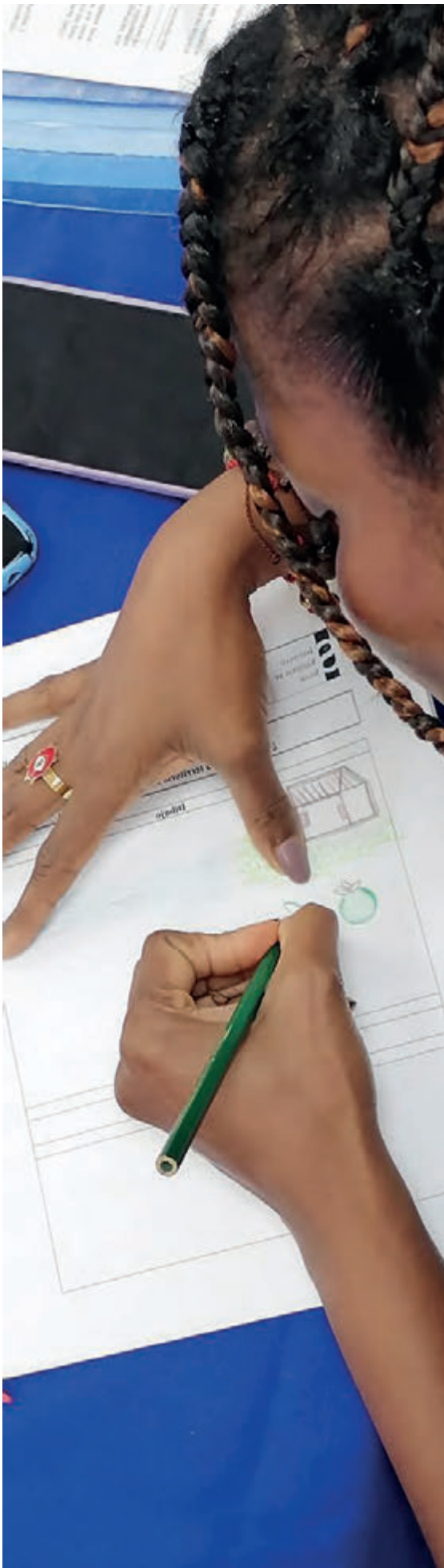
El diálogo para comprender y actuar sobre las realidades en salud en la región, debe ir acompañado de tiempo, recursos y nuevos espacios que reivindiquen la horizontalidad de las relaciones: *"(...) en la interculturalidad, el abordaje no puede ser en una sola dirección, en ocasiones ya llega el documento formulado, estuvieron los expertos y demás, pero no hay ese aporte propio de la comunidad que es la que vive la situación", "(...) yo creo que cuando se habla de capacitación, mutuamente necesitamos capacitación, tanto el pueblo indígena y como del pueblo".* Estos espacios pueden permitir la concertación y adaptación cultural de las propuestas sugeridas por los participantes, entre las cuales aparecen: las redes integradas de servicios, telemedicina, equipos básicos territoriales y la vigilancia basada en comunidad. Sin embargo, el centro de la discusión radica en *"dejar de hacer lo mismo"*, que implicaría involucrar activamente a las comunidades en la toma de decisiones y avanzar hacia una verdadera intersectorialidad e interculturalidad.

Los representantes de la academia enfatizan en este propósito y reflexionan sobre su papel en procesos de comprensión y acción contextualizada. Manifiestan que las universidades deben formar a sus estudiantes con apertura hacia otros paradigmas y formas de conocimiento, así como con una mayor capacidad de escucha. Esto permitiría desarrollar estrategias más efectivas y adaptadas, capaces de responder a las necesidades reales de las comunidades y de *"romper barreras de entendimiento"* para *"dejar de hacer lo mismo"*.

Reto 2. "El territorio es para nosotros la vida", es urgente e ineludible su conservación y protección.

El cuidado y la conservación del territorio en la región, al abordar los retos en salud pública, son fundamentales, porque el territorio se entiende no solo como un espacio geográfico, sino en tanto que entorno integral donde interactúan elementos humanos, ambientales y espirituales, que forman la base de la vida y el bienestar para las comunidades: *" (...) la salud humana no puede estar bien, si tu entorno no está bien".* Factores ambientales, como el agua, el aire y el suelo, son esenciales para el bienestar humano y comunitario, además de la existencia misma de la vida. Ahora bien, al ser una región rica en biodiversidad y con múltiples recursos, se ha convertido en objetivo para una incesante explotación por parte de compañías multinacionales (5).

En necesario entonces conectar con las condiciones del territorio que influyen directamente en los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de las poblaciones, especialmente en comunidades indígenas que tienen una conexión profunda con su entorno: *"(...) donde nuestras bases son y es la tierra. Nuestro aire, nuestro ánimo es el aire que ulula según nuestras necesidades, las olas y corrientes del agua que apacigua nuestro clamor y esa llama que aviva nuestro vivir".* Por lo tanto, reconocer y priorizar el territorio al abordar retos en salud pública implica adoptar una visión más integral y respetuosa con las necesidades y valores de las comunidades. Esto





permitiría respuestas más efectivas y culturalmente pertinentes a los desafíos en salud.

Las violencias contra el territorio descritas por los participantes incluyen actividades que afectan negativamente los sistemas naturales y, en consecuencia, la salud y el bienestar de las comunidades: *"(...) todos los problemas de salud pública se originan cuando se irrespetan los sistemas (...). Porque si hay tala y deforestación también hay daño en el cauce de los ríos, hay contaminación del suelo, el hombre se enferma"*. Las vulneraciones están dadas principalmente por actividades productivas como la gran minería, la industria y las actividades agrícolas a gran escala (5,6). Para la región, este tipo de minería tiene efectos negativos en la salud de las personas (7,8) y en la economía (9). La minería contamina el aire, el agua, el suelo y los acuíferos subterráneos, causa deforestación y la tala de bosques (8,10), obliga a algunas comunidades a desplazarse desde sus territorios ancestrales (6,11,12) y afecta en la periferia de las minas, la salud de trabajadores y vecinos especialmente con enfermedades respiratorias, de la piel y riesgo de contraer algunos tipos de cáncer.

Es así como en el transcurso de la extracción y el transporte del carbón, las partículas se desplazan desde la mina hacia las comunidades cercanas, sin que la empresa ni el Estado asuman responsabilidad (8): *"(...) con el paso de los años, también hemos tenido que vivir retos y luchas, esas luchas también van en contra la mayoría de las veces del territorio y el territorio es la base fundamental de nuestras vivencias"*. Estas acciones además de dañar el medio ambiente repercuten en la desintegración social, la pérdida de tradiciones y conocimientos ancestrales, alteran los medios de subsistencia y deterioran la salud pública, especialmente en niños y niñas, quienes son particularmente vulnerables ante estas condiciones.

Las afectaciones de la crisis climática incluyen alteraciones significativas a la vida, la sostenibilidad ambiental y la continuidad de las tradiciones de las comunidades étnicas y campesinas y de otros pobladores de la región. Esta crisis ha generado transformaciones de prácticas agrícolas y el deterioro de las condiciones del territorio: *"(...) el impacto climático que también está haciendo lo suyo porque ellos ya no están sembrando"*. También ha agravado problemas preexistentes en salud y alimentación de la población en general y grupos especialmente vulnerables: *"(...) entonces ya venimos con una carga en toda la problemática de salud, eso ahora sumémosle la crisis climática. Entonces también empezar a revisar cómo eso comienza a afectar a la población"*.

Las formas de relacionamiento de las instituciones y de las organizaciones trasnacionales con el territorio, al no comprenderlo como *"(...) la base fundamental de sus vivencias"*, afectan la salud pública de múltiples maneras, fragmenta las realidades y excluye las perspectivas, conocimientos y dinámicas propias de las comunidades: *"(...) yo creo que por eso hemos fracasado creyendo que llevamos solución a los territorios y resulta que para nosotros eso no es solución"*. Esta desconexión, al imponer enfoques externos, limita el empoderamiento local y dificulta la generación de respuestas sostenibles y culturalmente pertinentes.

Es imperativo privilegiar voces no hegemónicas que históricamente no han sido tenidas en cuenta en relación con la conservación y protección del territorio: *"(...) para nosotros, como pueblos indígenas a nivel Latinoamérica, el territorio es para nosotros la vida, digamos, uno de los principales retos que tenemos como pueblos es esa conservación de nuestro territorio y ojalá como se encuentra, más bien recuperar los espacios que se nos han quitado"*. El territorio constituye la base de su existencia, cultura e identidad. Es el núcleo de sus luchas y un pilar fundamental de su manera de vivir. Por lo anterior es inminente la necesidad de continuar y acompañar la recuperación de las tierras usurpadas en procesos asociados con prácticas extractivas o conflicto armado (13), la defensa de los recursos naturales y la protección del medio ambiente y garantizar la continuidad de prácticas tradicionales que apoyan el control territorial (5,6).

En ese sentido, no se trata solo de responder de manera reactiva a emergencias y catástrofes en el territorio, sino de alinear las prácticas institucionales con lógicas más cercanas al pensamiento ancestral. Por ejemplo, el actuar desde la resiliencia ecológica, que ha sido desarrollada por los pueblos indígenas a lo largo del tiempo, sus saberes y conocimientos son valiosos para enfrentar el cambio climático. Los pueblos originarios han desarrollado sistemas alimentarios sustentables que respetan el entorno (14), construyen viviendas tradicionales con requerimientos mínimos de agua en entornos secos, realizan agrosilvicultura, gestión de los recursos hídricos y la preparación ante desastres (15).

Reto 3. Garantizar condiciones básicas esenciales para dignificar la vida, particularmente a las comunidades que habitan en territorios rurales.

La vulneración sistemática de derechos fundamentales, como el acceso a la alimentación y a servicios públicos esenciales, constituye un fracaso del Estado Social de Derecho en la región. Garantizar estos derechos es una deuda histórica que debe ser saldada, particularmente en las comunidades que habitan en zonas rurales y con alta dispersión: *"(…) vemos una población muy particular que son nuestros niños y niñas (indígenas) y se observa que la están pasando muy mal, esto por no cumplirles con sus derechos, con el tema de salud, alimentación de calidad (…)"*, *"(…) nosotros aquí tenemos un grueso de población indígena, la población dispersa, afros, en realidad eso no se ha intervenido como debe ser, allá hay cualquier cantidad de fallas institucionales y de todo tipo"*.

La situación de hambre y desnutrición en muchas comunidades étnicas y rurales de la región continúa siendo crítica a pesar de la normatividad en términos de garantía de derechos y de las intervenciones de múltiples instituciones estatales y agencias de cooperación. Un reflejo de esta crisis es la declaración del Estado de Cosas Inconstitucional que hace la Corte Constitucional con la Sentencia T-302 de 2017, al constatar la *"vulneración generalizada, injustificada y desproporcionada de los derechos fundamentales al agua, a la alimentación, a la seguridad alimentaria y a la salud de los niños y niñas del pueblo Wayúu. Además, constató que las vulneraciones a los derechos fundamentales son causadas por múltiples causas dentro de las cuales se destacan fallas estructurales del Gobierno Nacional, del Departamento de La Guajira, de los municipios demandados y de algunas de las autoridades*





tradicionales Wayúu" (16). En esta Sentencia se emiten 210 órdenes para restablecer y garantizar los derechos del pueblo Wayúu, sin embargo, a 2024, los avances son insuficientes y no se tiene un plan de acción definitivo según se evidencia en el Auto 311 de 2024 de seguimiento a la Sentencia.

En cuanto a servicios públicos básicos, la mayoría de las zonas rurales de la región carecen de redes de infraestructura eléctrica y de agua potable y saneamiento básico adaptadas y adecuadas a las realidades socio-territoriales de sus comunidades: *"(…) es que ellos no tienen energía eléctrica"*, *"(…) En las comunidades indígenas Wayúu… está el tema del agua… no todas las comunidades indígenas tienen molino, jagüey o acceso al agua. Muchas de ellas toman agua que no es potable, lo que ocasiona a su vez enfermedades como la diarrea, enfermedades respiratorias y otras"*. Además, las zonas dispersas enfrentan graves rezagos en vías de acceso y redes de comunicación, esenciales para garantizar derechos fundamentales como la atención sanitaria: *"(…) tengo un problema de salud pública en una comunidad a siete horas en mula, ¿cómo le llego con todas las acciones? Muy complejo"*, *"(…) salir en ocasiones se les hace difícil, quedan incomunicados"*, *"(…) hay personas que están muy lejos y no trabajamos en eso que es mejorar esas vías terciarias"*.

Las problemáticas descritas, no necesariamente se deben a una incompetencia estatal por desconocimiento o falta de recursos, sino que reflejan fallas sistémicas en la formulación e implementación de políticas públicas. Dichas fallas perpetúan el hambre y la pobreza energética en comunidades históricamente segregadas (17) y favorecen la distribución desigual del agua en beneficio de intereses empresariales particulares, de manera similar a lo que ocurre con la distribución de la tierra (18). Las dinámicas político-institucionales se mencionan como una de las principales causas de estas fallas estructurales que impiden el despliegue efectivo y universal de un Estado Social de Derecho robusto, capaz de garantizar las condiciones básicas esenciales para la vida digna en todos los territorios de la región: *"(…) la política me genera enojo"*, *"(…) lo que sea es manos políticas, cosas así que de pronto no permitan que tú lleves un proceso. Entonces lo que vemos normalmente es que cuando hay un proceso, hay una persona que está, pero si ya no es de esta corriente política, viene otra, entonces a volver a comenzar otra vez"*.

Investigaciones previas han identificado que las prácticas políticas que se han configurado en la región son un determinante clave de la baja calidad de sus instituciones y, por ende, de la persistencia de sus rezagos socioeconómicos y de la segregación histórica de comunidades étnicas y rurales. Entre sus particularidades se destacan el dominio de élites políticas locales con prácticas clientelistas, que no han priorizado mejoras sustanciales en la provisión de servicios públicos. Asimismo, las relaciones clientelares entre las élites políticas locales y nacionales que no logran traducirse en impactos positivos significativos en la calidad de vida de la población. Por último, la persistencia de vínculos entre la clase política local y grupos armados, han restringido la competencia política y generados ciclos de violencia, desplazamiento y despojo (19). Transformar estas dinámicas y orientar el ejercicio político local, así como el accionar de las instituciones, hacia el bienestar colectivo es fundamental para cerrar brechas de inequidad en el acceso a condiciones básicas esenciales para

garantizar una vida digna para todos en la región: *"(...) el Estado, a través de sus entidades, tiene el deber de generar confianza en las comunidades, llevando a cabo su labor con integridad y contrarrestando la incertidumbre que, en ciertas decisiones, genera el gobierno. Se cuenta con políticas que dan esperanza a la salud pública, las cuales esperan ser ejecutadas a favor de la población".*

Reto 4. Sanar para superar las secuelas de la violencia y reconstruir el sentido de lo colectivo.

"Sanar" es uno de los términos con mayor resonancia en la conversación de la mesa. De acuerdo con lo expresado por algunos de los participantes, está idea de la sanación alude a procesos profundos de recuperación emocional, psicológica y espiritual, pero sobre todo a recuperación del tejido social, de la consciencia de lo colectivo, de la confianza y el respeto mutuo, de las tradiciones y la cultura, sobre las que el conflicto en la región, y en el país en general, ha dejado fracturas profundas: *"(...) el reto principal es sanar. Y sanar es porque Colombia es un país violento, que ha sufrido traumas a lo largo de todo su desarrollo y por lo tanto, todos aquí somos hijos del conflicto."*

Las características geográficas de la región, la riqueza de sus recursos, la productividad de sus tierras, y dinámicas como la alta concentración de la tierra, las economías ilegales vinculadas al narcotráfico y el contrabando, entre otros, explican la presencia y control de territorio por parte de actores armados (20,21). El fenómeno paramilitar en esta región amparado en la defensa del patrimonio de los terrateniente ante las amenazas de la guerrilla, estuvo marcada por el terror y el derribo de la población, por medio de masacres, desapariciones forzadas y otros hechos victimizantes que les permitieron controlar y lucrarse de todas las esferas públicas y privadas de la región para consolidarse como un poder hegemónico, debilitando la democracia y causando miles de víctimas, deteriorando el sistema de salud (22), que en la región se vio profundamente cooptado y capturado, y dejó una profunda fisura en los lazos de la población.

Para los representantes del pueblo arahuaco, la pérdida de confianza en los otros, particularmente en las instituciones, como consecuencia de la violencia sufrida, impiden que se construyan lazos que permitan avanzar en el entendimiento: *"(...) pero tantos años de violencia también no nos permite confiar en nadie. Y esa falta de confianza y de respeto también nos lleva a no crear lazos permanentes con las institucionalidades"*, lo cual puede imposibilitar encontrar soluciones a los problemas colectivos y por ende adoptar decisiones colectivas que permitan mejorar las condiciones de salud de la población.

La pérdida del sentido de lo colectivo se manifiesta en el individualismo extremo y la falta de empatía, lo cual tiene consecuencias en el tipo de relaciones que se establecen y los posibles daños el territorio y para los otros, pero también en conductas individuales pueden tener efectos negativos en la propia salud mental. De acuerdo con los participantes, en la región se ha perpetuado la idea de la búsqueda del beneficio individual sin pensar en las consecuencias para los otros: *"(...) entonces, porque cada quien vive dentro de su zona de confort, vive dentro de su burbuja individual donde toman lo que necesitan del sistema, del territorio, y pues no ven el impacto o el*





daño que están causándole en los colectivos", y adicionalmente la obtención de satisfacción inmediata que promueve que se asuman conducta de riesgo, aludiendo particularmente al mal uso de la tecnología por parte de la población joven y sus efectos en salud mental y los lazos familiares: *"(...) pienso que muchos todavía subestimamos riesgos, la compañera habló del tema del mal uso de las tecnologías, todos los determinantes que hablaba el doctor que impactan en la familia. O sea, todo ese tipo de cosas viene desde ese pensamiento individualista en el hecho de querer sobrevivir y no pensar en colectividad"*.

En este sentido, la idea de recuperar el sentido de lo colectivo y del cuidado mutuo se vincula con el propósito de *"sanar"*, según señalan los participantes: *"(...) plantearía que, como sociedad, como territorio, necesitamos pensarnos y vernos como uno colectivo"*; *"creo que nos falta trabajar más en seguir creando conciencia colectiva"*. Para contribuir con la recuperación de esa conciencia colectiva, la mesa propone *"educar en colectividad"*, que implica que en los procesos educativos se incorpore la idea de la solidaridad y del bien común: *"(...) todo proceso educativo, todo proceso de enseñanza básica para nuestra población debe incluir cómo sobrellevamos nuestras conductas personales para ser mejor personas, enseñar a ser buenas personas, ser solidarios y con eso pensar en el bien de todos y la salud de todos"*.

Asimismo, mencionan la necesidad de espacios reales de convivencia y de reconocimiento de las diferencias entre actores comunitarios e institucionales, entre actores institucionales de diferentes sectores, así como entre los miembros de las propias comunidades: se deben *"(...) generar espacios reales de convivencia y de interculturalidad, porque la interculturalidad no solamente la vivimos entre nosotros los indígenas y los que no son indígenas, también la vivimos con otros que conviven al lado mío pero que de pronto no piensan como yo, ¿cierto? Entonces esos espacios reales ¿por qué? Porque hay veces nosotros solamente damos el punto de vista de lo que yo creo y pienso que es para mí, pero no tengo en cuenta la otra persona de cómo ve y de cómo percibe la vida porque cada uno de nosotros percibimos la vida de una forma distinta y a partir de allí generamos nuestras propias formas"*.

Por último, se le otorga un papel especial a las acciones que pueden implementarse desde los programas de salud mental en relación con la idea de sanar las heridas dejadas por la violencia en la región, pero no solo en un sentido individual, sino también la recuperación del tejido social y el sentido de lo colectivo: *"(...) es un reto colectivo y es un reto también que se puede sobrellevar desde el área de la salud mental, que requiere intervenciones desde lo institucional"*.

Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE. Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 21 de septiembre de 2024]. TerriData. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/comparaciones
2. Comisión de la Verdad. Caribe Insular [Internet]. Disponible en: https://web.comisiondelaverdad.co/en-los-territorios/despliegue-territorial/caribe-insular
3. Tapias Ortega JM. Pobreza y violencia en la Región Caribe colombiana: un enfoque espacial. Ensayos sobre Política Económica. junio de 2017;35(83):139-53.
4. Leyva S, Olaya A, Aristizábal J, Echavarría A, Roldán-Restrepo D, Rojas DP, et al. Modelo para el análisis y diseño de políticas públicas (MADPP) [Internet]. Editorial EAFIT; 2022. (Académica). Disponible en: https://doi.org/10.17230/9789587207743lr0
5. Colombia informa. Agencia de Comunicaciones. La Guajira: un territorio que lucha por vida digna [Internet]. 2022 [citado 2 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.colombiainforma.info/la-guajira-un-territorio-que-lucha-por-vida-digna/#:~:text=Como%20consecuencia%2C%20la%20comunidad%20ha,%2C%20ni%20a%20nuestro%20departamento%E2%80%9D.
6. Consejo Regional Indígena del Cauda (CRIC). Resguardo Indígena Gana Pelea por la Tierra al Cerrejón en la Guajira [Internet]. 2018 [citado 2 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.cric-colombia.org/portal/resguardo-indigena-gana-pelea-la-tierra-al-cerrejon-la-guajira/#:~:text=Resguardo%20Ind%C3%ADgena%20Gana%20Pelea%20por%20la%20Tierra%20al%20Cerrej%C3%B3n%20en%20la%20Guajira,-1%20febrero%2C%202018&text=En%20un%20nuevo%20espacio%20de,de%20las%20Organizaciones%20no%20Gubernamentales.
7. León-Mejía G, Espitia-Pérez L, Hoyos-Giraldo JDS, Hartmann A, Pêgas Henriques JA, Quintana M. Assessment of DNA damage in coal open-cast mining workers using the cytokinesis-blocked micronucleus test and the comet assay. Science of the Total Environment [Internet]. 2011;409(4):686-91. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048969710011678
8. Liga contra el silencio. La oscura nube del Cerrejón en La Guajira [Internet]. 2019 [citado 30 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.utadeo.edu.co/es/articulo/crossmedialab/277626/la-oscura-nube-del-cerrejon-en-la-guajira
9. Ulloa A, Quiroga C, Gaitán L. Minería en La Guajira: la realidad sobre sus aportes económicos [Internet]. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE); [citado 30 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.humanas.unal.edu.co/culturayambiente/application/files/5415/9837/7461/Folleto_Mineria_en_La_Guajira_1.pdf
10. Bustamente Hernández N. Estudio revela que minería legal en Colombia deforestó más de 120 000 hectáreas en 18 años [Internet]. 2021. Disponible en: https://es.mongabay.com/2021/06/deforestacion-mineria-legal-en-colombia/
11. Ministerio de Minas y Energía. Minenergía escuchó preocupaciones de comunidades campesinas y étnicas de La Guajira frente a la minería a gran escala [Internet]. [citado 30 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.minenergia.gov.co/es/sala-de-prensa/noticias-index/minenerg%C3%ADa-escuch%C3%B3-preocupaciones-de-comunidades-campesinas-y-%C3%A9tnicas-de-la-guajira-frente-a-la-miner%C3%ADa-a-gran-escala/
12. Castro A, Ronderos C. Minería en Colombia: víctimas, causas y consecuencias del desplazamiento [Internet]. 2015 [citado 30 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://journal.universidadean.edu.co/index.php/plou/article/download/1391/1348/4502
13. Corte Constitucional. Sentencia T-614/19. Acción de tutela para proteger derecho a la salud y ambiente sano de comunidad indígena frente a actividades extractivas de carbón. Protección del ecosistema y la salud ante factores de deterioro ambiental. Obligaciones del Estado frente a actividades extractivas. [Internet]. 2019 [citado 2 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-614-19.htm
14. Comisión para la Cooperación Ambiental. Resiliencia de los sistemas alimentarios tradicionales de los pueblos indígenas [Internet]. 2024 [citado 28 de noviembre de 2024]. Disponible en: http://www.cec.org/es/resiliencia-de-los-sistemas-alimentarios-tradicionales-de-los-pueblos-indigenas/#:~:text=Consideraciones,crisis%20de%20sus%20sistemas%20alimentarios.
15. Climate Promise - PNUD. Los conocimientos indígenas son cruciales para la lucha contra el cambio climático: he aquí el porqué [Internet]. 2024 [citado 28 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://climatepromise.undp.org/es/news-and-stories/los-conocimientos-indigenas-son-cruciales-para-la-lucha-contra-el-cambio-climatico#:~:text=Los%20pueblos%20ind%C3%ADgenas%20tambi%C3%A9n%20han,activa%20en%20las%20negociaciones%20clim%C3%A1ticas.
16. Corte Constitucional. Sentencia T-302/17 [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-302-17.htm
17. Villamizar Villamizar JD. Índice de pobreza energética en Colombia [Internet]. Universidad de los Andes; 2023. Disponible en: http://hdl.handle.net/1992/69351
18. Roa-García MC, Brown S. Assessing equity and sustainability of water allocation in Colombia. Local Environment. 2 de septiembre de 2017;22(9):1080-104.
19. Bonilla-Mejía L, Higuera-Mendieta I. Notas sobre la Economía Política del Caribe Colombiano. Cartagena: Banco de la República. Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER); 2018. (Economía Regional y Urbana). Report No.: 269.
20. Centro Nacional de Memoria Histórica. La tierra se quedó sin su canto. Trayectoria e impactos del Bloque Norte en los departamentos de Atlántico, César, La Guajira y Magdalena [Internet]. 2022. (Informes sobre el origen y la actuación de las agrupaciones paramilitares en las regiones). Report No.: 11. Disponible en: https://centrodememoriahistorica.gov.co/la-tierra-se-quedo-sin-canto-tomo-i/

21. Centro Nacional de Memoria Histórica. La maldita tierra. Guerrilla, paramilitares, mineras y conflicto armado en el departamento de Cesar [Internet]. 2016. Disponible en: https://centrodememoriahistorica.gov.co/la-maldita-tierra/
22. Cotes-Cantillo K, Chaparro-Narváez P, Vallejo-Rodríguez E, García-Salazar A, Castillo-Santana P, Castañeda-Orjuela C. Crónica de los efectos del conflicto armado en los servicios de salud de los municipios de más sufren [Internet]. Instituto Nacional de Salud - Observatorio Nacional de Salud; 2021. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/publicaciones

Región Caribe Norte

Municipios

Cesar

- Valledupar
- Agustín Codazzi
- Astrea
- Becerrill
- Bosconia
- Chimichagua
- Chiriguaná
- Curumaní
- El Copey
- El Paso
- La Jagua de Ibirico
- Manaure Balcón del Cesar
- Pueblo Bello
- La Paz
- San Diego
- Tamalameque

La Guajira

- Riohacha
- Albania
- Barrancas
- Dibulla
- Distracción
- El Molino
- Fonseca
- Hatonuevo
- La Jagua del Pilar
- Maicao
- Manaure
- San Juan del Cesar
- Uribia
- Urumita
- Villanueva

Magdalena

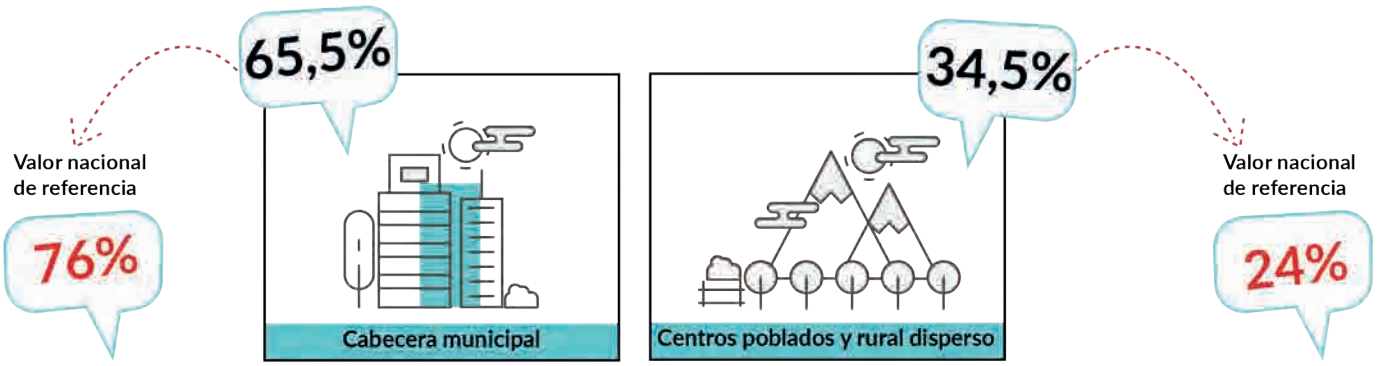
- Santa Marta
- Algarrobo
- Aracataca
- Ariguaní
- Cerro de San Antonio
- Chivolo
- Ciénaga
- Concordia
- El Banco
- El Piñón
- El Retén
- Fundación
- Guamal
- Nueva Granada
- Pedraza
- Pijiño del Carmen
- Pivijay
- Plato
- Puebloviejo
- Remolino
- Sabanas de San Ángel
- Salamina
- San Sebastián de Buenavista
- San Zenón
- Santa Ana
- Sitionuevo
- Tenerife
- Zapayán
- Zona Bananera

Ficha de caracterización

Región
Caribe Norte

1. Descripción general

La región Caribe-Norte está conformada por 60 municipios de los departamentos de Cesar (16), La Guajira (15) y Magdalena (29).

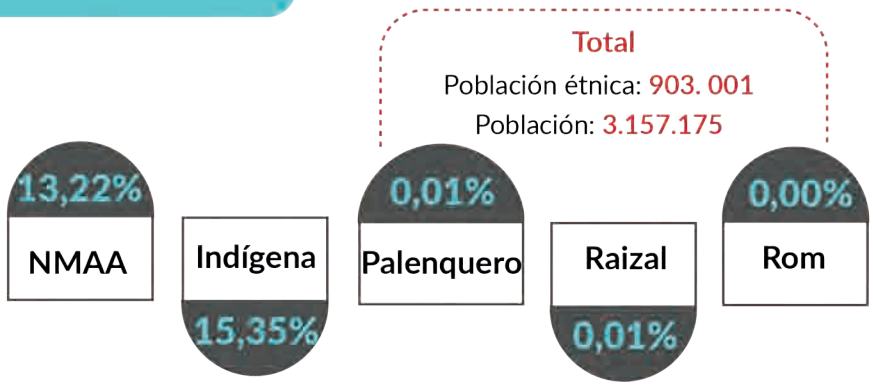


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

El 65% de la población vive en cabeceras municipales, un porcentaje inferior al promedio nacional del 76%. En contraste, alrededor del 35% de los habitantes reside en centros poblados y zonas rurales dispersas, cifra superior al promedio nacional del 24%.

2. Demografía y población

Esta región cuenta con una alta proporción de población perteneciente a grupos étnicos. La población indígena representa el 15,35% del total, mientras que la población negra, mulata, afrodescendiente y afrocolombiana (NMAA) alcanza el 13,22%, ambas cifras están por encima de los promedios nacionales respectivos. Esto sugiere una notable diversidad étnica que se destaca en comparación con el resto del país.

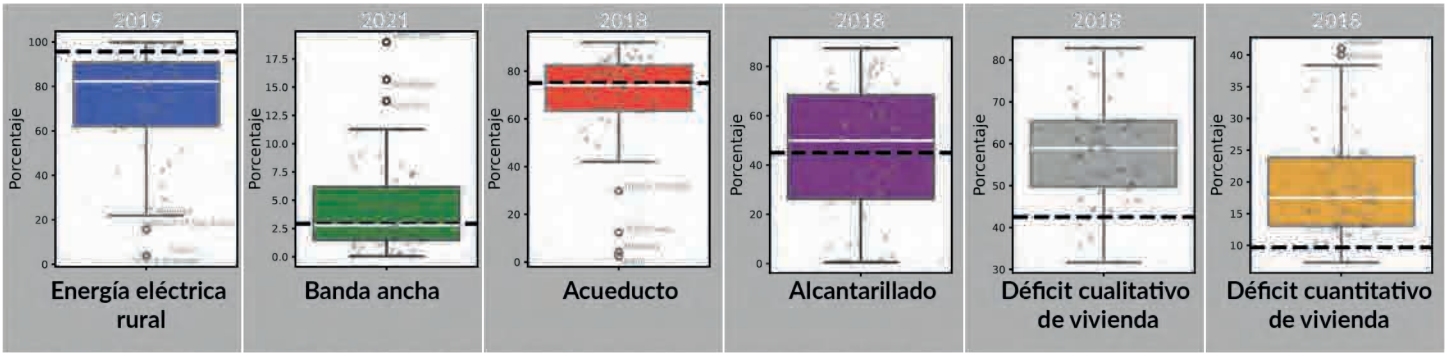


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

Más del 75% de los municipios tienen coberturas de energía eléctrica rural inferiores a la mediana nacional. También presentan mayores déficits de vivienda tanto en su componente cualitativo como cuantitativo, en comparación con la mediana nacional. Por otro lado, las coberturas de servicios como alcantarillado, banda ancha y acueducto en esta región son similares a la mediana nacional.

Cobertura de servicios de la región Caribe Norte

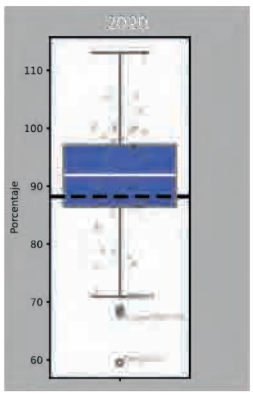


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

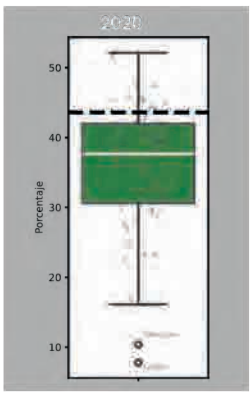
4. Educación

En la región, la mediana de cobertura en educación básica es del 92%, superior a la mediana nacional del 88%. Sin embargo, en educación media ocurre lo contrario: la mediana regional es del 37%, frente al 43% a nivel nacional. Por otro lado, la tasa de deserción en educación básica y media alcanza una mediana ligeramente superior al 3%, por encima de la mediana nacional que ronda el 2%.

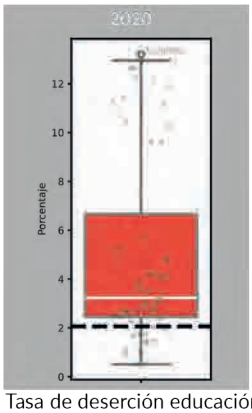
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

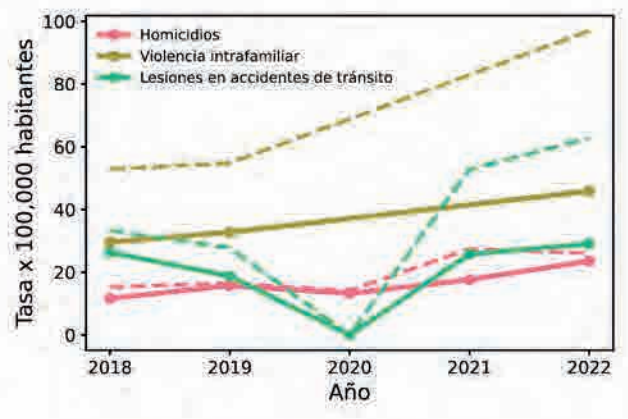


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios, violencia intrafamiliar y lesiones por accidentes de tránsito presentan valores inferiores a la mediana nacional. Sin embargo, todos estos indicadores muestran una tendencia a aumentar, especialmente desde 2020.

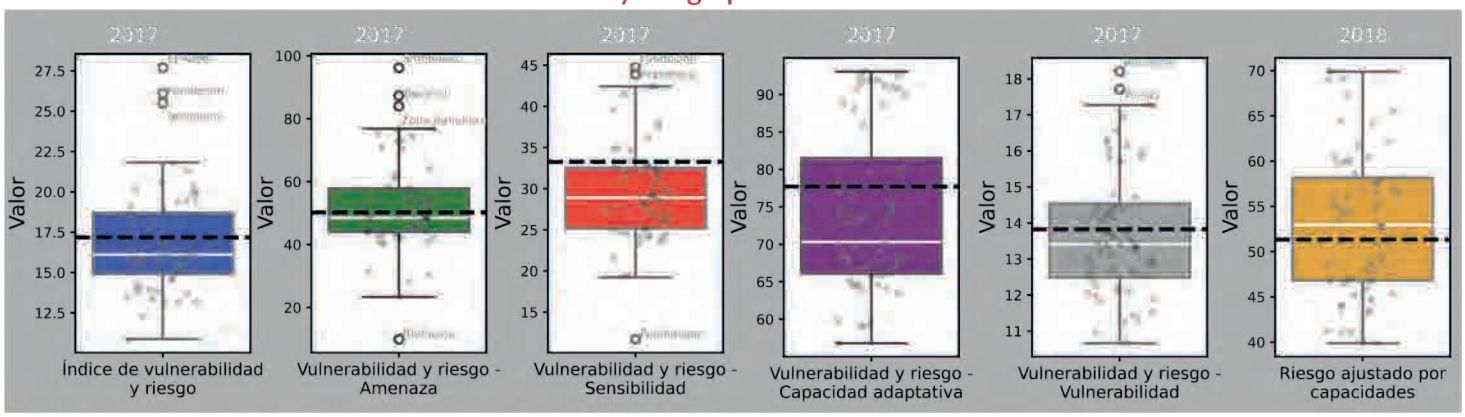


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

Se observa una alta variabilidad en el índice de vulnerabilidad y en la capacidad adaptativa en la región. Algunos municipios presentan niveles elevados de riesgo, particularmente en la sensibilidad y amenaza, lo que resalta la necesidad de medidas específicas de mitigación en esos lugares.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

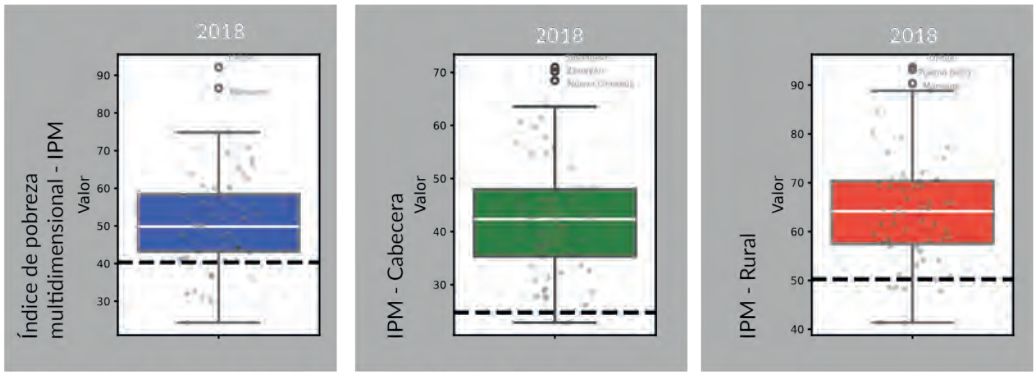


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

La mayoría de los municipios tiene un índice de pobreza multidimensional (IPM) superior a la mediana nacional. Este indicador de pobreza es más crítico en áreas rurales en donde la mediana del IPM alcanza un valor de 65, muy superior a la mediana nacional rural que es de 50 y a la mediana de 42 de las cabeceras de la misma región.

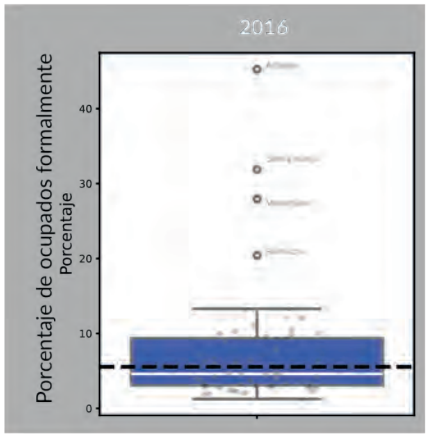
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

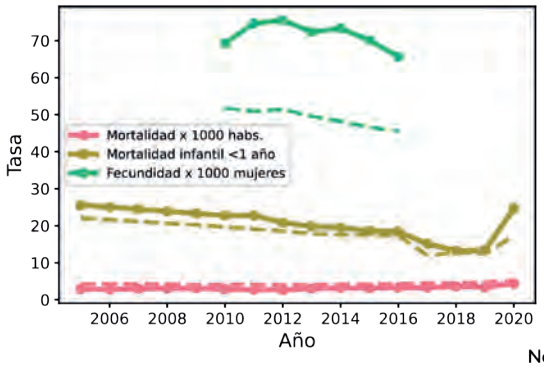
La región presenta una baja tasa de empleo formal en la mayoría de los municipios con una mediana regional del 5% inferior a la mediana nacional del 6%. Solo algunas ciudades capitales de la región, Santa Marta, Valledupar y Riohacha llegan a niveles significativamente más altos de empleo formal, esto indica una concentración importante de este tipo de empleo en las zonas urbanas.



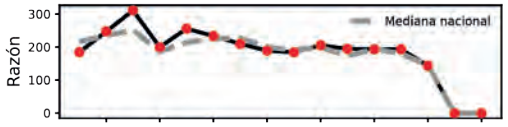
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

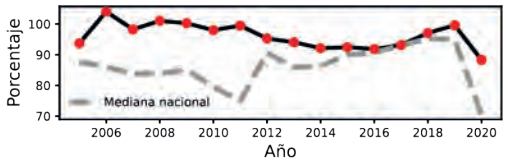
La mortalidad materna es similar a la mediana nacional. Por su parte, la mortalidad infantil es superior a la mediana nacional durante todo el periodo con un marcado aumento desde el 2018. Asimismo, la fecundidad se mantiene muy por encima de la mediana nacional.



Mortalidad materna a 42 días



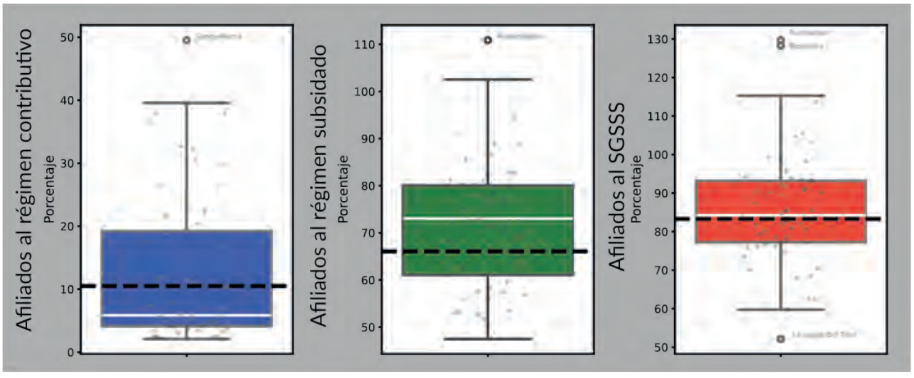
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

La mediana de afiliación al sistema de salud es similar a la nacional. La mayoría de las afiliaciones corresponden al régimen subsidiado con una mediana regional de 74%, superior a la mediana nacional del 68%. Por su parte, la mediana de afiliación al régimen contributivo en la región es de 5%, menos de la mitad de la nacional que alcanza un 11%.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	58,20	71,40	Aumentó
Agresiones (homicidios)	68,60	22,30	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	35,50	26,90	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	15,60	22,50	Aumentó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1,10	53,80	Aumentó
Infecciones respiratorias agudas	11,40	24,70	Aumentó
Enfermedades hipertensivas	14,20	21,40	Aumentó
Accidentes de transporte terrestre	16,20	16,10	No diferencia
Diabetes mellitus	11,90	18,30	Aumentó
Enfermedades del sistema urinario	5,30	15,20	Aumentó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte fueron las enfermedades isquémicas del corazón, las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, y las enfermedades cerebrovasculares. La mortalidad por homicidios que fue la primera causa entre 1998 y 2002, pasó a ser la sexta en el quinquenio de 2018 a 2022. Todas las causas de mortalidad aumentaron entre los dos periodos con excepción del homicidio y las enfermedades cerebrovasculares que disminuyeron, además de los accidentes de transporte terrestre en donde no hubo diferencias.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Accidente Ofídico	23,26	19,26	Disminuyó
Bajo peso al nacer	41,48	56,69	Aumentó
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	76,11	84,83	Aumentó
Dengue	136,93	224,75	Aumentó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	207,71	198,43	No diferencia
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	3,56	107,83	Aumentó
Intento de Suicidio	39,36	37,31	No diferencia
Intoxicación por medicamentos	22,01	22,09	No diferencia
Varicela individual	134,87	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

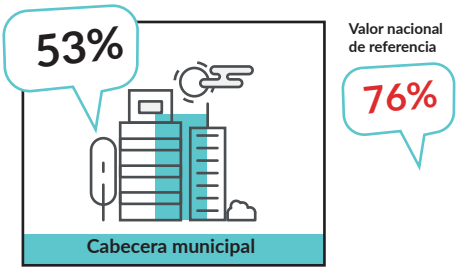
Los eventos que registraron una disminución, entre 2018 y 2022, fueron el accidente ofídico y la varicela. En contraste, aumentaron: el bajo peso al nacer, todos los tipos de desnutrición en menores de cinco años, el dengue y la infección respiratoria aguda. Se mantuvieron sin cambios las agresiones por animales potenciales transmisores de rabia, el intento de suicidio y la intoxicación por medicamentos.

Referencias
1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx
5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Región Gran Santander

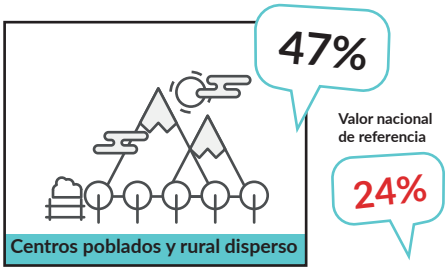
Ficha de caracterización

1. Descripción general



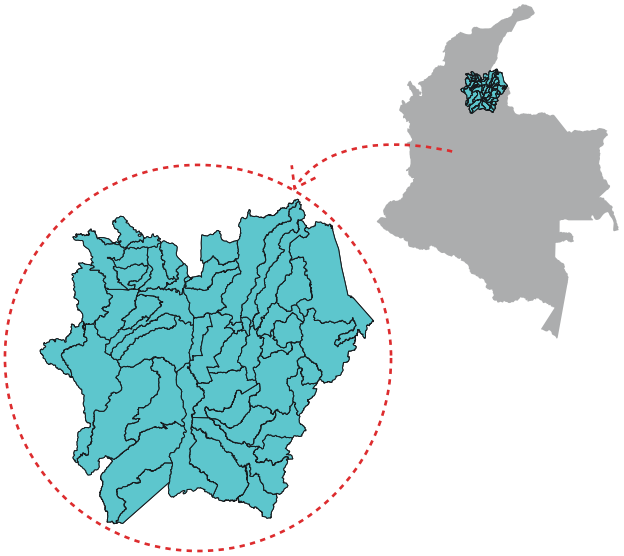
Valor nacional de referencia

76%



Valor nacional de referencia

24%



La región Gran Santander está conformada por 49 municipios de los departamentos de Bolívar (20), Cesar (9), Norte de Santander (15) y Santander (5).

La región presenta una distribución de población equilibrada con 53% urbana y 47% rural. Esto indica un nivel de urbanización inferior al promedio nacional.

2. Demografía y población

En la región, el 5,59% se identifica como NMAA, inferior al 9,1% nacional. Grupos indígenas y minorías tienen baja representación, impactando inclusión social.

Total

Población étnica: **95.761**

Población: **1.601.580**

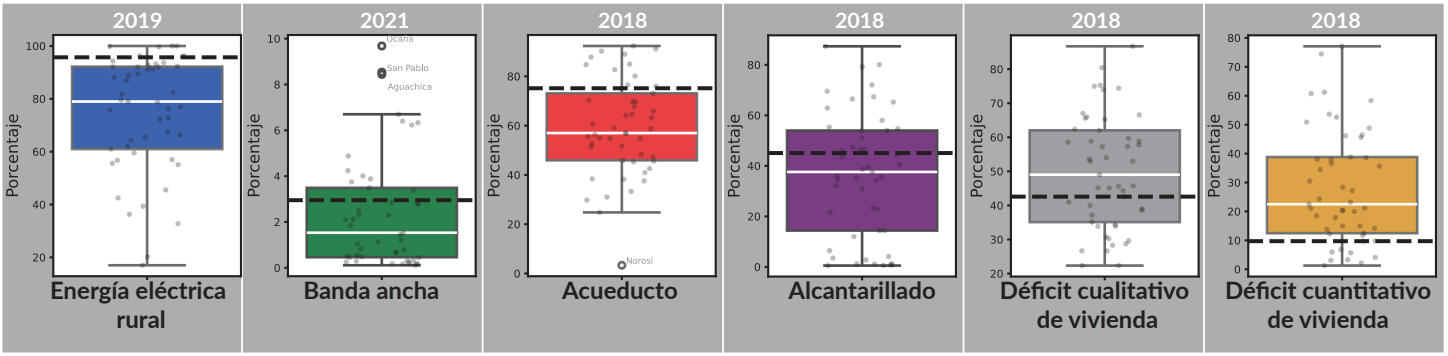


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de energía eléctrica en áreas rurales muestra alta variabilidad con una mediana cercana al 80%, muy por debajo de la mediana nacional. Similarmente, la cobertura de banda ancha es baja con una mediana cerca del 1,7%, en donde algunos municipios, Ocaña, San Pablo y Aguachica, alcanzan valores altos por encima del 8%. En cuanto al déficit cuantitativo de vivienda, la región dobla el valor nacional (10%).

Cobertura de servicios de la región Gran Santander

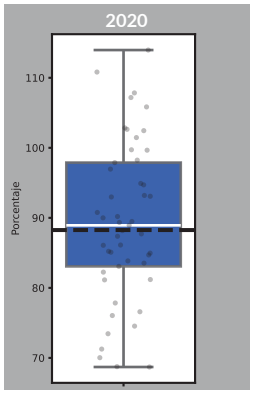


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

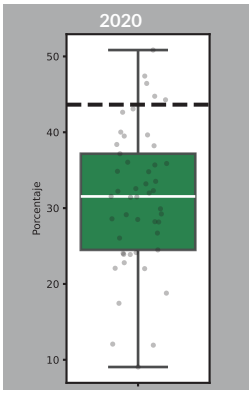
4. Educación

La cobertura en educación básica muestra una mediana del 89,5%, muy similar a la mediana nacional. La educación media tiene una alta dispersión con valores por debajo de la mediana nacional. Los municipios tienen coberturas entre el 10% y el 50%. Las tasas de deserción son bajas en general, la mediana regional es del 3%, aunque algunos municipios, por ejemplo, San Alberto, presentan valores atípicos. Todos los indicadores se alinean con el valor nacional.

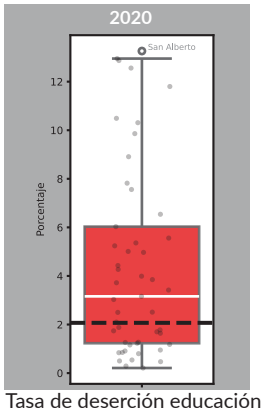
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

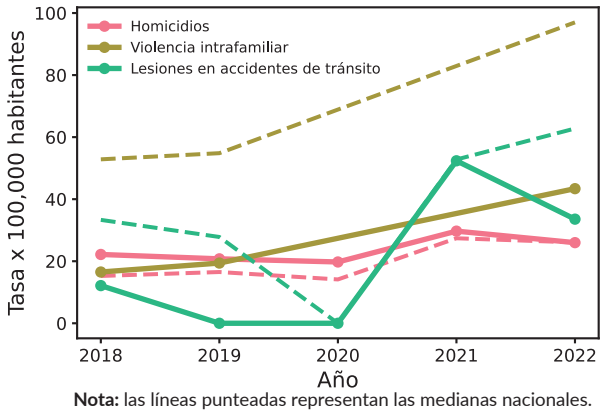


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

La evolución temporal de los indicadores de convivencia y seguridad ciudadana en la región muestra fluctuaciones que se desvían de la tendencia nacional en ciertos períodos. Si bien las tasas de homicidios están por encima de la media nacional, la violencia intrafamiliar y las lesiones por accidentes de tránsito tiene valores más bajos. Estos patrones pueden estar influenciados por políticas de seguridad específicas o variaciones en la incidencia de delitos.

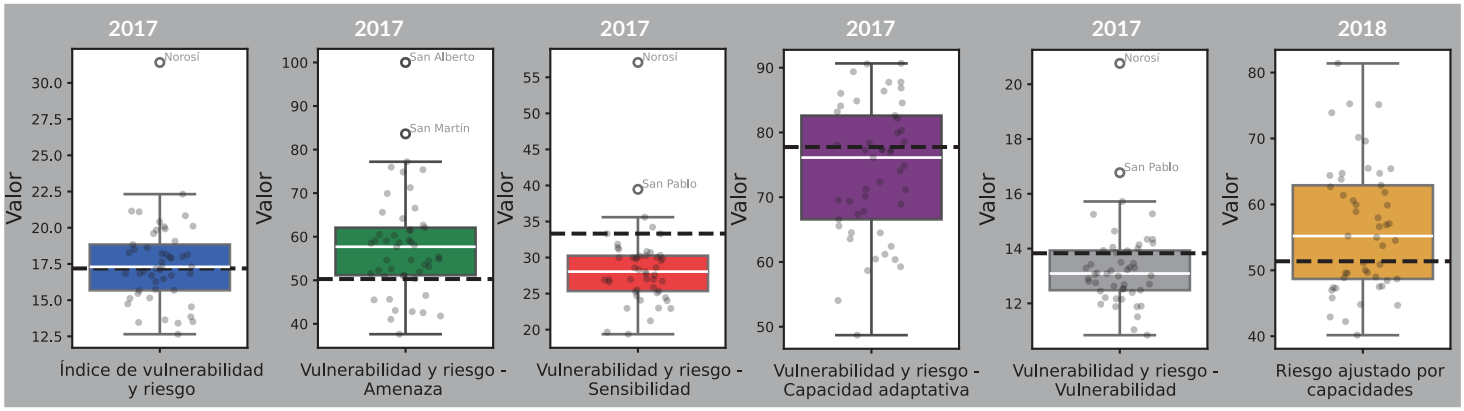


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

Los indicadores muestran variabilidad considerable en la mediana del índice de vulnerabilidad y riesgo que está en torno a 17, muy cercana a la mediana nacional. La amenaza climática varía con una mediana de 57, en comparación con los 50 a nivel nacional, dato que sugiere una mayor exposición en la región. En cuanto a la sensibilidad, la mediana se ubica alrededor de 27,5, 10 puntos por debajo de los valores nacionales. Norosí y San Pablo sobresalen por sus valores atípicos con indicadores más extremos.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

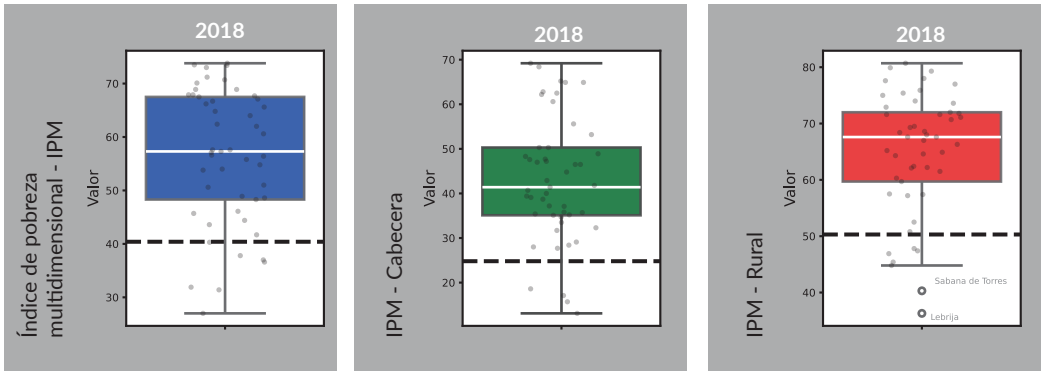


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

La región tiene un IPM rural de 68, notablemente superior a los 41 de las zonas urbanas, mientras que las medianas nacionales son respectivamente 50 y 25, comparación que indica que la pobreza multidimensional más severa en la región. Los municipios Sabana de Torres y Lebrija se destacan con los valores de IPM rural más bajos de la región.

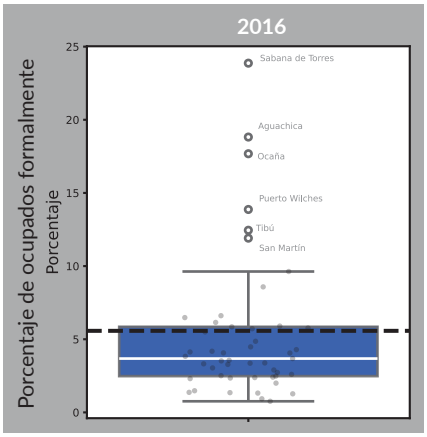
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

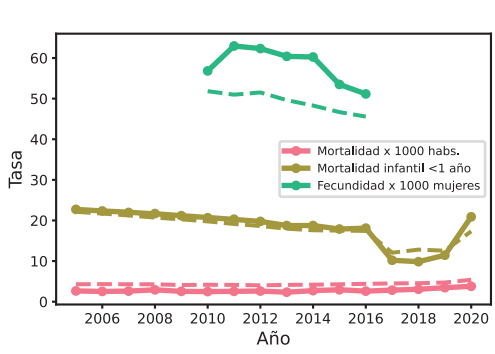
La mediana del empleo formal es de 4%, levemente inferior a la mediana nacional de 5,7%. Sin embargo, algunos municipios, Sabana de Torres y Ocaña, alcanzan niveles de empleo formal que superan el 15%, mientras que otros apenas llegan al 2%. Esto evidencia una disparidad significativa en la formalidad laboral dentro de la región.



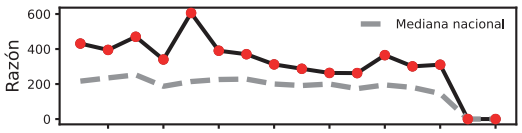
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

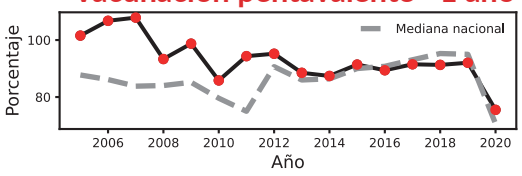
Los indicadores de salud muestran fluctuaciones con notables diferencias frente a la tendencia nacional. En 2009, la mortalidad materna superó 600 por 100,000 nacidos vivos, duplicando la medina nacional. La vacunación pentavalente permaneció alta, superando el 90%, mientras la nacional cayó a 80. La fecundidad disminuyó de 65 a 52, superando la reducción nacional.



Mortalidad materna a 42 días



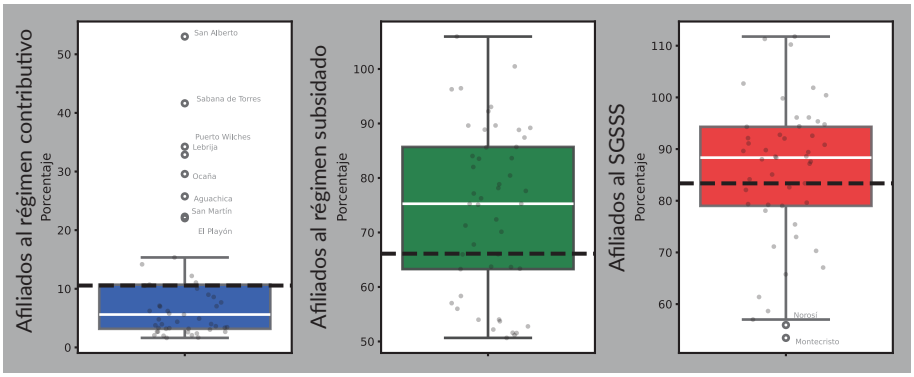
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

La afiliación al régimen subsidiado tiene una mediana del 75%, significativamente más alta que la media nacional del 66%. La afiliación al régimen contributivo es considerablemente baja en la región, mediana del 5%, lo que refleja una alta dependencia del sistema subsidiado. San Alberto destaca con más del 50% de afiliación al régimen contributivo, cuando otros municipios apenas alcanzan el 1%.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	52,70	59,40	Aumentó
Agresiones (homicidios)	78,10	31,50	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	22,30	12,00	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	15,50	17,40	Aumentó
Accidentes de transporte terrestre	15,00	16,20	No diferencia
Enfermedades hipertensivas	11,40	17,30	Aumentó
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	15,80	8,80	Disminuyó
Diabetes mellitus	9,60	14,30	Aumentó
Insuficiencia cardíaca	14,20	2,20	Disminuyó
Infecciones respiratorias agudas	7,50	6,90	No diferencia

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias, en comparación con el periodo 1998-2002, fueron: agresiones (homicidios), enfermedades cardiovasculares e insuficiencia cardiaca. Para agresiones (homicidios), la tasa pasó de 78,1 a 31,5 por cada 100,000 habitantes. La tasa de enfermedades cardiovasculares cambió de 22,3 a 12,0 y la de Insuficiencia cardiaca descendió de 14,2 a 2,20. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Accidente ofídico	60,24	53,10	Disminuyó
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	21,05	39,49	Aumentó
Dengue	210,13	132,23	Disminuyó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	199,99	211,88	No diferencia
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	1,33	146,42	Aumentó
Intento de suicidio	57,55	54,09	No diferencia
Intoxicación por plaguicidas	35,75	29,03	Disminuyó
Leishmaniasis cutánea	51,23	52,94	No diferencia
Varicela individual	123,66	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado) y Dengue. La tasa de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia fue de 211,88 por cada 100,000 habitantes, muy superior a la media nacional de 87,51. Para IRAG inusitado, la tasa registró 146,42, mayor a la media nacional. Por último, la tasa de Dengue alcanzó 132,23, también por encima de la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, que reflejaría un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias

1.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/

2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/

4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx

5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col

6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Municipios

Bolívar

Achí
Altos Del Rosario
Arenal
Barranco De Loba
Cantagallo
El Peñón
Hatillo De Loba
Margarita
Montecristo
Morales
Norosí
Pinillos
Regidor
Rioviejo
San Jacinto Del Cauca
San Martín De Loba
San Pablo
Santa Rosa Del Sur
Simití
Tiquisio

Cesar

Aguachica
Gamarra
González
La Gloria
Pailitas
Pelaya
Río De Oro
San Alberto
San Martín

Norte de Santander

Ábrego
Bucarasica
Cáchira
Convención
El Carmen
El Tarra
Hacarí
La Esperanza
La Playa
Ocaña
San Calixto
Sardinata
Teorama
Tibú
Villa Caro

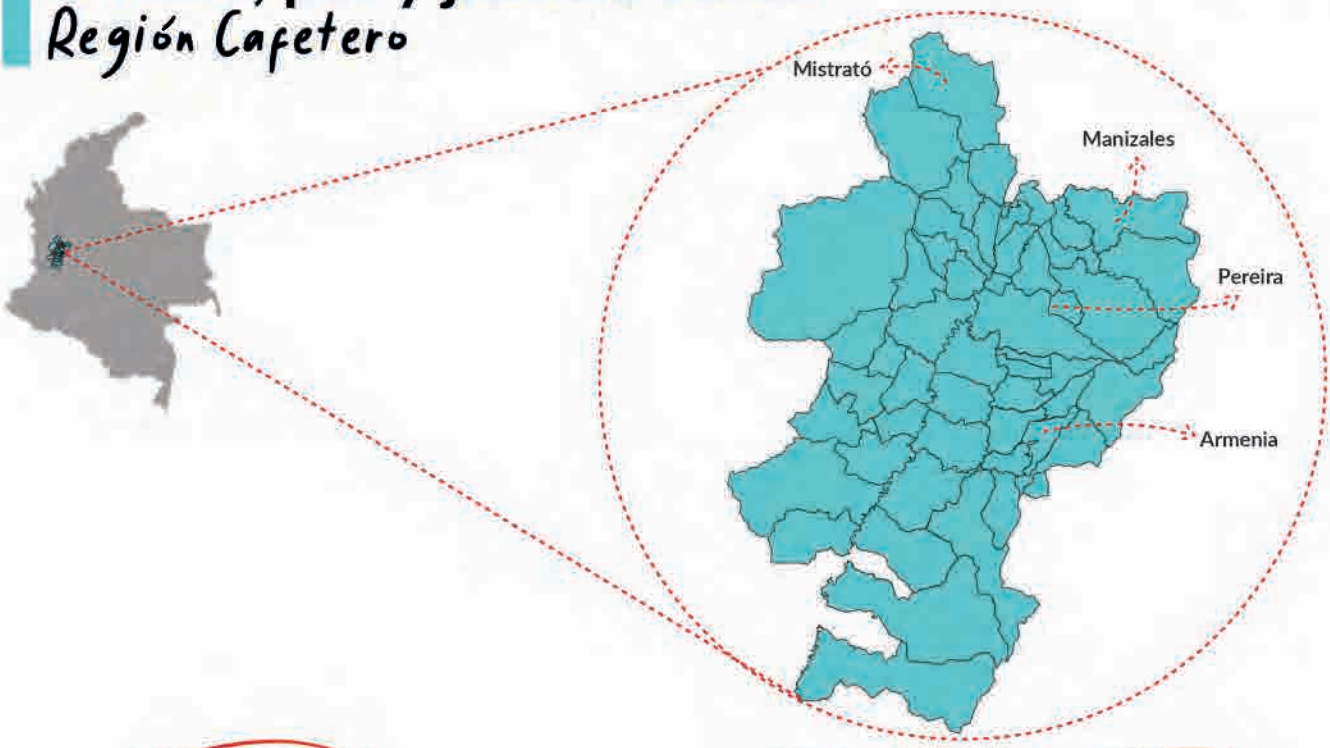
Santander

El Playón
Lebrija
Puerto Wilches
Rionegro
Sabana De Torres

Región Gran Santander

Hacia un modelo de salud inclusivo: participación diversa, paz y justicia social

Región Cafetero



Rosanna Camerano-Ruiz, Diego Humberto Moreno López, María Camila Pinzón Segura

La región está conformada por 52 municipios, 22 del departamento de Valle del Cauca, 12 de Risaralda, nueve del Quindío, ocho de Caldas y uno del Chocó. En su mayoría, estos hacen parte de la ecorregión cafetera y su área de influencia. Tiene una configuración de carácter policéntrico, es decir, que las tres ciudades capitales que la conforman – Pereira, Manizales y Armenia – reúnen el mayor nivel de centralidad, lo que determina la prestación de la mayoría de los servicios y una vocación económica ligada al desarrollo industrial (1).

Se destaca por ser una región geográfica pluricultural, mestiza (4% de población indígena y 2% de población negra, mulata y afrodescendiente - NMAA) (2), económica y biodiversa (3), con una fuerte identidad cultural que está influenciada por su ubicación que limita con Antioquia, Chocó, Valle del Cauca, Tolima y Cundinamarca (4). Según el índice de acceso potencial a servicios de salud (IASS), la mayoría de los municipios de la región se encuentran con acceso alto y muy alto, a excepción de Mistrató (Risaralda), que limita con el departamento del Chocó, con un IASS real y potencial muy bajo (5).

La manera en que los participantes entienden su territorio varía según su lugar de procedencia. Quienes viven en áreas metropolitanas lo conciben como un espacio pluricultural y pluriétnico donde se encuentran personas trabajadoras y comprometidas con el bienestar regional a través del fortalecimiento de acciones intersectoriales e interdisciplinarias. En cuanto a características topográficas y climáticas, describen la región como una tierra cafetera-verde, extensa, montañosa y húmeda con parques naturales y riqueza hídrica. Por su parte, las personas que proceden de zona rural, como los indígenas, identifican las características topográficas de la región como una barrera de acceso a los servicios de salud tanto para los profesionales de salud que llegan al territorio, como para el desplazamiento de las personas de la comunidad a las instituciones de salud: *"(...) en el territorio no hay hospital ya que nosotros vivimos muy lejos. Para llegar al municipio para consultar es muy difícil"*.

Varias concepciones del territorio son atravesadas por el conflicto armado y las economías ilícitas. Algunos participantes manifiestan que ellos o sus familias proceden de municipios afectados por el conflicto y que fueron víctimas de desplazamiento forzado; a pesar de las dificultades tuvieron la oportunidad de estudiar y salir adelante. Por otra parte, las personas que son oriundas de la región señalan que en el territorio es frecuente la violencia producto del narcotráfico y el crimen organizado. Estas apreciaciones se plantean en una región cuyos departamentos se encuentran dentro del grupo de menores valores del Índice de Intensidad del Conflicto Armado (IIC) (6).

Balance de los principales hallazgos

La mesa de diálogo realizada en la región Cafetero reunió a una interesante diversidad de participantes, incluyendo miembros de comunidades indígenas, afrodescendientes, población LGTBIQ+, trabajadoras sexuales, migrantes, personas sordas, funcionarios públicos y académicos. Además, la mesa contó con la perspectiva de profesionales de la salud desde lo académico, administrativo, asistencial e institucional.

Durante el diálogo, el concepto de salud pública se asocia a palabras clave *"bienestar"*, *"acceso"* y *"justicia"*. Para los participantes, aunque hay una orientación hacia la prestación de servicios sanitarios, la salud pública no solo debe enfocarse en la atención médica, sino también en la equidad y la inclusión. Una de las ideas recurrentes es que la salud pública *"(...) debe contribuir a la justicia social. Los pobres no deberían enfermarse más que otros grupos sociales"*. Esta afirmación refleja la expectativa de una salud pública como un escenario que cierre las brechas en salud derivadas de las desigualdades socioeconómicas.

A pesar de que algunos participantes expresan una visión optimista, no todos comparten esa percepción. Una participante señaló con firmeza: *"(...) la salud pública debe incluir a: maricas, putas, travestis, transexuales, transgénero, personas no binarias y todos, todas y todes deben tener el derecho y las garantías de acceso a la salud pública, en especial 'las mariposas del café'"*. Esta percepción se entrelaza con emociones de frustración y tristeza que evidencian las fallas percibidas en un sistema de salud que no logra atender





las necesidades de las comunidades representadas: *"(...) me da tristeza continuar viviendo la exclusión que se tiene frente a la prestación del servicio a las personas de escasos recursos"*, lo que refleja la realidad de exclusión y marginación que muchos han experimentado debido a la persistencia de un acceso desigual a los servicios de salud. Se evidencia la necesidad de ampliar el campo de acción de la salud pública para integrar a todas las identidades de género y orientaciones sexuales, quienes históricamente han sido excluidas o discriminadas dentro del sistema de salud. Además, subrayan el profundo malestar y la percepción de una salud pública que no cumple su promesa de equidad y que, en ausencia de la implementación del enfoque diferencial excluye, estigmatiza y profundiza las inequidades de salud, especialmente en contextos rurales y periféricos, invisibilizando ciertos grupos. La salud pública necesita transformarse en un espacio inclusivo y justo: *"(...) la salud pública debiera ser la oportunidad que todos los colombianos debemos tener para acceder a una oportuna atención médica cuando sea necesario"*.

El desarrollo de la mesa aborda como primer tema central las barreras de acceso a los servicios de salud: *"(...) desde la experiencia vivida, la salud es un derecho fundamental no garantizado de manera oportuna ya que se encuentran muchas barreras, es una salud rogada"*. Los participantes deben enfrentar múltiples barreras en el sistema de salud (geográficas, administrativas, económicas, culturales) para que sus necesidades sean atendidas, inclusive, a pesar de interponer tutelas que pueden tomar años en ser respondidas sin garantizar alguna solución: *"(...) mi familia, y yo también, sufrimos el hecho de perder a mi papi porque él estuvo pendiente de una cirugía y ni siquiera con tutelas, ni siquiera con nada de lo que hicimos legalmente, logramos que la EPS le hiciera la cirugía, él falleció esperando esa cirugía, él falleció esperanzado a que iba a continuar disfrutando de su vida y de que ya un juez había dicho que tenía derecho a su cirugía, pero personas por intereses particulares le negaron el servicio"*.

El segundo tema se centra en aspectos relacionados con el talento humano en salud. Se cuestiona la formación con relación a la implementación del enfoque diferencial en la atención y la deshumanización del servicio: *"(...) uno siente a veces, como médico, vergüenza de no comprender y no entender en cuerpo ajeno lo que ellos están diciendo, uno entiende la teoría, pero otra cosa es padecerlo y sentirlo en cuerpo ajeno y ser compasivo con eso (...). Creo que ahí está la compasión verdadera en que uno tome acciones concretas para cambiar esa suerte que tiene"*. Por otro lado, se hace una crítica a las condiciones que perjudican la vinculación laboral del personal de salud como la desigualdad salarial, según la formación de pregrado y según área de desempeño – clínica o en salud pública – y la falta de incentivos y de garantías para trasladarse a las zonas más alejadas y de difícil acceso dentro del territorio: *"(...) hay muchas dificultades para que los profesionales se motiven por participar en esas atenciones donde hay que ir a esos lugares alejados y ahí hay problemas muy grandes en la falta de estímulos para esos profesionales, en la falta de condiciones laborales"*.

El tercer tema central trata del aumento de casos de enfermedad mental y suicidio en niños, niñas y adolescentes y la necesidad de atenderlo de manera urgente: *"(...) es el pan de cada día correr y recibir a estos niños*

autolesionándose (…) la ansiedad y la depresión en este momento son uno de los más altos porcentajes en consulta y creo que nos está afectando a todos por las mismas exigencias del medio". Los participantes asocian esta problemática con el contexto de criminalidad y microtráfico de drogas, principalmente en Pereira, que incita al consumo de sustancias psicoactivas en esta población: *"(…) el consumo de drogas en la juventud resta oportunidades, trunca sueños y aumenta la prevalencia de la enfermedad mental, altas tasas de suicidio"*.

Por último, se mencionan tres temas, aunque no se tocan a profundidad en el diálogo. En el departamento de Caldas, preocupa la reducción del bono demográfico sumada al envejecimiento de la población y sus implicaciones futuras: *"(…) falta de nuevos nacimientos (…) eso también dificulta mucho como a futuro, pues cómo va a comportarse nuestra población y cómo vamos a responder también a esos retos de tantas personas mayores y tan pocos jóvenes (…) sostener toda esa parte social con las pensiones"*. Además, la aparición de enfermedades transmitidas por vectores en zonas donde no solían ser endémicas: *"(…) teníamos unas zonas por ejemplo donde no había dengue, y ya también con asuntos del cambio climático vemos que ya hay otras zonas endémicas para eso"*. A estos temas se suma la falta de unificación de los sistemas de información que son la base para la toma de decisiones en salud pública: *"(…) [registro poblacional] no se hace referencia a que los números sean insuficientes sino a que no se aprovecha porque no hay articulación y no hay como una revisión y cotejo de esos datos para el uso en otras instancias"*.

Retos para la región Cafetero

Los retos en salud pública en la región están profundamente entrelazados con la compleja realidad socioeconómica y cultural del territorio, que abarca tanto barreras estructurales como dinámicas históricas y culturales que afectan el acceso a la salud. Representada por un grupo diverso de participantes, la región revela una postura crítica frente a los determinantes sociales de la salud. Estos determinantes –las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen, así como el acceso desigual al poder, dinero y recursos– impactan directamente la distribución de salud y la posibilidad de acceder a servicios adecuados (7). Las barreras geográficas, económicas y culturales en esta región montañosa, con áreas rurales apartadas, limitan la equidad en el acceso a servicios de salud de calidad, que afectan de manera desproporcionada a las comunidades marginadas (8), quienes requieren acciones en salud pública pertinentes a su contexto social e histórico.

Los participantes recalcan la necesidad de una transformación estructural del sistema de salud y proponen no solo actuar sobre las condiciones inmediatas de acceso y distribución de los servicios de salud, sino también desafiar las estructuras económicas y políticas que perpetúan las inequidades. Así, identifican dos retos fundamentales para alcanzar un sistema de salud más incluyente y adaptado a las realidades locales, que considere las particularidades de esta región, afectada por el conflicto, las economías ilícitas y las consecuencias psicosociales de la violencia.





Reto 1. Incluir para transformar a partir del fomento de la participación justa y el establecimiento de un sistema de salud con pertinencia cultural

Los participantes expresan una visión profundamente crítica hacia el sistema de salud actual, el cual consideran insuficiente, además que reproduce y profundiza las inequidades sociales y económicas, en lugar de mitigarlas. En su opinión, el sistema nacional prioriza el lucro sobre la equidad y responde a una lógica mercantil que obstaculiza el acceso igualitario a los servicios de salud: *"(...) lo han puesto en un negocio, y al volver [la salud] un negocio, nos afecta a la población colombiana"*, *"(...) la ciudad está cerrando muchos servicios [por no ser rentables], dentro de eso ya hubo un cierre del servicio materno infantil"*, *"(...) el sistema de salud se ha vuelto (...) perverso (...) si yo necesito una cirugía y soy estrato uno y aquí mi amiguita es estrato cuatro, a ella la atienden rápido, a mí me mandan a decir que me van a operar (...) ya me incineraron"*.

Esta crítica refleja una comprensión que trasciende la identificación de fallas puntuales en el acceso y la distribución de los servicios sanitarios, y pone de manifiesto problemas estructurales del sistema de salud que perpetúan las desigualdades. Estos comentarios concuerdan con la teoría de políticas públicas de Pires (9), quien argumenta que un enfoque mercantil en la provisión de servicios públicos tiende a reproducir desigualdades estructurales, pues los recursos se distribuyen de acuerdo con intereses de mercado y no en función de las necesidades equitativas: *"(...) el flujo de recursos para el sistema de salud, que es lo que nos afecta gravemente, (...) dependemos de vender servicios y que además nos paguen y que no debería ser la razón del sistema (...) eso hace que no se pueda contratar ni recursos, ni poder ofrecer más cobertura y más atención a la población"*.

Referente a esto, se expone la situación actual de la red pública hospitalaria de Pereira: *"(...) la red (...) pública en Pereira está ad-portas de cerrar varios centros de salud o de venderlos, porque están en crisis financiera"*, *"(...) quizá, me parece que la alcaldía les inyectó muchos recursos a las fiestas de Pereira, sabiendo que hay una crisis de financiamiento (...), y eso impone más barreras administrativas de toda índole al acceso a los servicios reales de salud"*.

Desde esta perspectiva, el sistema de salud en la región sigue una lógica que prioriza el beneficio económico sobre el derecho a la salud, donde los recursos y la atención se asignan según la capacidad de pago y no en función de la equidad o de la necesidad real de las personas. En consecuencia, este sistema de salud, basado en el mercado, profundiza las inequidades, afecta de manera desproporcionada a las comunidades más vulnerables y refuerza barreras de acceso preexistentes en la región, como las geográficas y culturales.

Respecto a la exclusión de grupos históricamente marginados –LGTBIQ+, personas sordas, migrantes, indígenas y afrodescendientes –, los participantes identifican barreras que trascienden las limitaciones físicas o económicas del sistema. Si bien resaltan la ausencia de adaptaciones técnicas *"(...) no hay suficiente personal con conocimiento de la lengua de señas (...) querían decir que les dolía la cabeza y de pronto entendieron que les dolía un brazo"*, también resaltan cómo la falta de sensibilidad y aceptación

cultural de las diferencias perpetúa la exclusión de diversas comunidades: *"(...) hay retos culturales de rechazo, exclusión, risas, asco, rabia, por parte del personal de salud"*. Perspectivas como la determinación cultural argumentan que los sistemas de pensamiento predominantes influyen en cómo las instituciones y comunidades perciben que ciertos grupos son menos merecedores de servicios esenciales (10). En este sentido, la exclusión no puede atribuirse únicamente a la falta de recursos o infraestructura, sino a un sistema cultural que valida estas inequidades.

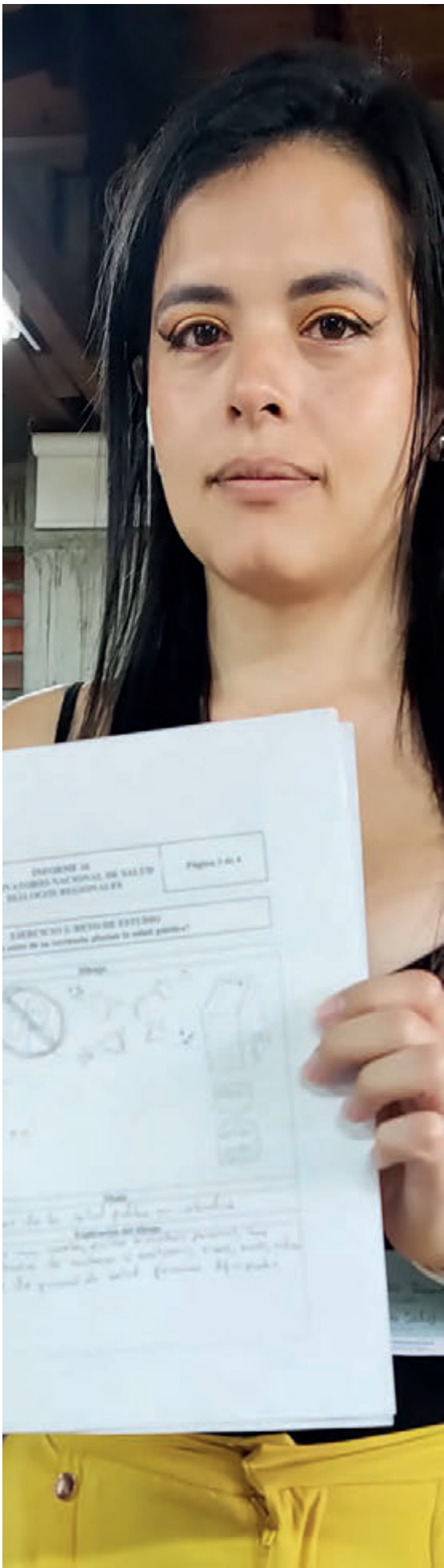
Adicionalmente, los participantes identifican al talento humano en salud como un factor que influye en las barreras de acceso a los servicios de salud y calidad de la atención. Se señalan tres dimensiones asociadas: número y disponibilidad de trabajadores, formación, y condiciones laborales. La insuficiencia de personal en áreas rurales y alejadas dificulta el acceso oportuno a los servicios. *"(...) los territorios de los resguardos indígenas son muy extensos y de difícil acceso, no hay vías carreteables (...) hay poco personal de enfermería y el hospital más cercano a la cabecera municipal queda a cuatro horas a pie"*. Este problema refleja un modelo de asignación centralizado que privilegia la atención y promoción de salud en las áreas urbanas, descuidando las zonas rurales y rurales dispersas.

Respecto a la formación actual del personal de salud, aunque técnicamente capacitados, muchos profesionales no están preparados para abordar la diversidad cultural y las dinámicas sociales de los territorios: *"(...) es que estamos discriminados todos, los que son la parte indígena, la parte afro, la parte bisexual, los trans, ellos han sido muy maltratados, es increíble la parte de salud como a veces los maltrata"*. Esta falta de sensibilidad y de competencias culturales puede considerarse una barrera indirecta, ya que afecta la calidad de la atención en entornos diversos.

Por último, las pobres condiciones laborales, incluyendo salarios bajos, falta de incentivos y contratos precarios, desmotivan a los trabajadores para atender en zonas remotas, lo cual constituye un factor crítico que limita la disponibilidad y el acceso equitativo a los servicios de salud: *"(...) falta de talento humano que trabaje en equipos APS [Atención Primaria en Salud] debido a falta de incentivos y de condiciones laborales dignas"*.

En adición, los participantes señalan que los sistemas de información actuales son insuficientes para capturar la complejidad de los determinantes sociales de la salud y monitorear de manera efectiva las inequidades en salud. La falta de sistemas de información adecuados limita la capacidad de respuesta y adaptación del sistema de salud, ya que impide que los responsables de la formulación de políticas cuenten con datos precisos, accesibles y comparables para el desarrollo de intervenciones basadas en evidencia: *"(...) no hay una información completa que uno pueda, por ejemplo, ver evidenciada en el sistema de vigilancia de los eventos en salud pública (...), lo que hace que al final cuando uno va a analizar también esa información, que es la que sirve de base para la toma de decisión para el planteamiento de programas"*. Esta deficiencia no solo perpetúa las barreras de acceso y equidad, sino que también refuerza las desigualdades al dificultar la planificación y evaluación de políticas ajustadas a las realidades locales (8).

Así, la mesa considera que se debe reorientar el sistema de salud hacia un modelo de cuidado. Al respecto, plantea la posibilidad de adoptar la





filosofía Ubuntu como principio: *"(...) más que una palabra es una filosofía (...) y el Ubuntu dice, yo soy porque tú eres, si yo quiero que haya felicidad, si yo quiero que me respeten mis derechos, tengo que unirme contigo para que los derechos no solamente sean los míos sino los tuyos, si tus derechos son reconocidos, los míos también"*. Este enfoque de reconocimiento mutuo y respeto, basado en la juntanza, fomenta la inclusión y la construcción de redes de apoyo y confianza, cruciales para una atención equitativa.

Asimismo, el reconocimiento de los saberes experienciales y situados – conocimientos locales y vivenciales de agentes comunitarios de salud, parteras, promotores y médicos ancestrales – es destacado como un recurso esencial para una atención que responda a las necesidades específicas del territorio: *"(...) en la medida en que se valoren los conocimientos ancestrales y no solamente que se valoren desde el folclor sino que estén insertos justamente en las políticas públicas de salud, en esa medida podemos decir que estamos respondiendo a las necesidades del pueblo colombiano"*. Los participantes subrayan cómo estos saberes aportan una perspectiva integral y una sensibilidad cultural necesarias para fortalecer la formación del personal de salud desde el respeto, la escucha activa y la compasión: *"(...) una persona trans les va a ayudar y les va a dar muchas luces a los profesionales en salud, y en sí a todos los profesionales, para poder atender población trans"*.

También, proponen transferir habilidades a equipos básicos como parteras, promotores y agentes comunitarios: *"(...) en el mundo hay investigaciones que se refieren a un concepto llamado 'task shifting' o transferencia de habilidades desde la parte médica a otro personal que es de salud pero que no son médicos, y es el propósito de los equipos básicos"*. Ejemplos como el papel de la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (Asoparupa) ilustran cómo el saber ancestral se articula con el conocimiento médico, facilitando un sistema de salud más inclusivo y culturalmente pertinente a la diversidad de la región: *"(...) que haya una comunicación entre la medicina occidental y las prácticas no tradicionales (...), y los equipos básicos (...) que conoce, que sabe comunicar con la comunidad para extender, digamos, el acceso"*.

Para mejorar la equidad e inclusión, los participantes sugieren fortalecer la participación social en salud y el uso de criterios diferentes en la distribución de recursos. En el primer ítem, resaltan la importancia de involucrar a las comunidades: *"(...) yo creo que cuando nosotros participamos en estas mesas es dar ideas para que tratemos de sacar adelante la población vulnerable (...) que no vean que estamos callados (...), sino que estamos tratando de que estos grupos saquen adelante la parte de salud"*. En la segunda línea, se destaca la importancia de que el sistema de salud invierta y distribuya los recursos de manera equitativa, desde la priorización de las necesidades de las poblaciones más vulnerables y de las áreas geográficamente aisladas. La asignación justa de recursos contribuiría a cerrar las brechas de acceso y a garantizar que las comunidades rurales, indígenas y afrodescendientes cuenten con una infraestructura y un personal de salud adecuados, promoviendo una atención equitativa y culturalmente pertinente.

Finalmente, los participantes enfatizan en la necesidad de una paz total como garante del derecho a la salud: *"(...) paz total para que haya seguridad en los territorios, para que haya incentivos económicos, para que el personal quiera y vaya a las comunidades realmente"*.

Reto 2. Defender la vida desde la transformación de las condiciones del territorio que perpetúan las expresiones de violencia e imposibilitan el bienestar psicológico

Las actividades ilícitas y la legitimación de la violencia son señaladas por los participantes como problemáticas centrales para la región con efectos profundos en la calidad de vida y salud de sus habitantes, particularmente de la población joven. También, manifiestan que el estrecho vínculo que políticos de la región tienen con estas actividades hacen que la situación se perpetúe y se ahonde: *"(...) es una región con muchas economías ilícitas, acá hay bandas de crimen organizado que cuentan con la connivencia de algunos políticos, presuntamente. De eso hay muchas denuncias, y eso hace muy factible que se expenda vicio en los barrios"*. La región resulta ser de interés para la inmersión y acomodo de bandas criminales dedicadas al microtráfico, el 'gota a gota' y al tráfico de personas, en donde, además, la mayoría de los municipios agrupan las más altas densidades de mortalidad por homicidios del país (11,12). Esto tiene a la región inmersa en estereotipos y un gusto generalizado por lo que actualmente se denomina 'narcocultura', que ha permeado todas las capas sociales de la población (13).

Desde la perspectiva de los participantes, la salud integral abarca elementos sociales, psicológicos y ambientales que influyen en el bienestar de las personas y las comunidades. Esta visión se ve profundamente afectada por las expresiones de violencia asociadas a esta 'narcocultura' que suscitan una comunicación alrededor del poder y el dinero, convertido en un factor deshumanizante que refuerza las inequidades y la violencia: *"(...) ya no nos comunicamos desde la parte lingüística, sino desde el poder del dinero (...). Hay expresiones culturales que favorecen el estereotipo de lo 'traqueto' y el poder del dinero (...) se prioriza el interés político de algunos grupos"*, que tienen un impacto directo e indirecto en la salud de las comunidades.

Este contexto de normalización de la violencia, según manifiestan los participantes, ha detonado una crisis de salud mental en la región: *"(...) creo que ese elemento de salud mental está muy asociado con bandas criminales y con drogas en esa región del Eje Cafetero"*. Al respecto, se ha evidenciado que este fenómeno concentra una alta tasa de carga de enfermedad de ansiedad, depresión y conducta suicida (12). Estas afectaciones comprometen principalmente la salud mental de niños, niñas y adolescentes, además del aumento en el consumo de sustancias psicoactivas: *"(...) este tema de consumo de drogas, de microtráfico en la región, de alta tasa de enfermedades mentales y de suicidio asociados con todo esto, (...) porque para nadie es un secreto que esto es una región donde hay bandas que tienen mucho poder político y que controlan el expendio de vicio en los colegios donde están los adolescentes, las juventudes"*.

El trabajo sexual y la explotación sexual son otra forma de violencia presente en la región, constituyen una fuente importante de financiación para las redes ilegales de poder (14) y tienen como consecuencia principal el aumento en la prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS). De acuerdo con el informe de evento de VIH, en 2023, Caldas, Quindío y Risaralda superaron la tasa de incidencia nacional (15). Para contrarrestar esta dinámica, los participantes plantean la importancia de promover valores, nociones y prácticas relacionadas con la paz, interpretada como





la reproducción de la vida y el cuidado de esta. En este contexto, la paz se convierte en un factor clave, ya que los conflictos y la violencia en los territorios afectan tanto el bienestar físico como mental de las comunidades: *"(...) hablar de salud es algo muy grande (...) si hablamos de una buena salud, tenemos que defender la vida (...) desde las guerras que nos vienen afectando en los territorios"*. La construcción de paz y la creación de condiciones que permitan a las comunidades desarrollarse de manera sostenible están en el centro de este enfoque integral, y, así, entonces, el fortalecimiento de las redes de apoyo debe materializarse en prácticas políticas que defiendan el cuidado de lo público y el fortalecimiento del tejido social.

La situación descrita evidencia la urgencia de implementar estrategias integrales de salud pública que aborden tanto la violencia estructural como los factores psicosociales y culturales que perpetúan estos problemas. Para transformar esta realidad, los participantes sugieren una educación que incluya el manejo y reconocimiento de las emociones desde la infancia: *"(...) es muy importante construir dentro de lo educativo el proceso de las emociones, el cómo procesar las emociones, identificar las emociones, y entre eso también darles herramientas a los niños de que identifiquen ciertos procesos en donde necesiten ayuda"*. Esta formación emocional, desde su perspectiva, contribuiría a reducir el riesgo que enfrentan los jóvenes en un contexto de violencia e inestabilidad.

Al respecto, se enfatiza en la necesidad de redes de apoyo comunitarias funcionales para asegurar una buena articulación interinstitucional entre educación y salud: *"(...) desde educación hacemos la remisión hacia salud y vemos que la mayoría de las barreras se presentan ahí porque los niños no pueden acceder a sus citas, no pueden acceder a sus tratamientos (...). Se está vulnerando el derecho de los otros compañeros y de los mismos docentes en las instituciones"*. Esto permitiría una intervención más efectiva, beneficiando tanto a los estudiantes vulnerables como a sus compañeros y docentes.

Desde una visión cultural, los participantes proponen una educación inclusiva que se aleje de la visión *"folclórica"* y que integre elementos culturales como parte de la salud pública: *"(...) la educación siempre es el generador de cambio y es como la herramienta fundamental para que los pueblos crezcan (...), cuando hablamos de esa praxis no solamente nos referimos a la parte física, sino también (...) a la parte cultural, que es otro aspecto que a veces se deja aparte"*. La educación sexual también es vista como un elemento clave para la prevención de problemas como la explotación sexual, ya que *"(...) es hora de que empecemos a hablar más de ello"*.

Finalmente, consideran crucial enfrentar el crimen organizado que afecta la región: *"(...) perseguir a los cabecillas de las bandas de crimen organizado, hay que desmantelar laboratorios (...) creo que el gobierno lo está haciendo"*. Estas propuestas reflejan una visión integral de la salud pública, que abarca no solo aspectos de salud mental y física, sino también los cambios estructurales necesarios para mejorar las condiciones de seguridad y convivencia en la región.

Referencias

1. Ríos MAG, Toro AFA. Caracterización funcional de la RAP Eje Cafetero, Colombia. Urbe Rev Bras Gest Urbana. 2020;12:e20200052.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población municipal por área y Pertenencia Étnico-Racial 2018-2035 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion
3. Duque-Escobar G. Integración territorial en el Eje Cafetero [Internet]. 2021. Disponible en: https://godues.wordpress.com/2021/05/28/integracion-territorial-en-el-eje-cafetero/
4. Gobernación de Risaralda. Risaralda, Generalidades [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.risaralda.gov.co/publicaciones/100015/generalidades/
5. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Cuando la muerte es evitable [Internet]. 2023 p. 34-54. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/15.%20Cuando%20la%20muerte%20es%20evitable.pdf
6. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Noveno Informe Técnico: Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/9%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en%20la%20Salud%20en%20Colombia.pdf
7. Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Health Equity Action Soc Determinants Health. 2008;246.
8. World Health Organization. Operational framework for monitoring social determinants of health equity [Internet]. Geneva; 2024 [citado 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240088320
9. Pires R, Gomide A, Instituto de Pesquisa Econômico-Social Aplicada, editores. Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas. Rio de Janeiro: Ipea; 2019. 1 p.
10. Breilh J. La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colect. 2010;6(1):83-101.
11. López Correa K, W Radio. Microtráfico, gota a gota y tráfico humano: radiografía de La Cordillera en Pereira [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.wradio.com.co/2023/10/10/microtrafico-gota-a-gota-y-trafico-humano-radiografia-de-la-cordillera-en-pereira/
12. Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud. Decimocuarto Informe ONS: Panorama de eventos en salud pública. 2022.
13. Pardo León JA. Transformaciones estéticas: la narcocultura, la producción de valores culturales y la validación del fenómeno narco. Calle14 Rev Investig En El Campo Arte. 2018;13(24):400-9.
14. Martínez JM, Perdomo JC. Explotación sexual comercial. En: Contra-Caras del Poder Regional Contrabando, narcomenudeo y explotación sexual comercial. 2016.
15. Instituto Nacional de Salud, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles Endoepidémicas y relacionadas con Salud Sexual. Informe de evento 2023 VIH, SIDA y muerte por SIDA [Internet]. Instituto Nacional de Salud; Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf

Región Cafetero

Municipios

Caldas

Manizales
Belalcázar
Chinchiná
Palestina
Risaralda
San José
Villamaria
Viterbo

Chocó

San José Del Palmar

Quindío

Armenia
Buenavista
Calarcá
Circasia
Filandia
La Tebaida
Montenegro
Quimbaya
Salento

Risaralda

Pereira
Apía
Balboa
Belén De Umbría
Dosquebradas
La Celia
La Virginia
Marsella
Mistrató
Pueblo Rico
Santa Rosa De Cabal
Santuario

Valle del Cauca

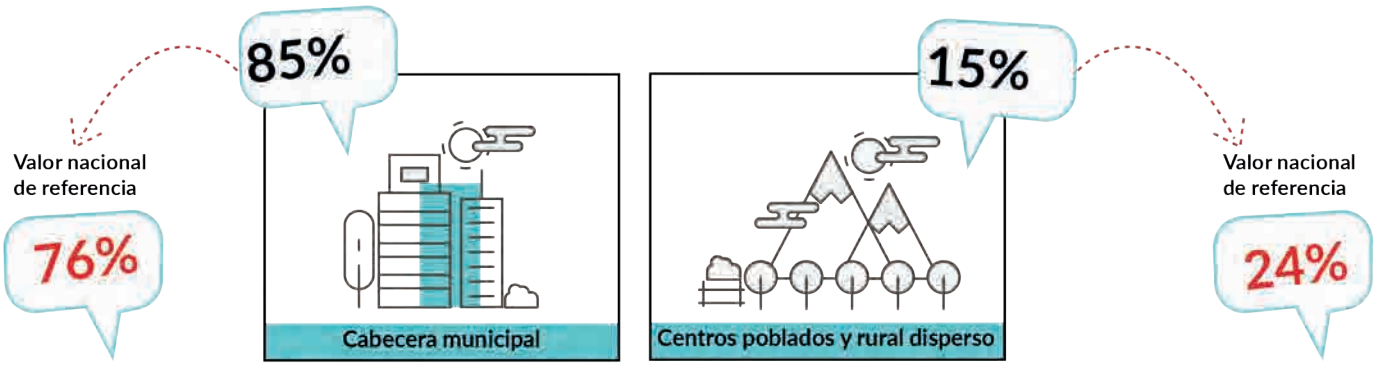
Alcalá
Ansermanuevo
Argelia
Bolívar
Buga
Bugalagrande
Caicedonia
Cartago
El Águila
El Cairo
El Dovio
La Unión
La Victoria
Obando
Roldanillo
Sevilla
Toro
Trujillo
Tuluá
Ulloa
Versalles
Zarzal

Ficha de caracterización

Región
Cafetero

1. Descripción general

La región Cafetero está conformada por 52 municipios dentro de los departamentos de Caldas (8), Chocó (1), Quindío (9), Risaralda (12) y Valle del Cauca (22).

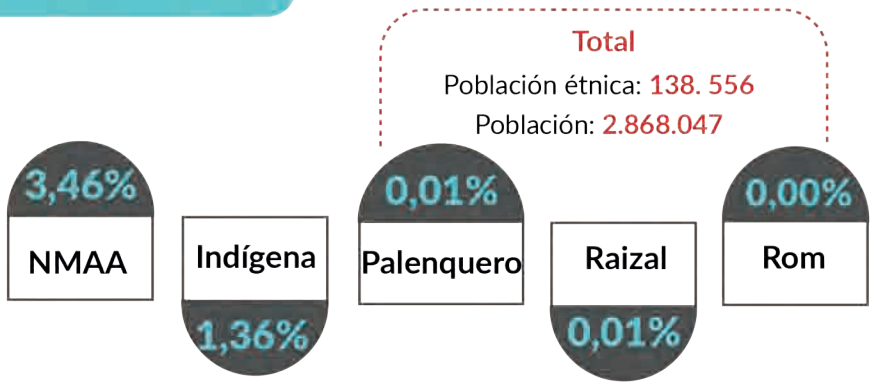


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

La región Cafetero presenta un alto grado de urbanización, con un 85% de la población viviendo en cabeceras municipales, significativamente por encima del promedio nacional del 76%. Por otro lado, solo el 15% de la población reside en áreas rurales, lo que es menor al promedio nacional del 24%. Esta tendencia refleja una fuerte concentración de la población en centros urbanos, posiblemente debido a mejores servicios e infraestructura en las ciudades.

2. Demografía y población

En la región Cafetero, el 3.46% de la población es NMAA, ligeramente por debajo del promedio nacional del 9.1%. La población indígena alcanza el 1.36%, también inferior al promedio nacional del 4.4%. La representación de otros grupos étnicos, como palenqueros y raizales, es mínima, con menos del 0.01%. La baja diversidad étnica en comparación con el resto del país podría afectar la implementación de políticas multiculturales en la región.

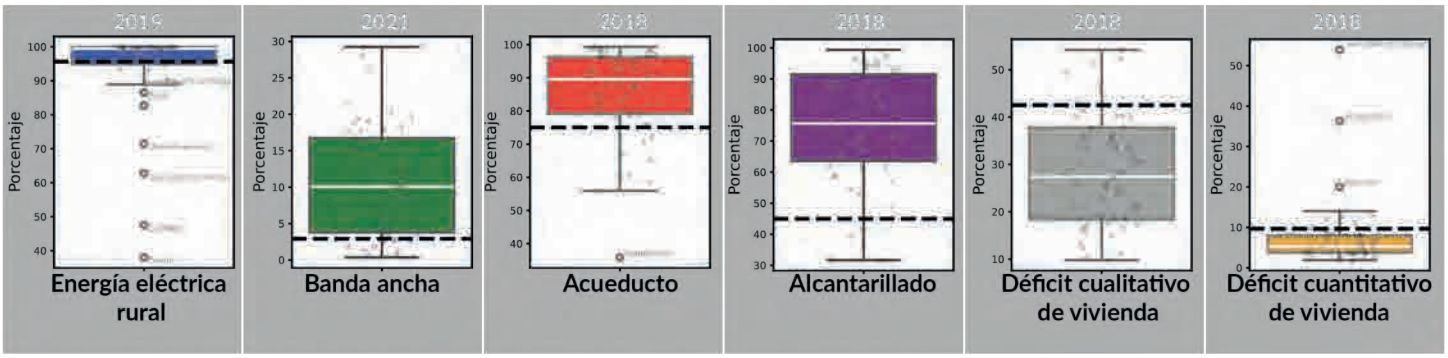


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de energía eléctrica en áreas rurales es alta, con una mediana superior al 95%, por encima del promedio nacional del 90%. Sin embargo, la cobertura de banda ancha es baja, con una mediana por debajo del 15%, muy por debajo del promedio nacional del 30%. El déficit cuantitativo de vivienda es notablemente bajo en la región, con una mediana de menos del 10%, lo que sugiere una mejor calidad de vida en comparación con otras regiones.

Cobertura de servicios de la región Cafetero

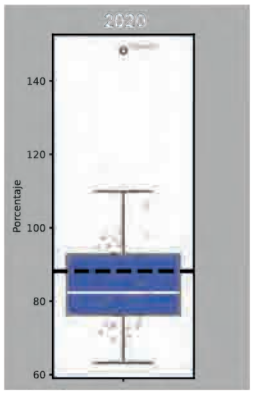


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

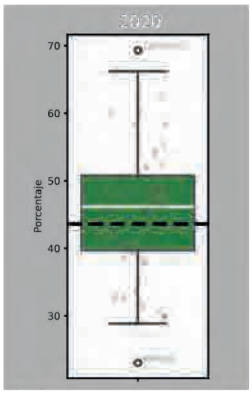
4. Educación

La cobertura en educación básica es elevada en la región, con una mediana del 95%, por encima del promedio nacional del 90%. En educación media, la mediana alcanza el 45%, lo que indica áreas de mejora en este nivel educativo. Las tasas de deserción son bajas, con una mediana inferior al 3%, destacando un buen desempeño en retención escolar en comparación con el promedio nacional del 4%.

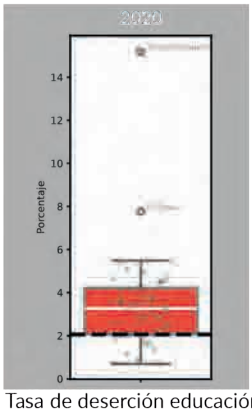
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

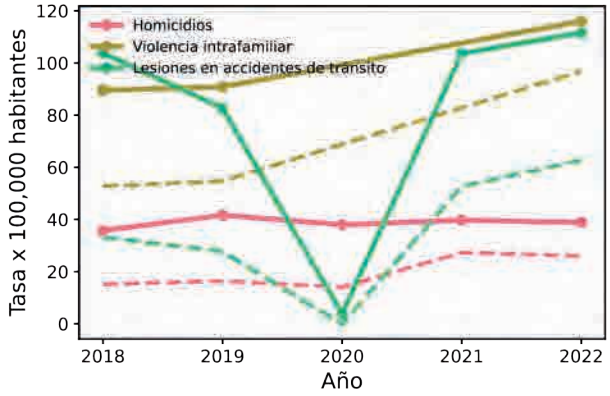


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

La tasa de homicidios en la región Cafetero se ha mantenido estable alrededor de 40 por 100,000 habitantes, por encima del promedio nacional de 25. La violencia intrafamiliar ha mostrado un aumento, alcanzando una tasa de 105 por 100,000 en 2022, comparado con la mediana nacional de 80. Las lesiones en accidentes de tránsito han disminuido, cayendo a 75 por 100,000 en 2020, pero aumentando nuevamente a 95 en 2022, lo que sugiere fluctuaciones significativas en la seguridad vial.

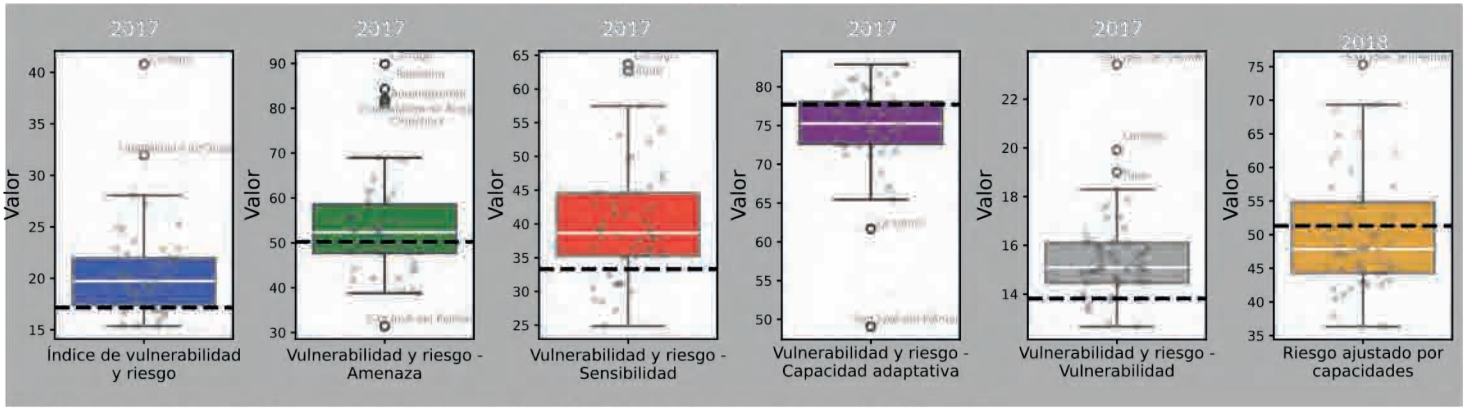


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

El índice de vulnerabilidad tiene una mediana de 25, en comparación con los 20 nacionales. La amenaza alcanza una mediana de 60, superando los 55 del promedio nacional, lo que indica una mayor exposición a riesgos climáticos en la región.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

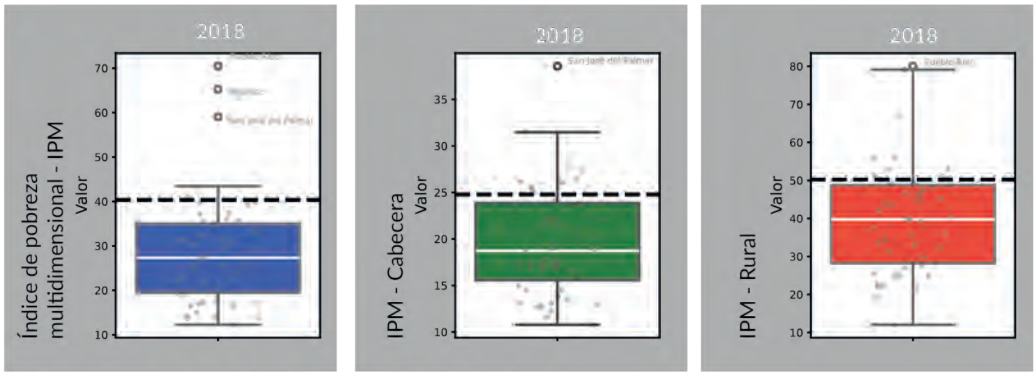


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

La mediana del IPM en zonas rurales es de 45, significativamente superior al promedio nacional de 35. Las áreas urbanas presentan un IPM más bajo, con una mediana de 30, indicando que la pobreza es más pronunciada en áreas rurales.

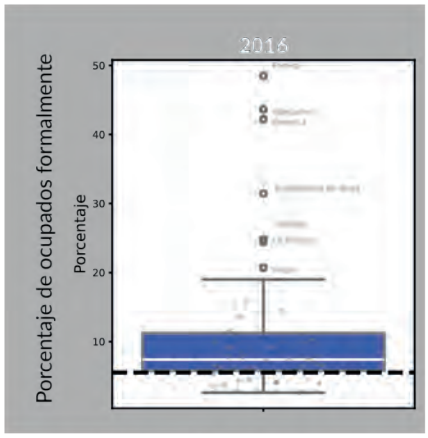
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

La región muestra una menor proporción de empleo formal, con una mediana del 10%, inferior a la mediana nacional de 12%. Sin embargo, algunos municipios como Pereira y Manizales destacan con valores superiores al 30%, lo que refleja una disparidad significativa en la formalización del trabajo en la región.



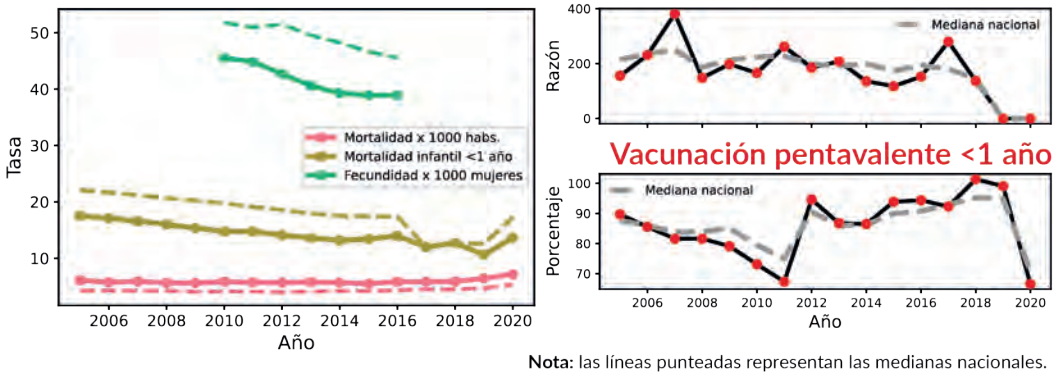
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

En la región, la tasa de mortalidad materna tuvo picos importantes, alcanzando los 400 por 100,000 nacidos vivos en algunos años, mientras la media nacional no superó los 300. La cobertura de vacunación fluctuó, bajando hasta el 70% en ciertos años, por debajo del promedio nacional de 80%. La tasa de fecundidad ha mostrado una reducción constante, cayendo de 50 a 40 por cada 1,000 mujeres en edad fértil.

Mortalidad materna a 42 días

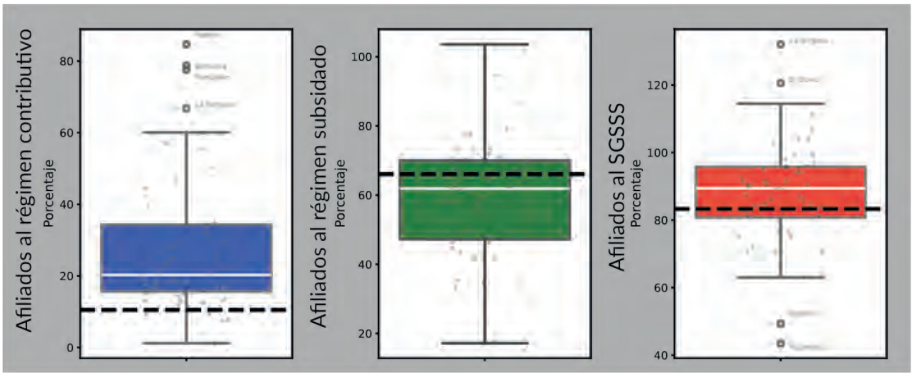
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Acceso a la salud

La mediana de afiliación al régimen subsidiado en la región es del 60%, mientras que para el régimen contributivo es del 25%, lo que sugiere una mayor dependencia del sistema subsidiado. Pereira y Armenia destacan con afiliaciones al régimen contributivo superiores al 50%.



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	101,90	93,40	No diferencia
Agresiones (homicidios)	110,60	36,20	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	57,30	31,80	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	52,30	28,90	Disminuyó
Diabetes mellitus	29,20	15,10	Disminuyó
Accidentes de transporte terrestre	24,60	17,20	Disminuyó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	2,30	51,50	Aumentó
Las demás enfermedades del sistema digestivo	19,10	18,40	No diferencia
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	20,10	15,60	Disminuyó
Infecciones respiratorias agudas	15,60	18,90	Aumentó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias en comparación con el periodo 1998-2002 fueron: Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, Infecciones respiratorias agudas y Las demás enfermedades del sistema digestivo. Para Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, la tasa pasó de 2.3 a 51.5 por cada 100,000 habitantes. La tasa de Infecciones respiratorias agudas cambió de 15.6 a 18.9, y la de Las demás enfermedades del sistema digestivo varió de 19.1 a 18.4. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	27,89	33,39	Aumentó
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	20,30	35,70	Aumentó
Dengue	29,24	18,47	Disminuyó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	411,23	387,59	No diferencia
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	3,94	139,86	Aumentó
Intento de Suicidio	94,07	119,80	Aumentó
Intoxicación por medicamentos	48,32	68,78	Aumentó
Intoxicación por sustancias psicoactivas	31,80	19,79	Disminuyó
Varicela Individual	183,62	0,00	Disminuyó

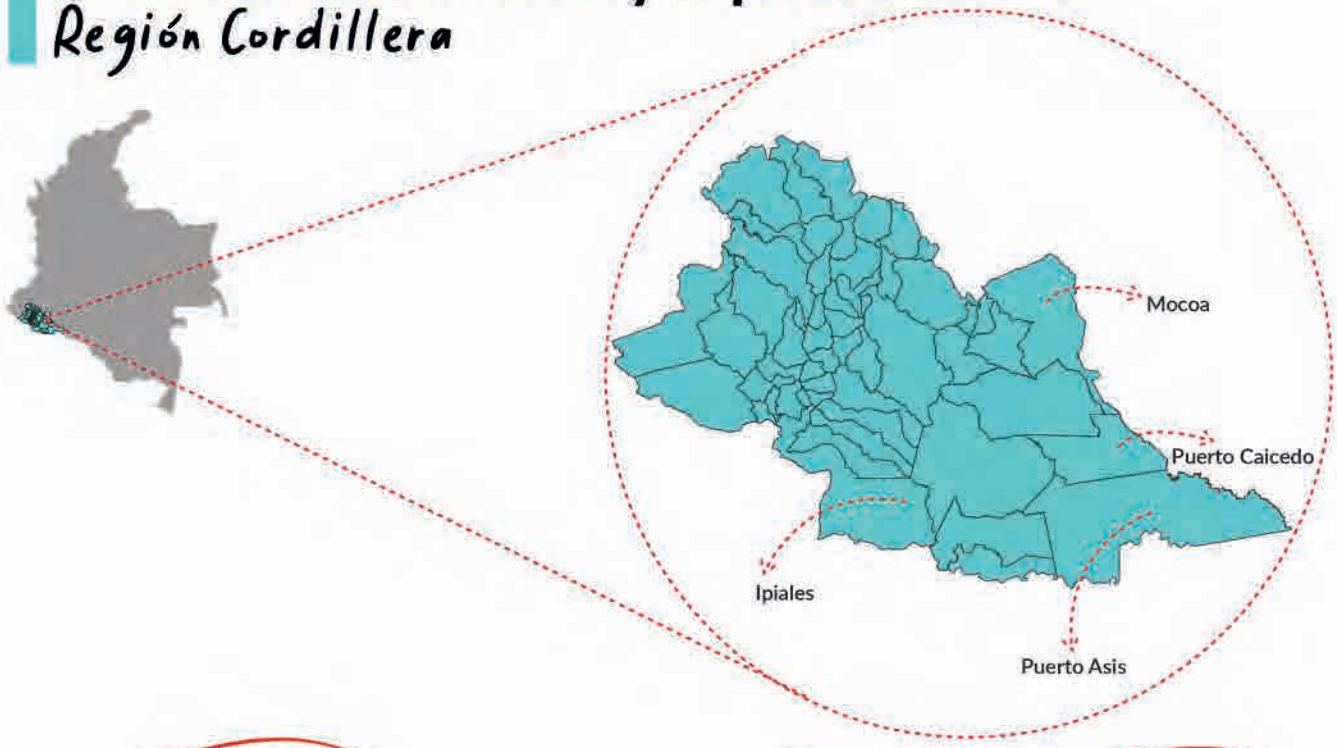
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado) y Intento de Suicidio. La tasa de Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia fue de 387.59 por cada 100,000 habitantes, superando la media nacional de 87.51. Para Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado), la tasa registrada fue de 139.86, superando la media nacional. Por último, la tasa de Intento de Suicidio alcanzó 119.8, superando la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, lo cual puede reflejar un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias
1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx
5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Uramba: juntanza por la salud con paz, atención diferencial y equidad social

Región Cordillera



Keyra Liseth Asprilla-Córdoba, Diana Patricia Díaz-Jiménez, Luz Stella Cantor-Poveda, Karol Cotes Cantillo, Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

La región Cordillera está conformada por 54 municipios, 43 del departamento de Nariño y 11 de Putumayo, y se localiza al sur del país, en límites con Perú y Ecuador. Reúne cerca de 1,3 millones de habitantes con una alta proporción de población indígena (18,3%), muy por encima del promedio nacional. Además, la proporción de personas que viven en áreas rurales es mayor que la mediana nacional, pues más de 25% de las personas residen en pequeños centros poblados o áreas rurales dispersas. Respecto a la vivienda y acceso a servicios públicos, la región presenta una cobertura de banda ancha baja con una mediana inferior al 5%, lo que destaca la falta de acceso a servicios digitales. El déficit de vivienda que cumpla con unas condiciones dignas de habitabilidad presenta una mediana del 50%, que indica problemas de características mínimas necesarias en relación con la estructura, espacio y disponibilidad de servicios públicos domiciliarios. A cerca del porcentaje de cobertura en educación básica, es elevada, similar al promedio nacional. Sin embargo, la cobertura en educación media es menor, con una mediana del 45%.

Según índice de pobreza multidimensional (IPM), las áreas rurales de la región tienen una mediana de 45, por encima del promedio nacional de 40. Las zonas urbanas reflejan un IPM menor, que refleja desigualdades entre

áreas rurales y urbanas. Además, La proporción de empleo formal es baja, con una mediana del 5%, por debajo del promedio nacional del 7%. Pasto destaca con una proporción de empleo formal superior al 30%, mientras que la mayoría de los municipios tienen valores inferiores al 10%. A pesar de su biodiversidad, la región cordillera se caracteriza por presentar altos niveles de pobreza, falta de vías o de energía eléctrica en las zonas más apartadas, aspectos que afectan el crecimiento y desarrollo del territorio (1).

La relación que tienen con el territorio las comunidades representadas por los participantes se da desde una perspectiva multifacética que trasciende la mera delimitación física y adquiere dimensiones culturales, sociales, ancestrales y simbólicas. Varía según la perspectiva de los diferentes grupos sociales y étnicos, pero es posible enumerar algunos elementos comunes. El territorio como vida y sustento: *"la pacha, (...) y eso significa nuestra madre"*, de acuerdo con enseñanzas ancestrales de los pueblos originarios, provee la vida, los alimentos, la medicina, el agua, el aire, todo lo que permite a los seres humanos vivir y es un espacio que está intrínsecamente ligado a su cosmovisión.

Las comunidades afrodescendientes conciben el territorio como un espacio que trasciende las fronteras geográficas, ligado a su herencia ancestral, su raíz simbólica y su identidad cultural: *"(...) nuestro territorio es el mundo, y nuestro territorio ancestral es África, que es de donde se trajeron o de donde se dio la diáspora para que nuestros ancestros y nosotros, y nosotras, hoy estemos en este otro espacio de territorio que hemos acogido como nuestro que es el Putumayo"*. Desde una perspectiva comunitaria, el territorio es visto en tanto que un espacio de interacción social, política y de deberes compartidos. Incluye veredas, resguardos indígenas y consejos comunitarios donde se busca articular programas e iniciativas que impacten positivamente la calidad de vida. Sin embargo, en la región, el territorio es en sí mismo un reto por sus características. La dispersión geográfica, las dificultades de acceso y la falta de infraestructura básica en muchas zonas, lo convierten en un desafío para garantizar derechos fundamentales como el acceso a la salud, al agua segura y al saneamiento básico.

Balance de los principales hallazgos

Los participantes proceden principalmente de Mocoa, Putumayo, junto con otros municipios como Puerto Caicedo y Villa Garzón. Respecto a la ocupación, las profesiones son diversas e incluyen varios roles relacionados con la salud: enfermeros, psicólogos, médicos, fisioterapeutas y otros especialistas en salud pública, bajo un enfoque en servicios comunitarios y de salud.

Los participantes de la mesa presentan trayectorias diversas, marcadas por una fuerte vinculación al sector salud, tanto en roles operativos como en posiciones de liderazgo. Se evidencia experiencia en áreas de la salud pública, gestión comunitaria y atención directa en poblaciones vulnerables. Además, se destacan historias personales relacionadas con superación de adversidades, compromiso con el trabajo comunitario y el fortalecimiento de capacidades locales. Estas trayectorias no solo reflejan habilidades





técnicas, sino también un profundo vínculo con el territorio y las dinámicas sociales y culturales de sus contextos. Esto enriquece su perspectiva en la toma de decisiones y acciones colectivas.

En la mesa, de esta región biodiversa y multiétnica, la salud pública integra múltiples elementos, que, al interconectarse, contribuyen al bienestar integral de las personas. Esta surge de la solidaridad, integralidad, reciprocidad y equidad, e implica el aprecio por el territorio y la realización de un conjunto de acciones, programas y actividades de educación y autocuidado. Dichas acciones son individuales y colectivas, se llevan a cabo por parte del personal de salud y miembros de las comunidades con comunidades étnicas y sus familias, por ciclo de vida, con énfasis en edades, mientras el impacto se mide en ocasiones. Los participantes consideran que la finalidad de la salud pública es la mejora, promoción y protección de la salud, prevención de enfermedades, y cuidado de las personas y al territorio: *"(...) nuestra madre en pro de un completo bienestar el individuo, la familia y la comunidad"*.

Los participantes mencionan algunos aspectos que son fundamentales para lograr estos objetivos de la salud pública: 1) debe realizarse de manera concertada con la comunidad, fomentando el empoderamiento y bajo el enfoque de la diversidad del territorio, que conlleve al respeto de las diferencias culturales y sociales, pues todas las poblaciones presentes son importantes. Debe tener en cuenta la participación de los líderes comunitarios que las representan. 2) Implica que los profesionales de la salud lleguen a las zonas dispersas y se fortalezca la vigilancia basada en comunidad. 3) Se basa en la articulación institucional, buena comunicación y el involucramiento en las políticas públicas de otros actores aparte de salud. Y, 4) requiere del trabajo de todos, en equipo, para que sea una salud pública inclusiva, generada desde la responsabilidad personal y ciudadana. Durante el diálogo en esta región, surgen de manera importante problemas en la prestación de servicios de salud y la escasa coordinación entre las comunidades e instituciones a escala local, regional y nacional, particularmente en áreas rurales, las cuales son afectadas por la presencia del conflicto armado, que restringe la movilidad de las comunidades y exacerba las barreras de acceso al sistema de salud. También, es precaria la educación en salud por barreras lingüísticas, culturales y personal poco cualificado, además del déficit en infraestructura vial y saneamiento básico, así como acceso limitado al agua segura.

La región ha estado afectada durante mucho tiempo por el conflicto armado debido a su ubicación estratégica para los grupos armados. El 65% de los cultivos de coca, que nutren al crimen organizado, se concentra en los departamentos de Nariño, Norte de Santander y Putumayo (2). El uso de la violencia se convierte en una herramienta utilizada por estos grupos ilegales para lograr objetivos económicos y explotar recursos minerales, situación que tiene impacto humanitario de proporciones significativas: *"(...) tenemos conflicto armado y erradicaciones de minas antipersonales"*. El empleo de estos artefactos responde a una lógica bélica (3), en 34 años, Putumayo ha reportado 254 víctimas de minas antipersonal (4) y en Nariño 1146, que lo convierten en el tercer departamento con mayor número de víctimas en el país (5).

El acceso a los servicios de salud en poblaciones con alta dispersión geográfica en ámbitos rurales y con pertenencia étnica emerge también como un reto clave, especialmente en comunidades vulnerables ya afectadas por la pobreza, el conflicto armado y la precariedad. En cuanto al saneamiento básico, la infraestructura vial y la salud, la mayoría de la población tiene acceso limitado. Esta situación es más grave en zonas rurales, pues carecen de electricidad y agua potable. El territorio putumayense ha experimentado una crisis durante muchos años en lo que respecta al agua segura y saneamiento básico. Resulta aún más preocupante la situación en Mocoa, donde no se cuenta con acueducto que brinde el servicio de manera permanente tras la avalancha de 2017.

Por otra parte, la alfabetización en salud se convierte en un pilar importante para reflejar y abordar colectivamente la salud pública en la región: *"uramba quiere decir en nuestro dialecto, trabajo en equipo"*, las comunidades necesitan involucrarse, principalmente, en los procesos y soluciones a las necesidades de salud. Para este fin, es fundamental que la institucionalidad reconozca los diferentes saberes y sus interrelaciones y promueva alianzas para aumentar el impacto de las políticas públicas. Al respecto, la mesa menciona la falta de coordinación efectiva entre las comunidades y las instituciones al momento de abordar los problemas de salud pública. También, se señala que los planes de desarrollo están desconectados de la implementación de intervenciones efectivas y las especificidades de los grupos étnicos no se comprenden bien.

Este panorama evidencia que el Estado no siempre logra dotar a las comunidades de la región con capacidades y oportunidades de progreso de manera equitativa. Se enfatiza en la necesidad de fortalecer la gobernanza y reconocer la salud como *"garantía desde la dignidad del derecho (…) para el logro de la paz"*, además de la participación y la promoción de un control social más estricto sobre los recursos y su uso para transformar la salud de la población.

Retos para la región Cordillera

Los retos estratégicos de salud pública identificados, más significativos, y las recomendaciones para optimizar las políticas públicas y procesos en la región, incluyen, primero, mejorar el acceso a los servicios de salud en alianza con entidades nacionales, locales y las comunidades étnicas, en particular en contextos de alta dispersión geográfica y presencia de conflicto armado. En segundo lugar, figura la apuesta por mejorar los programas de educación en salud con enfoque intercultural y comunitario para incrementar la participación de las comunidades en la organización y puesta en marcha de programas de salud pública. Finalmente, se habla de garantizar la infraestructura vial, acceso agua segura y saneamiento básico.

Reto 1. Garantizar el acceso a los servicios de salud con enfoque diferencial en contextos rurales de alta dispersión geográfica y presencia de conflicto armado.

En la región, tanto la atención individual en salud como las iniciativas colectivas en salud pública enfrentan múltiples barreras para su





implementación en zonas rurales con gran dispersión geográfica y presencia de conflicto armado: *"(...) el acceso a los servicios es terrible en la zona rural", "(...) aparte de sacar a las personas envueltos en una sábana, subirla a un bote sin ningún tipo de cuidado y llegar a la ciudad, al pueblo donde van a ser atendidos (...) es una odisea realmente (...) para la población dispersa acceder al servicio de salud".* Entre los principales aspectos que impiden el acceso a los servicios de salud, se destacan: 1) la presencia de actores armados que ejercen control territorial, 2) una ruralidad con alta dispersión geográfica, 3) infraestructura en salud precaria y deficiente dotación de equipos técnicos y humanos: *"(...) existen puestos de salud, pero (...) que no están dotados ni siquiera con una camilla, (...) falta (...) dotación (...) y personal idóneo"*, 4) condiciones laborales precarias del personal sanitario, 5) malversación de los recursos económicos en salud y desarticulación entre las instituciones nacionales, locales y las comunidades étnicas, y 6) trámites administrativos excesivos que se convierten en barreras para la prestación del servicio de salud.

El conjunto de condiciones descritas se manifiesta en la ocurrencia de eventos de mortalidad evitable, por ejemplo, la muerte materna, que, es un problema de gran preocupación para los participantes y el reflejo de cómo todos los factores descritos, sumado a las condiciones de vida, crean un efecto dominó asociado con el incremento de los fallecimientos maternos. Este es un indicador trazador que refleja la calidad del servicio proporcionado y la calidad de vida de la región. Los participantes mencionan casos de mujeres que han tenido partos inseguros en el transporte en el que se movilizan, debido a la ausencia de dotación mínima para la atención de un parto: *"(...) muchas veces dentro de la comunidad existe una enfermera, un enfermero, pero no cuenta con las herramientas idóneas para poder prestar un servicio, por eso inclusive se está presentando mucha muerte de maternas (...) mujeres que, por no llegar rápido, no recibir atención, han (...) perdido a sus bebés, o han tenido los bebés en el camino saliendo de la vereda hacia donde les pueden prestar atención".* La mayoría de las muertes maternas son evitables, si se cuenta con acceso a atención médica de primera calidad durante la gestación, parto y posterior a este (6). Sin embargo, el nivel de desprotección de los habitantes de la región es tan profundo que, según la percepción de los participantes, no existen las garantías mínimas para la protección de la vida, particularmente en las poblaciones rurales y sometidas a la presencia de la confrontación armada: *"(...) la situación en Putumayo es crítica, los usuarios están afiliados, pero no protegidos, muchas maternas en los últimos años no debieron morir. Una muerte evitable es la evidencia de un Estado fallido"* (7) .

En este contexto, el conflicto armado actúa como un factor determinante en la salud de la región, ya que este, además de exacerbar las barreras de acceso a los servicios de salud, provoca miedo, desigualdades sociales, infracciones a los Derechos Humanos y agrava la efectiva articulación entre las comunidades y las instituciones. Las comunidades afectadas por el conflicto perciben al Estado como ausente, lo que refuerza una sensación de abandono y desconfianza hacia las instituciones e impide la implementación de políticas y programas: *"(...) en este momento la estrategia de equipos básicos tampoco puede llegar, porque en el Putumayo tenemos la presencia de demasiados actores armados ilegales en esas partes*

en la ruralidad y esas comunidades generalmente se sienten que el Estado no llega, que las políticas públicas tampoco, como si fueran un Estado aparte". Otra problemática asociada es el impacto mismo del conflicto armado. Los participantes resaltan la presencia de grupos armados en el territorio: *"(...) tenemos conflicto armado, (...)", "(...) tiene que ver lastimosamente con el tema de violencias, (...) hay (...) grupos al margen de la ley (...) y la frontera que tenemos también es una frontera de armas".* Existen repercusiones en las comunidades y deterioro de la calidad de vida en contextos de conflicto armado. Las condiciones de este causan problemáticas específicas, por ejemplo, la restricción de la movilidad, sometimiento, violación de los derechos de las comunidades (8), violencia bio-psico-política (9) y falta de acceso a alimentos y servicios básicos como agua potable y saneamiento. Estos factores elevan los riesgos de enfermar y morir (10).

Además, la mesa refiere dificultades en la coordinación en salud pública entre las instituciones y las comunidades en contextos rurales y con presencia de conflicto armado. Los participantes señalan que las entidades trabajan de manera aislada con una mirada muy sectorizada y manifiestan que aunque existen programas y estrategias, como los equipos básicos de salud, no hay una articulación efectiva entre hospitales, secretarías de salud, entidades administradoras de planes de beneficios de salud (EAPB), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y otras instituciones nacionales y locales: *"(...) creo que es una de las fallas fundamentales, empezando por la comunicación que no debería ser así, (...) sectorizamos el trabajo. ¡Ah! Esto no nos compete o esto no lo hacemos porque no es mi espacio".* Esta desarticulación dificulta la complementariedad de esfuerzos y podría generar duplicidad o vacíos en las intervenciones.

Los participantes también mencionan la corrupción como una barrera integral que afecta la administración pública y el desempeño del sistema: *"(...) hay corrupción en el sector salud, desafortunadamente los recursos se desvían y no van donde deben ir".* El desvío de recursos genera sobrecostos en el financiamiento público y sitúa en riesgo la asistencia sanitaria de los individuos, mientras que genera un desajuste entre las acciones implementadas, ausencia de inversión en infraestructura y aumento del clientelismo en el sector de la salud.

Entre las opciones sugeridas por la mesa para promover el acceso a los servicios sanitarios en áreas de gran dispersión geográfica impactadas por el conflicto armado, se plantea facilitar múltiples escenarios de intervención con un espíritu de colaboración desde las comunidades y la institucionalidad. En aras del fortalecimiento de la coordinación interinstitucional, es importante que las entidades compartan información clave, como la caracterización de las necesidades de las comunidades y la capacitación a líderes comunitarios: *"(...) fijar esos líderes comunitarios que tenemos en las zonas para nosotros poder llegar a esas zonas de difícil acceso y trabajar en conjunto con esas comunidades (...). Y, que ellos sepan autogestionar y no solamente (...) se esperancen a que llegue el servicio de salud, sino capacitarlos (...) para poder mitigar o disminuir esa afectación o esa situación de salud".*

Adicionalmente, la mesa propone disminuir las barreras administrativas y contratar talento humano idóneo con garantía de las condiciones laborales dignas para fortalecer las intervenciones en salud. Asimismo, los





participantes proponer que las entidades del territorio dedicadas a la salud pública apliquen estrategias completas y adaptadas al entorno multiétnico con el fin de promover la accesibilidad a las intervenciones en áreas donde la dispersión geográfica sea un desafío persistente, especialmente en la ruralidad: *"(...) para los consejos comunitarios que estamos en la Colombia profunda, en la ruralidad, que la salud pública llegue como está planteada en nuestros territorio (...) necesitamos trabajar en equipo para poder que todos y todas podamos disfrutar integralmente de lo que es la salud pública".* Por último, se plantea la necesidad de garantizar el derecho a la salud como punto de partida para el logro de una paz duradera. Esto implica reducir las desigualdades y lograr progreso que beneficie a las comunidades asentadas en las zonas más remotas del país. Estos son imperativos que permitirían a las personas ejercer sus derechos humanos, en especial a la libertad y a la salud (11).

Reto 2. Mejorar los programas de educación en salud con enfoque intercultural y comunitario para fomentar participación de las comunidades en la planificación y ejecución de programas de salud pública.

Los programas de educación en salud son entendidos como una estrategia fundamental para la prevención y promoción de la salud y en tanto que proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje. Estos, a través del diálogo de saberes, buscan potenciar el desarrollo de individuos, familias, comunidades y organizaciones para promover la protección de la salud, gestionar el riesgo en salud y modificar de manera positiva el contexto en los que viven (12). En la región, este tipo de acciones presentan una serie de restricciones que impactan de manera negativa en las metas para mejorar el estado de salud de la población. Los participantes reconocen que los desafíos relacionados se enfocan en: 1) escasa participación de la comunidad; 2) personal de salud con educación deficiente en diversidad étnica y cultural, que dificulta la comunicación; 3) ineficiencia en la ejecución; 4) desconfianza de las comunidades; y, 5) falta de evaluación del impacto de los programas.

Las comunidades reportan que no siempre se les consulta o involucra en el diseño y ejecución de las intervenciones en salud, lo que limita la pertinencia y sostenibilidad de estas: *"(...) la pregunta mía es, cuando las comunidades no son tenidas en cuenta o no están dentro, o sea, o de pronto las instituciones no tienen conocimiento qué tipo de enfermedades hay dentro de las comunidades, ¿cómo harían para poder prevenir ese tipo de enfermedades dentro de las comunidades?"* Aun cuando existen programas de educación en salud en la región, estos no logran integrar efectivamente a las comunidades en estos procesos.

En este territorio, el personal que implementa los programas de educación en salud no cuenta con formación en enfoque étnico cultural: *"(...) falta (...) personal capacitado en interculturalidad: no se está llegando de manera adecuada".* Esto genera una brecha en la comunicación y coordinación integral entre los distintos conocimientos y prácticas de las comunidades e instituciones. Por ejemplo, existen limitaciones en la comunicación con las comunidades indígenas debido a obstáculos culturales e idiomáticos: *"(...) hay barreras culturales y lingüísticas porque en nuestros pueblos todavía*

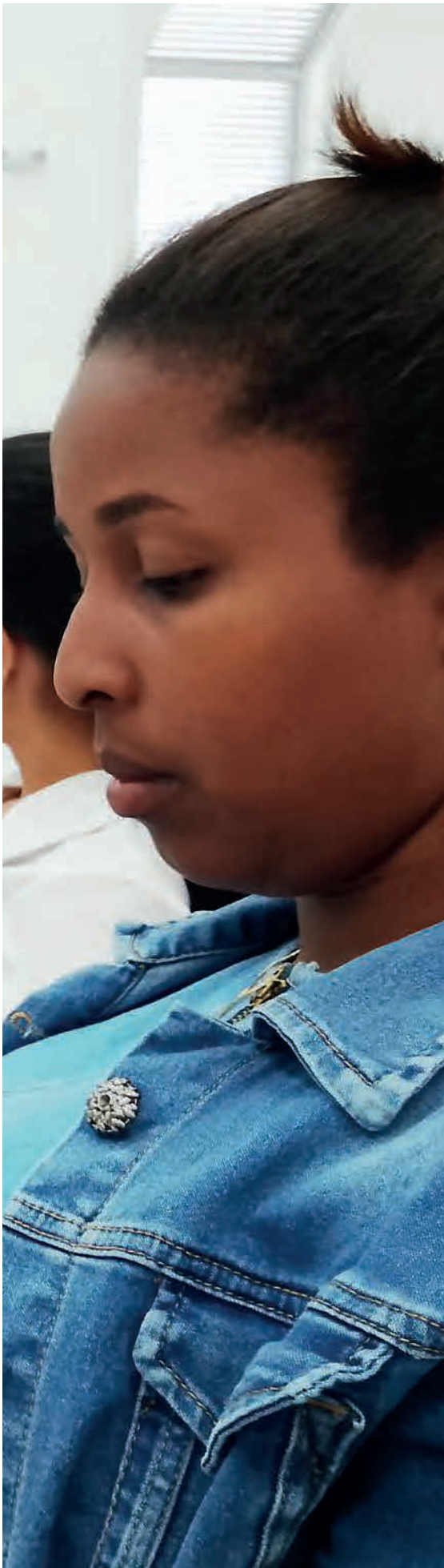
se habla el idioma y de acuerdo a como nosotros hablamos pensamos y a veces no nos entendemos en medio de esas diferencias". Existen, adicionalmente, limitaciones en zonas dispersas donde las distancias físicas y la ausencia de tecnología dificultan el flujo de información.

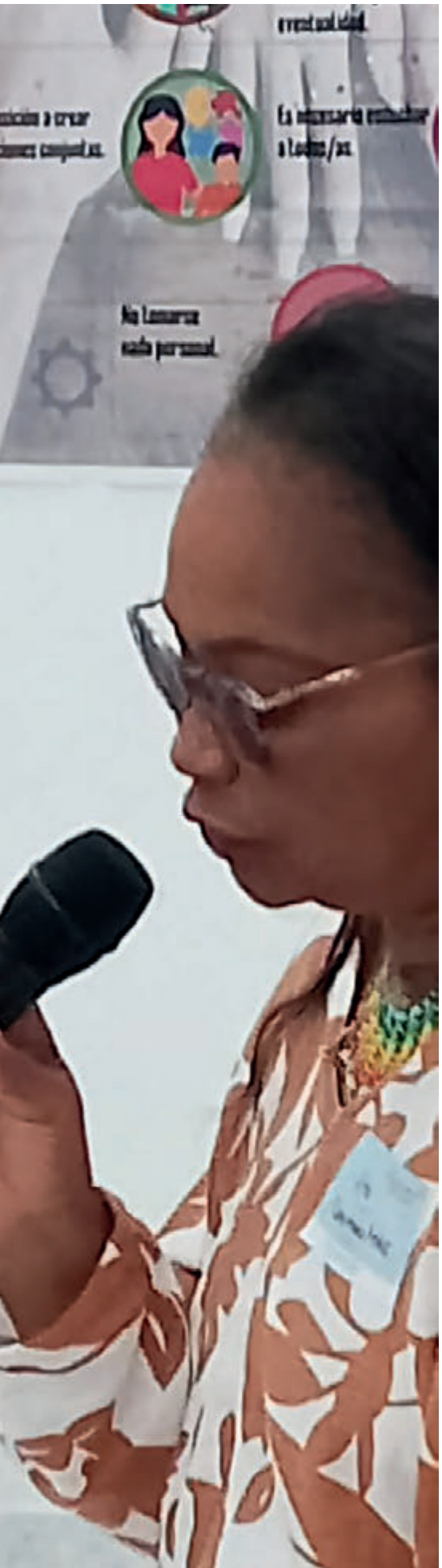
Por otro lado, se señala debilidad en la continuidad de programas. Muchas intervenciones son esporádicas y no aseguran un seguimiento continuo. Esto afecta especialmente a las estrategias de promoción y prevención. También, la rotación frecuente del talento humano en las entidades interrumpe los procesos y dificulta el establecimiento de relaciones sólidas con las comunidades. Por su parte, los actores institucionales refieren rechazo y poca participación comunitaria: *"(...) creo que a veces las poblaciones se limitan a que si no hay un aporte económico o material no participan de actividades, si es una charla, si es una orientación o algo que está dirigido a educar, lo menosprecian o inclusive no dan los espacios"*. Esta situación implica una afectación en la capacidad de liderazgo y en la sostenibilidad de los procesos locales.

En esta línea, los participantes indican que no se lleva a cabo la evaluación de las intervenciones en educación en salud. Estas son necesarias para comprender cambios o no con la intervención y determinar cuán efectivas y eficientes han sido las acciones ejecutadas: *"(...) hacer (...) evaluación en el impacto en la educación de la salud. Hacemos charlas, hacemos muchas capacitaciones, hacemos muchas reuniones, pero ¿están sirviendo o no están sirviendo?"*.

Las alternativas planteadas desde la mesa giran alrededor de garantizar la participación de las comunidades en la planificación y ejecución de programas de salud pública, de tal forma que respeten sus prácticas culturales y necesidades específicas. Estos planes deberían hacer énfasis en la importancia del autocuidado y elaborar estrategias de educación e intervención coordinadas con y para las comunidades con el fin de alcanzar el bienestar personal y colectivo. Al respecto, en la mesa argumentan sobre la importancia *"(...) qué sea informada las acciones que se desarrollan dentro de los territorios, se tenga mucha comunicación, sensibilización y sobre todo si son comunidades, tengan primero que toda la concertación y participación con respecto al territorio donde van a estar a realizar las acciones"*. Así, las transformaciones pueden impulsarse al involucrar continuamente a las comunidades locales en los procesos y respuestas a las necesidades de salud, identificar conocimientos ancestrales diversos, fomentar alianzas entre actores y aumentar la eficacia de las políticas gubernamentales.

Educar en la prevención de enfermedades desde edades tempranas para multiplicar la información, es otra de las alternativas que sugieren los participantes para enfrentar este reto. En este sentido, el empoderamiento comunitario puede promover la autogestión en salud mediante la capacitación, el fortalecimiento de liderazgos en pueblos indígenas y afrodescendientes, y la adecuación cultural de las estrategias. La mesa plantea os que una ideación conjunta de soluciones innovadoras puede aportar soluciones que ayuden a superar barreras físicas del territorio en torno al transporte y al saneamiento básico. En todos los casos, es fundamental garantizar la continuidad en las intervenciones en salud pública, sensibilizar a los políticos para aumentar la visibilidad y voluntad





alrededor de las necesidades en salud e implementar evaluaciones del impacto de la educación en salud, que reconozcan el valor de la diversidad al momento de realizar aportes.

Reto 3. Garantizar la infraestructura vial, acceso a agua segura y saneamiento básico para mejorar la calidad de vida de las comunidades.

Una de las grandes problemáticas planteada en la mesa es la situación de la región en relación con la infraestructura de las vías y el saneamiento básico. El territorio ha sufrido por muchos años por problemas de agua segura y saneamiento, situación que se acentuó aún más después de la avalancha: *"(…) no tenemos agua en nuestras casas, es el momento de que si llueve mucho no tenemos agua y si hace mucho sol tampoco"*. Esta situación no solo pasa en Mocoa, también sucede en el alto y bajo Putumayo y, aunque existen unos planes departamentales para el manejo de los servicios de agua y saneamiento (13), los presupuestos destinados para mejorar esta situación han sido insuficientes: *"(...) los acueductos son deficientes y hemos tenido el presupuesto para hacerlo, pero se han hecho solamente pañitos de agua tibia, remendando lo que ya estaba dañado y vuelve nuevamente al mismo ciclo"*. En muchas ocasiones, se han visto abocados a guardar agua en tinas, pero cuando se guarda por mucho tiempo esto genera proliferación de mosquitos y aumento de enfermedades como el dengue.

Otra situación planteada por los asistentes es la infraestructura vial. Comentan que la mayoría de las poblaciones no tiene acceso a condiciones de infraestructura y aquellas que viven en zonas rurales dispersas no gozan de buenas condiciones como carreteras (14). Un ejemplo de esto son Puerto Asís, Puerto Leguizamo, Puerto Guzmán y algunas veredas del Valle del Guamuez, cuyo acceso solo se logra de forma fluvial y esto ocasiona una barrera para que la población pueda acceder a los servicios de salud. Otra situación discutida es el manejo de residuos sólidos, problemática sobre todo en las zonas rurales. Ahora bien, también afecta municipios como Villa Garzón, que se encuentra en crisis ambiental por esta causa.

Frente a la situación de saneamiento básico e infraestructura vial, algunas de las propuestas de la mesa giran alrededor del fortalecimiento de las estrategias comunitarias como un mecanismo de afrontamiento: *"(…) desde el lugar donde estemos, podamos aportar en el conocimiento para poder salir adelante"*. También, se plantea el uso de transporte con energías limpias cuando no se cuenta con los recursos económicos: *"(…) podríamos acceder con otro tipo de embarcaciones pero que se muevan con otro tipo de energía porque la gasolina es carísima, sabemos que es el transporte más caro del mundo es el fluvial"*. Al respecto, la secretaría de infraestructura cuenta con un plan vial departamental 2021-2030, que incluye la programación de las inversiones con recursos disponibles para intervenir en las vías regionales a su cargo (15). En cuanto al acueducto y alcantarillado, los participantes proponen aprovechar los acueductos existentes que, sin necesariamente hacer grandes colectas de agua, pueden utilizar la electroforesis para mejorar el agua. Esto evitaría la inversión en grandes acueductos.

Referencias

1. Banco de la República de Colombia. Composición de la economía de la región Suroccidente de Colombia [Internet]. 2013. Available from: https://www.banrep.gov.co/es/node/31791
2. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)-Sistema Integrado de. Monitoreo de los territorios con presencia de cultivos de coca 2022 (Bogotá: UNODC-SIMCI, 2023). [Internet]. Bogotá D.C.: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC); 2023 p. 158. Available from: INFORME_MONITOREO_DE_TERRITORIOS_CON_PRESENCIA_DE_CULTIVOS_DE_COCA_2022
3. Centro Nacional de Memoria Histórica. La guerra escondida: minas antipersonal y remanentes explosivos en Colombia. Primera edición. Pinto García ME, Ruiz Romero GA, Delgado Barón M, Higuera Mendieta IG, Lanziano Molano CG, Penaranda Supelano DR, et al., editors. Bogotá D.C., Colombia: Centro Nacional de Memoria Histórica; 2017. 413 p.
4. Defensoría del Pueblo Colombia. Defensoria. 2024 [cited 2024 Nov 20]. Putumayo ha reportado 254 víctimas de minas antipersonal en 34 años. Available from: https://www.defensoria.gov.co/-/putumayo-ha-reportado-254-v%C3%ADctimas-de-minas-antipersonal-en-34-a%C3%B1os
5. Acción Integral Contra Minas Antipersonales (AICMA). Transformación Territorial Sin Minas Antipersonas. 2024 [cited 2024 Nov 21]. Estadísticas de Asistencia Integral a las Víctimas de MAP y MUSE. Available from: https://www.accioncontraminas.gov.co/Estadisticas/Paginas/Estadisticas-de-Victimas.aspx
6. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de La Salud. 2023 [cited 2024 Nov 19]. Mortalidad materna. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
7. Superintendencia Nacional de Salud. Supersalud. 2023. Por deterioro en la atención de EPS y aumento de muertes evitables, Supersalud instalará mesas de intervención en Putumayo. Available from: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/Comunicados/comunicado_041_2023_web_Supersalud_anuncia_jornada_de_intervencio%CC%81n_Putumayo.pdf
8. Defensoría del Pueblo. Defensor del Pueblo reitera llamado para que se establezcan corredores humanitarios en Puerto Leguízamo, Putumayo [Internet]. 2024. Available from: https://www.defensoria.gov.co/-/defensor-del-pueblo-reitera-llamado-para-que-se-establezcan-corredores-humanitarios-en-puerto-legu%C3%ADzamo-putumayo
9. Colegio Colombiano de Psicólogos. El conflicto armado en Colombia: Memoria, Solidaridad y compromiso social [Internet]. 2024. Available from: https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2024/04/2024-04-09-Dia-de-la-Memoria-y-la-Solidaridad-Colpsic.pdf
10. Inseguridad alimentaria en tiempo de conflicto armado: lo que debe saber [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 27]. Available from: https://www.icrc.org/es/document/inseguridad-alimentaria-en-tiempo-de-conflicto-armado-lo-que-debe-saber
11. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Colombia. UNFPA-Colombia. 2018 [cited 2024 Nov 18]. Salud para la Paz, fortaleciendo comunidades. Available from: https://colombia.unfpa.org/es/news/salud-para-la-paz-fortaleciendo-comunidades
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS - Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas -. 2018.
13. Departamento de Putumayo. Manejo Empresarial de los Servicios de Agua y Saneamiento (PDA) [Internet]. Available from: https://www.putumayo.gov.co/index.php/secretarias-y-entidades/secretarias-de-despacho/secretaria-infraestructura/pda
14. Camara de Representantes Colombia. Estado de las vías en el Putumayo, tema de debate de control político [Internet]. Available from: https://www.camara.gov.co/estado-de-las-vias-en-el-putumayo-tema-de-debate-de-control-politico
15. Secretaría de Infraestructura Departamento del Putumayo. Plan regional de infraestructura intermodal y de transporte 2021-2030 [Internet]. 2021. Available from: https://www.putumayo.gov.co/images/documentos/Planes_y_programas/DOCUMENTO%20PRIIT%20PVD%20PUTUMAYO%2025102021.pdf

Municipios

Nariño

Pasto
Aldana
Ancuya
Arboleda
Buesaco
Consacá
Contadero
Córdoba
Cuaspud
Cumbal
Cumbitara
Chachagüí
El Peñol
El Tambo
Funes
Guachucal
Guaitarilla
Gualmatán
Iles
Imués
Ipiales
La Florida
La Llanada
Linares
Los Andes
Mallama
Nariño
Ospina
Policarpa
Potosí
Providencia
Puerres
Pupiales
Ricaurte
Samaniego
Sandoná
San Lorenzo
Santa Cruz
Sapuyes
Taminango
Tangua
Túquerres
Yacuanquer

Putumayo

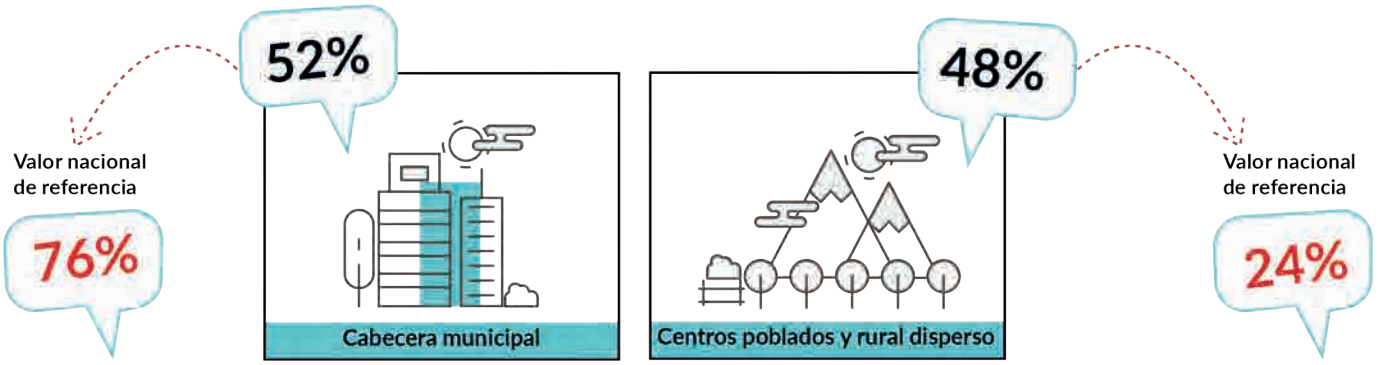
Mocoa
Colón
Orito
Puerto Asís
Puerto Caicedo
Sibundoy
San Francisco
San Miguel
Santiago
Valle Del Guamuez
Villagarzón

Ficha de caracterización

Región **Cordillera**

1. Descripción general

La región Cordillera está conformada por 54 municipios dentro de los departamentos de Nariño (43) y Putumayo (11).

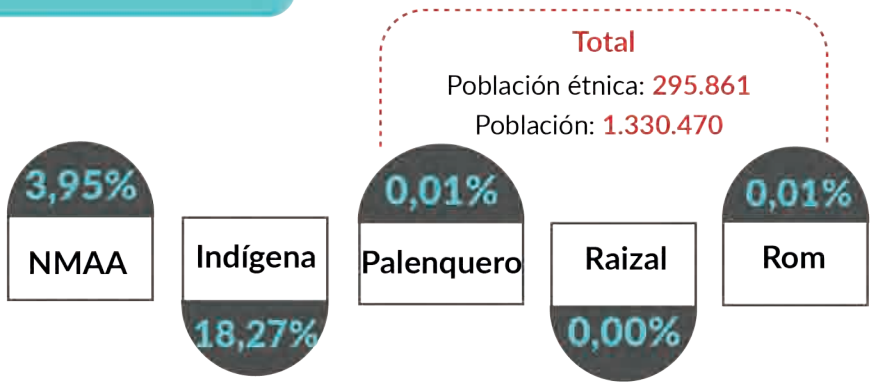


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

La región Cordillera tiene una menor proporción de población en la cabecera municipal comparada con la mediana nacional. En contraste, la proporción de personas viviendo en áreas rurales es mayor que la mediana nacional, lo que refleja una dispersión rural en esta región.

2. Demografía y población

La región Cordillera tiene una alta proporción de población indígena, por encima del promedio nacional que es del 4,4%. En relación con el porcentaje de población NMAA es inferior al promedio nacional del 9,1%. Los demás grupos étnicos tienen una presencia marginal.

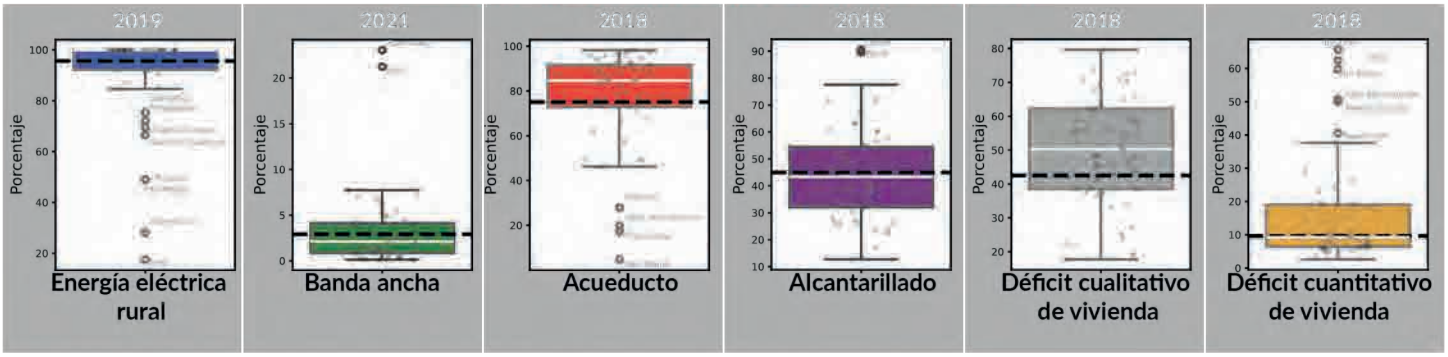


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de energía eléctrica es alta, aunque la cobertura de banda ancha es baja, con una mediana inferior al 5%, lo que resalta la falta de acceso a servicios digitales en áreas rurales. El déficit de vivienda cualitativo, de acuerdo con los resultados indica problemas de calidad habitacional.

Cobertura de servicios de la región Cafetero Norte

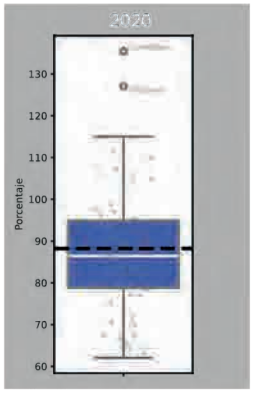


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

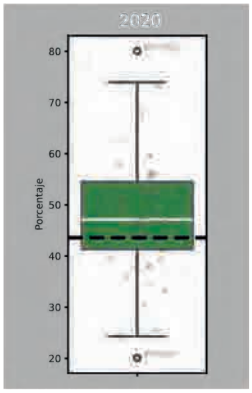
4. Educación

La cobertura en educación básica es elevada, con una mediana del 85%. Sin embargo, la cobertura en educación media es menor, con una mediana del 45%. Las tasas de deserción son bajas, con una mediana del 1%, sin embargo, algunos municipios como Villagarzón, San Miguel, tienen altas tasas de deserción.

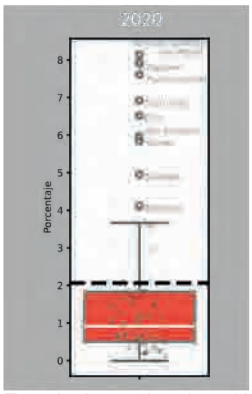
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

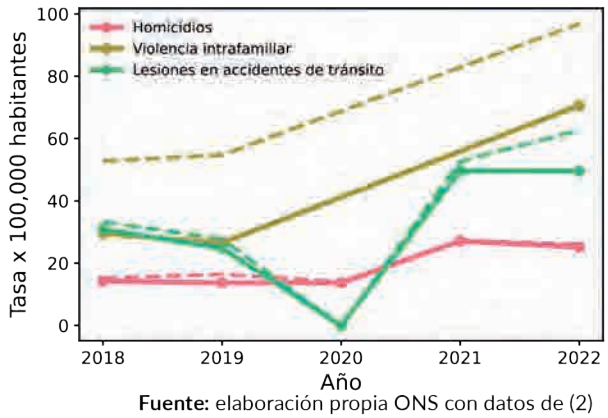


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

La tasa de homicidios se ha mantenido relativamente estable en la región, con valores ligeramente menores a la media nacional en los últimos años. La violencia intrafamiliar ha mostrado un aumento en los últimos años, al igual que las lesiones en accidentes de tránsito, sin embargo, se encuentran por debajo de la tendencia nacional.



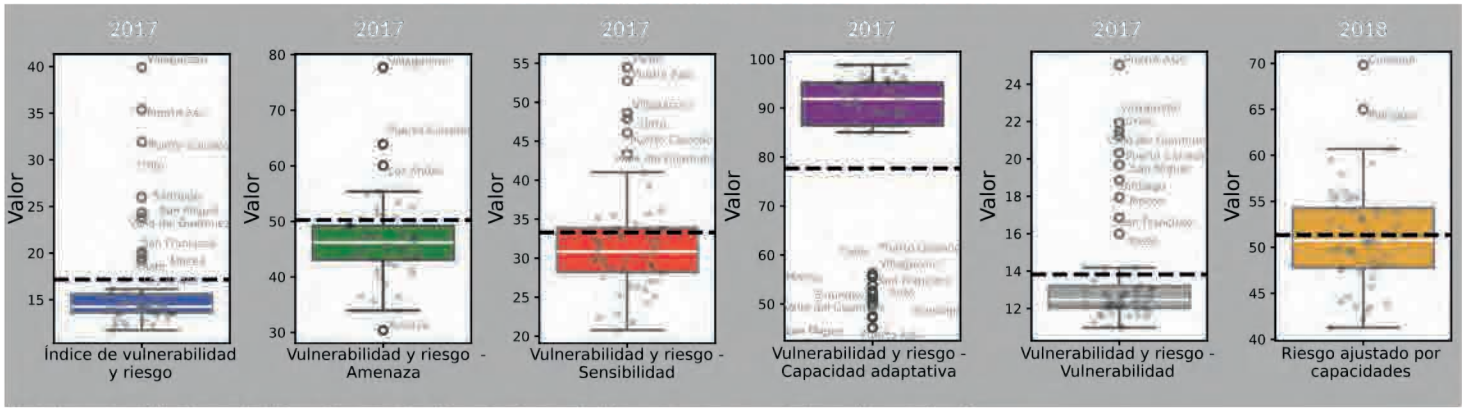
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

El índice de sensibilidad se encuentra por debajo de la mediana nacional, mientras que en el índice de amenaza destaca con municipios como Villagarzón y Puerto Caicedo por sus altos niveles. La capacidad adaptativa muestra mucha variabilidad, mientras que el riesgo ajustado por capacidades revela diferencias en municipios específicos como Policarpa y Cuaspud.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

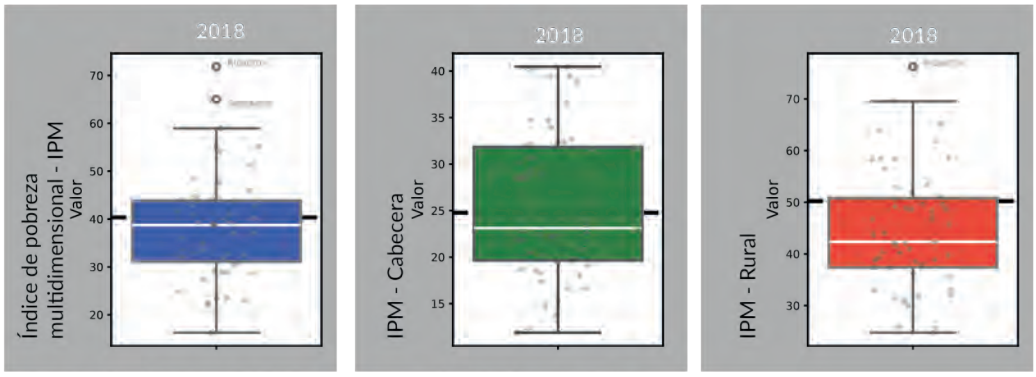


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

El IPM muestra una gran variabilidad, especialmente en áreas rurales, con municipios como Ricaurte que alcanza niveles mucho más altos que la mediana nacional. En cabeceras municipales, la dispersión es menor, pero hay algunos municipios que superan la mediana nacional.

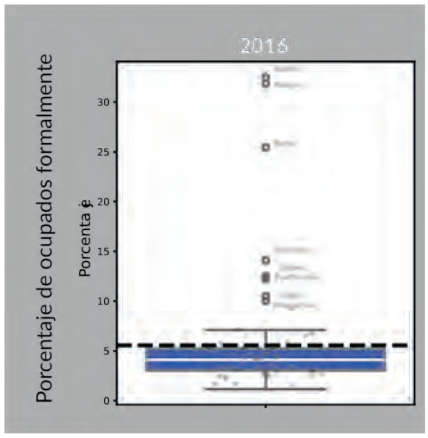
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

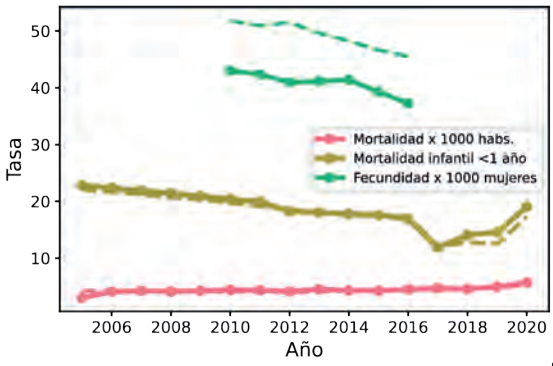
La proporción de empleo formal en la región Cordillera es baja, con una mediana por debajo del promedio nacional. Pasto destaca con una proporción de empleo formal superior al 30%, mientras que la mayoría de los municipios tienen valores inferiores al 10%.



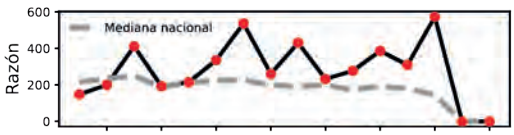
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

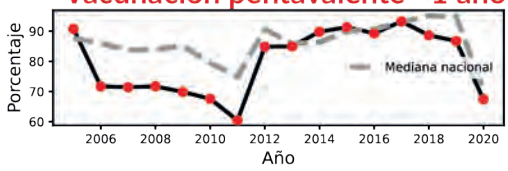
La tasa de mortalidad en la región ha oscilado alrededor de 4,5 por 1.000 habitantes. Por otra parte, la tasa de mortalidad infantil ha venido disminuyendo. Respecto a la cobertura de vacunación pentavalente se ha mantenido con una mediana cercana al 85%, aunque por debajo de la mediana nacional del 90%.



Mortalidad materna a 42 días



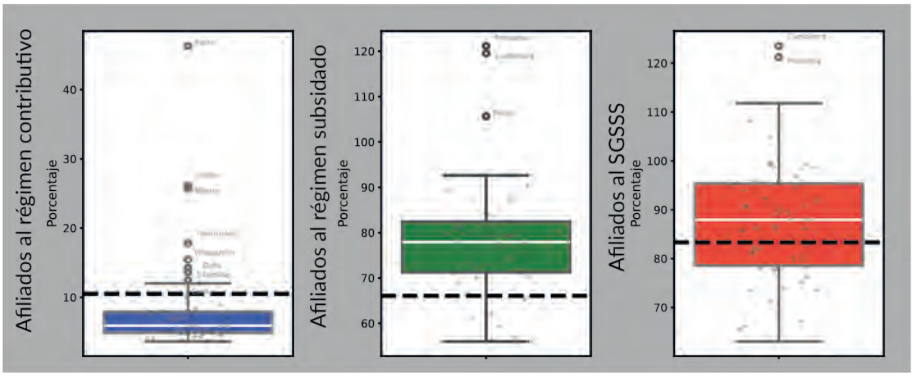
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Acceso a la salud

La afiliación al régimen subsidiado en la región Cordillera es alta, con una mediana del 80%, superando el valor nacional del 70%. Por otro lado, la afiliación al régimen contributivo es baja, con una mediana de 10%, lo que refleja una mayor dependencia al régimen subsidiado.



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	38,40	64,80	Aumentó
Agresiones (homicidios)	57,80	28,90	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	35,30	30,70	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	17,50	21,80	Aumentó
Accidentes de transporte terrestre	19,40	21,00	No diferencia
Enfermedades hipertensivas	14,30	23,40	Aumentó
Las demás enfermedades del sistema digestivo	17,30	18,00	No diferencia
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1,40	48,00	Aumentó
Tumor maligno del estómago	17,40	14,80	Disminuyó
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	27,10	6,80	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias en comparación con el periodo 1998-2002 fueron: Enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades hipertensivas y las demás enfermedades infecciosas y parasitarias.

Tabla 2. Top 10 tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	36,27	35,37	No diferencia
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	26,41	42,81	Aumentó
Dengue	58,44	40,50	Disminuyó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	427,81	493,62	Aumentó
Enfermedad similar a influenza infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	28,15	77,23	Aumentó
Intento de Suicidio	93,60	122,64	Aumentó
Intoxicación por plaguicidas	35,12	28,30	Disminuyó
Intoxicación por medicamentos	41,94	60,67	Aumentó
Varicela Individual	196,28	0,00	Disminuyó

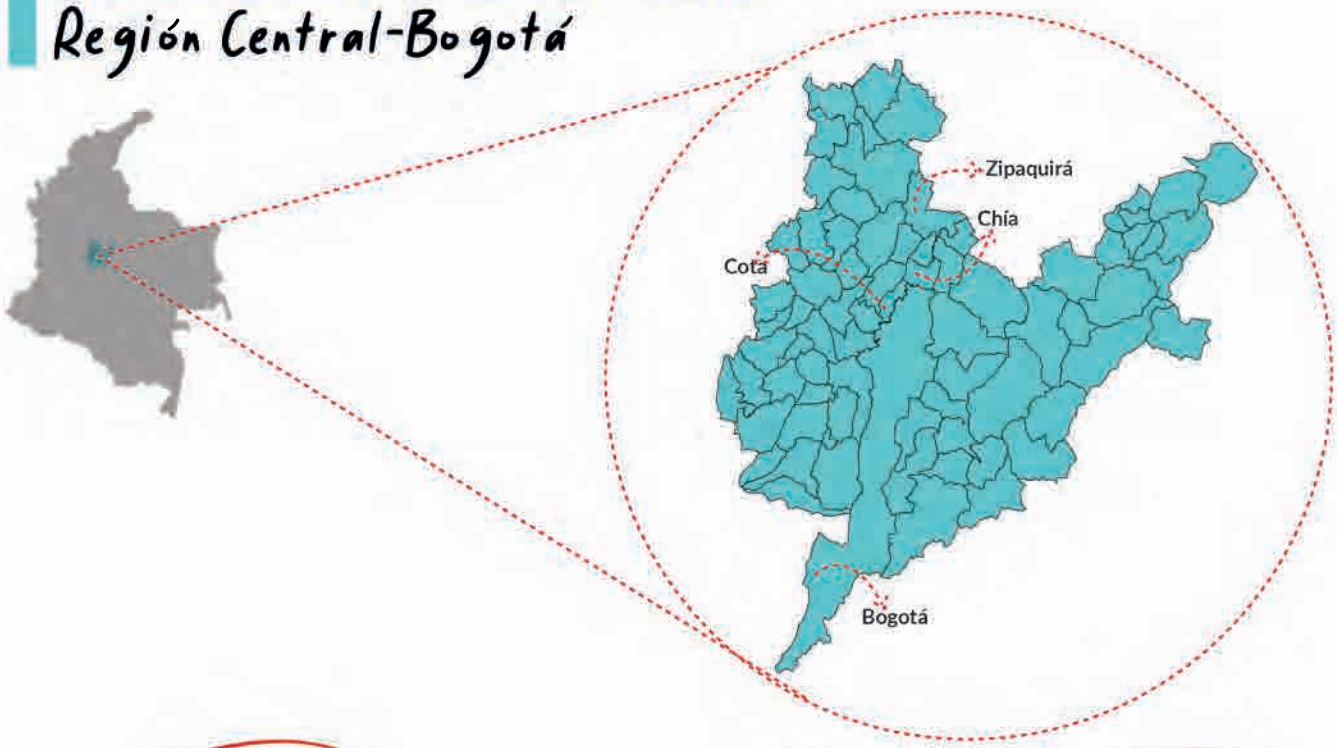
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los cinco eventos con variación respecto a 2018 fueron: agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Enfermedad similar a influenza - Infección Respiratoria Aguda Grave, intoxicación por medicamentos, Intento de Suicidio y desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años.

Referencias
1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
2. Departamento Nacional de Planeación. Territata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Territata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://territata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx
5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Una exigencia por la planificación y articulación intersectorial

Región Central-Bogotá



Esteban Jerez, Mariana Moreno, María Camila Pinzón, Diego Moreno, Andrea García.

La región Central-Bogotá está compuesta por 62 municipios de Cundinamarca, diez de Boyacá y dos de Meta, para un total de 74. Está caracterizada por su alta concentración y crecimiento poblacional, la abundancia de instituciones que prestan servicios de salud y su dinamismo económico. Es una región estratégica para el desarrollo industrial del país. Incluye a Bogotá como epicentro, principal centro urbano del país, con más de ocho millones de habitantes proyectados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para 2024 (1). Comprende, además, municipios del altiplano cundiboyacense que, aunque menos poblados, son cruciales para la economía local, regional y nacional.

La región se destaca por su heterogeneidad geográfica y demográfica. Abarca áreas urbanas densamente pobladas y zonas rurales con dificultades de acceso, debido a la variada topografía con zonas montañosas y valles fértiles. Por otra parte, se reportan cambios en las áreas rurales luego de procesos de urbanización que han transformado el paisaje para convertirlas en parte de una gran área metropolitana (2). Lo anterior contribuye a generar problemáticas como la contaminación atmosférica y auditiva, manejo inadecuado de basuras, aparición de enfermedades respiratorias,

alta demanda de recursos hídricos, pérdida de espacios verdes, desempleo y déficit de viviendas (2). Dificultades que subrayan la necesidad de enfoques diferenciados y adaptados para abordar los retos de salud pública en la región.

Este diálogo regional fue realizado en Zipaquirá, con la intención de facilitar el acercamiento de diferentes actores, dada su ubicación, disponibilidad de espacios y facilidades de transporte. Para los participantes, el concepto de territorio se asocia a elementos geográficos de la región metropolitana como el espacio físico delimitado que incluye a Bogotá y municipios aledaños ubicados en la provincia de Sabana Centro de Cundinamarca. Comprende un significado emocional construido sobre experiencias de vida, relaciones laborales y profesionales, identidad, pertenencia y sentimientos de arraigo, que muestra el proceso de territorialización de los participantes, dada su relación con el territorio que habitan.

Balance de los principales hallazgos

Los participantes del diálogo representan la voz de instituciones del Estado, la comunidad y la academia. Aquí, se cruzaron las identidades de los asistentes, de modo que algunos pertenecían a instituciones locales como las secretarías de salud de Cundinamarca, Chía, Zipaquirá y Bogotá. También, estas mismas personas respondieron como habitantes del territorio, desde sus experiencias y percepciones en tanto que ciudadanía más que desde el ordenamiento de la política pública. De igual forma, ocurrió con algunos asistentes que adelantaban estudios en salud pública y compartían elementos para la construcción de retos que tenían su origen en su mirada académica que primaba sobre la institucional. La mesa contó con actores de organizaciones de la sociedad civil y comunitarios que se aproximan a la salud pública desde diferentes perspectivas y aportaron a la identificación de retos que afectan la salud de la población. Así, el diálogo alrededor de la salud pública tuvo una fuerte voz institucional y académica, pero sin dejar de lado la comunitaria o de la ciudadanía.

El concepto de salud pública que emergió del diálogo de la región Central-Bogotá estuvo fuertemente vinculado a la equidad y la articulación con la comunidad. Palabras clave como *¨familia¨*, *¨paz¨* y *¨comunidad¨*, subrayaron una visión colectiva de la salud pública, donde el bienestar no se limita a la dimensión física, sino abarca también la esfera emocional y social. Esta visión enfatiza que la salud pública debe ser un espacio de protección y estabilidad, donde las necesidades de la población sean atendidas de manera equitativa.

En este contexto, las emociones asociadas al concepto de salud pública reflejan tanto aspiraciones como preocupaciones: la felicidad, la esperanza y la tranquilidad, están ligadas a un deseo de seguridad colectiva y bienestar que trasciende lo individual. Sin embargo, persisten sentimientos de incertidumbre e indignación, derivados de la percepción de brechas en el acceso equitativo a estos servicios. Los participantes reconocen que, aunque la salud pública tiene el potencial de generar bienestar, las expectativas no siempre se cumplen. Se podría decir que es vista como una fuente de protección, pero también de preocupación cuando no logra





cerrar las brechas existentes. Como se ahonda después, el reto asociado a estas percepciones se centra en la necesidad de una mayor articulación intersectorial, un esfuerzo coordinado para enfrentar los problemas derivados de la urbanización acelerada y las dinámicas socioeconómicas cambiantes, factores que afectan tanto a la planificación regional como a la salud pública. Esta planificación debe integrar las demandas ciudadanas y los recursos necesarios para garantizar un acceso equitativo y efectivo a los servicios de salud.

Los participantes reconocen la necesidad de pensar la salud pública en términos de región, a raíz de los cambios acelerados en el altiplano cundiboyacense después de la pandemia de COVID-19, con un aumento de la población como fenómeno post pandémico (3). De esta manera, la migración de habitantes de Bogotá hacia los municipios cercanos profundizó procesos de urbanización que se han consolidado en al menos los últimos 70 años. Esto ha impactado tanto las dinámicas sociales y económicas, como los retos en salud pública (4,5). Dicho fenómeno de urbanización ha modificado el paisaje, imponiendo modos de vida urbanos en espacios que, hasta hace poco, mantenían una dinámica cotidiana e identitaria más próxima a lo rural. Por consiguiente, las discusiones de la mesa se centran en cómo esta transformación afecta la planificación de la región, los recursos disponibles, el aumento de la población, el funcionamiento del sector salud y la articulación con la ciudadanía.

Durante el encuentro, se abordaron temáticas clave que estructuran el debate. El primer aspecto abarca la percepción negativa de las personas sobre el sector salud. Al respecto, se destacan temas como la falta de confianza en las instituciones públicas, la desconexión entre las políticas de salud y las necesidades locales, la necesidad de mejorar la comunicación bidireccional entre la comunidad y las autoridades de salud para lograr un mayor impacto de las políticas y la implementación de programas. A partir de esto, se establecen las bases para entender otros desafíos, por ejemplo, la falta de transparencia y la necesidad de involucrar más a la población en las decisiones.

Después, la conversación se expande hacia un análisis profundo de la urbanización y su impacto en la salud de los residentes. Los participantes expresan preocupaciones sobre la contaminación y la falta de espacios verdes, que repercute directamente en la calidad de vida y el bienestar de la población. Este diálogo hace énfasis en la desconexión entre las políticas centrales y las realidades locales, y suma un consenso alrededor de la necesidad de adaptar las políticas públicas a los contextos territoriales específicos.

La conversación se cierra, destacando la importancia de fortalecer los liderazgos comunitarios y generar espacios de participación efectiva para que las voces de la comunidad sean escuchadas. Los participantes coinciden en que un esfuerzo conjunto entre la comunidad y las autoridades es esencial para mitigar los efectos de la urbanización, mejorar la percepción del sector salud y adaptar las políticas públicas a las realidades locales.

En suma, los temas y elementos principales que surgen del diálogo,

como insumo en la construcción de los retos, están relacionados con la urbanización acelerada de la región, el acceso al agua y recursos para los habitantes, el acceso al trabajo y las dinámicas de movilidad generadas entre Bogotá y los municipios aledaños, además de la necesidad de una articulación intersectorial que incluya fuertemente la voz y participación de la ciudadanía.

Retos para la región Central-Bogotá

El diálogo llevado a cabo en Zipaquirá permite identificar tres retos estratégicos clave para la salud pública en la región, fundamentales si se quiere avanzar hacia una política de salud más equitativa, inclusiva y sostenible. Estos son el resultado de la conversación, la reflexión y el debate, y el reflejo del tipo de actor, su subjetividad y la relación con el territorio. El primer reto corresponde a la necesidad de acciones intersectoriales para una gestión integral dado el desarrollo descontrolado de la región. El segundo retoma la garantía de acceso a un sistema de salud integral. Mientras que el tercero, promueve el fortalecimiento de la participación de diferentes grupos poblacionales en la salud pública. Los retos están alineados con los principios de dignidad humana, integralidad y participación ciudadana establecidos en la Ley Estatutaria de Salud, 1751 de 2015, y exigen una transformación profunda en la manera en que se formulan e implementan las políticas públicas de salud en el país (6).

Reto 1. Lograr acciones de planeación y articulación intersectoriales efectivas en búsqueda del desarrollo integral de la región.

Este reto se relaciona con el planteamiento de territorialización definido por los participantes, en el cual resaltan la relación de Bogotá con los municipios aledaños. Se construye a partir de tres elementos clave: 1) la dinámica poblacional y urbanización de la región; 2) los recursos e infraestructura disponible en la ciudad y los municipios vecinos, que desata algunas problemáticas medioambientales; y, 3) la necesidad de articulación intersectorial desde la cual se planee el desarrollo de la región que dé abasto a su demanda y permita posicionar la salud pública fuera del sector salud.

Los participantes de Zipaquirá, Chía y Cota señalan un crecimiento poblacional y una urbanización acelerada, observada en la densificación de barrios o en la construcción de torres de conjuntos residenciales en las zonas veredales: *"el crecimiento demográfico que influye en programas de infraestructura, en la necesidad de una planeación acorde (...) y dificultades ambientales que posiblemente puedan llegar a partir de ese crecimiento y de esa densidad poblacional que va aumentando en cada uno de los municipios"*. Sin embargo, ese crecimiento en ciudades y municipios no siempre es planeado o al menos no es pensado desde diferentes sectores institucionales. Se construyen barrios, pero con poco acceso a rutas de transporte, colegios, servicios de salud o públicos.

En efecto, el aumento de la población y la vivienda informal en la región van de la mano de una precaria oferta de servicios públicos, planeación, oferta laboral y participación política. En el caso de Bogotá y los municipios cercanos, este fenómeno ocurrió en dos momentos. El primero, con el



crecimiento poblacional y de vivienda informal, desde la década de los 80 hasta el 2000, y posteriormente, entre 2005 y 2018, con el aumento de la vivienda informal en los municipios vecinos y el proceso de metropolización de Bogotá (3).

El aumento de la población se da por diversos factores, que incluyen: las migraciones internas o internacionales, y oportunidades laborales o de estudio. Sin embargo, los participantes cuestionan qué tan preparada está la región para recibir a las personas que llegan: *"(...) ¿qué va a pasar a futuro con la capacidad de estos municipios en términos de infraestructura del sector salud, pero, por ejemplo, de agua potable, de alimentación con la llegada, digamos masiva [de personas]"*. Un fenómeno que ha generado unas dinámicas de dependencia de los municipios hacia Bogotá y desigualdades entre unos barrios de periferia y otros de centro, y entre las zonas rurales y los cascos urbanos (3).

El aumento de la densidad poblacional de la región, su urbanización y los recursos necesarios para responder a esta situación, evidencian problemas que, a la luz de los participantes, profundizan las desigualdades sociales: *"(...) nosotros veníamos con unos rezagos de problemas (...), la falta de acceso al agua universal que es para todo el mundo, pero eso se nos va a unir con que realmente la disposición o la disponibilidad de recursos naturales que usamos, pues nos va a afectar en la soberanía alimentaria, en el clima y en los recursos"*. Así, las problemáticas ambientales se profundizan con la urbanización acelerada y no planificada, afecta el bienestar y la salud de las comunidades, en particular de las zonas rurales.



Lo anterior, más que ser una responsabilidad de la propia ciudadanía, se identifica como un reto en la planificación y articulación que puede afectar o mejorar la salud pública.

Lo anterior, más que ser una responsabilidad de la propia ciudadanía, se identifica como un reto en la planificación y articulación que puede afectar o mejorar la salud pública. Por tal motivo, los participantes hacen un llamado a los demás sectores de la institucionalidad, así como a las comunidades a generar articulación y ejercicios de planeación, entendiendo que los temas de salud no se resuelven únicamente desde este sector: *"(...) uno de los retos es poder incluir o cómo hacer, cómo mejorar esa articulación y ese cumplimiento en cuanto a poder abordar esos determinantes que no dependen solamente de salud"*. Además, la falta de integración efectiva entre los sectores responsables de la salud pública y el medioambiente impide mitigar de forma colectiva y comunitaria estos efectos. Esto también supone llevar los temas de salud pública fuera del sector y posicionarlos como ordenadores del territorio. En este sentido, las poblaciones no solo enfrentan problemas de salud derivados de la contaminación y la deforestación, sino que también sufren las consecuencias del crecimiento urbano desmedido y la falta de acceso a servicios básicos (7).

Para los participantes, ante los problemas de una región con poca y muy sectorizada planeación, las acciones deben incluir una planificación territorial adecuada y la cooperación entre gobiernos regionales, comunidades locales y sectores de la institucionalidad: salud, medioambiente, educación, integración, inclusión, economía, entre otros. Sin mencionarlo explícitamente en la mesa, esto se corresponde con lo establecido en la Ley 2199 de 2022 que reglamenta y pone en funcionamiento la Región Metropolitana para articular la toma de decisiones territoriales frente siete áreas temáticas:

movilidad, servicios públicos, seguridad ciudadana, desarrollo económico, seguridad alimentaria, medio ambiente, y ordenamiento territorial (8). Lo anterior es una ventaja para la región Central-Bogotá, sin embargo, es necesario fortalecer esta articulación y hacerla explícita para todos los sectores, los gobiernos locales y la ciudadanía.

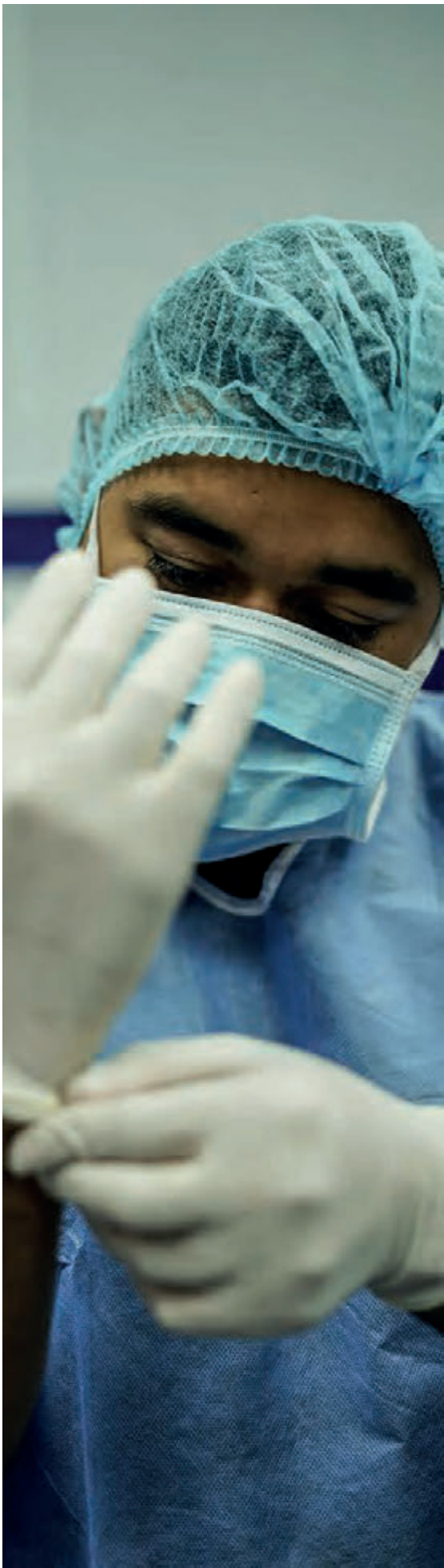
Reto 2. Garantizar el acceso efectivo a un sistema de salud integral, coordinado regionalmente y que garantice las condiciones laborales de los trabajadores de la salud.

Hay un acuerdo entre los participantes frente a la necesidad de un acceso efectivo al sistema de salud. Se resaltan dos elementos: 1) la dependencia de los habitantes de los municipios cercanos para acceder a servicios de salud en Bogotá; y 2) los elementos relacionados con la calidad y la humanización en los servicios, que tiene que ver, entre otras cosas, con las condiciones laborales de los trabajadores de la salud. Durante el diálogo, se insiste en la necesidad de la articulación entre las entidades que tienen incidencia en salud pública para superar las divisiones existentes.

Los participantes señalan la fuerte dependencia que tienen lo demás municipios de recibir atención médica en Bogotá, esto genera barreras de acceso administrativas y largos desplazamientos, además de sobrecargar el sistema de salud de la capital: *"(...) entonces como no llegaron a un acuerdo contractual entonces váyase para Bogotá, es un tema también de certificación y digamos de voluntad (...) política y administrativa"*. Esta situación no solo incrementa los costos de la atención, sino que limita la capacidad de las comunidades para recibir atención oportuna y adecuada. Hay una necesidad de descentralizar las decisiones en salud pública y fortalecer las redes locales. Al respecto, autores como Ostrom, enfatizan en la importancia de una gobernanza policéntrica, que permita descentralizar la toma de decisiones y fortalecer la coordinación regional para garantizar un acceso más equitativo a los servicios de salud (9).

El diálogo también presta gran importancia a la calidad de la atención en salud que se ha visto afectada principalmente por tres factores resaltados por los participantes. El primero es el problema de la contratación del talento humano en salud: *"(...) si en el territorio no le garantizan todas las garantías en un contrato laboral a un profesional de la salud, pues se va, entonces van a buscar mejores ofertas en otros territorios"*. El segundo plantea las condiciones de organización administrativa regional: *"esa articulación o intersectorialidad puede ser difícil, pues la administración pública es muy rígida"*. Como tercer elemento, identifican las dificultades de movilidad entre los municipios debido a su ruralidad: *"(...) sí creo que me gustaría cambiar (...) el tema de movilidad de las zonas rurales a donde se encuentran los servicios, sobre todo porque en las zonas rurales hay mucha población de adulto mayor que le cuesta salir"*. Los participantes proponen para la mejora en la calidad de la atención un ejercicio de la gobernanza más inclusiva y territorializada como paso esencial para garantizar las mejoras en infraestructura, organización y condiciones laborales que beneficien a las comunidades y permitan un acceso integral al sistema de salud.

Finalmente, los participantes consideran necesaria una mayor



comunicación entre entidades públicas y privadas de la región en beneficio de la salud pública: *"no ver los indicadores de salud pública como entidades diferentes, sino como una sola entidad, una sola región"*. Esto se alinea con los argumentos de diversos autores, quienes sostienen que los problemas de salud pública demandan soluciones transformadoras en la operación y toma de decisiones institucionales (10), además de la necesidad de cambiar las lógicas administrativas imperantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y pasar a una gobernanza más participativa y adaptativa (11,12).



Esta desconexión entre los sectores de salud, educación y desarrollo social crea barreras que impiden la colaboración efectiva y dejan a las comunidades fuera del proceso de toma de decisiones.

Dentro de las acciones relacionadas a este reto, surgidas en la mesa, figuran: 1) la mejora de la organización del sistema de salud regional que permita la eficacia de la atención priorizada, según las necesidades de los usuarios; 2) el reconocimiento y certificación de los servicios disponibles en los municipios que lleva a posibilidades de solución regional conjunta con menor centralización de los servicios de Bogotá; 3) la mejora de procesos de calidad no solo en instituciones prestadoras de salud (IPS) y entidades prestadoras de salud (EPS), sino en entidades municipales y departamentales; y, 4) facilitar la movilidad de grupos de especial protección de las zonas rurales a los lugares de prestación de los servicios, dadas las condiciones de vías terciarias en los municipios de la región.

Reto 3. Asegurar una participación inclusiva y equitativa de todos los grupos poblacionales en el proceso de políticas de salud pública.

Este reto se construye sobre la necesidad de la participación de la ciudadanía y las comunidades. Esto es un llamado de los participantes a la institucionalidad, pero también a que la población sea más activa en la construcción de la política pública regional en general, y en salud pública en particular. Esto se soporta en los siguientes elementos: 1) la participación de la ciudadanía en las diferentes fases de la política pública; 2) los mecanismos de participación; y 3) la articulación con la ciudadanía y poblaciones diferenciales. La participación debe considerarse como un reto que abarque todas las fases de las políticas públicas: la identificación del problema e inclusión del tema en la agenda gubernamental, la formulación, la implementación y la evaluación de estas. Un participante lo explicó así: *"(...) la política pública se construye como una suma de tareas entre sectores, pero no como una acción intersectorial coherente"*. Esta desconexión entre los sectores de salud, educación y desarrollo social crea barreras que impiden la colaboración efectiva y dejan a las comunidades fuera del proceso de toma de decisiones.

Otro participante señaló la fragmentación en los mecanismos de acción intersectorial como un obstáculo clave: *"(...) lo que se ve son gestores de diferentes sectores que trabajan en su propia dinámica, pero no logran llegar a nivel poblacional. No hay coherencia entre las políticas nacionales y la implementación a nivel municipal o local"*. Esta falta de coherencia y coordinación refleja una profunda desconexión entre las políticas diseñadas en los niveles centrales y las necesidades concretas de las comunidades.

Además, la participación comunitaria se ve afectada por la falta de un enfoque que promueva el pensamiento colectivo. Según los participantes,

las comunidades y los líderes están *"atados a la lógica de cumplir metas numéricas"*, en lugar de ser evaluados por el impacto real de sus acciones en el bienestar comunitario. Se propone que *"en lugar de medir la participación por el número de asistentes a una mesa, deberíamos enfocarnos en cuántos transforman sus modos de pensar o de actuar en beneficio de la comunidad"*. Esto implicaría crear mecanismos efectivos que faciliten la participación de todos los sectores de la población, especialmente de los más jóvenes y vulnerables con el fin de lograr políticas públicas inclusivas y transformadoras.

Durante el diálogo, se identifica que la participación de ciertos grupos poblacionales, especialmente los jóvenes, es prácticamente inexistente en los procesos de salud pública. Según uno de los asistentes, *"(...) la participación del joven en estos espacios, para poder que, dentro de esas políticas también se incluyan algunas necesidades de los jóvenes, pues no, no están."*. Esta falta de participación se relaciona con los obstáculos que presentan los mecanismos y las instancias de participación, ya que la institucionalidad recurre a los mismos ejercicios: reuniones y asistencias donde se supone que las comunidades quedan informadas o participan, pero se trata de *"(...) un tema de participación efectiva, y no es la participación de venir y llenar el listado"*.

Lo anterior evidencia la necesidad de demandar a la institucionalidad que asegure la participación de diferentes grupos poblacionales en las políticas de salud pública para la ciudadanía y la juventud en particular, y, que, además, resalte los temas de salud mental como prioritarios. Frente a esto, Sørensen y Torfing destacan que la gobernanza en red es crucial para lograr una mayor intersectorialidad y la incorporación de voces diversas en la toma de decisiones (13). Feijoo y Vommaro también subrayan que la participación comunitaria activa es esencial para evitar que las políticas reproduzcan las desigualdades que intentan corregir (14). En Colombia, experiencias como el Cabildo Ciudadano han demostrado la efectividad de metodologías participativas en la creación de políticas de salud más inclusivas, que permitan a las comunidades deliberar y cocrear soluciones (15). La inclusión de estas metodologías no solo garantizaría una mayor representatividad, sino que fortalecería la legitimidad de las políticas públicas al incorporar los saberes y experiencias de las comunidades directamente afectadas.



Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Proyecciones de población Pre COVID-19 y Post COVID-19. Proyecciones de población a nivel municipal Periodo 2018 - 2035. [Internet]. 2023. Disponible en: https://tinyurl.com/h2dr992v
2. Contraloría de Bogotá. Estudio – Región Metropolitana Bogotá -Cundinamarca, Situación actual y perspectivas. Plan Anual de Estudios – PAE [Internet]. 2023. Disponible en: https://tinyurl.com/5yx68jr8
3. Camargo A. Metropolización y crecimiento informal: dinámicas de movilidad residencial intermetropolitana en Bogotá y los municipios aledaños. EURE. 2023;49(148):1-24.
4. Martínez O. El proceso de urbanización en los municipios de la Sabana de Bogotá. Ánfora. 2015;22(38):85-111.
5. Rincón M, Hernández J. Urbanización informal en Bogotá, entre la teoría y la política urbana. Rev Bras Gestao Urbana. 2022;14:1-15.
6. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015 [Internet]. 2015. Disponible en: Bogotá: Congreso de Colombia
7. Santos B. Epistemologies of the South: Justice Against Epistemicide. Routledge. 2014.
8. Congreso de Colombia. Ley Orgánica 2199 - 2022 [Internet]. 2199 2022 p. 35. Disponible en: https://minvivienda.gov.co/sites/default/files/normativa/ley-2199-de-2022.pdf
9. Ostrom E. Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action. Cambridge University Press; 1990.
10. Hoppe R. The Governance of Problems: Puzzling, Powering and Participation. Policy Press; 2010.
11. Chica S. La nueva gestión pública en América Latina: desafíos y perspectivas críticas. Universidad Nacional de Colombia; 2020.
12. Pinzon Segura MC, Salamanca Ruiz OL, Martínez Porras SI, Roth Deubel AN. Formación posgraduada y modos hegemónicos de análisis de políticas públicas. Rev Salud Pública. 1 de septiembre de 2022;24(5):1-7.
13. Sørensen E, Torfing J, editores. Theories of Democratic Network Governance [Internet]. London: Palgrave Macmillan UK; 2007 [citado 7 de octubre de 2024]. Disponible en: http://link.springer.com/10.1057/9780230625006
14. Feijoo M, Vommaro G. Políticas Públicas y Participación: Aportes a la Gestión Pública en América Latina. CLACSO;
15. Pinzón-Segura MC, Ballesteros-Cabrera MDP, Aragón-Joya YA, Cajamarca-Loaiza LF, Roth-Deubel AN. Deliberative dialogue on euthanasia in girls, boys and adolescents. Prequel to the Cabildo Ciudadano (Citizen Council) carried out in Colombia. Colomb Medica Cali Colomb. 2022;53(4):e2015148.

Región central Bogotá

Municipios

Boyacá

Almeida
Chivor
Garagoa
Guateque
Guayatá
Macanal
Miraflores
Somondoco
Sutatenza
Tenza

Cundinamarca

Bogotá, D.C.
Anapoima
Anolaima
Arbeláez
Bojacá
Cachipay
Cajicá
Cáqueza
Chía
Chipaque
Choachí
Cota
El Colegio
El Peñón
El Rosal
Facatativá
Fómeque
Fosca
Funza
Fusagasugá
Gachalá
Gachetá
Gama
Granada
Guasca
Guayabetal
Gutiérrez
Junín
La Calera
La Mesa
La Vega
Madrid
Mosquera
Pacho
Paime
Pasca
Quetame
Apulo
San Antonio Del Tequendama
San Cayetano
San Francisco
Sasaima
Sibaté
Silvania
Soacha
Sopó
Subachoque
Supatá
Tabio
Tena
Tenjo
Tibacuy
Tocancipá
Topaipí
Ubalá
Ubaque
Une
Vergara
Villagómez
Viotá
Zipacón
Zipaquirá

Meta

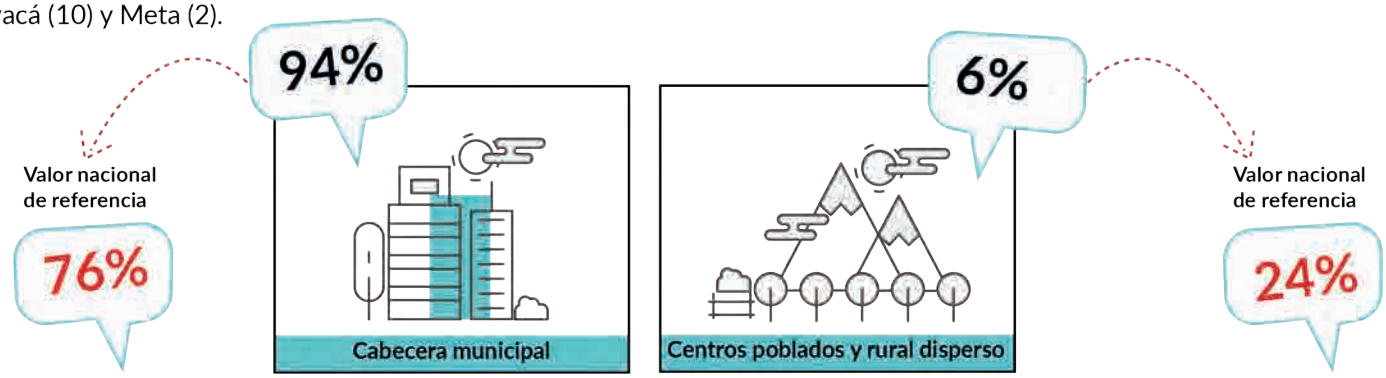
El Calvario
San Juanito

Ficha de caracterización

Región
Central Bogotá

1. Descripción general

La región Central Bogotá está conformada por 74 municipios dentro de los departamentos de Cundinamarca (62), Boyacá (10) y Meta (2).

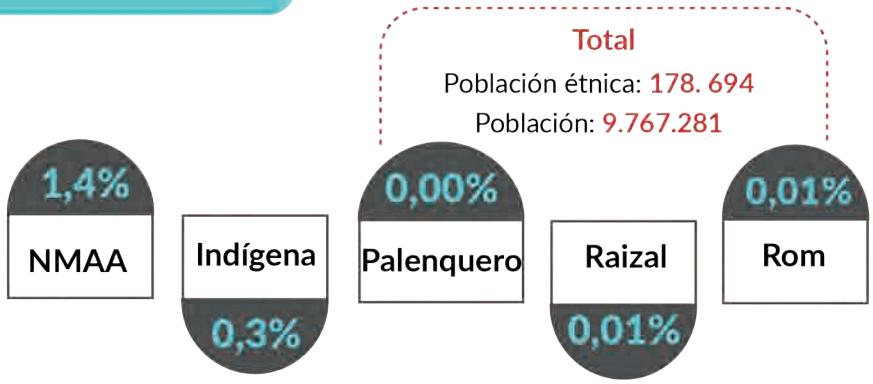


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

La región presenta un alto grado de urbanización, con un porcentaje considerablemente mayor de su población, residiendo en cabeceras municipales en comparación con la media nacional. La proporción de población en centros poblados y rural disperso es menor al promedio nacional, indicando una tendencia hacia la concentración en áreas urbanas.

2. Demografía y población

En la región, la mayor parte de la población étnica se identifica como NMAA (1.45%), seguida por la población indígena (0.36%). Otros grupos étnicos como Palenquero, Raizal y Rom tienen una representación mínima. Estos valores son menores que las proporciones nacionales, lo que indica una menor diversidad étnica en la región.

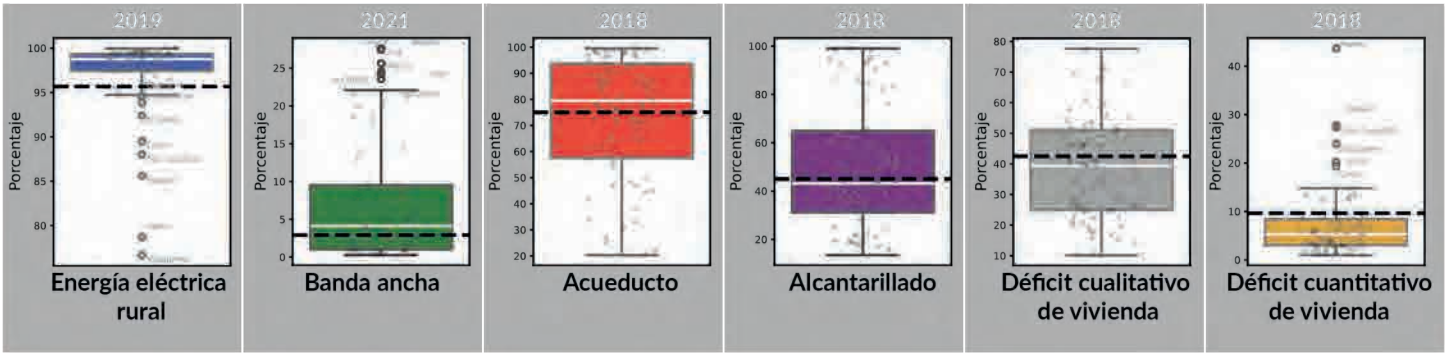


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La región muestra alta cobertura de energía eléctrica rural, con pocos valores atípicos. Sin embargo, existen discrepancias significativas en otros servicios como banda ancha y acueducto, donde algunos municipios tienen una cobertura notablemente inferior a la mediana nacional. En cuanto a los déficits de vivienda, se observa mayor variabilidad y la presencia de varios municipios con indicadores por debajo de la media nacional.

Cobertura de servicios de la región Central Bogotá

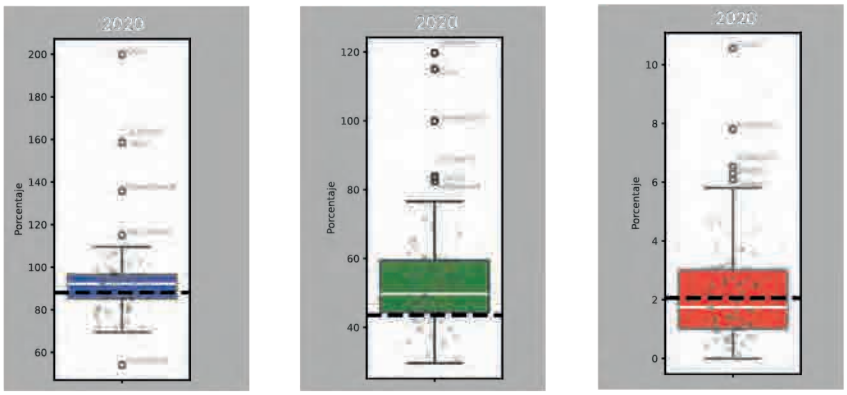


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

4. Educación

En educación básica, la mayoría de los municipios alcanzan o superan la mediana nacional, pero en educación media se observan amplias variaciones y algunos municipios con baja cobertura. Las tasas de deserción también presentan variabilidad, con ciertos municipios muy por encima del promedio nacional, lo que sugiere desafíos específicos en la retención escolar.

Acceso a la educación

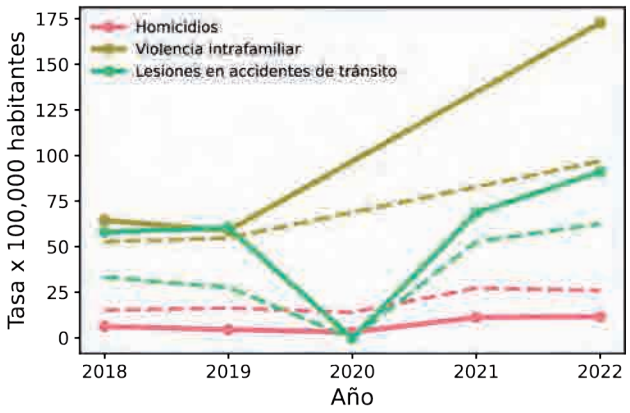


Cobertura neta en educación básica | Cobertura neta en educación media | Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios en la región han permanecido consistentemente por debajo de la mediana nacional. Sin embargo, la violencia intrafamiliar muestra un aumento significativo, superando los niveles nacionales en los últimos años. Las lesiones por accidentes de tránsito han seguido una tendencia ascendente desde 2020, lo que refleja un incremento en incidentes viales.

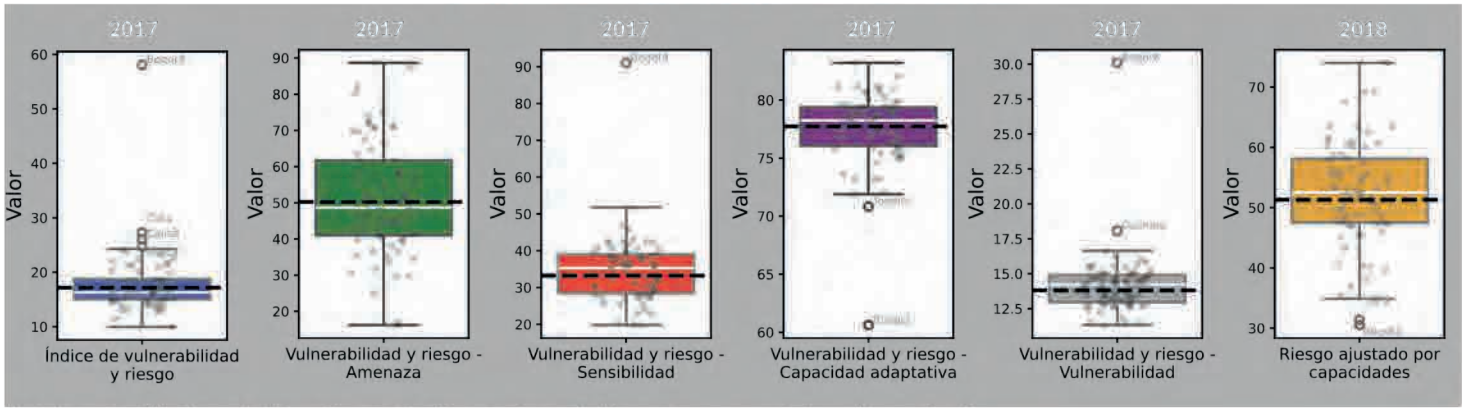


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

El índice de vulnerabilidad en la región tiene una mediana cercana a 18, mientras que la mediana nacional es aproximadamente 30. En el componente de amenaza, la mediana regional se sitúa en 50, por debajo de la mediana nacional de 60. La capacidad adaptativa presenta una mediana de 75, con algunos municipios que alcanzan valores cercanos a 85, esto contrasta con el promedio nacional de 70.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

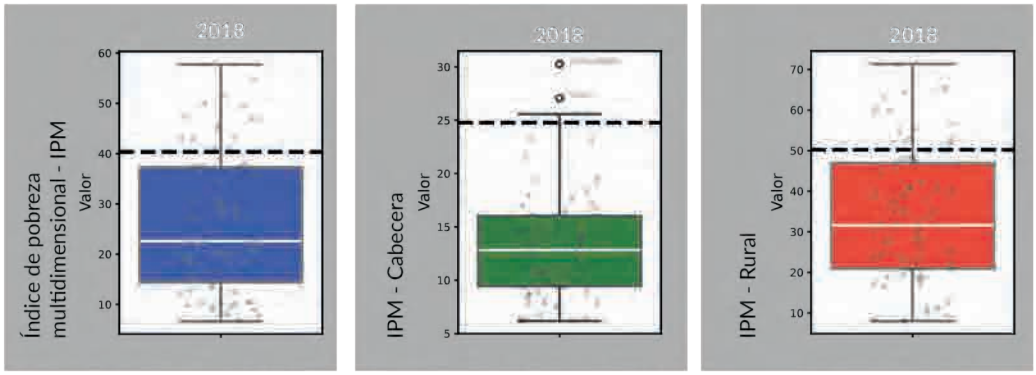


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

La mediana del IPM en áreas rurales es de 31, mientras que en áreas urbanas es de 12,5. Esto significa una mayor incidencia de pobreza en zonas rurales. La mediana nacional para áreas rurales es de 50 e indica que la región tiene niveles de pobreza más bajos que el promedio nacional. En áreas urbanas, la dispersión es menor, con algunos municipios superando el valor nacional de 25.

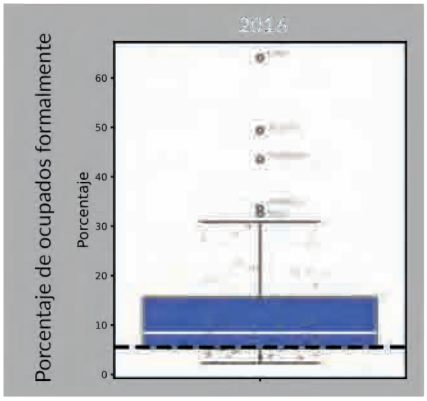
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

El porcentaje de ocupación formal en la región tiene una mediana del 9,7 %, considerablemente por encima de la mediana nacional del 5,6 %. Algunos municipios alcanzan hasta un 60% de empleo formal, mientras que otros se sitúan por debajo del 5%, reflejando desigualdades significativas en el acceso a empleo formal.



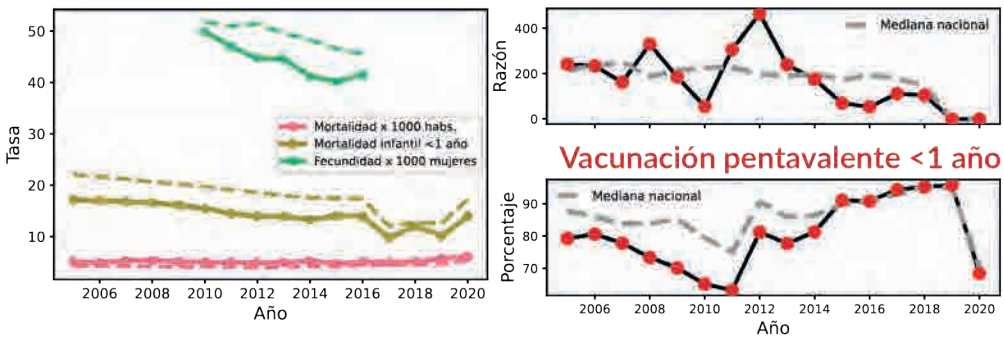
Nota: la línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

La tasa de mortalidad general en la región (Tabla 1) se ha mantenido en torno a 5.5 muertes por cada 1,000 habitantes, por encima de la mediana nacional que fluctúa alrededor de 4.5. La razón de mortalidad materna muestra variabilidad, con picos que superan las 350 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que el valor nacional se mantiene por debajo de 200. La cobertura de vacunación pentavalente varía entre 70% y 90%, generalmente por debajo de la media nacional del 85%. La fecundidad ha disminuido de 50 a 40 nacimientos por cada 1,000 mujeres en edad fértil.

Mortalidad materna a 42 días

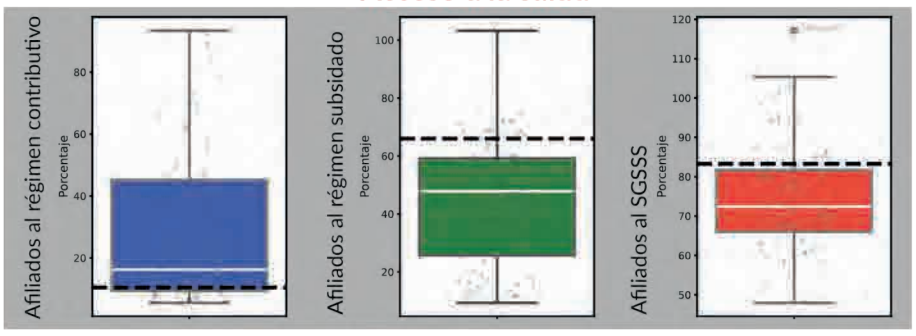
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: la línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

El porcentaje de afiliación al régimen contributivo es de aproximadamente 25%, mientras que la mediana nacional es de 30%. Para el régimen subsidiado, la mediana regional alcanza el 50%, en comparación con el 60% a nivel nacional. Algunos municipios tienen una afiliación al Sistema General de Seguridad Social que supera el 100%, lo que sugiere posibles duplicaciones en el reporte de afiliación.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	90,50	78,50	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	53,50	25,70	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	34,40	25,70	Disminuyó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1,80	73,50	Aumentó
Agresiones (homicidios)	38,50	13,10	Disminuyó
Las demás enfermedades del sistema digestivo	25,10	15,40	Disminuyó
Diabetes mellitus	25,90	13,20	Disminuyó
Infecciones respiratorias agudas	22,40	14,20	Disminuyó
Enfermedades hipertensivas	22,20	14,70	Disminuyó
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	18,30	16,20	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias en comparación con el periodo 1998-2002 fueron: las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon y enfermedades hipertensivas. Para las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, la tasa pasó de 1.8 a 73.5 por cada 100,000 habitantes. La tasa de tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, cambió de 18.3 a 16.2, y la de enfermedades hipertensivas varió de 22.2 a 14.7. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región (Tabla 2).

Tabla 2. Top 10 tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	51,13	49,16	No diferencia
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	34,11	70,42	Aumentó
Cáncer de la mama y cuello uterino	20,25	0,00	Disminuyó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	321,50	308,39	No diferencia
Enfermedad similar a Influenza Infección Respiratoria Aguda Grave (Vigilancia centinela)	20,95	19,82	No diferencia
Infección respiratoria aguda grave (IRAG) inusitado	2,45	473,18	Aumentó
Intento de suicidio	38,20	77,99	Aumentó
Intoxicación por medicamentos	27,39	55,23	Aumentó
Varicela individual	195,67	0,00	Disminuyó

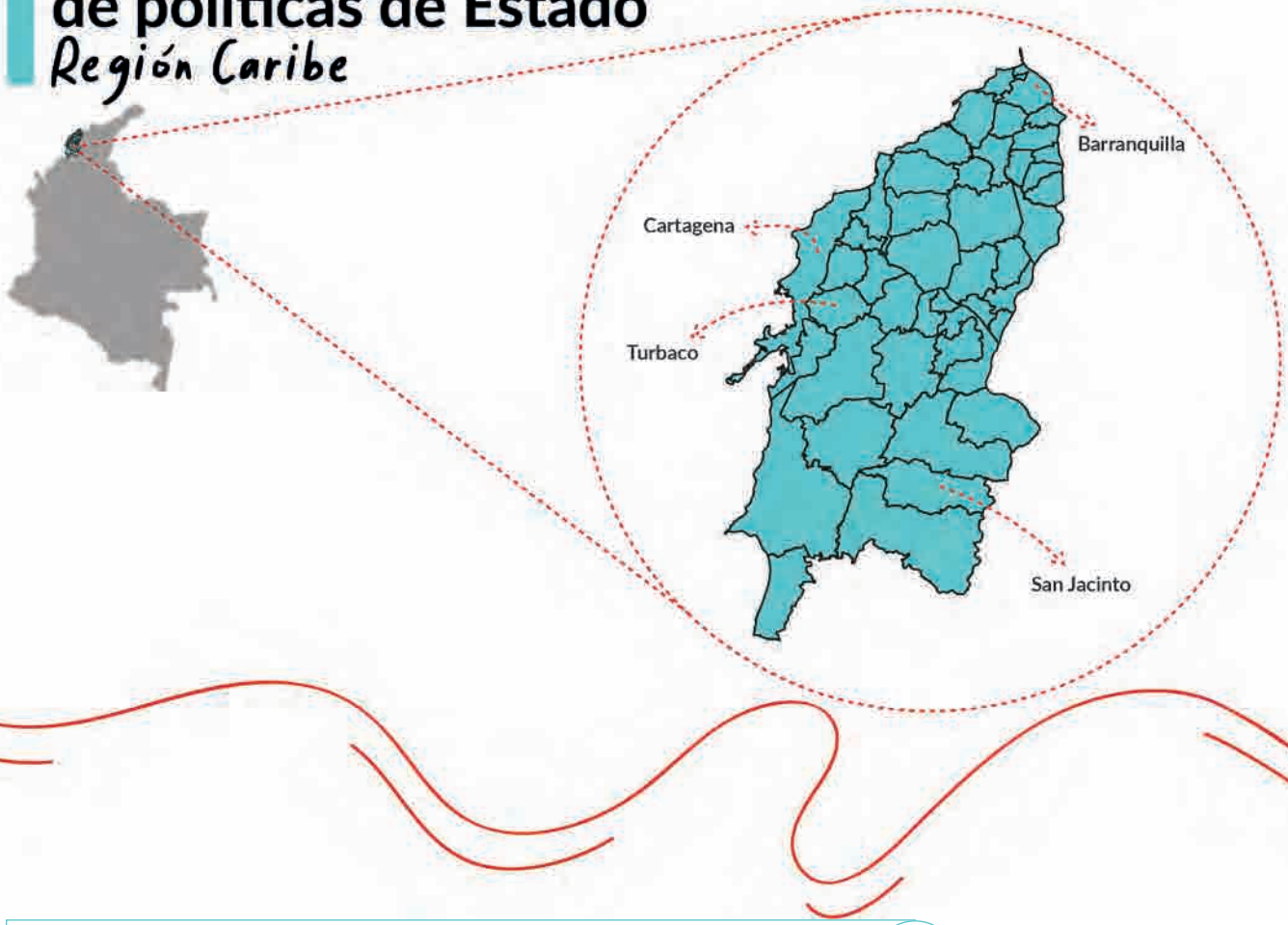
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado), Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y intento de suicidio. La tasa de IRAG inusitado fue de 473.18 por cada 100,000 habitantes, superando la media nacional de 87.51. Para agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, la tasa registrada llegó a 308.39, superando la media nacional. Por último, la tasa de intento de suicidio alcanzó 77.99, por debajo de la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, lo cual puede reflejar un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias
1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx
5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Integralidad, salud mental y desigualdad: oportunidades para el fortalecimiento de políticas de Estado

Región Caribe



Jean Carlo Pineda-Lozano, Luz Stella Cantor-Poveda, Diana Patricia Díaz-Jiménez, Karol Cotes Cantillo, Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

La región Caribe está ubicada al noroeste del país y la integra 23 municipios de Atlántico, 19 de Bolívar y dos de Sucre, para un total de 44. Es una región con una amplia variedad de playas como las Islas del Rosario, San Bernardo y Tolú, y con una topografía muy diversa. Tiene una posición geográfica estratégica que facilita el comercio a través del mar Caribe. Las actividades que se destacan son la agricultura, ganadería, minería, industria, turismo y transporte marítimo (1). No obstante, los sectores agropecuarios e industriales han perdido un peso relativo, mientras que la minería y los servicios han registrado cambios importantes que le han permitido ganar participación en la producción nacional. La industria está concentrada en Barranquilla y Cartagena (1), sin embargo, el índice de pobreza multidimensional (IPM) muestra una gran variabilidad, especialmente en áreas rurales respecto a la urbana, lo que sugiere desigualdad y muestra que gran parte de los municipios de la región Caribe tienen niveles de pobreza más altos que la mediana nacional.

Esta región se caracteriza por una alta concentración de la población en áreas urbanas. Del total de 4,1 millones de habitantes de la región, el 15,6% se reconoce como negro, mulato y afrodescendiente, valor mayor que el promedio nacional del 9,1%. Respecto a servicios públicos, esta

región alcanza una cobertura del 95% en energía eléctrica, aunque con problemas estructurales de costos y abastecimiento graves (2), por su parte, la cobertura de banda ancha apenas supera el 2,5%, mientras que el acueducto supera el 80%. Estos dos últimos servicios están por encima de la cobertura mediana nacional.

Con respecto al concepto de territorio, los participantes de la mesa lo describen como un espacio físico y geográfico donde se tejen la cultura, los saberes y la vida en comunidad, marcado por la diversidad y las condiciones sociales, políticas y económicas que moldean el día a día. Ven el territorio como un lugar compartido en el que personas con necesidades e intereses comunes conviven, respetan normas, buscan el bienestar colectivo y enfrentan juntos desafíos, por ejemplo, las enfermedades y la violencia. También, se menciona la virtualidad como una nueva forma de territorio, especialmente relevante para niños y jóvenes, quienes encuentran en el mundo digital un espacio de interacción y ocio. En el territorio, confluyen tradición, desarrollo y diversidad. Es un lugar donde interactúan determinantes sociales y de salud, y donde se manifiesta un fuerte sentido de pertenencia y orgullo.

Balance de los principales hallazgos

El 61% de los participantes de la mesa son mujeres, con presencia de población afro y descendientes de campesinos e indígenas. El 33% son víctimas del conflicto armado. Se cuenta con la participación de personas provenientes de Cartagena, Arjona, Santa Catalina, Magangué, El Salado, María La Baja, Turbaco, San Jacinto (Bolívar), San Pedro (Sucre) y Barranquilla (Atlántico). El 56% de los actores pertenecen a la sociedad civil como fundaciones que trabajan por la niñez y juventud, juntas de acción comunal y organizaciones no gubernamentales dedicadas a la salud pública, poblaciones vulnerables, líderes LGBTIQ+, víctimas de conflicto armado, defensa de los derechos humanos y prevención de la estigmatización de estas poblaciones; el 33% de los actores representan a entidades gubernamentales: secretarías de salud o alcaldías; y el 11% provienen de la academia. La edad promedio del grupo es de 42,7 años.

Los representantes de la sociedad civil desempeñan distintos roles en sus comunidades, principalmente son líderes comunitarios y gestores de salud con diversas poblaciones, mientras que desde el sector institucional están a cargo de salud pública y de los temas de género y juventud. La mesa cuenta también con el aporte de profesionales en psicología, derecho, química farmacéutica, enfermería, medicina, comunicación social, politología y pedagogía. En su experiencia personal, familiar y comunitaria, algunos han tenido que sobrellevar algunas enfermedades (cáncer, VIH, Síndrome de Wolf-Parkinson-White, fibrosis quística y diabetes), sin embargo, armonizan en su cotidianidad sus particularidades personales y familiares de salud con la labor apasionada en favor de sus territorios, manifiestan abiertamente el compromiso y el gusto por trabajar con y por las comunidades, en defensa de sus derechos y contar con la sensibilidad social a favor de la construcción de mejores escenarios de convivencia.





En cuanto al concepto de salud pública, emergen palabras como *"individuo"*, *"colectivo"*, *"comunidades"* y *"Estado"*, cualidades como la equidad, calidad, corresponsabilidad, eficiencia y accesibilidad y situaciones/acciones, por ejemplo, cuidado, intervención, enfermedad, convivencia, gobernanza y educación. En cuanto a las emociones asociadas, predominaron aquellas positivas: *"alegría"*, *"tranquilidad"*, *"felicidad"* y *"esperanza"*, aunque también se mencionan *"tristeza"*, *"angustia"* y *"enojo"*.

La salud pública se plantea en la mesa por lo menos desde tres perspectivas: 1) acciones y construcciones dirigidas a la sociedad en las que intervienen las autoridades gubernamentales; 2) *"la ciencia y arte de organizar y dirigir los esfuerzos individuales y colectivos para el manejo de diversos determinantes que afectan e impactan los procesos de salud del individuo y la comunidad"*; y 3) un estado de bienestar y herramienta para vivir en armonía física-mental-social. Los participantes consideran que la salud pública se logra a través del *"control y la prevención de eventos en salud pública, promoviendo un interés comunitario y social"*, del desarrollo e implementación de políticas, programas y de la inspección y vigilancia por parte de la población usuaria. Según la mesa, la salud pública implica al mismo tiempo el reconocimiento de los derechos y deberes individuales y colectivo, empatía, respeto y capacidad de servicio y ser conscientes de que va más allá de la infraestructura en salud y el acceso a medicamentos y servicios.

La mesa se caracteriza por tener actores diversos, entre ellos, docentes con amplia trayectoria y meditadas reflexiones en el campo de la salud pública, así como funcionarios públicos de territorialidades e instituciones variadas. La presencia de estas voces y su enunciación como expertos o funcionarios con injerencia en salud pública orienta las discusiones iniciales hacia dos temas que son seleccionados por la mayoría de los participantes en tanto que reto de estudio. El primero es la tendencia a enfocarse en conocimientos cada vez más específicos y lo exponen como la *"compartimentalización del conocimiento"* y sus implicaciones en la salud pública. En segundo lugar, un tema más cotidiano y cercano para todos los participantes, es la salud mental en la población.

La discusión sobre la compartimentalización del conocimiento en salud se expresa en forma de tendencia creciente en las ciencias de la salud hacia la especialización extrema en áreas cada vez más específicas y aisladas. Esta fragmentación dificulta la implementación de un enfoque integral en el diseño y despliegue de las políticas y acciones en salud pública, ya que aspectos políticos, de realidad social, necesidades de la población, asignación presupuestal, ejecución de programas, tienden a abordarse de manera independiente. Esto lleva a señalar puntos en común en torno a la gobernanza en salud, los deberes en salud de los ciudadanos y la relevancia que tiene la formación del talento humano con bases sólidas en salud pública y cómo esto potencialmente puede repercutir en la formulación de políticas públicas integrales. Se señala la falta de continuidad de los procesos de salud pública en las instituciones, los pocos incentivos que se generan para quienes trabajan o se forman en esta área y las repercusiones de la pérdida de continuidad de funcionarios en la misión de las instituciones, dados los modelos de contratación preponderantes en el sector público.

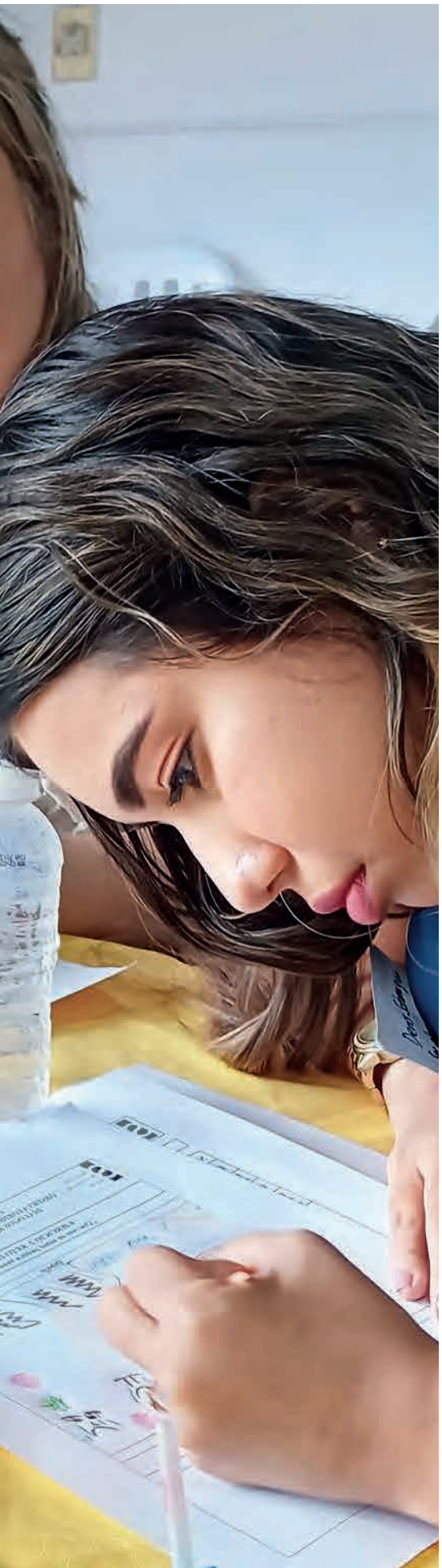
Sobre la salud mental, *"un tema que nos toca a todos"*, se plantean detonantes de actos impulsivos relacionados con trastornos en salud mental, como depresión, ansiedad o el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en jóvenes y niños: *"(...) no se imaginan la cantidad de niños que vemos a diario en los colegios, en los parques, en las calles, y niños de siete años te dicen que no quieren vivir, que no le encuentran sentido a su vida, que quieren que esto se acabe"*. Los participantes llaman la atención sobre la insuficiente prioridad que los gobiernos otorgan a la salud mental y cómo esto se refleja en los presupuestos asignados para estas intervenciones: *"(...) la salud mental ha sido históricamente, al interior de la salud pública, un poco la cenicienta, porque si a uno lo quieren que lo quieran en el presupuesto, y uno ve que los presupuestos dedicados a las actividades de salud mental, de prevención, de control, todas estas, son muy marginales"*. Además, se suscitan interpelaciones ciudadanas hacia representantes de las secretarías de salud, pues las intervenciones descritas, así como la disposición de psicólogos o espacios de escucha para la población, parecen ser insuficientes o de difícil acceso y se producen en forma de respuestas paliativas a problemas desbordados y reflejados en los indicadores, sin una visión preventiva por parte de las entidades responsables.

Asimismo, los participantes relacionan los trastornos en salud mental con condiciones sociales y económicas desfavorables. Plantean que la población en las condiciones socioeconómicas más difíciles es también la más vulnerable en salud mental, así como en otras dimensiones de la salud. Se hace mención sobre las repercusiones del conflicto armado en la salud mental, especialmente en la región de Montes de María, azotada por el conflicto armado, y cuyos representantes acusan al Estado de olvidarles, no otorgar las garantías de atención en salud que la población necesita y tener consecuencias en eventos diversos desatados por las dinámicas históricas que ha dejado el conflicto en la región: *"(...) hicimos una caracterización en los Montes de María y la atención a la población víctima por parte de salud mental era nula"*.

En la mesa, se llama la atención sobre la necesidad de una atención en salud con enfoque diferencial que considere los efectos de la pobreza, la desigualdad y la vulnerabilidad socioeconómica, además de todo el espectro de la diversidad humana, entre estos el género, poblaciones diversas como la LGBTIQ+, grupos étnicos, personas en situación de discapacidad y más: *"(...) yo hablaba con la gente de la asociación de sordos de Bolívar y me decían, nos sentimos vulnerados cuando vamos a una atención médica porque el médico no me mira a mí, mira a mi acompañante, no me mira, porque su interlocutor válido es el que le está hablando, no tienen a alguien que hable conmigo en lengua de señas"*.

Un último tema que acapara la atención y conduce a varias intervenciones corresponde a la información en salud pública para guiar la toma de decisiones, particularmente en el ámbito de la salud ambiental. Los actores destacan la importancia de contar con sistemas de información en salud ambiental que permitan tomar decisiones basadas en datos y esto conlleve a una mejoría en el manejo de riesgos medioambientales que repercuten en la salud de los habitantes de la región.





Retos para la región Caribe

Los diálogos en esta región conducen a la identificación de cuatro retos estratégicos en salud pública. En primer lugar, plantean la necesidad de establecer transformaciones en el manejo de las políticas públicas para que primen las de Estado sobre las de gobierno y así las iniciativas transformadoras logren mayor integralidad, perdurabilidad e impacto. En segundo lugar, se reconoce que la falta de comprensión de la salud mental limita las posibles intervenciones, por lo que es necesario la generación de capacidades que favorezcan dicha comprensión. El tercer reto apela a la demanda ciudadana de atención sanitaria con enfoques diferenciales verdaderamente aplicados a las particularidades y necesidades de la región y que permitan el cierre de brechas. Finalmente, se destaca la urgencia en tomar decisiones en materia de salud ambiental, de manera informada a partir de información confiable.

Reto 1. Lograr políticas públicas de Estado que incluyan una visión integral de salud pública para que "cada uno no pinte la casa a su manera".

La construcción de este reto parte de entablar tensiones en tres grandes temas de discusión que captan la atención de la mesa: la compartimentalización de los conocimientos, la continuidad en los procesos en salud pública y la gobernanza. Las personas defienden la idea de que las políticas públicas de la región y del país no son integrales, sino que abordan los temas de manera segmentada. Además, el propio sistema político está compartimentalizado y no necesariamente garantiza que las políticas de gobierno vayan en consonancia con las políticas de Estado, ni que cada nuevo gobierno de continuidad a los proyectos e iniciativas en la región. Esto impacta directamente el desarrollo de la salud pública: *"(...) lo que uno ve es que cada cosa va por aparte y eso va a impedir el desarrollo de una política integral, que es lo que ha afectado realmente el desarrollo de la salud pública. No más el punto de vista político implica que cada cuatro años se lanza una nueva política, no se toma en cuenta lo que se ha venido trabajando y es volver a iniciar, y eso hace que no haya una política clara duradera y sobre todo que no se midan los impactos que se van a tener en la comunidad y en la población".*

De acuerdo con los participantes, estas lógicas de compartimentalización también se identifican en los procesos de formación de profesionales, particularmente en ciencias de la salud, en donde se espera se eduquen a los tomadores de decisión con injerencia en la salud pública de la región. Hay una tendencia a formar profesionales desde conocimientos fragmentados y aislados, con el agravante de no incluir un componente formal y profundo en salud pública en los currículos: *"(...) salud pública y humanidades son materias que son el relleno, la costura, están completamente disgregadas, no tienen un hilo curricular, o sea el estudiante no les ve la importancia".* Esto conlleva a que la región mantenga una deuda histórica con la formación y la generación de evidencia en salud pública: *"(...) en la región Caribe, que es tres veces la población de Panamá, no tenemos un doctorado en salud pública, y apenas tenemos dos o tres programas de maestría en salud pública, los cuales son muy poco demandados"*. A la vez, el incentivo que otorga el sistema de salud colombiano a la atención clínica individual deja desprotegida la

atención integral, alguna vez considerada en el modelo de atención integral territorial (MAITE) (3) y no la aterriza a los territorios.

Dicha falta de incentivo en salud pública se traslada al ejercicio de los profesionales dentro de las instituciones responsables en el territorio, donde no existen los cargos de planta y el talento humano es contratado mayoritariamente por orden de prestación de servicios. Esta figura, en principio, busca que las entidades celebren contratos con personas naturales, cuando dichas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieren conocimientos especializados (4), pero se convirtió en la principal forma de contratación en las entidades públicas del territorio con participación en temas de salud. El predominio de esta forma de contratación en el sector salud desincentiva al talento humano en salud pública, puesto que genera condiciones precarias de empleabilidad, falta de estabilidad laboral y reprocesos, dada la rotación permanente del personal: *"(...) los incentivos que tienen los profesionales para involucrarse con la institucionalidad son muy pocos en el sentido de que no hay estabilidad para estar en esos espacios"*. Además, se les exige trabajar los primeros meses del año incluso sin contrato ni remuneración: *"(...) el tema de la sostenibilidad del recurso humano en salud en nuestro país, la vida se acaba los 31 de diciembre"*. La falta de continuidad del personal se traduce, también, en una falta de continuidad en las actividades misionales de las instituciones y contribuye a la falta de articulación.

Hay un fragmentación presupuestal en la institucionalidad y la función pública que se debe, según la mesa, a una visión que prioriza acciones de forma aislada, en lugar de abordarlas de manera integral, lo que impide un uso más eficiente de los recursos: *"(...) tenemos una sociedad altamente desigual, con altos niveles de pobreza y miseria, es decir, personas con incapacidades estructurales para atender sus contingencias, para atender sus necesidades, y que necesitan de toda la institucionalidad, pero la institucionalidad nuestra es absolutamente fragmentada, eso condena a que lo que hay que hacer parte con restricciones desde la propia institucionalidad, porque se disgregan y se fragmentan incluso los presupuestos, en cada Secretaría hay un rubro pequeñito para atender la misma cosa que podría atenderse de manera integral"*. Esto impacta a la ciudadanía en múltiples dimensiones y refleja una falla estructural en la capacidad estatal para articularse y responder de manera efectiva a las necesidades complejas de la población. Ámbitos tan diversos como la atención en salud, educación, protección social y la respuesta a emergencias se ven perjudicados. En el caso de la fragmentación de la atención en salud, las personas enfrentan interrupciones en los servicios que generan redundancias, sobrecostos y desenlaces clínicos adversos (5).

Como llamado a la acción, la mesa enfatiza en que es fundamental avanzar hacia una gobernanza sólida, entendida como una forma de gobernar que involucra la participación de diversos actores, donde la coordinación y la negociación son claves para la toma de decisiones. Esta gobernanza debe trascender el ámbito de los ciclos del gobierno de turno y la burocracia institucional y, en su lugar, debe abarcar procesos complejos que reconozcan el rol de cada actor, brindando espacios para la consulta, la negociación y la toma de decisiones colectivas (6). Para lograrlo, hay que fomentar políticas de Estado perdurables con una mirada programática, orientadas a la salud





pública integral. Esto implica diseñar estrategias que combinen la voluntad política, el respeto a la democracia reflejada en la elección de un proyecto político que gobierna, la realidad técnica y la capacidad presupuestal, de forma tal que se asegure la asignación eficiente de los recursos: *"(...) creo que un tema de gobernanza, articulación, tener en cuenta a todos los actores del sistema, pero debe ser más allá de una política de gobierno, tiene que ser políticas de Estado (...) estamos trabajando con lo que el gobernante local está queriendo hacer, y entonces hay un CONPES de 15-30 años y nadie le está prestando atención"*. La prioridad debe centrarse en establecer políticas intersectoriales sostenibles que no se interrumpan por el cambio de administración, sino que promuevan la continuidad y el mejoramiento progresivo de las iniciativas ya en marcha.

Asimismo, la academia tiene un papel protagónico en esta transformación al formar profesionales del más alto nivel, capaces de estructurar, implementar y articular políticas integrales con un enfoque ético y de empatía hacia las comunidades. Se requiere una revisión de los currículos académicos para fortalecer la enseñanza en salud pública, que promueva la integración de conocimientos y habilidades que respondan a las necesidades territoriales. A largo plazo, esto contribuirá a cerrar la brecha en la formación de talento humano de alto nivel en la región, capaz de enfrentar los desafíos de salud pública territoriales, que promuevan una visión menos fragmentada y no se limite al enfoque médico-asistencial, hasta abarcar los determinantes sociales de la salud con un enfoque en donde la equidad y la inclusión son prioridades. También, un talento humano enfocado en las problemáticas locales bajo una visión integrativa será posible solo si se dan los incentivos adecuados para que los profesionales se interesen en la salud pública de la región y se garanticen las plazas laborales con formalidad, dignidad y designación de los cargos de acuerdo con el mérito.

Reto 2. Generar capacidades y nuevos escenarios de acción y comprensión de la salud mental que permitan realizar intervenciones articuladas con los actores territoriales y comunitarios.

La región enfrenta condiciones sociales complejas entre las que destacan diversas expresiones de violencia, como el conflicto armado, la delincuencia organizada, la violencia intrafamiliar y de género. Además, un alto porcentaje de la población vive en condiciones de precariedad, y se reportan fenómenos de discriminación hacia personas debido a su género u orientación sexual. Además, se ha normalizado el consumo excesivo de alcohol, entre otras problemáticas. Según los participantes, estas situaciones no solo afectan gravemente la salud mental de la población, sino que también son un reflejo de las profundas afectaciones del conflicto armado. Sin embargo, las respuestas de las autoridades gubernamentales han sido inadecuadas o insuficientes. Por un lado, se ha ignorado o minimizado la problemática, por el otro, no existen acciones preventivas efectivas, la cobertura de los programas es limitada y las intervenciones carecen de un enfoque diferencial. En cuanto al presupuesto asignado a la salud mental, ha sido reducido frente a la magnitud de las necesidades: *"(...) el recurso para salud mental muchas veces es porque los casos están, o sea, si no se me disparan los casos, yo no invierto, quisiera creer que hay un interés real en intervenir la salud mental"*.

En este contexto, los participantes destacan la necesidad urgente de actuar frente a diversas problemáticas que afectan a la región. Entre estas, señalan las consecuencias del conflicto armado, especialmente en las víctimas de reclutamiento forzado. Asimismo, hacen un llamado a abordar el aumento de extorsiones en la región, desde la comprensión y la atención de las afectaciones sufridas por las personas perjudicadas. Otros temas como la normalización del consumo problemático de alcohol y sus repercusiones en la convivencia familiar y comunitaria, sumado a su relación con la violencia intrafamiliar, de género y el incremento de accidentes viales, también requieren un análisis profundo y la implementación de soluciones alternativas: *"(...) la normalización de los trastornos por consumo de alcohol en la Costa es común, que tengan dificultades en las relaciones de pareja, con el vecino y está asociado a las violencias y traumas físicos, emocionales y psicológicos, (...) la mayoría de los feminicidios están asociados a un victimario que estaba bajo el consumo de alcohol (...) accidentalidad, la mayoría estaban bajo consumo de alcohol".*

Por su parte, los representantes de la población LGBTIQ+ señalan la persistente discriminación y la falta de atención a sus necesidades, en particular de las personas que viven con VIH y sus familias. Adicionalmente, se resaltan las secuelas dejadas por la pandemia, que podrían estar agravadas por el desconocimiento, el estigma y los tabúes relacionados con la salud mental en la región, que podría contribuir a profundizar las problemáticas existentes.

Para mejorar la deficiente respuesta, la mesa destaca la necesidad de evaluar tanto el impacto como la implementación de las acciones realizadas. Asimismo, propone analizar las problemáticas desde diversos enfoques y con la participación de la comunidad. Esto posibilita un aprendizaje significativo a partir de la experiencia. Adicionalmente, se plantea la importancia de proponer alternativas que mejoren el acceso a los servicios y fomenten una mayor cercanía entre la comunidad y las instituciones. Entre las ideas sugeridas, se encuentra la creación de centros de atención en los barrios, dotados de equipos multidisciplinarios para el acompañamiento de las familias: *"(...) que en los barrios más grandes exista un centro de orientación y atención a la familia donde esté todo un equipo interdisciplinario que ayude y que esté ahí mismo, porque a veces la persona (...) no tiene recursos para asistir a una alcaldía menor que queda en cada una de las localidades".* Según la percepción de los participantes, estas iniciativas podrían contribuir a crear redes de colaboración con la comunidad, fortalecer la psicoeducación y, de esta manera, facilitar la identificación temprana de trastornos mentales, contribuir a la reducción del estigma asociado a la salud mental y disminuir la normalización de comportamientos de riesgo como el consumo de alcohol.

Por otro lado, se propone la adaptación de experiencias exitosas en salud mental, como un programa implementado en Barranquilla, que tiene como propósito proporcionar herramientas a los jóvenes para afrontar dificultades y alcanzar un bienestar integral. Esta estrategia, desarrollada por una de las entidades territoriales participantes, se lleva a cabo con el apoyo de 45 psicólogos y busca reducir los problemas de salud mental cuya incidencia ha aumentado significativamente en los últimos años (7), especialmente





después de la pandemia de COVID-19: *"(...) todo eso nos afectó a todos, no solamente al que tenía COVID, al que no tenía COVID, y no se hizo nada. Ahorita se presentan casos de ansiedad (...) la salud física, emocional, debe ser integral, no solamente del médico sino también tiene que pasar por una orientación psicológica, mirar cómo está económicamente, quedó mucha gente sin empleo, muchos negocios cerraron y todo eso nos afectó".*

En este contexto, se plantea la optimización de estrategias ya existentes: los centros de escucha, mediante la incorporación de profesionales en salud mental, como psicoorientadores, además de evaluar el impacto y las mejores formas de desarrollar los programas. También, se resalta la necesidad de trabajar con equipos interdisciplinarios que colaboren de manera cercana con los jóvenes, diseñando soluciones ajustadas a sus necesidades y con un enfoque diferencial.

Finalmente, la mesa enfatiza la importancia de utilizar de manera adecuada los datos disponibles, especialmente la información de vigilancia en salud pública relacionada con violencias, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, así como intervenciones en salud mental. Para este fin, se destaca la necesidad de fortalecer las capacidades de las instituciones encargadas del uso de estos datos, de tal forma que puedan orientar acciones más efectivas y basadas en evidencia.

Reto 3. Lograr una atención sanitaria con un enfoque diferencial que responda a las particularidades de la región y reduzca las brechas generadas por la pobreza y la desigualdad.

Las poblaciones más vulnerables, como las personas en situación de discapacidad, pobres, comunidades LGTBIQ+, indígenas o migrantes, enfrentan múltiples barreras que limitan su acceso a servicios de salud de calidad y adaptados a sus contextos, lo que perpetúa su exclusión en la sociedad. Algunos actores, en representación de la institucionalidad, resaltan la cobertura de aseguramiento en la región, mientras otros, no institucionales, critican la desatención de los determinantes sociales que impiden a las poblaciones alcanzar la plenitud en su desarrollo. La falta de un enfoque diferencial en la atención en salud pública, más allá del enunciado en las normas, promueve la desigualdad en el acceso a los servicios.

A pesar de la existencia de recursos y políticas orientadas a poblaciones vulnerables, persisten barreras sistemáticas que impiden traducir estas políticas en acciones efectivas. Testimonios de los participantes muestran que, aunque hay directrices y programas dirigidos a la inclusión, estos no abordan de manera integral las necesidades reales de las comunidades, ni consideran las diferencias lingüísticas, culturales, de género, orientación sexual, entre otros, lo que lleva a una desatención de las necesidades particulares de la población en la región: *"(...) yo pienso que aquí en Colombia todavía nos hace falta mucho eso, una atención igual para todos (...) creo que falta mucho por hacer, creo que se sigue teniendo atención preferencial, y yo creo que el reto de la salud pública debe ser eso, o sea, cómo generamos una atención igualitaria y que no importa tu condición social, no importa tu raza, no importa las diferencias que tengas, sientas garantía de que tu atención va a ser igual".*

Los participantes demandan la implementación real de enfoques diferenciales en la prestación de los servicios de salud, que reconozcan la amplia diversidad humana, así como enfoques interseccionales, frente a problemáticas que afectan su salud, pero trascienden a la prestación de servicios sanitarios, como la falta de presencia estatal en regiones con presencia de conflicto armado, la pobreza o el respeto por los derechos humanos. Simultáneamente, algunos miembros de la mesa reconocen la necesidad de entender y cumplir con los deberes como ciudadanos y usuarios del sistema de salud: *"(...) nosotros solamente exigimos nuestros derechos como ciudadanos para acceder de manera oportuna (...), pero se nos olvida muchas veces los deberes que tenemos (...) ¿cuál es mi automanejo y cuál es mi autocuidado que tengo dentro del sistema de salud? (...) ¿Cómo yo hago que las personas entiendan cómo funciona? ¿cómo se financia y cómo hacemos que este barco siga saliendo adelante?".*

Frente a la atención en salud, hay una percepción de trato desigual, discriminación y estigmatización por parte de algunos profesionales de la salud: *"(...) una buena salud pública va enfocada a ser pertinente, a llegarle a la gente en iguales condiciones y que la atención sea igualitaria para todo el mundo"*, aunado a una actitud capacitista , es decir, creencias y prácticas que asumen que solo ciertos cuerpos y capacidades son ideales y plenamente humanas (8), de la que personas en situación de discapacidad se sienten víctimas en escenarios de atención. La mesa vincula estos comportamientos con falta de humanización en la atención, así como con una falta de infraestructura en el sistema de salud y sus actores, que cobije las necesidades diversas de la población, entre estas, la alta complejidad para quienes habitan fuera de las capitales.

Como orientaciones para superar el reto, los participantes destacan la necesidad de fortalecer la educación del personal de salud en enfoques diferenciales, orientada a la comprensión y el respeto de las particularidades culturales y sociales de las poblaciones atendidas, incluidas las comunidades indígenas, LGTBIQ+ y personas con discapacidades. Esto va muy de la mano con las acciones en formación del talento humano que se propusieron en el primer reto. Además, recomiendan implementar estrategias intersectoriales que articulen a las entidades de salud con otros sectores (educación, desarrollo social, derechos humanos) y la comunidad, para establecer mecanismos de abordaje integral de las necesidades de salud en la población.

Adicionalmente, se sugiere desarrollar programas de base comunitaria en salud que promuevan la participación de la población en la identificación de sus necesidades y en la cocreación de soluciones. Esto incluye fortalecer las alianzas con líderes comunitarios y organizaciones de base para asegurar que las políticas respondan a las realidades locales. En la misma línea, requieren adaptar los servicios de salud a las necesidades lingüísticas y culturales de las comunidades indígenas y sordas, desde la garantía de la disponibilidad de intérpretes y materiales informativos en lenguas propias y en lengua de señas, así como los ajustes razonables que faciliten el acceso a los servicios en personas con diversidad funcional. Finalmente, para lograr una aplicación real y continua de estas iniciativas, es necesario monitorear y evaluar de forma continua los programas de atención con





enfoque diferencial en las instituciones prestadores de servicios con el fin de asegurar que las intervenciones alcancen los resultados esperados y se logren ajustar según las necesidades identificadas.

Reto 4. Fortalecer los sistemas de información de salud ambiental para una toma de decisiones basada en evidencia.

La mesa señala la necesidad de contar con información en salud pública para guiar la toma de decisiones, particularmente en el ámbito de la salud ambiental: *"(...) necesitamos monitorear mejor el daño que le estamos haciendo al medio ambiente"* y mecanismos para dar respuesta: *"(...) con estas lluvias y todo sobre el recalentamiento global (...) pues esto está trayendo muchas enfermedades y no tenemos como que la respuesta"*. También, se menciona que otros aspectos como el cambio climático han tenido un impacto en la salud, por esto es necesario contar con datos que permitan a los equipos de trabajo realizar análisis, predecir y poder explicar las situaciones que conlleven a la prevención de desastres y a la toma de decisiones informada.

Por otro lado, durante los diálogos se comenta: *"(...) ¿qué estamos haciendo con los datos si efectivamente queremos intervenir en salud pública? O sea, si queremos hacer acciones de salud pública, tenemos que realmente tomar estos datos en serio"*. Es necesario contar con equipos de trabajo y sistemas de información que permitan generar evidencia y predecir de manera anticipada las amenazas emergentes e identificar los mecanismos para controlarlas. Esto implica que los gobiernos logren responder continuamente a las circunstancias cambiantes y no sea solo del interés del mandatario de turno.

Finalmente, los participantes consideran que existe una corresponsabilidad como comunidad frente a todas las situaciones que se vienen presentando en la esfera ambiental y lo que generan en la salud. Comentan sobre la responsabilidad que se tiene puesto que *"(...) cada día el hombre por hacerse más rico no se da cuenta del daño que le está realizando a su mismo medio, a su entorno"* y *"(...) por la quema excesiva de la tala de árboles, pues estamos pasando por ciertas dificultades"*, además de las enfermedades que esto pueda acarrear. Esto debido al modelo de crecimiento económico que se ha dado en la mayor parte del mundo, incluyendo a Colombia, sustentado en la explotación de recursos naturales, que ha generado pérdida de biodiversidad y ha acelerado cambios del clima con consecuencias en el desarrollo de las personas, de manera desproporcionada en aquellas más vulnerables (9).

Dentro de las acciones sugeridas en la mesa, se comenta la necesidad de fortalecer los sistemas de información en salud: *"(...) se quiere predecir, y para predecir yo tengo primero que tener datos, hacer análisis y poder explicar la conducta, en este caso pues la de salud. Y no solo explicarla, sino también comprenderla, porque al comprenderla puedo aplicar el enfoque diferencial a cada territorio"*. Esto aplica a la salud ambiental, donde se requiere información para una toma de decisiones a partir de la mejor evidencia disponible, con mayor conocimiento del contexto, bajo la consideración de la equidad en la salud, el involucramiento de las partes interesadas y la gestión de los conflictos de intereses (10).

Referencias

1. Banco de la República de Colombia. Ensayos sobre Economía Regional - Composición de la economía de la región Caribe de Colombia [Internet]. 2013 [cited 2024 Oct 31]. Available from: https://www.banrep.gov.co/es/publicaciones/ensayos-economia-regional/composicion-economia-region-caribe-colombia
2. La República. El endémico lío de la energía en la región Caribe. 2024 Sep 13 [cited 2024 Nov 10]; Available from: https://www.larepublica.co/opinion/editorial/el-endemico-lio-de-la-energia-en-la-region-caribe-3951472
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019 Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial - MAITE [Internet]. 2626 2019. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
4. Congreso de Colombia. Ley 80 de 1993 Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública [Internet]. 80 1993. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=304#080
5. O'Connor SJ. Fragmentation is a prominent feature of the American healthcare landscape. J Healthc Manag Am Coll Healthc Exec. 2014;59(1):1–2.
6. Restrepo J, Zapata O. Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: Una mirada con actores del sistema de salud [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 13]. Available from: https://gesudea.co/wp-content/uploads/2023/10/Documento-de-Trabajo-Gobernanza-en-Salud-Restrepo-y-Zapata-GES-UdeA.pdf
7. Solo Noticias - Periodismo Social Participativo. La estrategia Chatlemos continúa su fortalecimiento en la salud mental [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 25]. Available from: https://www.solonoticiasweb.com/la-estrategia-chatlemos-continua-su-fortalecimiento-en-la-salud-mental/
8. Campbell FK. Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism. MC J [Internet]. 2008 Jul 2 [cited 2024 Nov 18];11(3). Available from: https://journal.media-culture.org.au/index.php/mcjournal/article/view/46
9. PNUD. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano Colombia: territorios entre fracturas y oportunidades [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 10]. Available from: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-10/undp_co_pub_informe_nacional_desarrollo_humano_2024.pdf
10. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la toma de decisiones informada por la evidencia, incluso en las emergencias de salud [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 10]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56828/OPSEIHKTCOVID1921038_spa.pdf?sequence=1

Municipios

Atlántico

- Barranquilla
- Baranoa
- Campo De La Cruz
- Candelaria
- Galapa
- Juan De Acosta
- Luruaco
- Malambo
- Manatí
- Palmar De Varela
- Piojó
- Polonuevo
- Ponedera
- Puerto Colombia
- Repelón
- Sabanagrande
- Sabanalarga
- Santa Lucía
- Santo Tomás
- Soledad
- Suan
- Tubará
- Usiacurí
- San Juan
- Nepomuceno
- Santa Catalina
- Santa Rosa
- Soplaviento
- Turbaco
- Turbana
- Villanueva
- San Onofre
- Tolú

Bolívar

- Cartagena De Indias
- Arjona
- Arroyohondo
- Calamar
- Clemencia
- El Carmen De Bolívar
- El Guamo
- Mahates
- María La Baja
- San Cristóbal
- San Estanislao
- San Jacinto

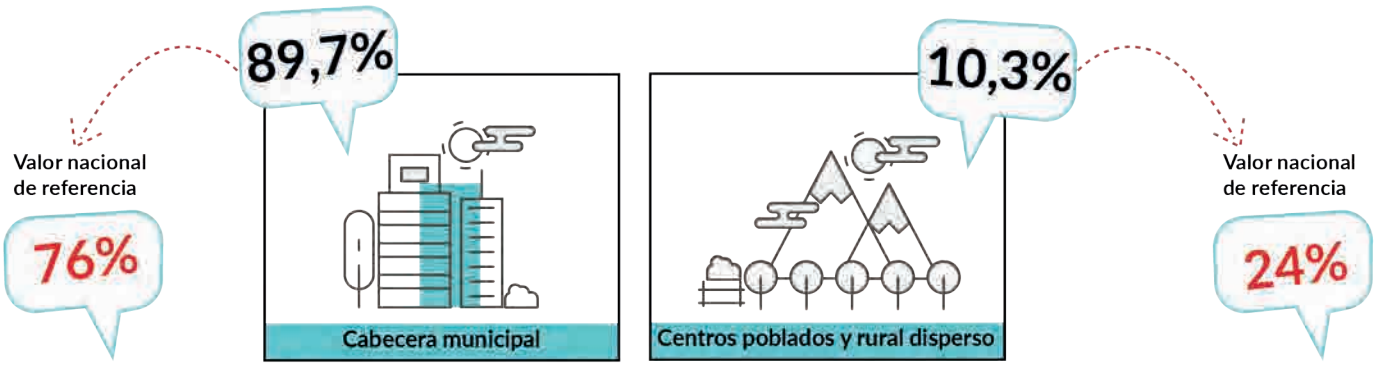
Región Caribe

Ficha de caracterización

Región **Caribe**

1. Descripción general

La región Caribe está conformada por 44 municipios dentro de los departamentos de Atlántico (23), Bolívar (19) y Sucre (2).

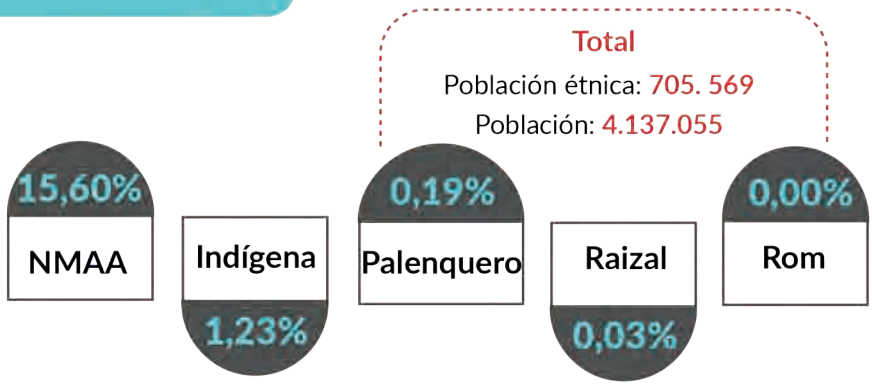


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

Más del 80% de la población de la región Caribe reside en cabeceras municipales, superando la mediana nacional del 76%. La población en centros poblados y rural disperso alcanza el 15%, por debajo de la mediana nacional del 24%, lo que indica una alta concentración en áreas urbanas.

2. Demografía y población

El 15,6% de la población de la región Caribe se identifica como NMAA, mayor que el promedio nacional del 9,1%. La población indígena representa el 1,23%, comparado con el 4,4% a nivel nacional. La representación de otros grupos como Palenquero, Raizal y Rom es mínima.

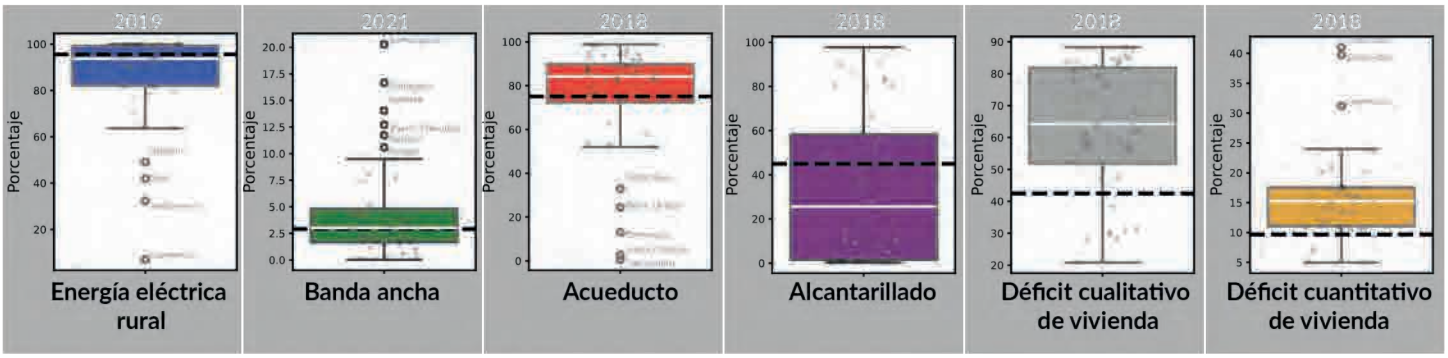


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de energía eléctrica rural en la región Caribe alcanza un 95%, cercana a la mediana nacional. De igual manera, la cobertura de banda ancha es baja pero similar al nivel nacional. Respecto al acueducto, muestra una mediana superior al 80%, por encima de la mediana nacional, aunque hay municipios como San Jacinto y Santa Catalina con valores bajos.

Cobertura de servicios de la región Caribe

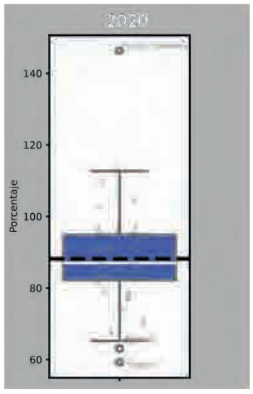


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

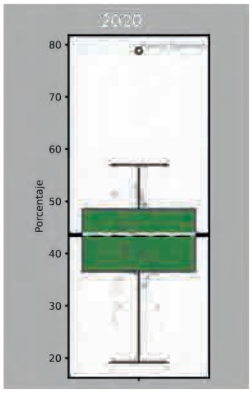
4. Educación

La cobertura en educación básica en la región Caribe tiene una mediana del 88%, ligeramente por debajo de la mediana nacional. En educación media, la mediana no supera el 45%, así como la nacional. La tasa de deserción escolar se encuentra por debajo del 2%.

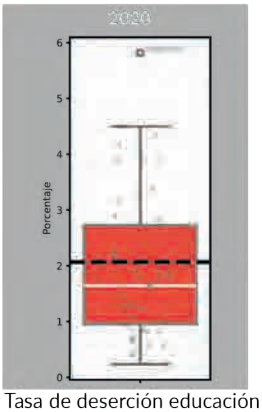
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

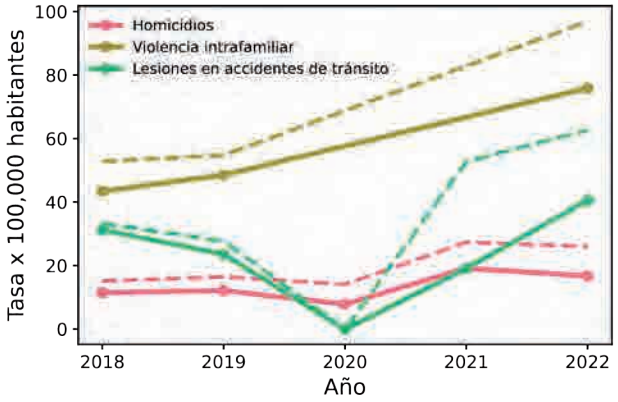


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios en la región Caribe oscilan entre 10 y 15 por cada 100,000 habitantes, siempre por debajo de la mediana nacional. La violencia intrafamiliar ha mostrado un aumento constante, cercano a los 75 casos por cada 100.000 habitantes en 2022. Hasta el 2020, las tasas de lesiones por accidentes de tránsito se mantuvieron muy similares a la tendencia nacional, a partir de allí, tuvieron un menor crecimiento que las tasas nacionales.

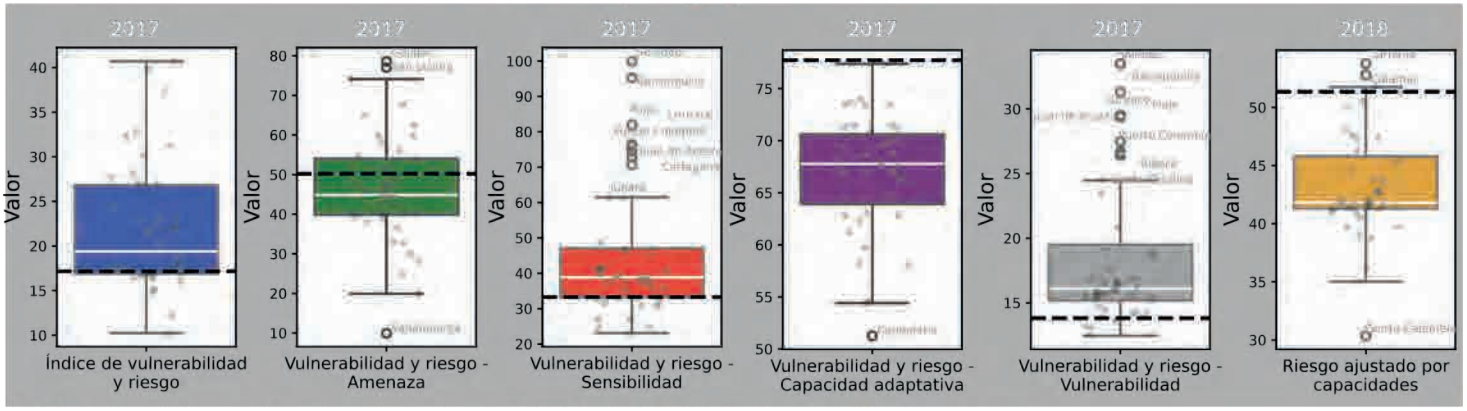


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

El índice de vulnerabilidad y riesgo tiene una mediana por debajo de 20 en la región, mientras que la mediana nacional es inferior. La amenaza presenta una mediana de 45, por debajo del valor nacional. La capacidad adaptativa muestra una mediana superior a 65, por debajo de la mediana nacional.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

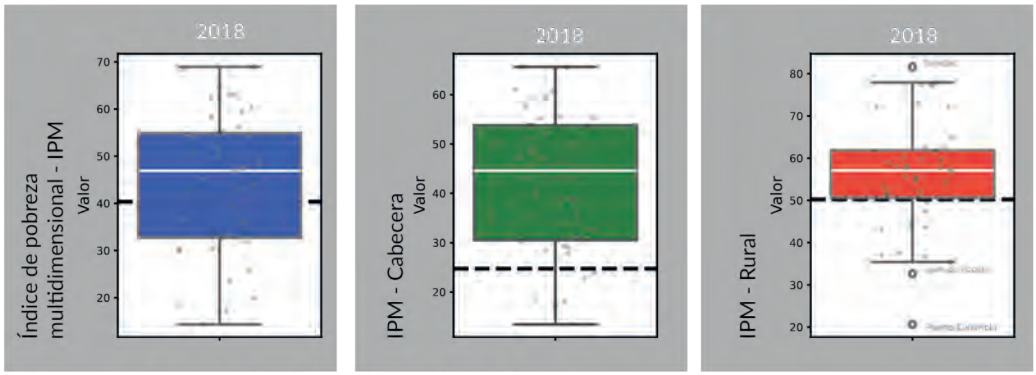


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

La mediana del IPM en áreas rurales es de 57, mientras que en áreas urbanas es de 45, lo que indica población en situación de pobreza en zonas rurales. La mediana nacional para áreas rurales es de 50,5, lo que sugiere que la región Caribe tiene niveles de pobreza más altos que la mediana nacional. En áreas urbanas, algunos municipios presentan niveles de pobreza por debajo de la mediana nacional.

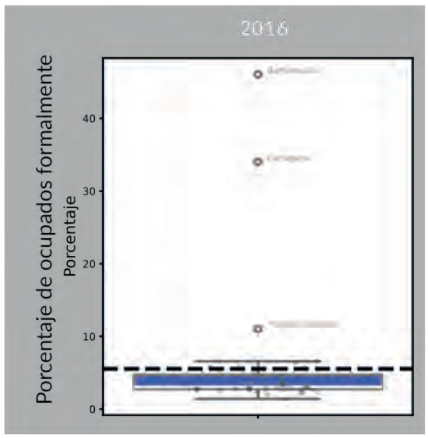
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

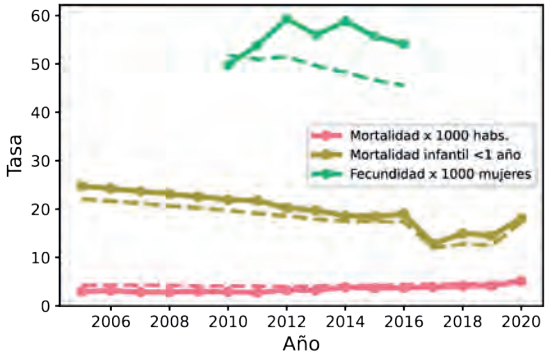
La mediana del porcentaje de ocupación formal en la región es del 4%, considerablemente por debajo de la mediana nacional. Algunos municipios, como Barranquilla, alcanzan porcentajes por encima del 40%, mostrando una disparidad en el acceso al empleo formal dentro de la región.



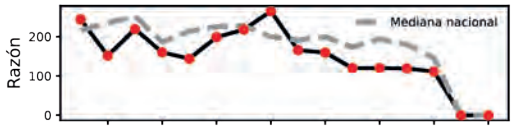
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

La tasa de mortalidad general en la región se ha mantenido entre 3,5 y 4,5 por cada 1.000 habitantes, siempre por debajo de la mediana nacional. La razón de mortalidad materna muestra una disminución de muertes por cada 100.000 nacidos vivos. La cobertura de vacunación pentavalente es generalmente alta. La tasa de fecundidad se mantiene por encima de la tasa nacional durante gran parte del periodo analizado.



Mortalidad materna a 42 días



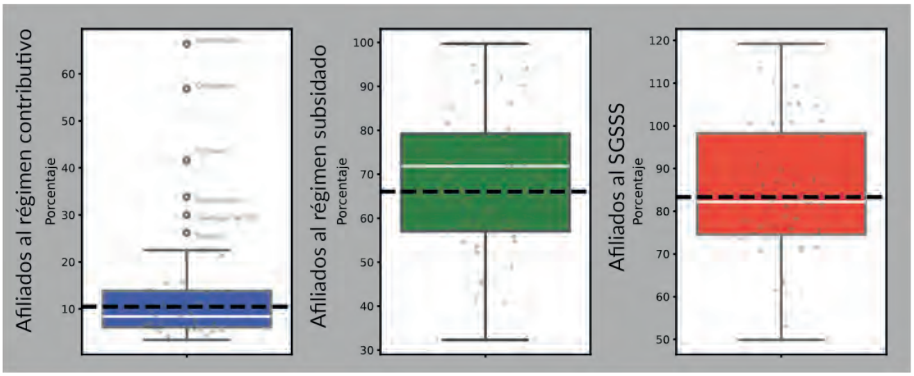
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

El régimen contributivo en la región Caribe tiene una mediana por debajo del 10%, mientras que la mediana nacional supera ese 10%. El régimen subsidiado tiene una mediana de 71%, por encima del 66% nacional. La afiliación total al SGSSS muestra una mediana leventemente por debajo de la mediana nacional.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	81,50	82,80	No diferencia
Enfermedades cerebrovasculares	55,50	41,10	Disminuyó
Agresiones (homicidios)	33,50	23,80	Disminuyó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	3,20	75,80	Aumentó
Infecciones respiratorias agudas	16,90	32,60	Aumentó
Enfermedades hipertensivas	23,70	25,50	No diferencia
Diabetes mellitus	21,70	22,20	No diferencia
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	20,70	19,60	No diferencia
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	15,70	14,70	No diferencia
Enfermedades del sistema urinario	8,30	17,00	Aumentó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias en comparación con el periodo 1998-2002 fueron: Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, Infecciones respiratorias agudas y Enfermedades del sistema urinario.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	43,25	37,14	Disminuyó
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	20,32	28,65	Aumentó
Dengue	97,30	361,80	Aumentó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	177,05	214,54	Aumentó
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	1,95	115,11	Aumentó
Intento de Suicidio	58,39	61,35	No diferencia
Intoxicación por medicamentos	33,95	41,56	Aumentó
Intoxicación por sustancias psicoactivas	34,30	10,67	Disminuyó
Varicela Individual	249,11	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

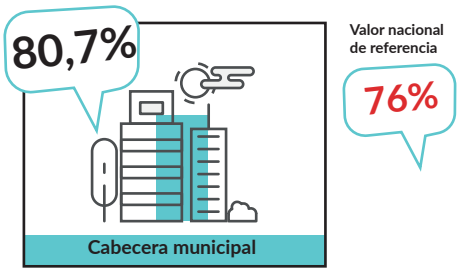
En 2022, los tres eventos con mayores diferencias fueron: Dengue, Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado). La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones, lo cual puede reflejar cambios mayores al 10% en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias
1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx
5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Región Central Llanos

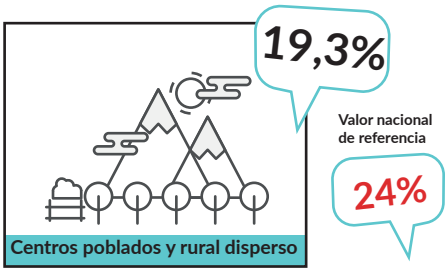
Ficha de caracterización

1. Descripción general



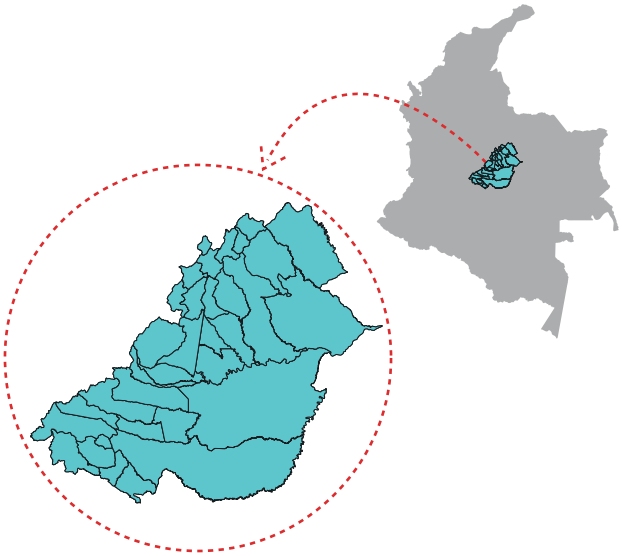
Valor nacional de referencia

76%



Valor nacional de referencia

24%

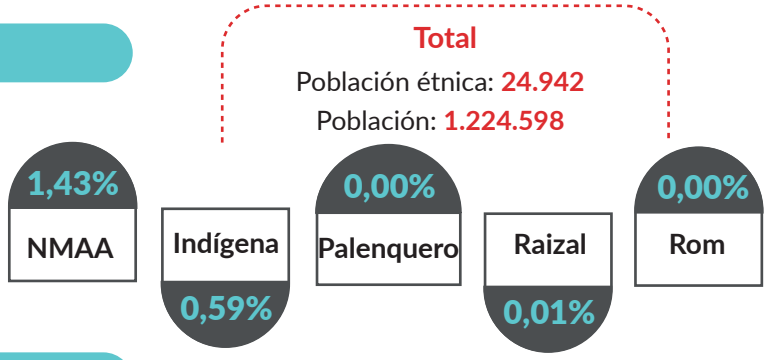


La región Central-Llanos está conformada por 34 municipios dentro de los departamentos de Boyacá (6), Cundinamarca (2), Meta (17) y Casanare (9).

El 80,7% de la población de la región Central-Llanos reside en cabeceras municipales, supera así el promedio nacional de 76%. La población en centros poblados y rural disperso alcanza el 19,3%, lo que está cerca del promedio nacional del 24%. Esto sugiere una distribución equilibrada entre áreas urbanas y rurales con respecto al nacional.

2. Demografía y población

El 1,43% de la población de la región Central-Llanos se identifica como negra, mulata, afrodescendiente y afrocolombiana (NMAA), cifra inferior al promedio nacional del 9,1%. La población indígena representa el 0,59%, también por debajo del 4,4% nacional. Otros grupos como Palenquero, Raizal y Rom tienen una representación muy baja.

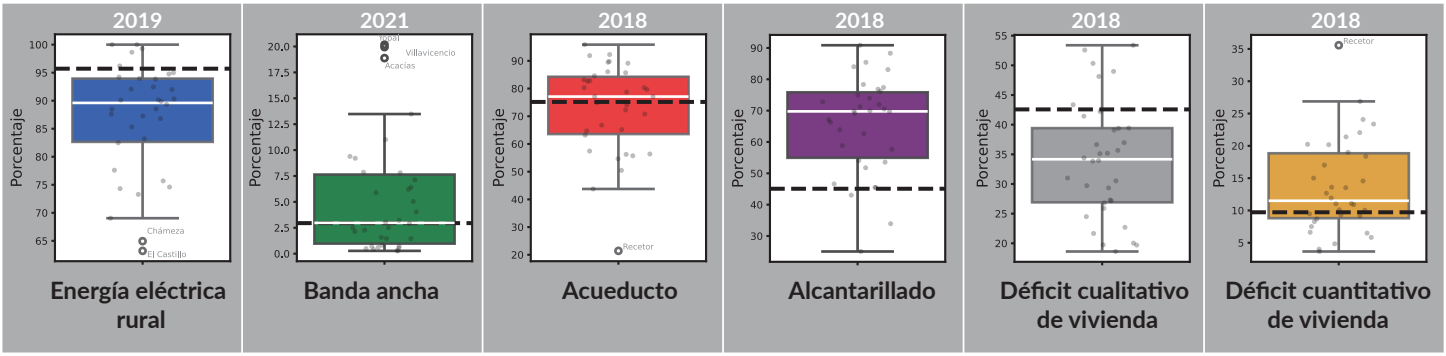


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de energía eléctrica rural en la región Central-Llanos tiene una mediana de 90%, por debajo de la mediana nacional del 96%. La cobertura de banda ancha es baja, con una mediana de 5% y poca variabilidad, similar al valor nacional. El acueducto muestra una mediana del 75%, ligeramente por encima del promedio nacional.

Cobertura de servicios de la región Central Llanos

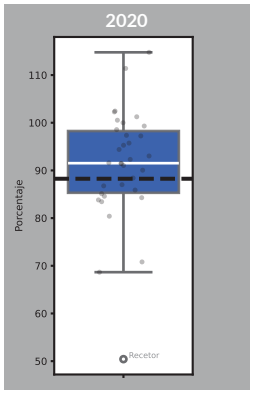


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

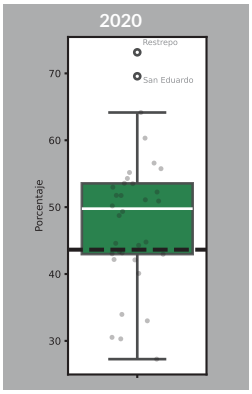
4. Educación

La cobertura en educación básica en la región tiene una mediana del 90%, un poco por encima del promedio nacional del 88%. La cobertura en educación media presenta una mediana del 50%, mientras que la mediana nacional es del 45%. La tasa de deserción escolar en la región es de 2,1%, alineada con la mediana nacional.

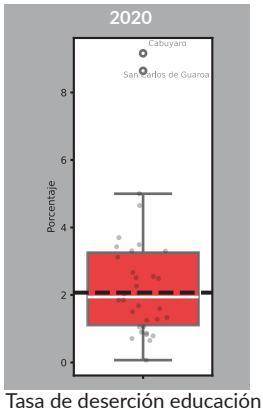
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

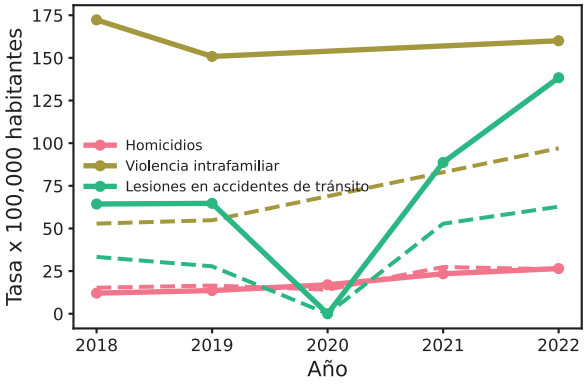


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios han aumentado de 15 a 25 por cada 100,000 habitantes, superando la media nacional en los últimos años. La violencia intrafamiliar se ha mantenido estable en torno a 150 casos, comparado con el promedio nacional de 50. Las tasas de accidentes de tránsito se han incrementado significativamente desde 2020. Esto refleja una tendencia similar a la nacional, pero con valores superiores.

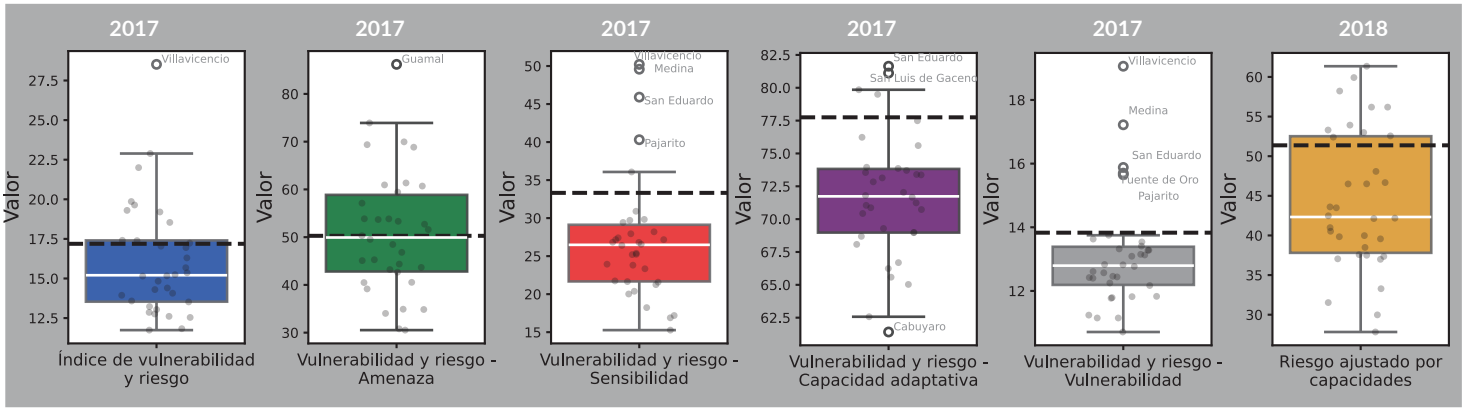


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

El índice de vulnerabilidad y riesgo tiene una mediana de 15 en la región, frente a la mediana nacional de 17,5. La amenaza presenta una mediana de 50, alineada con la mediana nacional. La capacidad adaptativa es menor a la nacional, con una mediana de 72, mientras la nacional es de 77,5.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

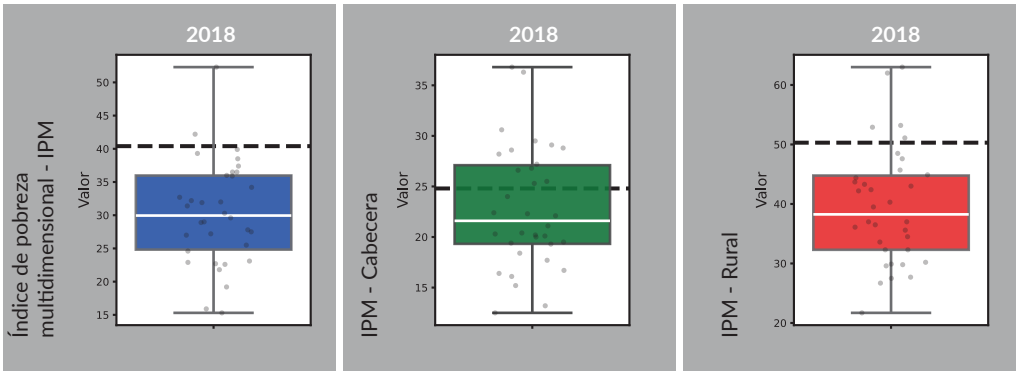


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

La mediana del IPM en áreas rurales es de 38, mientras que en áreas urbanas es de 22, lo cual indica una mayor incidencia de pobreza en zonas rurales. La mediana nacional para áreas rurales es de 50. Este resultado sugiere que la región Central-Llanos está por debajo del promedio nacional en pobreza rural.

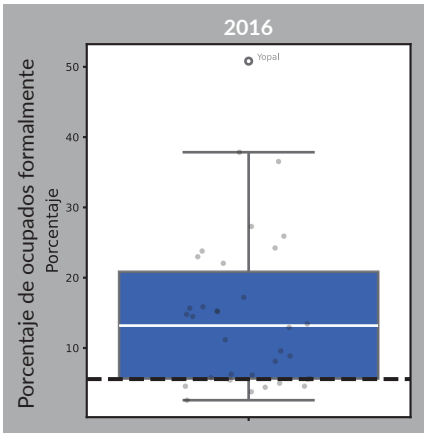
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

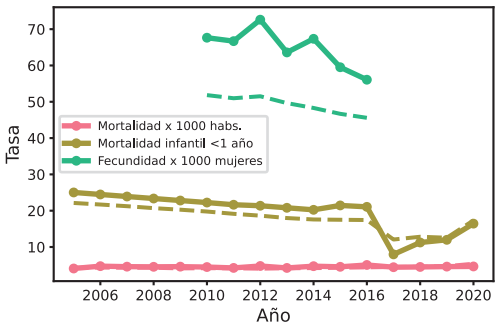
La mediana del porcentaje de ocupación formal en la región es del 13%, por encima de la mediana nacional del 6%. El municipio de Yopal destaca con una tasa cercana al 50%, que indica una gran variabilidad en la ocupación formal en la región.



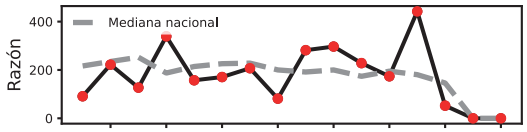
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

La mortalidad general en la región se mantiene entre 4,0 y 5,0 por cada 1,000 habitantes, algo superior a la mediana nacional de 4,5. La mortalidad materna es variable, con picos superiores a 350 muertes por 100,000 nacidos vivos. La vacunación pentavalente supera el 90% y la fecundidad, aunque en descenso, sigue siendo mayor que la media nacional.



Mortalidad materna a 42 días



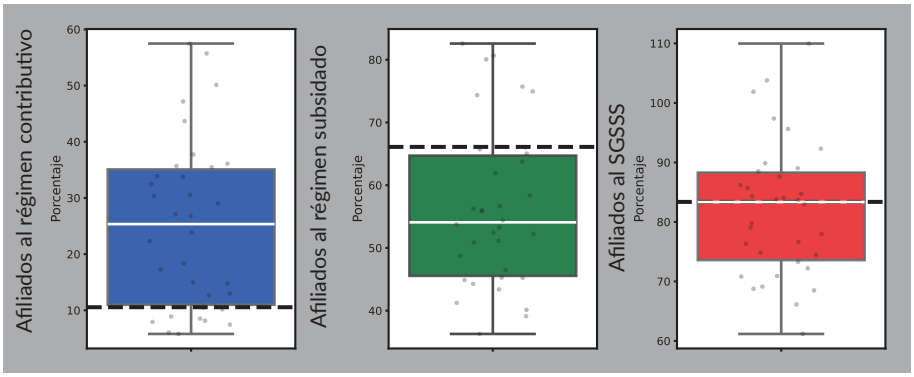
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

El régimen contributivo en la región Central-Llanos tiene una mediana del 25%, mientras que la mediana nacional es del 10%. El régimen subsidiado tiene una mediana de 55%, menor que el 66% nacional. La afiliación total al SGSSS muestra una mediana del 83% similar a la mediana nacional.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	75,70	99,70	Aumentó
Agresiones (homicidios)	83,40	19,10	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	49,90	29,80	Disminuyó
Accidentes de transporte terrestre	31,80	25,80	Disminuyó
Diabetes mellitus	26,10	26,70	No diferencia
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	29,40	23,70	Disminuyó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1,40	64,70	Aumentó
Enfermedades hipertensivas	20,20	18,60	No diferencia
Infecciones respiratorias agudas	16,50	19,40	Aumentó
Las demás enfermedades del sistema digestivo	16,60	14,60	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres causas de muerte con aumento en comparación con el periodo 1998-2002 fueron: Enfermedades isquémicas del corazón, las demás enfermedades infecciosas y parasitarias e Infecciones respiratorias agudas. Para Enfermedades isquémicas del corazón, la tasa cambió de 75,7 a 99,7, mientras que las demás enfermedades infecciosas y parasitarias pasaron de 1,4 a 64,7 por cada 100,000 habitantes y la de Infecciones respiratorias agudas variaron de 16,5 a 19,4. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	25,80	28,39	Aumentó
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	47,61	45,75	No diferencia
Dengue	417,78	627,20	Aumentó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	306,66	332,19	No diferencia
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	1,59	300,29	Aumentó
Intento de Suicidio	63,05	73,48	Aumentó
Intoxicación por medicamentos	25,60	39,51	Aumentó
Tuberculosis pulmonar	40,86	0,00	Disminuyó
Varicela Individual	147,85	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con aumento respecto a la media nacional fueron: Dengue, Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia e Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado). La tasa de Dengue fue de 627,2 por cada 100,000 habitantes, supera así la media nacional de 87,51. Para Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, la tasa registrada fue de 332,19, mayor que la media nacional. Por último, la tasa de Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado) alcanzó 300,29, también superior a la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, lo cual puede reflejar un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias

1.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/

2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/

4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx

5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col

6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Región Central Llanos

Municipios

Boyacá

- Campohermoso
- Páez
- Pajarito
- San Eduardo
- San Luis De Gaceno
- Santa María
- Tauramena
- Villanueva

Cundinamarca

- Medina
- Paratebueno

Meta

- Villavicencio
- Acacías
- Barranca De Upía
- Cabuyaro
- Castilla La Nueva
- Cubarral
- Cumaral
- El Castillo
- El Dorado
- Fuente De Oro
- Granada
- Guamal
- Lejanías
- Puerto López
- Restrepo
- San Carlos De Guaroa
- San Martín

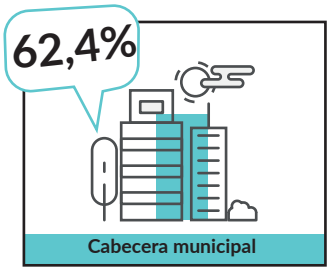
Casanare

- Yopal
- Aguazul
- Chámeza
- Maní
- Monterrey
- Recetor
- Sabanalarga

Región Cafetero Caribe

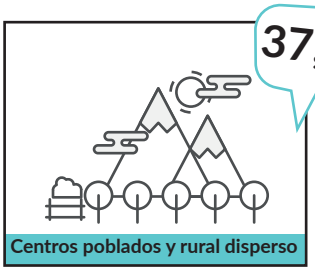
Ficha de caracterización

1. Descripción general



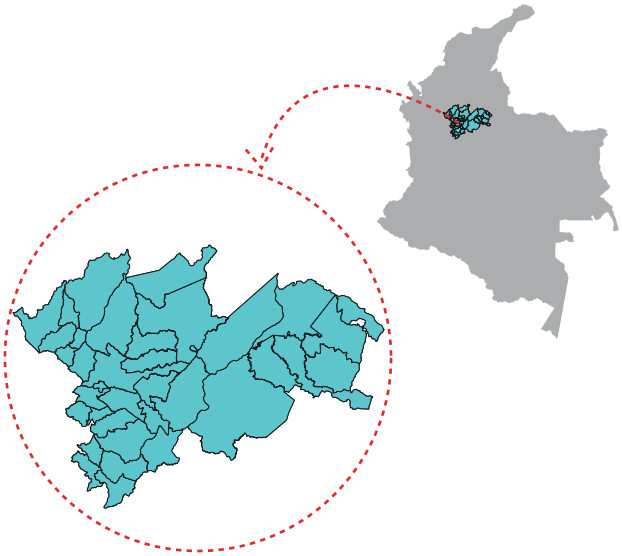
Valor nacional de referencia

76%



Valor nacional de referencia

24%



La región Magdalena Medio está conformada por 36 municipios dentro de los departamentos de Antioquia (29) y Santander (7).

La región presenta un importante grado de urbanización con más del 60% de la población en cabeceras municipales, aunque por debajo del promedio nacional. En contraste, el porcentaje de población en áreas rurales es mayor que el promedio nacional, lo que indica una presencia significativa de zonas rurales en la región.

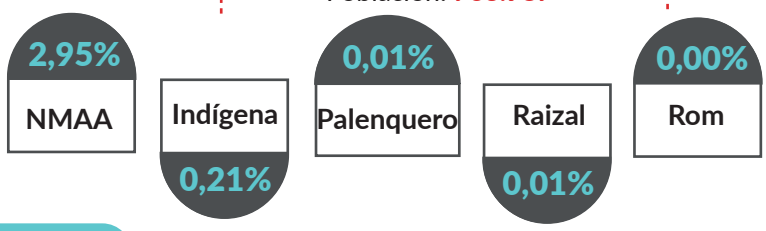
2. Demografía y población

La población de la región Magdalena Medio muestra una representación étnica predominante del grupo NMAA (2,95%), seguido por la población indígena (0,21%). Los demás grupos, que incluyen palenqueros, raizales y Rom, representan menos del 0,01% cada grupo. Comparativamente, la participación de grupos étnicos es menor que los valores nacionales en todos los casos.

Total

Población étnica: **24.218**

Población: **763.987**

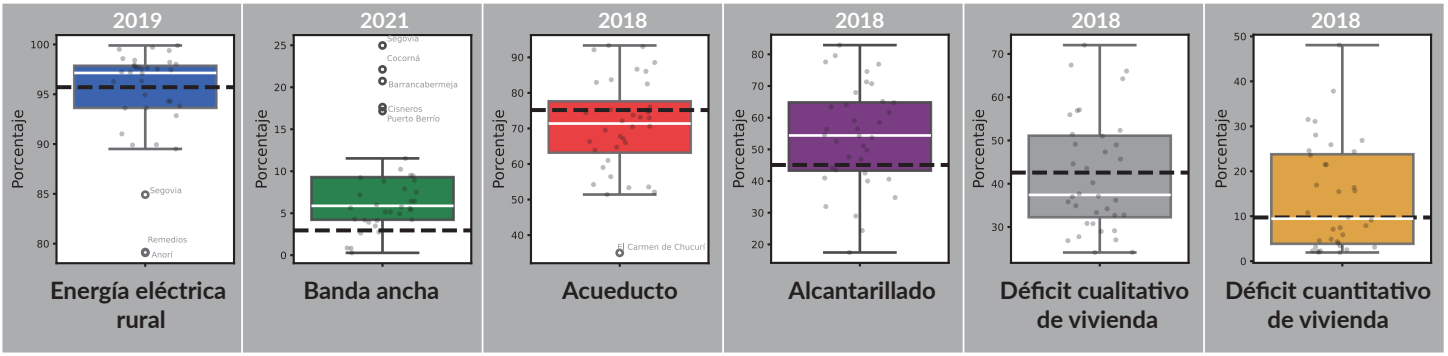


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

En la región, la cobertura de energía eléctrica rural es alta, con una mediana cercana al 97%. Supera así el promedio nacional. Servicios como banda ancha y acueducto presentan una gran variabilidad con algunos municipios como Segovia y El Carmen de Chucurí que se destacan con valores extremos. El déficit cualitativo y cuantitativo de vivienda muestra variabilidad considerable y diferencias notables con respecto a la mediana nacional para algunos municipios de la región.

Cobertura de servicios de la región Magdalena Medio

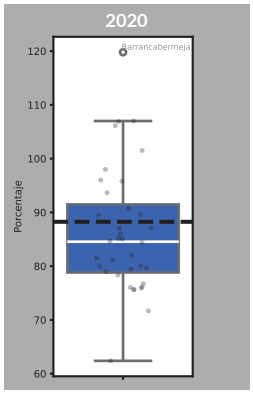


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

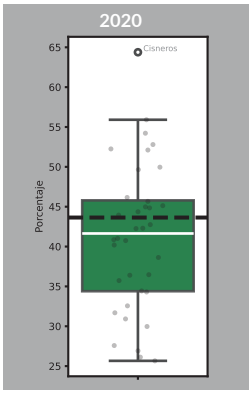
4. Educación

La cobertura de educación básica en la región es alta con una mediana por encima del 85%, aunque algunos municipios, como Barrancabermeja, muestran valores superiores al 110%, cifra que podría indicar posibles inconsistencias en los datos. La cobertura de educación media y la tasa de deserción presentan variabilidad notable, en los cuales municipios como Cisneros y Yalí se destacan por sus valores extremos.

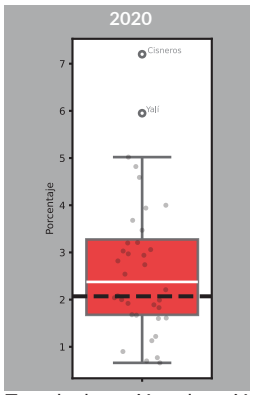
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

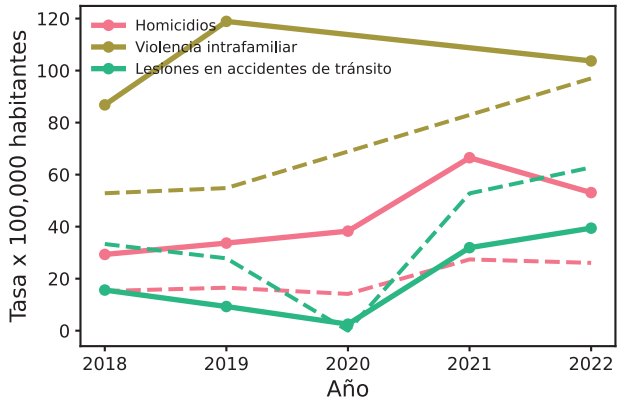


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios y violencia intrafamiliar en la región son consistentemente superiores a la mediana nacional. La tasa de lesiones en accidentes de tránsito ha mostrado un aumento reciente, y se aerca así a la mediana nacional en 2022. Esto indica una tendencia preocupante en la seguridad vial.

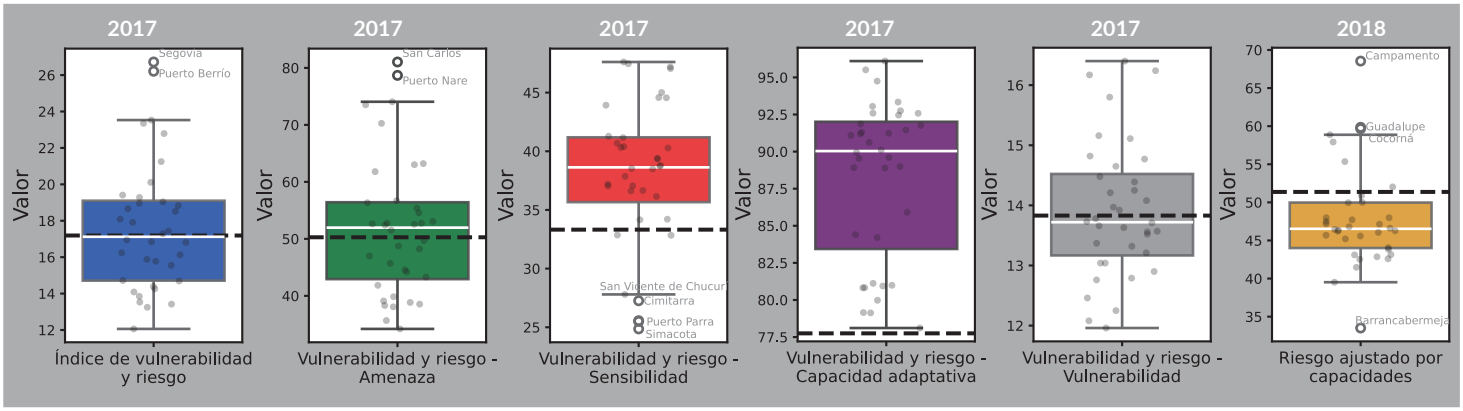


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

El índice de vulnerabilidad muestra una variabilidad considerable con valores por encima de la mediana nacional en municipios como Puerto Berrío. La capacidad adaptativa es elevada con la mayoría de los municipios por encima del promedio nacional, lo que podría indicar una mayor resiliencia en la región. La sensibilidad, en cambio, presenta valores dispares, en donde se destaca San Vicente de Chucurí por sus valores extremos.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

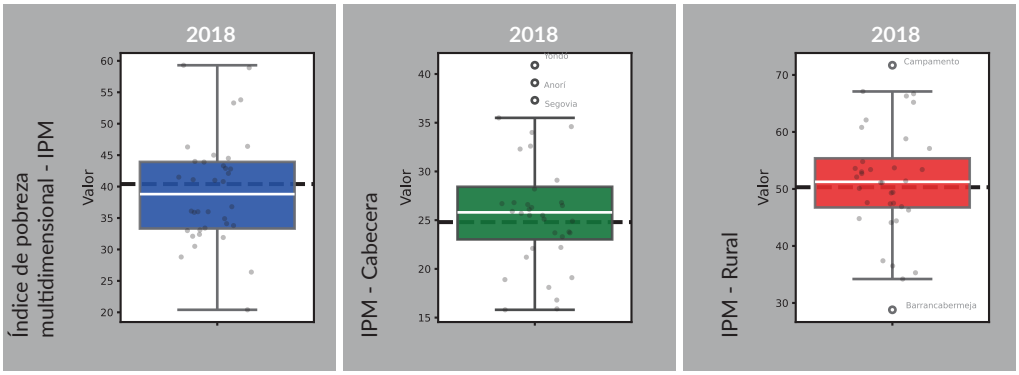


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

El IPM en la región muestra mayor variabilidad en las zonas rurales. Algunos municipios, por ejemplo, Campamento, alcanza valores extremos. La distribución en la cabecera es más homogénea, pero sigue estando por encima de la mediana nacional. Esto indica una desigualdad persistente en la región.

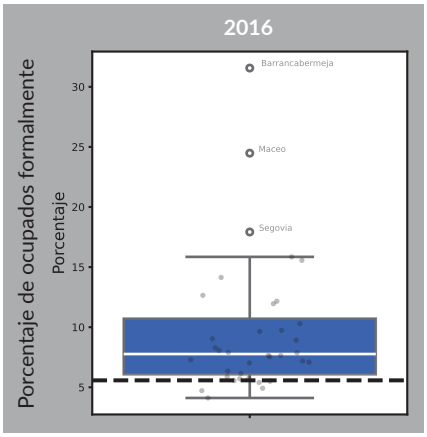
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

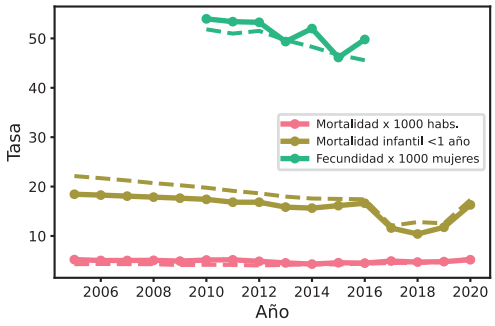
El porcentaje de ocupación formal en la región es bajo, con una mediana por debajo del 10%, pero superior al promedio nacional. Algunos municipios, es el caso de Barrancabermeja, presentan valores considerablemente superiores, lo que indica disparidades en el acceso a empleo formal.



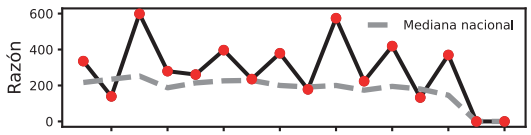
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

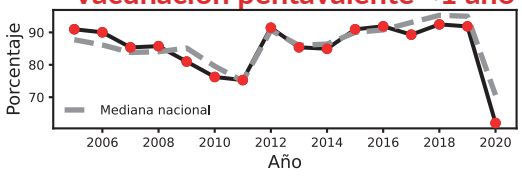
Las tasas de mortalidad general en la región se mantienen por encima de la mediana nacional durante todo el período. La mortalidad materna presenta alta variabilidad con picos significativos en varios años. La cobertura de vacunación ha mostrado una tendencia descendente, al situarse por debajo del promedio nacional en los últimos años. La tasa de fecundidad también es superior a la media nacional, aunque con una tendencia a la baja.



Mortalidad materna a 42 días



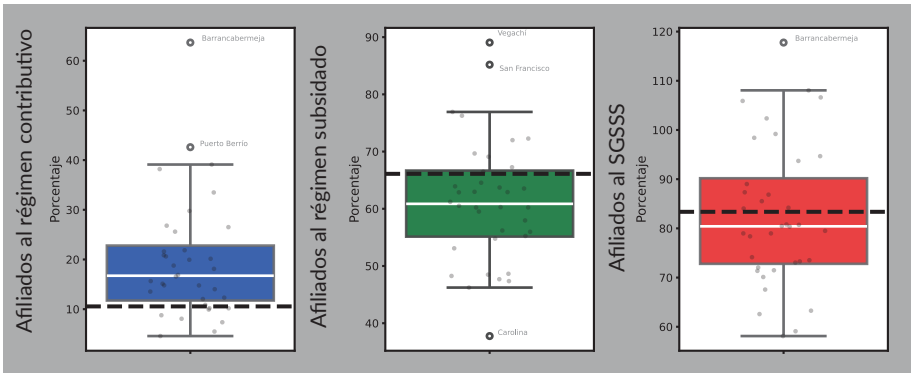
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

La afiliación al régimen subsidiado muestra la mayor variabilidad. En este caso, municipios como Vegachí, presentan altos niveles de afiliación. En contraste, el régimen contributivo tiene menor variabilidad, generalmente por encima del promedio nacional, hasta superar el 60% en el caso de Barrancabermeja. Esto sugiere desigualdad en el acceso al sistema de salud.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Agresiones (homicidios)	181,10	50,90	Disminuyó
Enfermedades isquémicas del corazón	94,60	87,30	No diferencia
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	41,80	25,30	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	37,20	15,20	Disminuyó
Enfermedades hipertensivas	23,50	19,40	Disminuyó
Accidentes de transporte terrestre	18,20	20,60	Aumentó
Diabetes mellitus	21,60	16,50	Disminuyó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	2,10	33,80	Aumentó
Infecciones respiratorias agudas	10,20	11,30	Aumentó
Eventos de intención no determinada	18,70	5,50	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con aumento, en comparación con el periodo 1998-2002, fueron: Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, y accidentes de transporte terrestre e Infecciones respiratorias agudas. Para las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, la tasa pasó de 2,1 a 33,8 por cada 100,000 habitantes. La tasa de Accidentes de transporte terrestre cambió de 18,2 a 20,6, y la de Infecciones respiratorias agudas varió de 10,2 a 11,3. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Accidente Ofídico	40,58	38,67	No diferencia
Bajo peso al nacer	30,51	38,06	Aumentó
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	17,11	29,79	Aumentó
Dengue	53,17	64,79	Aumentó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	280,33	251,46	Disminuyó
Intento de Suicidio	55,34	66,80	Aumentó
Intoxicación por medicamentos	23,40	41,14	Aumentó
Leishmaniasis cutánea	85,59	75,77	Disminuyó
Varicela individual	81,53	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Leishmaniasis cutánea e Intento de suicidio. La tasa de Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia fue de 251,46 por cada 100,000 habitantes, que supera la media nacional de 87,51. Para Leishmaniasis Cutánea, la tasa registrada fue de 75,77, por debajo de la media nacional. Por último, la tasa de Intento de Suicidio alcanzó 66,8, por debajo de la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, lo cual puede reflejar un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias

1.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/

2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/

4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx

5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col

6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Región Magdalena Medio

Municipios

Antioquia

- Alejandría
- Amalfi
- Angostura
- Anorí
- Campamento
- Caracolí
- Carolina
- Cisneros
- Cocorná
- Concepción
- Gómez Plata
- Granada
- Guadalupe
- Maceo
- Puerto Berrío
- Puerto Nare
- Remedios
- San Carlos
- San Francisco
- San Luis
- San Rafael
- San Roque
- Santo Domingo
- Segovia
- Vegachí
- Yalí
- Yarumal
- Yolombó
- Yondó

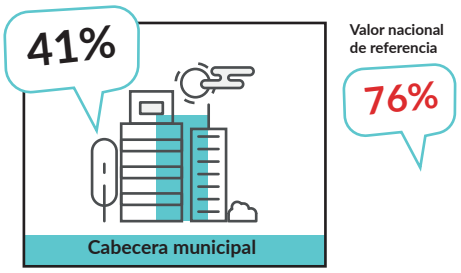
Santander

- Barrancabermeja
- Betulia
- Cimitarra
- El Carmen
- Puerto Parra
- San Vicente de Chucurí
- Simacota

Región Llanos Amazonas

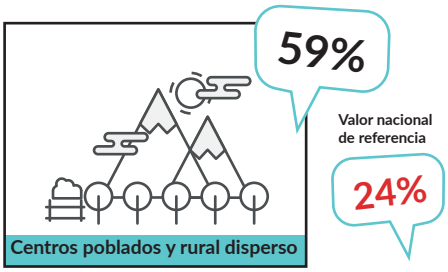
Ficha de caracterización

1. Descripción general



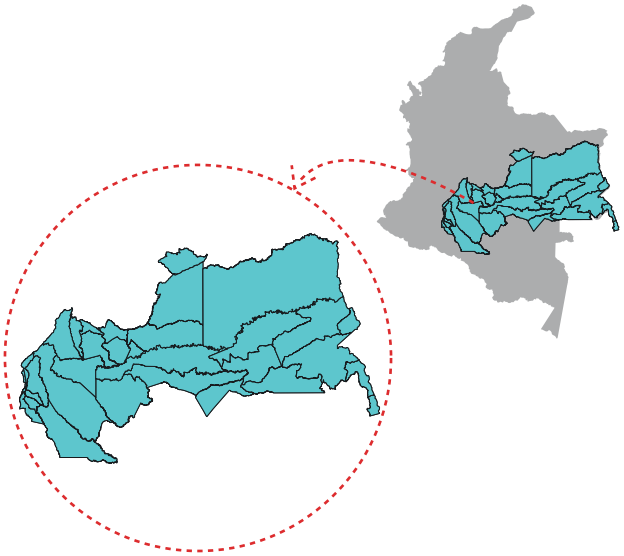
Valor nacional de referencia

76%



Valor nacional de referencia

24%

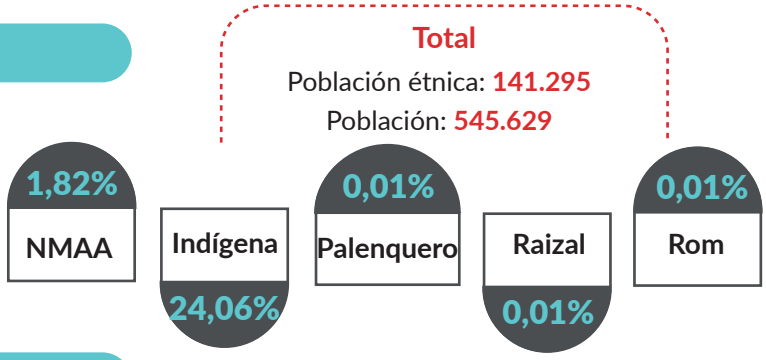


La región Llanos-Amazonas está conformada por 30 municipios de los departamentos de Caquetá (6), Huila (1), Meta (10), Casanare (1), Guainía (8), Guaviare (3), Vaupés (1) y Vichada (1).

Tiene una población dispersa. Un 41% vive en cabeceras municipales, frente al valor nacional del 76%. En contraste, un 59% reside en zonas rurales o centros poblados, cifra significativamente mayor al 24% registrado a nivel nacional.

2. Demografía y población

Los indígenas en la región representan el 24% de la población total. El grupo negro, mulato, afrodescendiente y afrocolombiano (NMAA) llega al 1,82%.

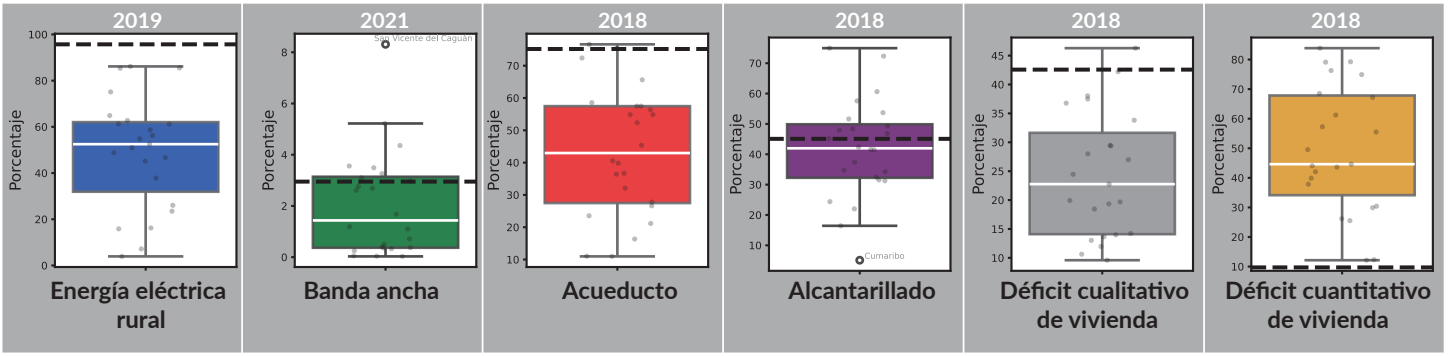


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de servicios en la región muestra variabilidad considerable. Por ejemplo, la energía eléctrica rural tiene una mediana del 54% con valores municipales que van desde un 5% a un 85%. Para el acueducto, la cobertura media se encuentra por encima del 40%, muy por debajo de la media nacional. En relación con la cobertura en alcantarillado, algunos municipios presentan datos mayores que la mediana nacional, por el contrario, hay valores atípicos, en Cumaribo, por tener una cobertura que se sitúa significativamente baja. El déficit cuantitativo de vivienda es superior de la mediana nacional.

Cobertura de servicios de la región Llanos Amazonas

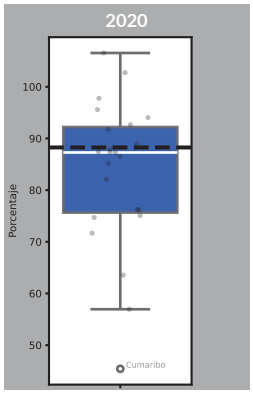


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

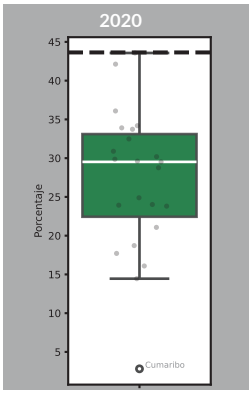
4. Educación

La cobertura neta en educación, tanto básica como media, es similar comparada con los valores nacionales. Para el primer caso, se tiene una mediana del 83%, por debajo del 89% nacional, con algunos municipios que superan el 90%. En educación media, solo Cumaribo tiene un valor atípico. El resto agrupa un rango entre el 15% y el 44%. En cuanto a la deserción, la mediana está en 3%, aunque municipios, por ejemplo, La Macarena supera el 14%.

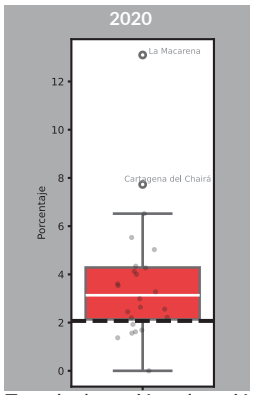
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

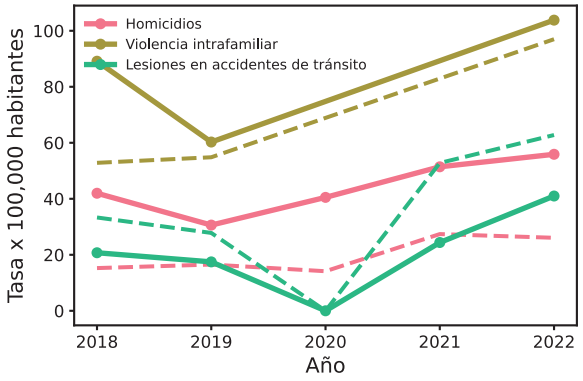


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios en la región muestran un aumento notable desde 2019, hasta alcanzar 50 por cada 100.000 habitantes en 2022, número significativamente superior a la mediana nacional. La violencia intrafamiliar también ha aumentado, está también por encima de la media nacional. Las lesiones por accidente de tránsito muestran un leve, pero continuo crecimiento.

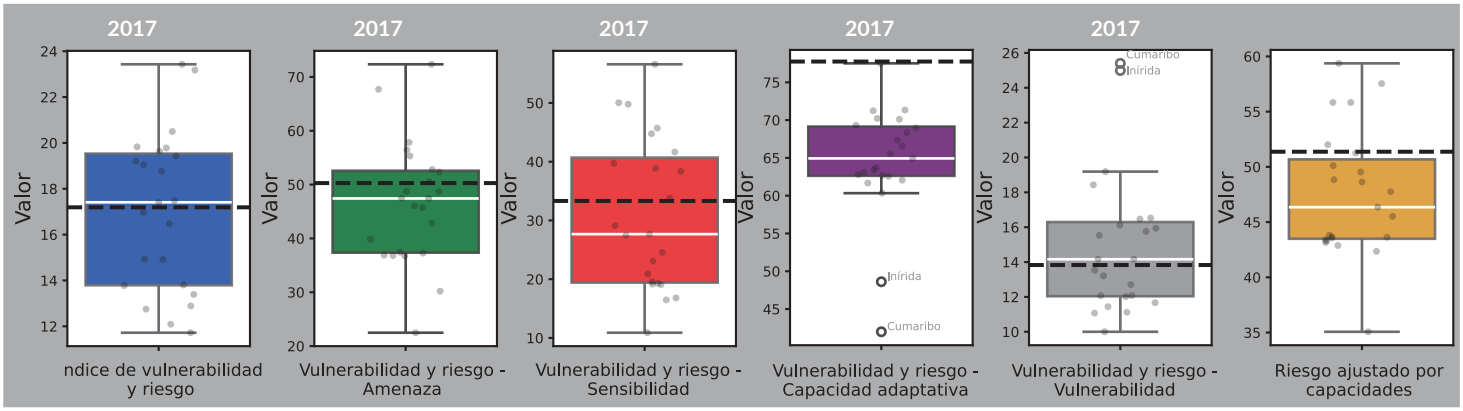


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

El índice de vulnerabilidad y riesgo se concentra cerca de la mediana nacional, con algunas regiones en mayor riesgo. Las dimensiones de amenaza y sensibilidad muestran mayor dispersión, superando la mediana en varios municipios. La capacidad adaptativa presenta menor dispersión, destacando diferencias significativas entre Inírida y Guainía. La vulnerabilidad es alta, con la mayoría de municipios, como Cumaribo e Inírida, por encima de la mediana. El riesgo ajustado por capacidades evidencia amplia dispersión (35-60), reflejando desigualdades en la respuesta al cambio climático.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

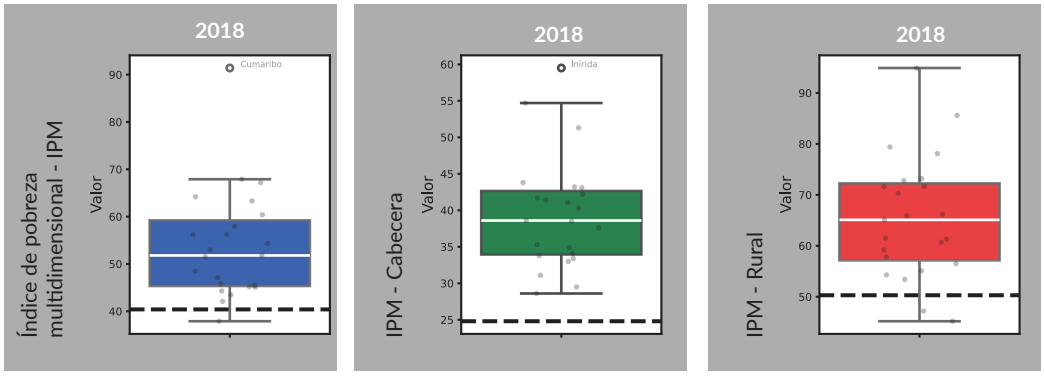


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

El índice de pobreza multidimensional (IPM) regional supera la mediana nacional, salvo un municipio. Destaca Cumaribo con un IPM mayor al 90%. En zonas rurales hay mayor variabilidad, mientras en cabeceras los valores son homogéneos y superiores, excepto Inírida (60%).

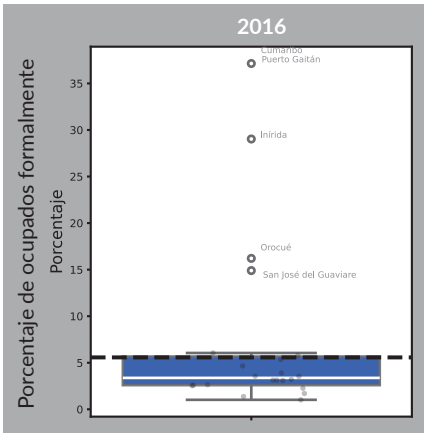
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

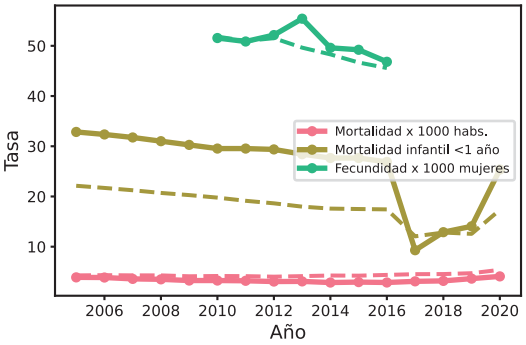
El porcentaje de ocupación formal es bajo en la región con una mediana inferior al 5%, muy por debajo de la nacional. Algunos municipios, Cumaribo, Puerto Gaitán e Inírida, presentan valores significativamente superiores a la mediana nacional.



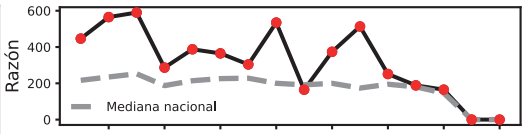
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

La tasa de mortalidad general ha mostrado una tendencia ascendente, pero continúa inferior a la mediana nacional en la mayoría de los años. La mortalidad materna presenta una alta variabilidad, mientras que la cobertura de vacunación pentavalente ha disminuido por debajo de la media nacional. La tasa de fecundidad es consistentemente superior a la media nacional con una tendencia a la baja en los últimos años.



Mortalidad materna a 42 días



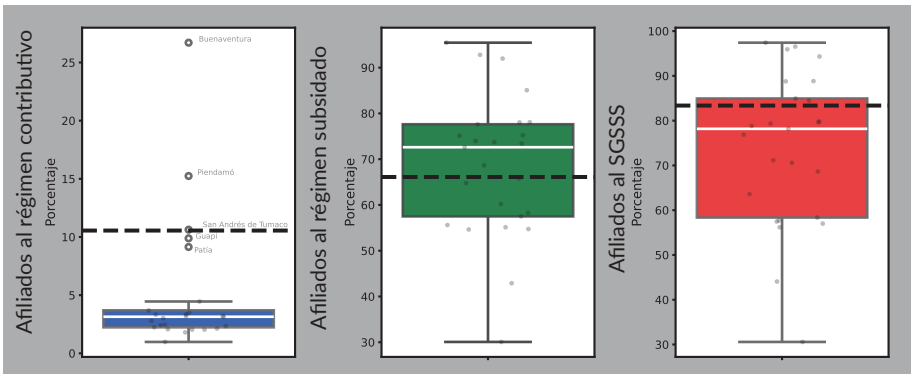
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

La afiliación al régimen contributivo se concentra bajo la mediana nacional, excepto en municipios como Puerto Carreño y San José del Guaviare. El régimen subsidiado supera la mediana nacional, evidenciando mayor cobertura. En el SGSSS, destacan valores superiores, salvo casos como La Macarena.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Agresiones (homicidios)	137,60	43,40	Disminuyó
Enfermedades isquémicas del corazón	59,60	74,70	Aumentó
Enfermedades cerebrovasculares	25,60	10,00	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	18,30	12,00	Disminuyó
Diabetes mellitus	14,30	14,60	No diferencia
Enfermedades hipertensivas	14,30	12,00	Disminuyó
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	20,30	6,60	Disminuyó
Eventos de intención no determinada	18,20	4,80	Disminuyó
Accidentes de transporte terrestre	8,40	11,10	Aumentó
Tumor maligno del estómago	11,70	5,20	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias, en comparación con el periodo 1998-2002, fueron: enfermedades isquémicas del corazón, accidentes de transporte terrestre y Diabetes mellitus. Para Enfermedades isquémicas del corazón, la tasa pasó de 59,6 a 74,7 por cada 100.000 habitantes. La tasa de Accidentes de transporte terrestre cambió de 4,8 a 11,1, y en de Diabetes mellitus varió de 14,3 a 14,6. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Accidente Ofídico	68,32	65,34	No diferencia
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	80,40	93,10	Aumentó
Dengue	262,55	319,68	Aumentó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	192,24	241,46	Aumentó
Enfermedad similar a influenza infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	146,24	98,78	Disminuyó
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	2,39	155,82	Aumentó
Intento de suicidio	47,01	45,52	No diferencia
Leishmaniasis cutánea	145,10	126,04	Disminuyó
Varicela individual	107,90	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: Dengue, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia e Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado). La tasa de Dengue fue de 319.68 por cada 100,000 habitantes, superó, así, la media nacional de 87,51. Para agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, la tasa registrada fue de 241,46, también por encima la media nacional. Por último, la tasa de IRAG inusitado alcanzó 155,82, mayor que la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, que reflejarían un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias

1.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/

2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/

4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx

5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col

6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Región Llanos Amazonas

Municipios

Caquetá

- Cartagena Del Chairá
- El Doncello
- El Paujil
- Montañita
- Puerto Rico
- San Vicente Del Caguán

Huila

- Algeciras

Meta

- Mapiripán
- Mesetas
- La Macarena
- Uribe
- Puerto Concordia
- Puerto Gaitán
- Puerto Lleras
- Puerto Rico
- San Juan De Arama
- Vistahermosa

Casanare

- Orocué

Guainía

- Inírida
- Barrancominas
- San Felipe
- Puerto Colombia
- La Guadalupe
- Cacahual
- Paná-Paná
- Morichal

Guaviare

- San José Del Guaviare
- Calamar
- El Retorno

Vaupés

- Papunaua

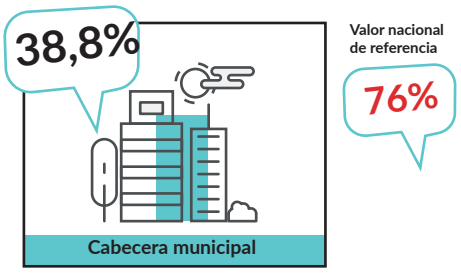
Vichada

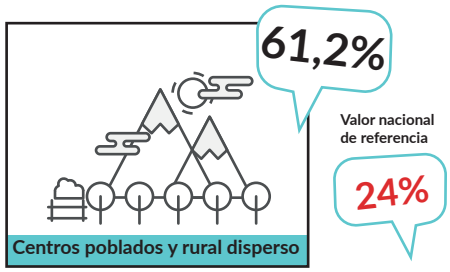
- Cumaribo

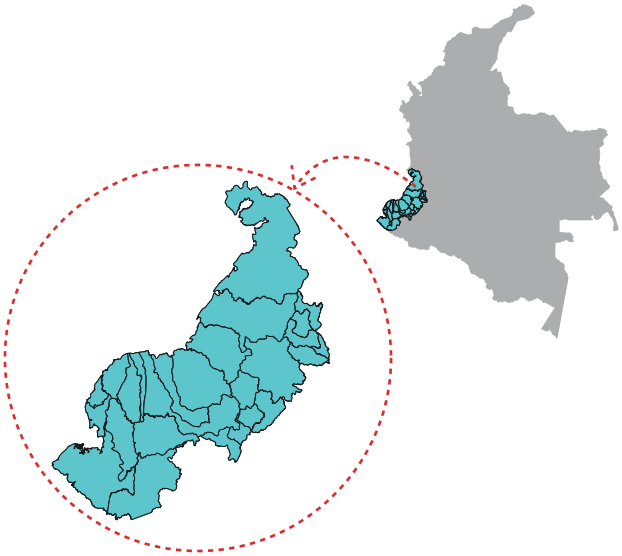
Región Pacífico Sur

Ficha de caracterización

1. Descripción general





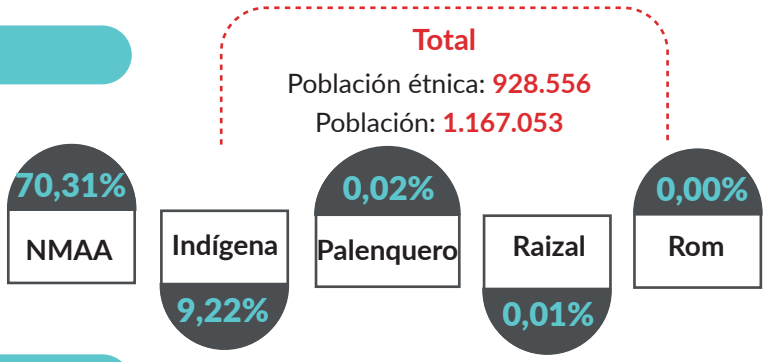


La región Pacífico-Sur está conformada por 25 municipios de los departamentos de Cauca (12), Nariño (12) y Valle del Cauca (1).

Tiene una población dispersa. El 40% vive en cabeceras municipales, frente al valor nacional del 76%. En contraste, un 61% reside en zonas rurales o centros poblados, dato significativamente mayor al 24% registrado a nivel nacional.

2. Demografía y población

La población negra, mulata, afrodescendiente y afrocolombiana (NMAA) es predominante en la región, pues representa más del 70,31% de la población étnica, seguida por las comunidades indígenas (9.22%).

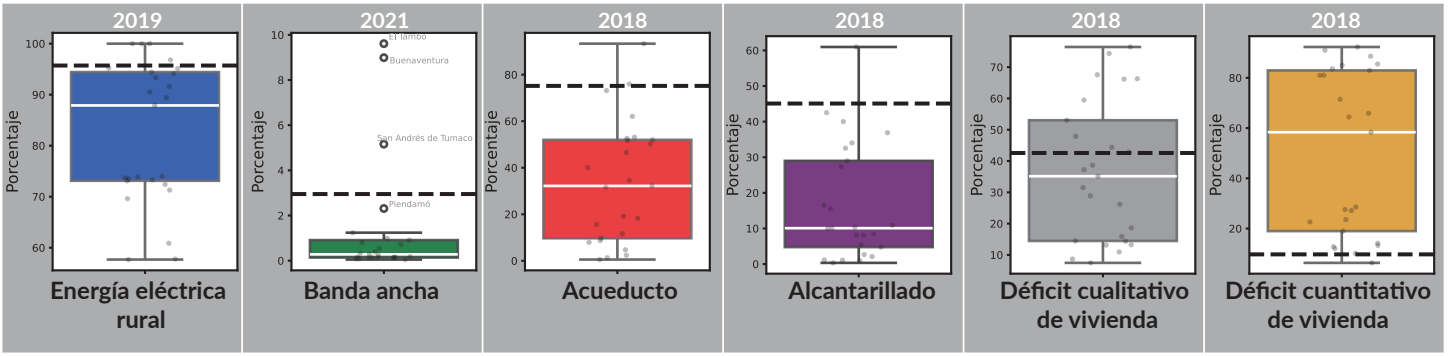


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de servicios en la región presenta una alta variabilidad. La energía eléctrica rural tiene una cobertura relativamente alta, sin embargo, está por debajo de la mediana nacional. Mientras que el acueducto y el alcantarillado disponen de coberturas inferiores a la mediana nacional. En cuanto a la banda ancha, los valores se encuentran por debajo de la mediana nacional con valores entre 0 y 2%, aunque existen casos extremos, por ejemplo, El Tambo, Buenaventura, San Andrés de Tumaco y Piendamó.

Cobertura de servicios de la región Pacífico Sur

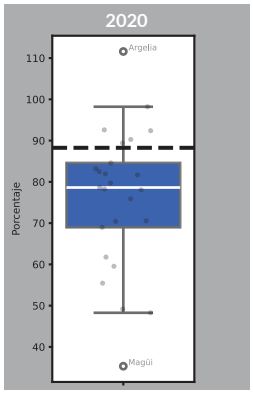


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

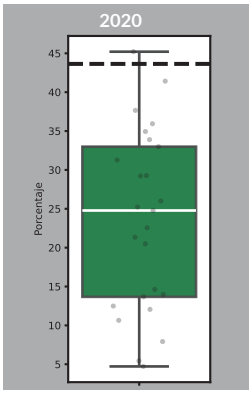
4. Educación

La cobertura neta en educación básica tiene una mediana cercana al 80%, notablemente inferior a la nacional del 89%, aunque algunos municipios, como Argelia, superan el 90%. En educación media, la mediana se encuentra alrededor del 30% con valores agrupados principalmente entre el 14% y el 35%, pero son pocos los municipios que se acercan a la media nacional representada por la línea discontinua superior del gráfico. Respecto a la tasa de deserción en educación básica y media, la mediana está en aproximadamente 2,5%, si bien en Olaya Herrera y El Charco los valores son significativamente más altos.

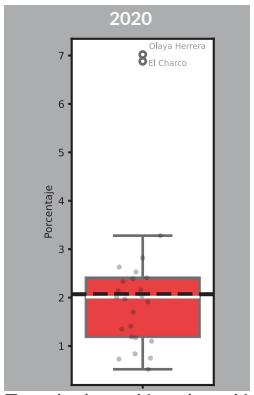
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

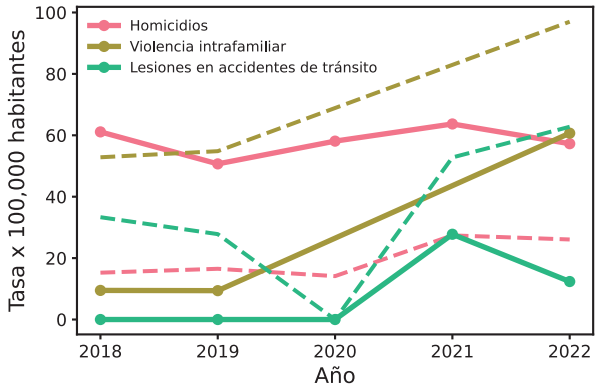


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios en la región han sido consistentemente altas, superan la mediana nacional. La violencia intrafamiliar ha mostrado un incremento en los últimos años, mientras que las lesiones en accidentes de tránsito son comparativamente bajas, pero han experimentado picos ocasionales para el 2021.

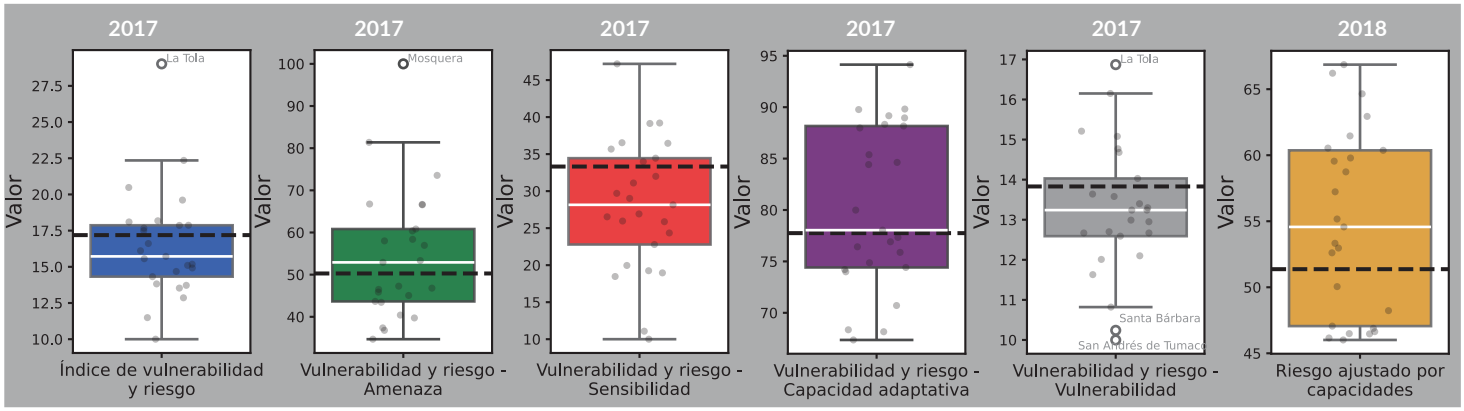


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

Los indicadores de vulnerabilidad y riesgo por cambio climático han sido variables. En particular, la capacidad adaptativa muestra un nivel relativamente alto en la mayoría de los municipios. Adicionalmente, en la vulnerabilidad y riesgo, se identifican valores extremos para los municipios de La Tola, Santa Barbará y San Andrés de Tumaco.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

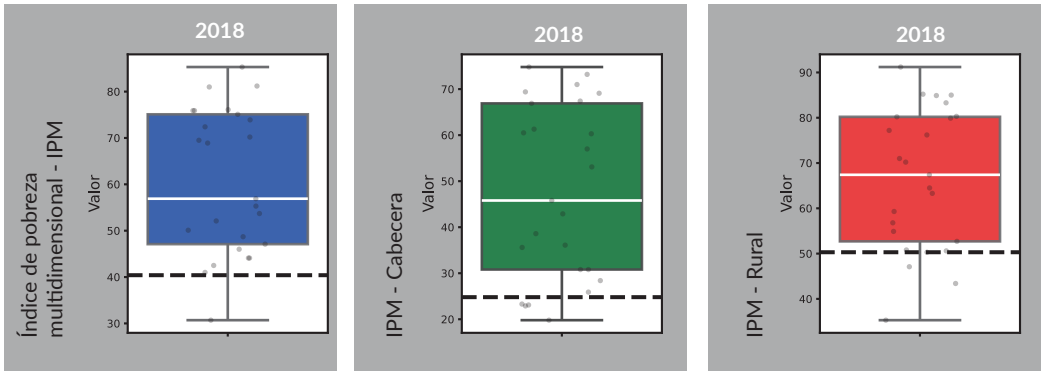


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) en la región es considerablemente alto, pues la mayoría de los municipios rurales superan la mediana nacional. En la cabecera, aunque los valores son más bajos, todavía se encuentran por encima de la mediana nacional.

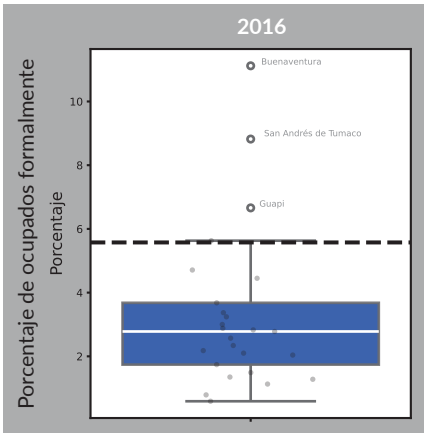
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

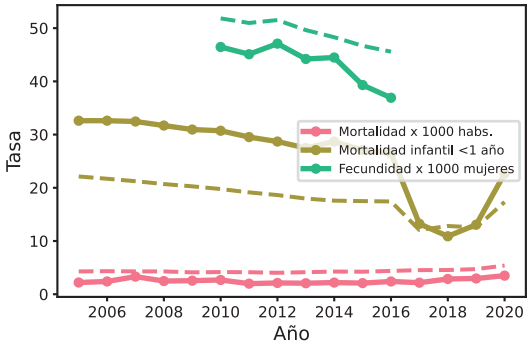
El empleo formal en la región es bajo con una mediana regional de 3%, por debajo de los datos nacionales. Sin embargo, algunos municipios, Buenaventura, San Andres de Tumaco y Guapi, revelan valores significativamente más altos.



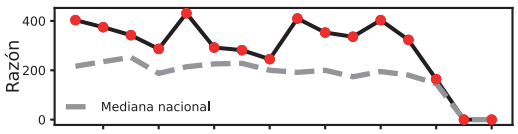
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

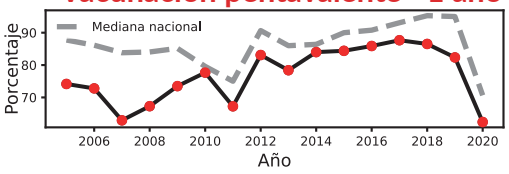
En la región, la tasa de mortalidad general se mantiene por debajo de la mediana nacional, mientras que la mortalidad materna a 42 días e infantil presentan patrones distintos. La mortalidad materna, aunque variable, ha disminuido, acercándose a la mediana nacional. La cobertura de vacunación ha caído por debajo del promedio nacional y, paralelamente, la tasa de fecundidad continúa con una tendencia descendente.



Mortalidad materna a 42 días



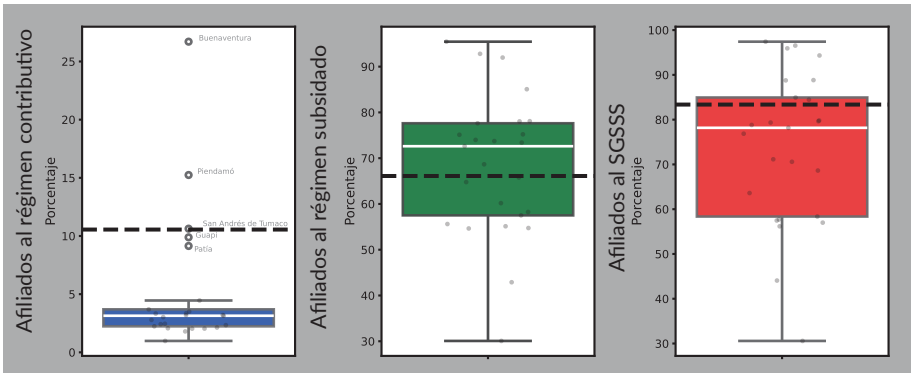
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

La afiliación al régimen subsidiado tiene la mayor cobertura de la región con una mediana superior a la nacional. En contraste, la afiliación al régimen contributivo muestra un acceso muy bajo. Al respecto, se identifica unos valores extremos de municipios por encima de la mediana nacional como Buenaventura, Piendamó y San Andrés de Tumaco.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Agresiones (homicidios)	63,70	64,00	No diferencia
Enfermedades isquémicas del corazón	46,60	44,20	No diferencia
Enfermedades cerebrovasculares	34,90	21,90	Disminuyó
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	16,90	17,10	No diferencia
Enfermedades hipertensivas	12,00	17,70	Aumentó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	11,00	10,80	No diferencia
Accidentes de transporte terrestre	10,10	11,60	Aumentó
Diabetes mellitus	7,20	10,80	Aumentó
Tumor maligno del estómago	12,00	5,30	Disminuyó
Infecciones respiratorias agudas	7,20	9,00	Aumentó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias en comparación con el periodo 1998-2002, fueron: enfermedades hipertensivas, Diabetes mellitus e infecciones respiratorias agudas (IRA). Para Enfermedades hipertensivas, la tasa pasó de 12,0 a 17,7 por cada 100.000 habitantes. La tasa de Diabetes mellitus cambió de 7,2 a 10,8, y en IRA varió de 7,2 a 9,0. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	27,65	32,00	Aumentó
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	24,50	40,61	Aumentó
Dengue	19,55	87,88	Aumentó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	115,37	128,33	Aumentó
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	1,14	61,95	Aumentó
Intento de suicidio	29,30	33,43	Aumentó
Intoxicación por plaguicidas	17,44	21,32	Aumentó
Leishmaniasis cutánea	91,89	24,72	Disminuyó
Varicela individual	29,32	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Dengue e infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado). La tasa de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia fue de 128,33 por cada 100.000 habitantes. En Dengue, la tasa registrada fue de 87,88, superior la media nacional. Por último, la tasa de IRAG inusitado alcanzó 61,95, por debajo de la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, que podrían reflejar un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias

1.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/

2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/

4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx

5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col

6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Municipios

Cauca

Argelia
Balboa
Buenos Aires
Cajibío
El Tambo
Guapi
López
Morales
Patía
Piendamó Tunia
Suárez
Timbiquí

Nariño

Barbacoas
El Charco
El Rosario
La Tola
Leiva
Magüí
Mosquera
Olaya Herrera
Francisco Pizarro
Roberto Payán
Santa Bárbara
Tumaco

Valle del Cauca

Buenaventura

Región Pacífico Sur

Cohesión social para recuperar el territorio y la identidad cultural

Región Cordillera-Macizo



Rosanna Camerano-Ruiz, Pablo Enrique Chaparro-Narváez, Diego Humberto Moreno López

La región Cordillera-Macizo está conformada por 30 municipios, 21 del departamento del Cauca y nueve de Nariño, y se encuentra dentro de la ecorregión del macizo colombiano. Su ubicación geográfica es de gran importancia para el país porque confluyen los ecosistemas andino, amazónico y pacífico; allí nacen los ríos Cauca, Magdalena, Putumayo, Caquetá y Patía (1). Respecto a la distribución de la población, el 61,2% habita en zona rural (2), el 28,1% se reconoce como indígenas y el 2,1% como negros, mulatos, afrodescendientes, afrocolombianos (NMAA) (3). La mayoría de las actividades económicas están asociadas a la vida rural, en particular a la agricultura, la ganadería, el comercio, la explotación de madera y el turismo (4).

La región presenta desigualdades socioeconómicas reflejadas en el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) que supera considerablemente el promedio nacional, especialmente en zonas rurales. En promedio, el IPM para 2018 fue de 47,6% con un rango entre 18,4% (Popayán, Cauca) y 75,5% (Sucre, Cauca) (5). Si bien es una región con una vida predominantemente rural, existe una amplia diferencia entre el IPM urbano y rural, que, para 2023, fue de 6,8 y 20,9%, respectivamente (5). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) de 2023, en los municipios de Cauca y

Nariño, que hacen parte de la región, la percepción de pobreza fue de 60,7 y 71,2%, por encima de la nacional de 47,3% (6). Además, se estima que entre 15 y 69% de su población vive en condición de vulnerabilidad urbana (7). Las privaciones por hogar con los porcentajes más altos fueron trabajo informal (86%), bajo logro educativo (57,5%) y rezago escolar (23,2%) (5). Según el índice de acceso potencial a los servicios de salud (IASS), la mayoría de los municipios del Cauca se encuentran en el quintil más bajo, mientras que los nueve municipios de Nariño están en el quintil alto (8).

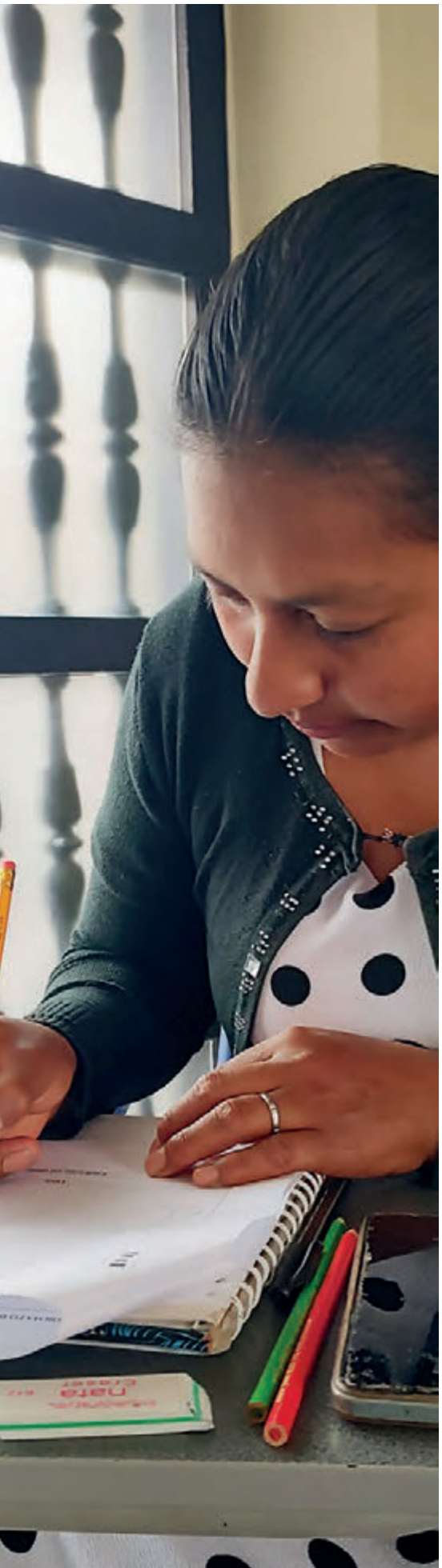
Esta región se ubica dentro del corredor geográfico de la Cordillera Central y el Cañón de las Hermosas, donde más del 20% de los municipios del Cauca se encuentra en el quintil con valores más altos del Índice de Intensidad del Conflicto Armado (9,10). La región se ha visto afectada por hechos de violencia y conflictos crónicos con altos índices de homicidio, desplazamiento forzado, desapariciones, reclutamiento de jóvenes y menores, y la presencia de cultivos ilícitos (11). Según el Índice de Incidencia del Conflicto Armado estimado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), entre 2017 y 2021, el departamento de Cauca se clasificó como "alto" y en Nariño pasó de "medio" a "alto" (12). Sumado a esto, la región enfrenta desafíos ambientales relacionados con la deforestación, contaminación del agua, expansión agrícola no sostenible y los efectos del cambio climático (13).

El territorio es percibido por los participantes como un lugar hermoso con mucha flora y fauna, ríos importantes que bañan al país de agua potable, con dos cordilleras, páramos y baños termales. Es la confederación pubenense que abarca territorios incluso de otros departamentos, a lo que un participante asocia la palabra *guambiano* que viene de: "reconocernos como hijos del agua, la palabra y los sueños". Destacan su diversidad cultural, nutrida por grandes saberes y conocimiento empírico provenientes de pueblos indígenas, comunidades campesinas y afrodescendientes, y un gran desarrollo en procesos sociales y comunitarios. Esta percepción coexiste con múltiples problemáticas sociales relacionadas con barreras de acceso a los servicios de salud, geográficas, culturales, institucionales, de seguridad y orden público, y la lucha permanente por reivindicar sus derechos. Además, el impacto de la guerra perturba el sentido de pertenencia: *"(...) qué definición yo daría de territorio si ni siquiera yo tengo paz o no puedo estar en un lugar donde digo que es mío, sino que son de grupos armados"*. Esto, aunado con un sentimiento de abandono por parte del Estado y una crisis económica y política que desconoce la importancia de la salud.

Balance de los principales hallazgos

La mesa de diálogo estuvo conformada en su mayoría por mujeres (72%) y la edad promedio del grupo fue de 40 años. Los participantes proceden de siete municipios del Cauca: Popayán, Páez, Bolívar, Totoró, Silvia, Inzá y Timbío. Pertenecen a instituciones gubernamentales, secretarías de salud, alcaldías, universidades, hospitales públicos y organizaciones comunitarias. Los participantes se desempeñan en diversas ocupaciones y profesiones con compromiso en el liderazgo, el servicio y el activismo social al interior de sus comunidades. Expresan, además, sus valores de identidad cultural y sus orígenes campesinos e indígenas, se destacan por su diversidad, vulnerabilidad y resiliencia. Comparten experiencias de vida en contextos





difíciles, como ser víctimas del conflicto armado, madres cabeza de familia o recicladores, situaciones que relatan desde una narrativa de resiliencia. Aunque el contexto del conflicto armado los hace vulnerables, es visible en ellos una inclinación por superar las adversidades que este ha ocasionado.

La salud pública, para los participantes, se configura en torno a conceptos de *"comunidad"*, *"bienestar"* y *"prevención"*, en donde se destaca una visión integral y colectiva. En el centro de sus percepciones está el vínculo entre el individuo y su entorno social, mientras que el bienestar implica una corresponsabilidad entre el Estado y la comunidad: *"(…) la salud pública es un estado de atención en responsabilidad del Estado y en coordinación con la comunidad. (…) de este modo se puede acabar con la injusticia social, la ausencia de situaciones del Estado encargadas de velar por el buen vivir de las comunidades y el medio ambiente y el territorio"*. Esta perspectiva promueve el bienestar colectivo mediante la participación comunitaria y el abordaje de factores sociales y ambientales: *"(…) la salud no es solo ir al médico cuando uno está enfermo; tiene que ver con vivir en un ambiente sano, con acceso a agua potable y buena alimentación. Eso también es salud pública"*. Esto contrasta con un sistema de salud que, según los participantes, es *"excluyente y distante"*, pues *"solo nos atienden cuando ya estamos enfermos. ¿Por qué no se invierte en prevenir, en trabajar con la comunidad antes de que sea demasiado tarde?"*.

Las emociones evocadas por esta visión son intensas y variadas, generan *"optimismo"* ante el potencial transformador de la salud pública, pero, también, *"frustración"* porque las voces comunitarias no siempre son escuchadas: *"(…) a veces siento que no nos escuchan, como si nuestras necesidades no importaran. Solo nos prestan atención cuando es una emergencia"*. Para ellos, la salud pública debe ser incluyente y cercana, capaz de anticiparse y construir bases sólidas para el bienestar de todos: *"(…) queremos un sistema de salud que esté aquí con nosotros, que no sea algo lejano o que solo veamos cuando las cosas están mal"*. En síntesis, se combina la esperanza de transformación social en contextos de violencia y exclusión, con el anhelo de una salud pública que atienda las necesidades inmediatas y construya un bienestar compartido y duradero. Así, los participantes plantean que la salud pública debe ser una construcción colaborativa entre Estado y comunidades, basada en un enfoque preventivo que respete las particularidades de cada territorio y garantice un bienestar compartido y duradero.

El conflicto armado aparece como tema central de la mesa, en una región en donde las relaciones de poder y el control del territorio han marcado profundamente la calidad de vida y la convivencia de los habitantes, además de ser el principal obstáculo para el goce de una buena salud. Los principales desenlaces de salud asociados al conflicto armado son las afectaciones a la salud mental y el aumento del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), que se agravan a causa de la baja disponibilidad de servicios de salud mental y al déficit de medicamentos: *"(…) problemas relacionados con la misma atención a esa salud mental ya sea desde la misma (…) psicoterapia o la terapia que pueden ofrecer desde la psicología, como el mismo tratamiento medicamentoso, el ofrecido por la psiquiatría, y en donde un problema importante en parte es la falta de los medicamentos"*. Las

consecuencias del conflicto armado a nivel físico, e identificadas en la mesa se relacionan con las enfermedades culturales —'susto' o 'espanto'—, que se manifiestan como enfermedad diarreica en niños y trastornos del sueño en adultos. Según los participantes, estos síntomas los reportan las personas después de la exposición a hechos violentos.

A nivel de acceso a los servicios de salud, las dinámicas del conflicto armado impiden el ingreso del personal de salud a los territorios y el desarrollo de campañas de sensibilización, lo cual imposibilita la atención oportuna y las actividades de promoción y prevención en las comunidades: *"(…) todas las barreras que hay para acceso a servicios de salud se complican mucho con la situación de conflicto armado que vivimos"*. Esta situación agrava además el déficit de talento humano en salud disponible en la región, al perjudicar el apoyo recibido de otros departamentos por los riesgos que implica el desplazamiento: *"(...) muchas veces nos apoyamos con talento humano que viene a trabajar acá, a prestar los servicios de salud y lo tienen que hacer por tierra, genera ya miedo (…)"*.

Dentro de las repercusiones del conflicto armado a nivel social, recalcan: *"(…) desde el conflicto armado se ha llevado también a que la parte social reproduzca el mismo sometimiento, (…) también la explotación humana, sobreponerse por el poder y la fuerza sobre el otro"*, que se expresa como otras formas de violencia menos visibles, por ejemplo, el aumento de la violencia intrafamiliar y el maltrato psicológico, ligado a la pérdida de la identidad cultural. Otros efectos de la exposición prolongada al conflicto son la deserción escolar y la normalización de la violencia: *"(…) los que estamos en el Cauca (…) ya nos parece muy normal que coloquen una bomba en un carro del INPEC, (…) o que hay enfrentamientos en Silvia, es algo que ya uno lo mira en la noticia y dice ah, otra vez"*.

Otro tema de discusión en la mesa es la capacidad del Estado para dar respuesta a las necesidades de salud de la población: *"(...) hay un problema de articulación notorio en el departamento que no ha permitido el avance"*, en especial, desde el nivel interinstitucional que impide el avance de programas y políticas públicas de salud. Añaden que: *"los problemas de salud pública nacen de la falta de intervención en el territorio"*, vinculada con una desconexión y un desconocimiento del contexto de la región, que es evidente en los planes de salud que suelen ser documentos formales y generalizados que no se ajustan con respecto a las realidades locales. A esto se suma la deficiente infraestructura sanitaria, de servicios públicos básicos y de vías de acceso, principalmente en zonas rurales. Así mismo, los participantes consideran que a la población se le ha atribuido gran parte de la responsabilidad de atender sus necesidades de salud.

El diálogo en la mesa continua con un énfasis en la falta de compromiso e incumplimiento de las promesas de campaña de los líderes políticos que, aunado a la baja capacidad técnica de quienes toman las decisiones en salud pública, impacta de forma negativa la gestión de los recursos. Por otra parte, los sistemas de información disponibles para la toma de decisiones no reflejan la realidad de los territorios porque existe un alto nivel de subregistro debido a los problemas de orden público y las actividades económicas ilegales, que crean un círculo vicioso, perpetuando así la invisibilidad y el olvido de estas áreas. Esta situación genera tristeza





y desesperanza entre los habitantes, quienes sienten que la acción de la salud pública no tiene un impacto real en sus territorios.

La mesa también se centra en la participación comunitaria, pues consideran que, en espacios de diálogo, sus aportes no suelen ser tenidos en cuenta. Tampoco, perciben un ejercicio de escucha que permita entender en cada territorio los procesos de salud y enfermedad, que permitan llegar a acuerdos en común de cuidado y protección: *"(...) cuando hay participación, que eso que lleva la gente no se tenga en cuenta, no se incluya, no se desarrollen las acciones con un contexto muy territorial y que finalmente todo lo que tiene que ver con vigilancia en salud pública a veces se queda solamente como desde el control, como desde el manejo de protocolos"*.

En esta línea, los participantes plantean retos para el desarrollo colectivo, debido a las relaciones de poder dentro de las mismas comunidades y la incoherencia entre el discurso y el actuar de los líderes. Esta forma de relacionarse y comportarse profundiza las problemáticas existentes y conlleva a la falta de atención de las necesidades: *"(...) el líder que finalmente tiene el bastón de autoridad (...) es (...) quien (...) tira todo lo que nosotros hemos hecho, porque es una cuestión de cómo se comporta la persona que tiene el poder más allá de la educación"*. Por lo tanto, es necesario el trabajo político dentro de las comunidades: *"(...) los líderes que se planteen o que se posicionen en esas áreas realmente tienen que ser coherentes, y esto va desde la comunidad"*.

A nivel comunitario, se aborda el tema de la medicina tradicional y sus limitaciones. Los participantes reconocen el valor de la medicina ancestral, pero advierten que, en contextos complejos, esta práctica no puede enfrentar, por sí sola, problemáticas como la violencia intrafamiliar o el abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, situaciones que requieren intervenciones psicosociales especializadas. Surge así la preocupación que, en ocasiones, el peso otorgado a la medicina tradicional termine por justificar la falta de atención integral por parte de la medicina occidental, sobre todo en el ámbito de la salud mental. Este argumento, que supondría una validación de estos saberes, terminaría por limitar el acceso a servicios que podrían tener un mayor impacto en el bienestar de las comunidades.
Por último, los participantes señalan que el sistema educativo actual no responde a las necesidades de los territorios, ni prioriza temas esenciales como el bienestar psicológico de los estudiantes: *"(...) la educación debe ir más allá de la formación académica tradicional para incluir el desarrollo psicológico y emocional, ya que los estudiantes pasan gran parte de su tiempo en las escuelas"*. A pesar de la frustración y la desesperanza, los participantes manifiestan su disposición y compromiso para seguir trabajando por el bienestar de sus comunidades, pero resaltan la necesidad de que el Estado y los líderes políticos se comprometan a apoyar y desarrollar soluciones reales, sostenibles y adecuadas a las necesidades de los territorios.

Retos para la región Cordillera Macizo

El diálogo expone las dificultades complejas y multifactoriales que enfrentan las comunidades en la región. Se identifican cuatro retos que incluyen: reducir el impacto del conflicto armado sobre la salud pública,

lograr la autonomía territorial al mejorar la infraestructura sanitaria, vial y de servicios básicos en las zonas rurales, adoptar la interculturalidad en la salud pública y en los programas educativos, y mejorar la gobernanza, desde el fomento de la participación ciudadana. Estos retos reflejan una interacción compleja entre factores sociales, económicos, culturales y de seguridad.

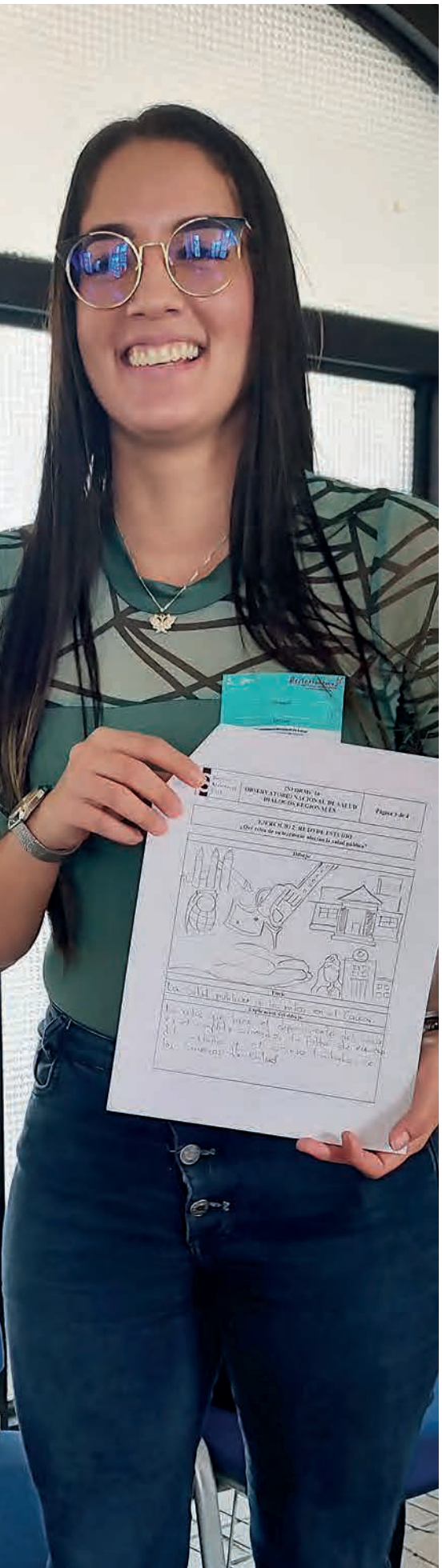
Reto 1. Mitigar los efectos del conflicto armado en la salud pública con énfasis en la salud mental de la población.

La persistencia del conflicto armado en la región tiene un profundo impacto en la salud pública y en la calidad de vida de las comunidades. Ante esto surge la pregunta: *¿mejoraría la salud pública en la región si desapareciera el conflicto armado?* Al respecto, los participantes reflexionan sobre el papel del Estado y si en el caso de un hipotético contexto de paz, el sistema de salud respondería mejor a las necesidades de las comunidades. En particular, uno de los efectos más significativos del conflicto armado es el deterioro de la salud mental, alimentado por un entorno de violencia constante, causando que: *"(…) la población se ve afectada por síntomas de estrés postraumático, por temas de ansiedad, de depresión, por desapariciones, por los asesinatos, por el hecho de tener que desplazarse y dejar su territorio"*. Estas afecciones, a su vez, pueden derivar en situaciones extremas como el aumento de intentos de suicidio. Además, el control territorial ejercido por grupos armados limita el acceso a servicios de salud y dificulta la labor de los profesionales, no solo en materia de salud mental, sino de otras especialidades: *"(…) no es fácil para las nuevas generaciones afrontar estas situaciones y eso es un círculo vicioso, aumenta más y aumenta más y más se afecta la salud mental y eso perturba mucho la salud física también"*.

Los procesos de normalización de la violencia también perpetúan esta crisis: *"(…) todo esto [recrudecimiento de ataques] genera miedo, miedo que aumenta más el problema de salud mental de nuestro departamento. Estamos agobiados, estamos desesperanzados, de pronto los que ya estamos acostumbrados no lo sentimos tanto, ya llevamos aquí viviendo cuánto tiempo sometidos a esto"*. Esta adaptación a dinámicas violentas fragmenta el tejido social, pues genera resignación, inhibe la acción colectiva y refuerza la desconfianza hacia las instituciones. Adicionalmente, las interacciones cotidianas con actores armados contribuyen a normalizar relaciones de poder desiguales que profundizan la desconexión con el Estado y entre los propios habitantes de las comunidades: *"(…) uno dialoga con la guerrilla y hasta uno medio se hace amigo de la guerrilla. Que eso se normalice implica qué, ¿nosotros psicológicamente somos más fuertes? O tal vez, ¿está mal normalizar ese tipo de interacciones?"*.

El consumo de SPA, en la misma línea, emerge como un problema de salud pública vinculado al conflicto armado. La violencia, las carencias socioeconómicas y la falta de oportunidades laborales han llevado a un aumento en el consumo, principalmente en jóvenes y adultos jóvenes: *"(…) a raíz del conflicto armado, el consumo de SPA ha aumentado. De eso se desprenden muchos más problemas"*. Este fenómeno no solo afecta la salud mental, sino que también amplifica la fragmentación comunitaria, al asociarse con la estigmatización y el debilitamiento de la cohesión social.





Según los participantes, para enfrentar este complejo panorama de confluencia del conflicto armado, afectaciones en la salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, es imprescindible reconstruir el tejido social mediante acciones que promuevan la cohesión y resiliencia de las comunidades. Esta última entendida no solo como la capacidad que tienen las personas de adaptarse a las circunstancias del medio, sino también en tanto que práctica transformadora de su subjetividad, de las relaciones con los otros y del contexto en el cual surgen los eventos adversos. La población requiere educación y sensibilización desde un enfoque cultural y territorial a través de campañas que reduzcan el estigma hacia la salud mental y el consumo de SPA. Asimismo, la educación en salud pública desde la infancia puede ayudar a consolidar valores como el respeto y la comprensión cultural, además disminuir la desinformación. La articulación entre las instituciones, la comunidad y la academia es fundamental para desarrollar intervenciones efectivas, basadas en estudios locales que analicen el consumo de SPA y su relación con el contexto social y económico.

Finalmente, los participantes sugieren aumentar los recursos destinados a la salud mental con el fin de garantizar el acceso oportuno a estos servicios, incluyendo el tratamiento farmacológico para los casos que lo requieran. Además, proponen incrementar la cantidad de profesionales en salud mental en proporción al número de habitantes de la región, contrarrestar los procesos de normalización de la violencia y el consumo de SPA, y formar equipos locales capacitados para manejar los efectos del conflicto armado, como el estrés postraumático, la depresión y la ansiedad. Estas estrategias responden al impacto inmediato del conflicto y pueden contribuir a la recuperación del tejido social y establecer las bases para una salud pública más equitativa y sostenible en la región.

Reto 2. Propiciar la autonomía territorial y mejorar la infraestructura para traspasar fronteras invisibles.

La deficiencia en recursos e infraestructura limita significativamente el acceso a servicios de salud y contribuye a la desigualdad en la atención, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso, ya que dificultan, por un lado, la llegada del personal de salud a las comunidades. Por el otro, entorpece la implementación de estrategias de prevención y de promoción de la salud: *"(...) requerimos infraestructura, no solamente en la parte de los servicios de salud, sino también en vías de acceso, porque si no existen suficientes recursos, tampoco tenemos la posibilidad de que la gente llegue a los sitios a donde tiene que llegar. En lo que es las mismas comunicaciones, los servicios públicos básicos también requerimos".*

Se reporta la falta de servicios básicos, por ejemplo, el agua potable: *"(...) allá el agua no la pueden tomar de los ríos porque está contaminada (...)"*, electricidad: *"(...) allá cuando menos se piensa se daña una torre o vuelan una torre de energía (...)"* y saneamiento básico: *"(...) no tienen recolección de basuras"*. Esta infraestructura básica es necesaria para implementar medidas de prevención y atención en salud. Sus falencias reflejan la falta de apoyo estatal, especialmente en áreas remotas donde residen comunidades indígenas y afrodescendientes.

Esta carencia de recursos físicos también denota una visión centralizada y desconectada de la realidad de los territorios de la región, en donde más del 60% de la población vive en zona rural y, a la cual, en algunos casos, solo es posible llegar por vía fluvial o a caballo: *"(…) creo que todo lo que se formula desde el Ministerio de Salud que es el que dice la pauta de cómo ejecutar las acciones de salud pública, la hacen desde un contexto muy de escritorio (…) otra cosa es (…) cuando le toca ir allá a vacunar y es en la punta de la montaña y tiene que pedir permiso para que la dejen subir (…) esas son las realidades sociales, las fronteras invisibles que existen y que toca traspasar, pero a ella le piden indicadores de eficiencia para que le manden vacunas".*

Para enfrentar este reto, los participantes señalan como necesaria la descentralización de la planeación de los modelos de atención y de la toma de decisiones: *"(…) si queremos impactar la salud pública en Colombia, vamos a tener que hablar de territorialidad, y darle el empoderamiento a la territorialidad para que (…) ahora sí, a partir de verdaderos procesos de descentralización, comiencen a impactar sus determinantes sociales".* Proponen *"establecer pilotos que nos den las experiencias suficientes para ir creando modelos, pero diferentes modelos. Y el Cauca, en su distribución política, ya le está exigiendo a usted siete modelos de salud pública, y eso con la sola distribución política que seguramente no responde a la realidad".* Esto permitiría que cada territorio ajuste los modelos a sus condiciones específicas con el fin de facilitar una mejor atención, de tal forma que reduzcan las barreras impuestas por la infraestructura deficiente y las limitaciones de acceso. Asimismo, se hace necesario adaptar los sistemas de información a las particularidades de cada territorio para reducir el sesgo en los datos a causa del subregistro: *"(…) cómo podemos pedir unos indicadores cuando aquí hay unas limitantes muy complejas en prestación de servicios de salud, en accesibilidad, en cómo se entiende la salud, (…) todo eso es necesario pasarlo también acá en territorio".*

Una planeación estratégica desde el territorio permitirá la optimización de los recursos: *"(…) de alguna manera tiene que haber una mirada y un cambio hacia que en los territorios pueda llegar un poquito más de ese recurso".* Esto, sumado a un monitoreo efectivo a través del fortalecimiento de la articulación interinstitucional y del diálogo con la academia y las comunidades, son factores esenciales para superar los desafíos de salud pública en esta región. Se busca así que el gobierno identifique las carencias más urgentes en infraestructura y servicios, además de priorizar la intervención de las zonas más vulnerables y de difícil acceso, especialmente en áreas sin infraestructura vial adecuada. Así, el Estado podría formular políticas públicas más aterrizadas que puedan mejorar el bienestar de las poblaciones afectadas.

Reto 3. Adoptar la interculturalidad en la salud pública y en la formación del talento humano en salud.

El sistema de salud actual a menudo carece de la capacidad o voluntad para integrar las prácticas de sanación tradicional, lo que contribuye a una desconexión entre la atención médica hospitalaria y la medicina tradicional. Un ejemplo de esto es la subestimación de la enfermedad cultural conocida como 'susto', donde el abordaje inicial suele ser incorrecto *"(…) se presentan ya en los niños (…) como diarreas, por ejemplo, que desafortunadamente no son*





valorados, no se hace diagnóstico diferencial en los servicios de salud", que, como consecuencia, prolonga la enfermedad y, en algunos casos, aumenta su severidad. Los participantes señalan que la formación de profesionales de la salud se ha dado desde una mirada biologicista y basada en la enfermedad que desconoce la importancia de los saberes ancestrales: *"(...) el abandono del personal de salud que se articule de manera permanente con la medicina ancestral y occidental, si no se da escucha y un trabajo constante, se pierde saber"*. Este desconocimiento, a su vez, deshumaniza e impide generar lazos de confianza entre el personal de salud y las comunidades, además de encasillar lo intercultural y comunitario como ajeno y distante, o que pertenece únicamente a la atención en salud básica.

Así, se hace necesario incorporar herramientas que fortalezcan el diálogo de saberes en todos los niveles de atención: *"(...) la salud pública hace referencia al trabajo en equipo, es decir, que involucre el pensamiento y conocimiento intercultural"*. Además, la adopción de la interculturalidad en salud pública permitirá incluir actores locales como parteras y respetar las prácticas de salud tradicionales que permitirán construir un sistema de salud más inclusivo para proporcionar mayor acceso y confianza en zonas rurales y comunidades afro e indígenas. Es el ejemplo de alguna de las experiencias exitosas comentadas en la mesa: *"un reconocimiento al personal de Valle de Lili (...) son súper estudiados, pero ese respeto que les tienen a las parteras (...) ustedes vieran el profesionalismo y la humanización de esa gente, uno dice, si todo mundo fuera así, o sea, fuera una cosa muy diferente"*.

A nivel educativo, se propone hacer cambios en la formación del personal de salud desde la academia y con el apoyo del Ministerio de Educación para dar lugar a una salud intercultural, que permita recuperar la confianza y brindar una mejor atención con una mirada más integral, especialmente en esta región caracterizada por su diversidad: *"(...) a veces lo intercultural se entiende solamente con lo indígena, y es clave también poder trabajarlo con lo afro, con lo campesino y con un foco territorial"*. Se trata entonces de consolidar relaciones entre el conocimiento médico y los saberes ancestrales, desde una responsabilidad compartida. Esta colaboración se hace necesaria, en especial, cuando los casos que requieren intervenciones especializadas sobrepasan la capacidad de la medicina tradicional.

Reto 4. Mejorar la gobernanza a partir del fomento de la participación ciudadana.

En la región, las comunidades enfrentan exclusión de sus propuestas, desmotivación y desconfianza hacia las instituciones debido a la falta de articulación entre los tomadores de decisiones y las realidades locales, ya que la calidad de la salud pública está afectada. Al respecto, los participantes llaman la atención sobre la: *"(...) capacidad que deben tener las comunidades para intervenir y para participar y coordinar con el mismo Estado, porque a veces como no se hace ni ese control social y político, pues las entidades simplemente hacen lo que pueden o malgastan los recursos, o se da la corrupción, la politiquería y eso hace que tengamos una salud deficiente en los territorios"*. Es preciso que quienes gobiernan incluyan en sus grupos de trabajo a personas con conocimiento y capacidades adecuadas, seleccionadas no solo por sus competencias, sino también por su arraigo y conocimiento del

territorio: *"(...) pues está personal poco calificado o incompetente a raíz de los cargos políticos que se formulan o que se crean en el departamento".*

Los participantes señalan que la gobernanza es necesaria para lograr una gestión efectiva en el territorio; si no, se limita la eficacia y sostenibilidad de las intervenciones en salud. También manifiestan que se debe garantizar la validación y priorización de las propuestas de la comunidad en los planes de intervención. Esto requiere la incorporación de mecanismos de rendición de cuentas públicas de las decisiones que sean tomadas mientras se aborda la corrupción y el clientelismo que afectan la asignación eficiente de recursos.

Asimismo, destacan que es importante transformar la participación comunitaria y esta debe constituirse en un proceso real de toma de decisiones en salud pública. Los participantes plantean la necesidad de empoderar a los líderes comunitarios y organizaciones locales, desde el fortalecimiento de capacidades locales a través de herramientas de gestión y control social, que permitan vigilar la correcta asignación y uso de los recursos públicos. Esta actividad exige la realización de talleres sobre control social, derechos ciudadanos y estrategias de vigilancia comunitaria. Esta complementariedad fortalecerá las iniciativas de salud y garantizará una implementación más efectiva y culturalmente pertinente.



Referencias

1. Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. Cumbre del Cauca en el macizo: conozca el Macizo Colombiano [Internet]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20210207123754/https://www.minambiente.gov.co/index.php/noticias/4179-cumbre-del-cauca-en-el-macizo-conozca-el-macizo-colombiano
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población municipal por área y Pertenencia Étnico-Racial 2018-2035 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion
4. Agencia de Desarrollo Rural. Plan integral de desarrollo agropecuario y rural con enfoque territorial Tomo II. Departamento de Nariño [Internet]. Disponible en: https://www.adr.gov.co/wp-content/uploads/2021/07/NARINO-TOMO-II.pdf
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Pobreza Multidimensional, Anexo departamental [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2023 [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/operaciones/ECV/bol-ECV-2023.pdf
7. Departamento Nacional de Planeación. Indicador de condiciones de vulnerabilidad urbana [Internet]. 2023. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PublishingImages/Planeacion-y-desarrollo/2023/octubre/pdf/indicadores-vulnerabilidad-urbana-web.pdf
8. Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud. Decimoquinto Informe ONS: Cuando la muerte es evitable. 2023. Report No.: 15.
9. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Noveno Informe Técnico: Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/9%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en%20la%20Salud%20en%20Colombia.pdf
10. Comisión de la Verdad. Corredor Cordillera Central y Cañón de Las Hermosas [Internet]. Disponible en: https://www.comisiondelaverdad.co/corredor-cordillera-central-y-canon-de-las-hermosas
11. Reyes CJ, El Tiempo. Las crisis de seguridad que viven Cauca y Nariño en el posacuerdo. 2019; Disponible en: https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/las-cifras-de-la-violencia-en-cauca-y-narino-durante-el-2018-312974
12. Departamento Nacional de Planeación. Índice de Incidencia del Conflicto Armado - IICA [Internet]. 2023. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Gobierno_DDHH_Paz/Der_Humanos_Paz/Indice-de-incidencia-del-conflicto-armado-IICA.pdf
13. Escobar Guevara J. Macizo colombiano [Internet]. Disponible en: https://encolombia.com/educacion-cultura/geografia-colombiana/macizo-colombiano/

Región Cordillera-Macizo

Municipios

Cauca

- Popayán
- Almaguer
- Bolívar
- Caldono
- Florencia
- Inzá
- Jambaló
- La Sierra
- La Vega
- Mercaderes
- Páez
- Puracé
- Rosas
- San Sebastián
- Santa Rosa
- Silvia
- Sotará
- Sucre
- Timbío
- Toribío
- Totoró

Nariño

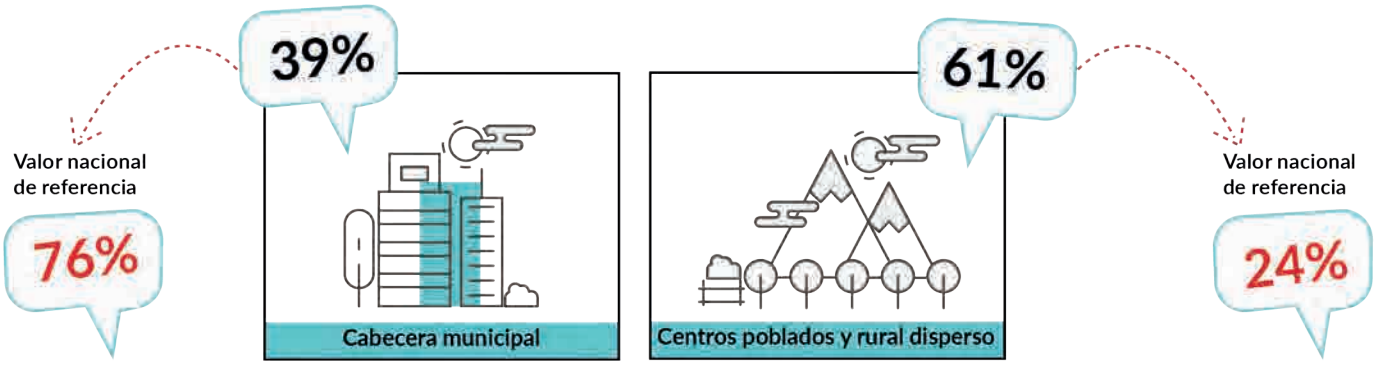
- Albán
- Belén
- Colón
- El Tablón
- La Cruz
- La Unión
- San Bernardo
- San Pablo
- San Pedro de Cartago

Ficha de caracterización

Región
Cordillera Macizo

1. Descripción general

La región Cordillera Macizo está conformada por 30 municipios dentro de los departamentos de Cauca (21) y Nariño (9).

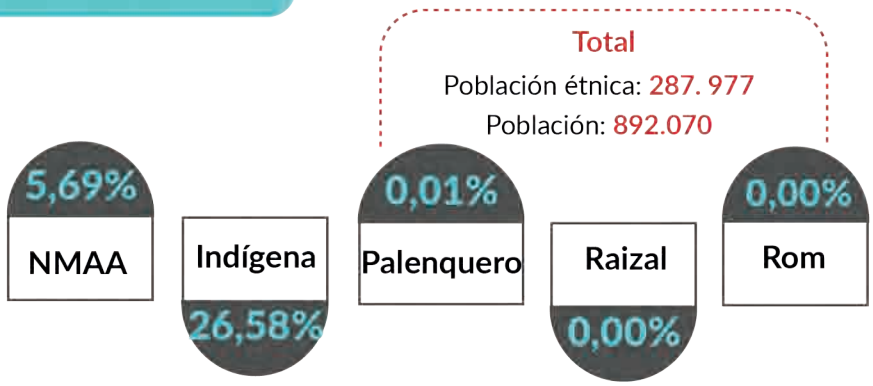


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

La región Cordillera Macizo presenta una población distribuida principalmente en centros poblados y rural disperso, alcanzando un porcentaje superior a la mediana nacional, lo que sugiere una mayor ruralidad en comparación con otras regiones.

2. Demografía y población

En 2023, la población indígena representa el grupo étnico mayoritario en la región (26,58%), seguido por la población NMAA (5,69%). Esto indica una diversidad étnica considerable, con una alta representación de comunidades indígenas.

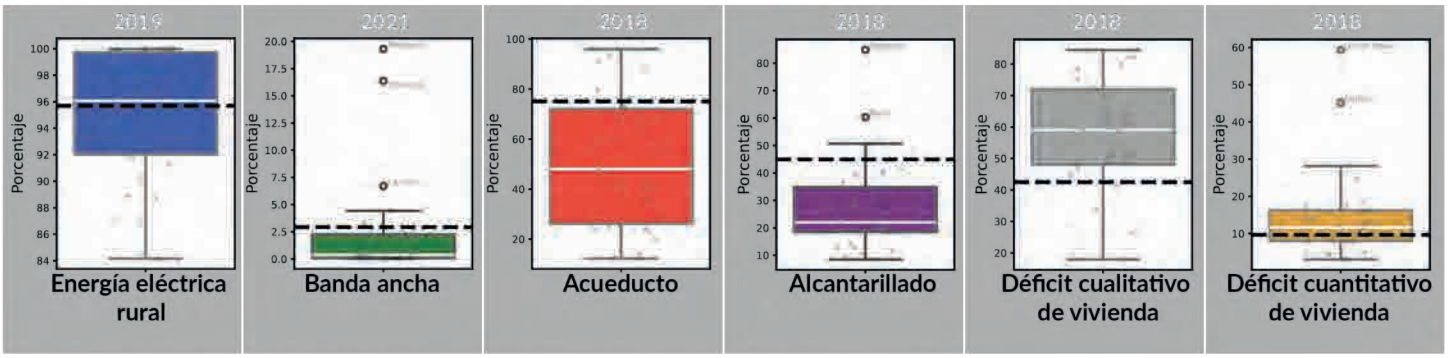


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

Los datos muestran una alta cobertura en energía eléctrica rural, cercana al 100%, mientras que servicios como banda ancha y alcantarillado presentan mayor variabilidad y cobertura limitada. Los déficits en vivienda son notables, especialmente en el déficit cualitativo.

Cobertura de servicios de la región Cordillera Macizo

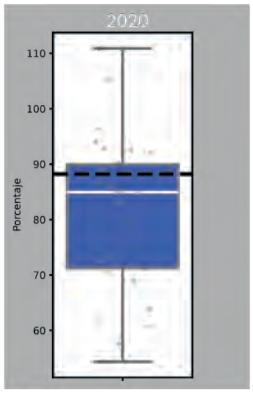


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

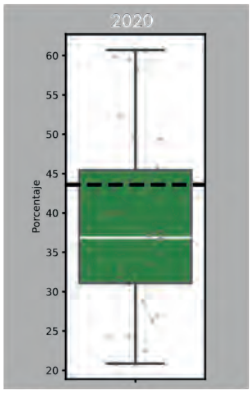
4. Educación

La cobertura en educación básica es alta, sin embargo, la mediana de la región está por debajo de la mediana nacional. La cobertura en educación media y las tasas de deserción muestran una mayor variabilidad y áreas de oportunidad para mejorar.

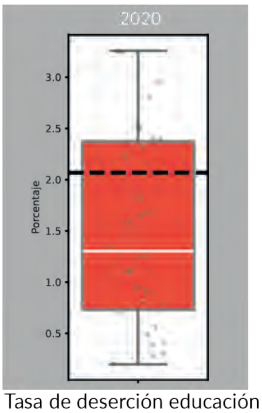
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

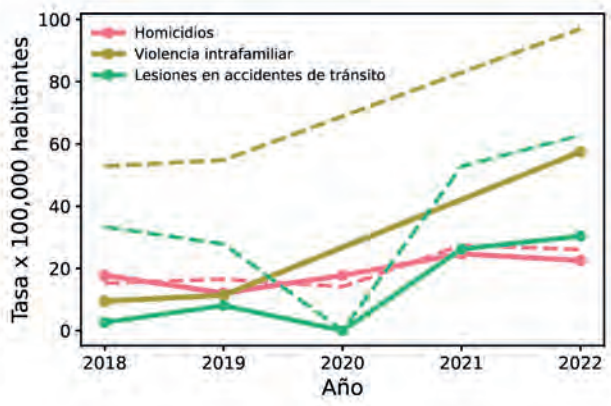


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Se observa un incremento en la tasa de violencia intrafamiliar y lesiones por siniestros viales en los últimos años, superando en ocasiones la mediana nacional. La tasa de homicidios se mantiene relativamente estable.

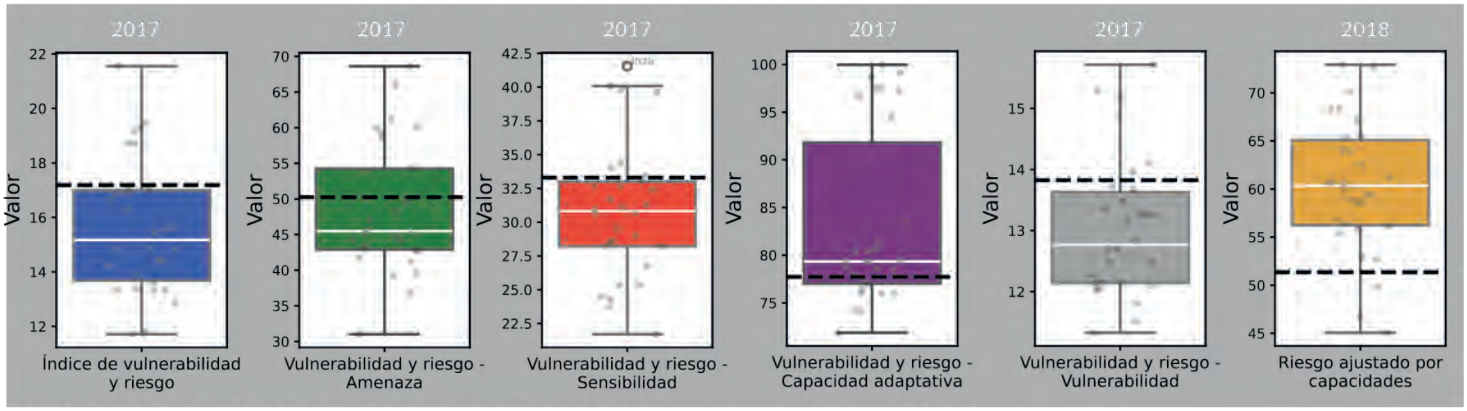


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

La región muestra una alta variabilidad en los componentes de riesgo climático. La capacidad adaptativa, aunque por encima de la mediana nacional, indica áreas de oportunidad para fortalecer la resiliencia. La vulnerabilidad general es alta, con algunos municipios, como Inzá, destacándose como valores atípicos en el indicador de sensibilidad, lo que resalta la necesidad de estrategias de mitigación específicas.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

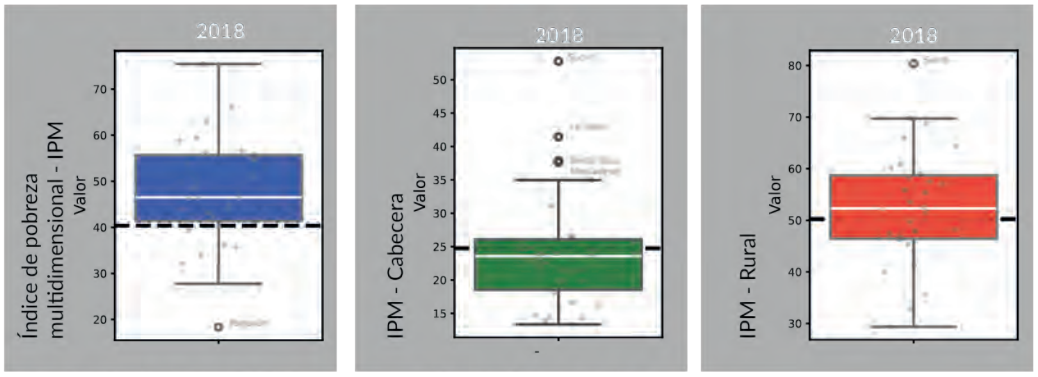


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

La pobreza multidimensional es especialmente alta en áreas rurales de la región, superando considerablemente la mediana nacional, lo cual sugiere desigualdades persistentes en acceso a servicios y oportunidades. Los municipios de Sucre, La Sierra y Santa Rosa de Mercaderes presentan niveles altos, lo que subraya la necesidad de políticas focalizadas para reducir estas brechas y mejorar la calidad de vida.

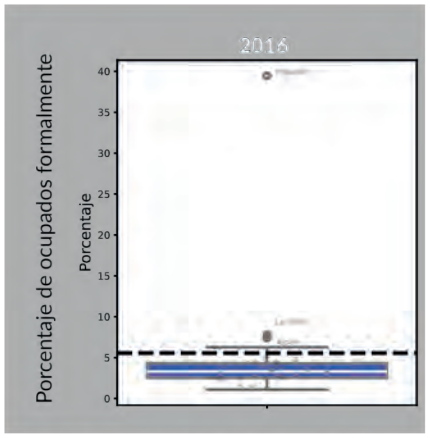
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

La tasa de empleo formal en la región es baja en comparación con la mediana nacional. Popayán destaca como un valor atípico positivo, con niveles de ocupación formal por encima de la mediana regional, al igual que municipios como La Unión y Albán , lo que indica desigualdad en la formalización laboral.

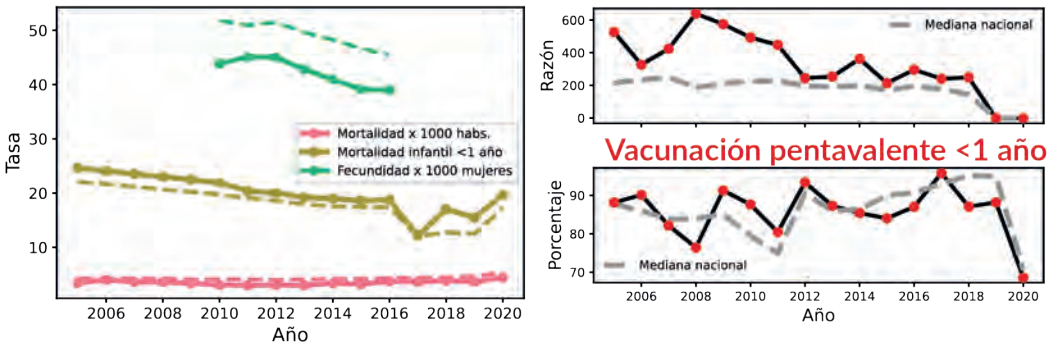


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

Los datos indican una disminución en las tasas de fecundidad, lo cual sigue la tendencia nacional. La mortalidad materna exhibe fluctuaciones significativas, a menudo por encima de la mediana nacional, lo que podría indicar brechas en la atención prenatal o factores de riesgo específicos. La cobertura de vacunación muestra variabilidad con una reducción notable en 2019, sugiriendo desafíos en la continuidad de los programas de inmunización.

Mortalidad materna a 42 días

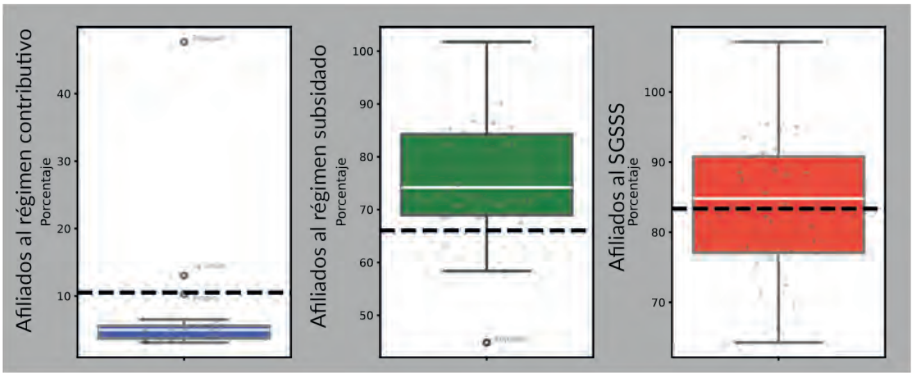


Vacunación pentavalente <1 año

Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

La cobertura en el régimen subsidiado y en general al SGSSS es alta, lo que refleja un acceso considerable a servicios de salud básicos. Sin embargo, la afiliación al régimen contributivo es significativamente baja en la mayoría de los municipios, lo que puede indicar barreras económicas para el acceso a servicios de salud más completos o de mejor calidad.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	55,70	56,20	Aumentó
Agresiones (homicidios)	54,30	22,90	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	35,60	29,80	Disminuyó
Tumor maligno del estómago	28,80	16,90	Disminuyó
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	30,10	10,00	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	15,20	20,70	Aumentó
Infecciones respiratorias agudas	22,30	12,10	Disminuyó
Accidentes de transporte terrestre	16,80	14,20	Disminuyó
Enfermedades hipertensivas	11,20	15,50	Aumentó
Las demás enfermedades del sistema digestivo	12,70	10,90	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias al comparar estos años fueron: enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedades hipertensivas y enfermedades isquémicas del corazón. Para enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la tasa pasó de 15,2 a 20,7 por cada 100.000 habitantes. La tasa de enfermedades hipertensivas cambió de 11,2 a 15,5, y la de enfermedades isquémicas del corazón varió de 55,7 a 56,2. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Top 10 tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	35,95	34,75	Disminuyó
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	26,05	24,91	Disminuyó
Cáncer de la mama y cuello uterino	22,03	0,00	Disminuyó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	419,59	414,92	Disminuyó
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	1,74	158,29	Aumentó
Intento de suicidio	74,86	71,73	Disminuyó
Intoxicación por plaguicidas	33,43	25,55	Disminuyó
Intoxicación por medicamentos	29,61	30,18	Aumentó
Varicela Individual	80,69	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado) e intento de suicidio. La tasa de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia fue de 414,92 por 100.000 habitantes, superando la media nacional de 87,51. Para infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado), la tasa registrada fue de 158,29, superando la media nacional. Por último, la tasa de intento de suicidio alcanzó 71,73, por debajo de la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, lo cual puede reflejar un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

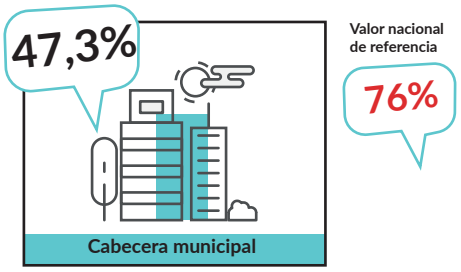
Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx
5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Región Cafetero Caribe

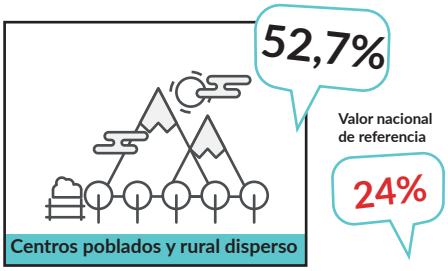
Ficha de caracterización

1. Descripción general



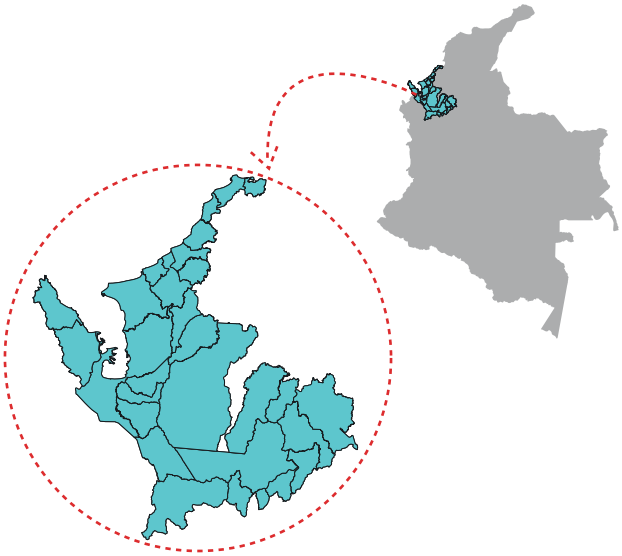
Valor nacional de referencia

76%



Valor nacional de referencia

24%

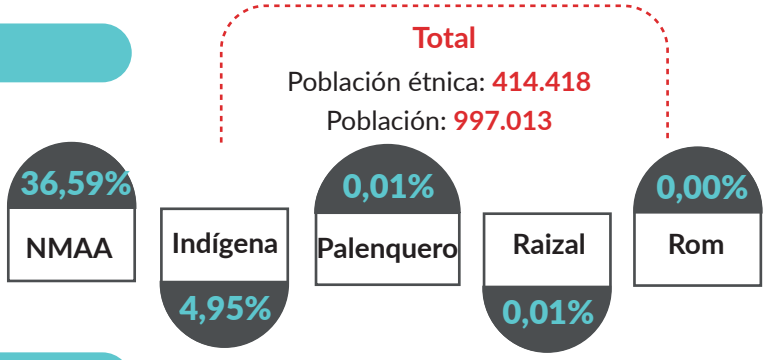


La región Cafetero-Caribe está conformada por 29 municipios en los departamentos de Antioquia (17), Córdoba (10) y Chocó (2).

En 2023, el 47,3% de la población de la región residía en cabeceras municipales, un valor que se encuentra significativamente por debajo del 78% a nivel nacional. En contraste, el 52,7% de la población se encontraba en zonas rurales o centros poblados, esto duplica a la mediana nacional del 22%.

2. Demografía y población

La población negra, mulata, afrodescendiente y afrocolombiana (NMAA) constituye el 36,6% del total regional, lo que es considerablemente mayor que la mediana nacional de 9,1%. La proporción de población indígena es del 4,95%, similar al 4,4% nacional. Los grupos palenqueros, raizales y Rom representan el 0,04% de la población total. Esto destaca la diversidad étnica y una presencia de comunidades afrodescendientes.

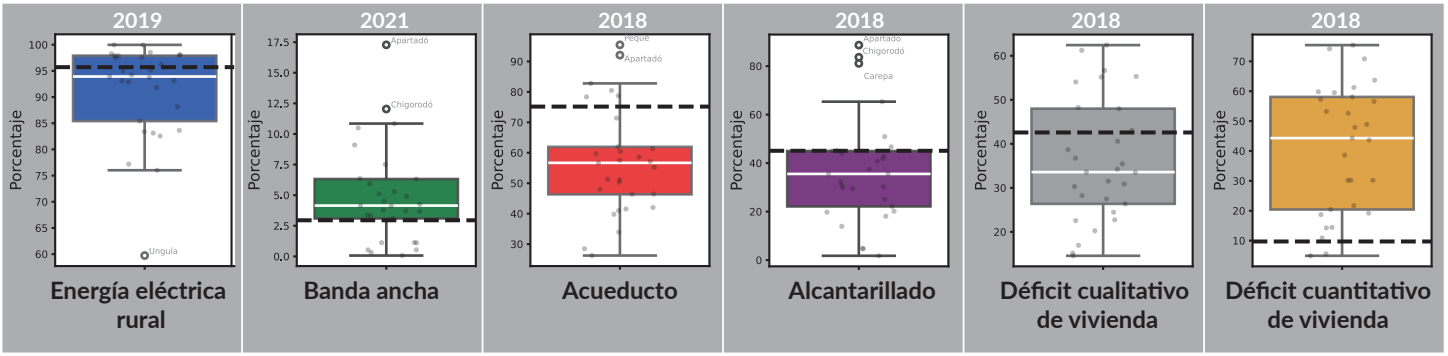


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de energía eléctrica rural es alta, cercana a la mediana nacional de 96%. En contraste, servicios como acueducto y alcantarillado muestran una gran variabilidad, con valores inferiores a la mediana nacional. Si bien el déficit cualitativo de vivienda tiene valores por debajo de nivel nacional, el déficit cuantitativo de vivienda es alto en la mayoría de los municipios.

Cobertura de servicios de la región Cafetero Caribe

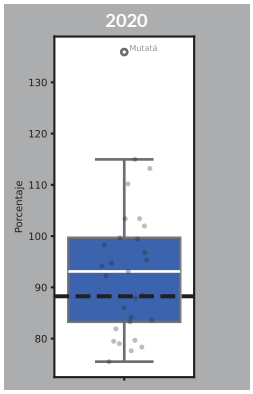


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

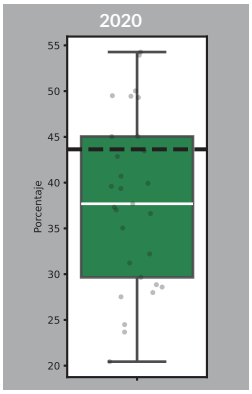
4. Educación

La cobertura en educación básica supera el 95%, cifra superior a la mediana nacional. Sin embargo, la cobertura en educación media es del 40%, por debajo del 44% nacional. En cuanto a la tasa de deserción, la mediana está en 2%, aunque aparecen municipios como Acandí que tiene un valor cercano al 10%.

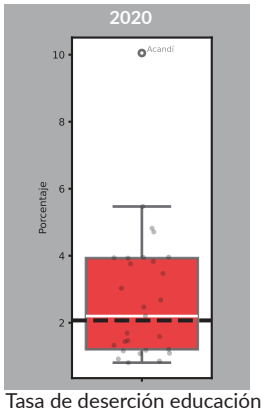
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

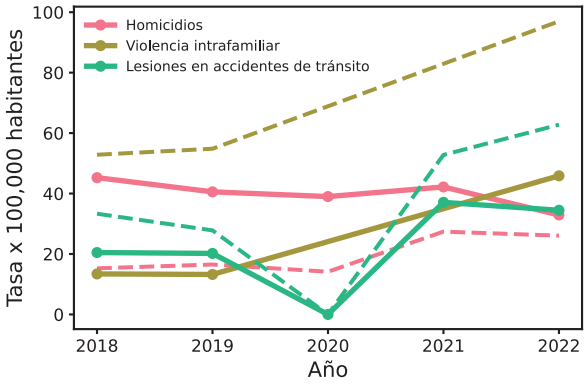


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

La tasa de homicidios en la región alcanzó los 38 por cada 100,000 habitantes, superando la mediana nacional de 25. La violencia intrafamiliar aumentó desde el año 2019, aunque se encuentran por debajo de la mediana nacional. Las lesiones en accidentes de tránsito también presentaron un incremento notable en 2021.

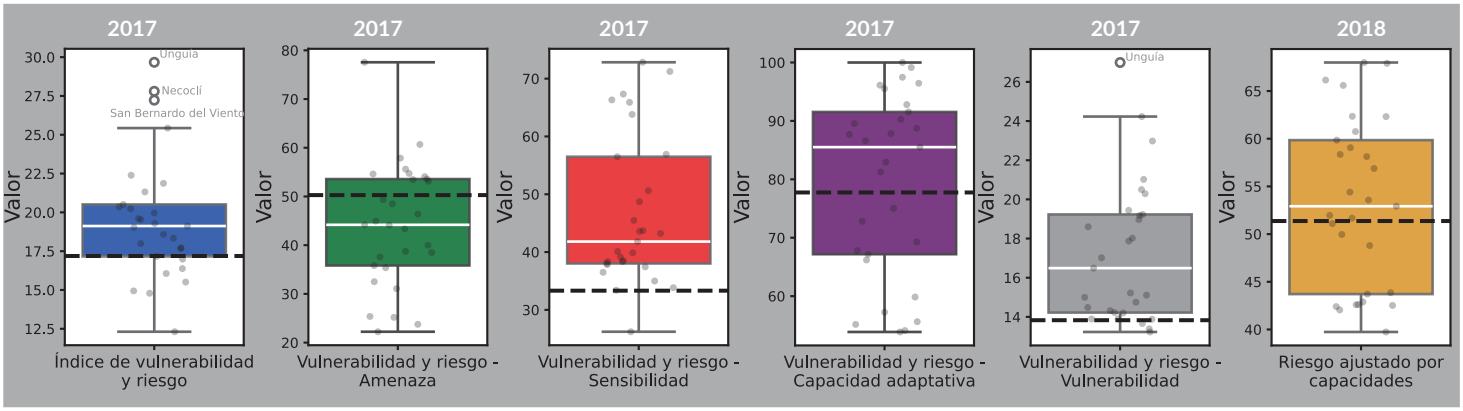


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

Los indicadores de vulnerabilidad y riesgo por cambio climático presentan una variabilidad. El índice de vulnerabilidad y riesgo está por encima de la mediana nacional. Se observan algunos valores atípicos superiores a 25 en municipios de San Bernardo del Viento, Necoclí y Unguía. El índice de vulnerabilidad y riesgo de la mayoría de los municipios se encuentran por encima de la mediana nacional. La vulnerabilidad y riesgo están por encima de la mediana nacional a 14 con valores atípicos, incluso superior a 26 en el municipio de Unguía.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

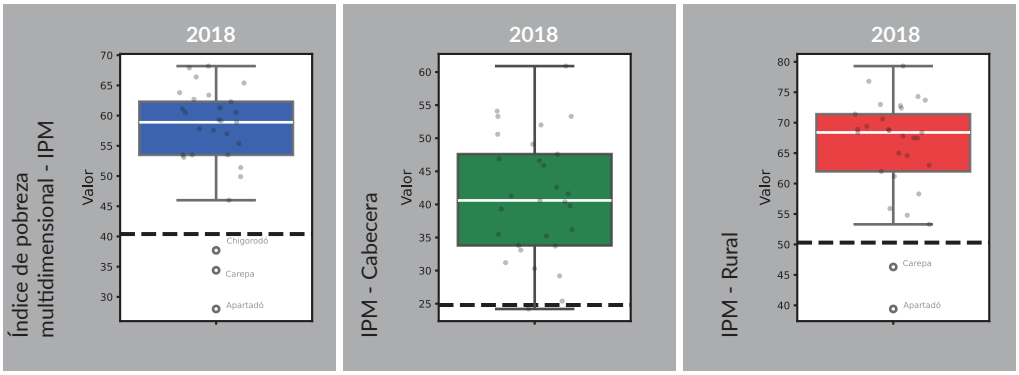


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

El IPM en la región presenta una mediana cercana al 58%, en municipios como Apartadó, Carepa y Chigorodó presentan puntajes atípicos. La pobreza es más pronunciada en áreas rurales con una mediana de IPM de 67, superior a la mediana nacional.

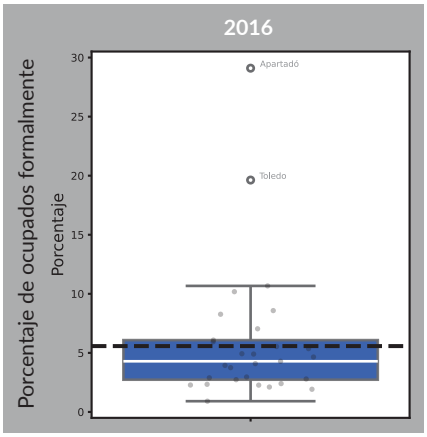
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

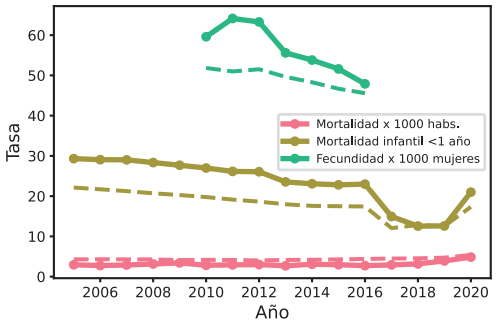
La ocupación formal en la región es baja con una mediana de 4,5%, por debajo de la mediana nacional del 5,5%. Apartadó y Toledo se destacan por tener una proporción superior al 19%, mientras que la mayoría de los municipios apenas alcanza el 5%.



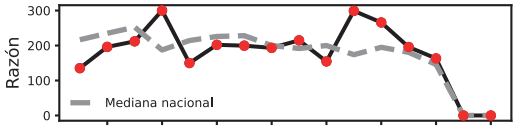
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

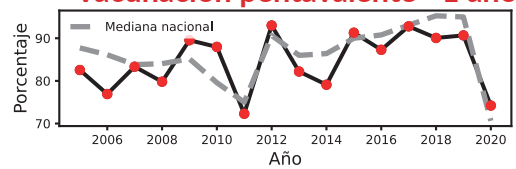
Las tasas de mortalidad han mostrado un aumento desde 2017, y se alinean parcialmente con la tendencia nacional. Ahora bien, la mortalidad materna sigue siendo un reto con picos que superan la mediana nacional. La cobertura de vacunación presentó variabilidad, especialmente en 2018 y 2020, mientras que la tasa de fecundidad ha seguido una trayectoria descendente por encima del comportamiento nacional.



Mortalidad materna a 42 días



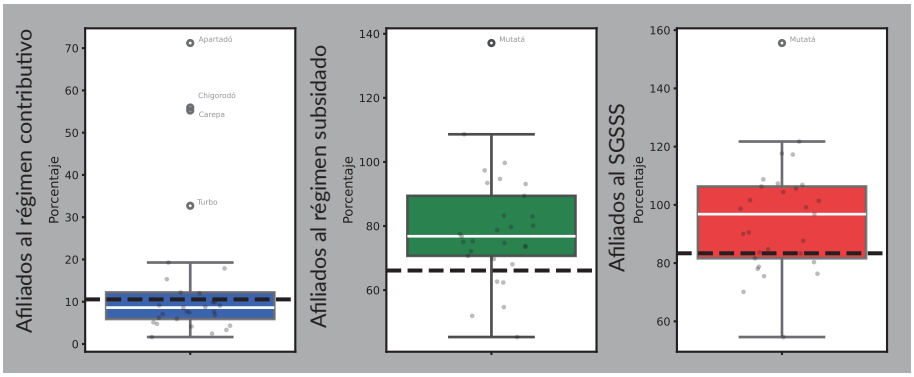
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

La afiliación al régimen subsidiado es predominante con cerca del 80% de la población, por su parte, el régimen contributivo presenta una baja cobertura de alrededor del 10%. La afiliación al SGSSS muestra variabilidad, en donde municipios como Mutatá, alcanzan una cobertura superior al 100%.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Agresiones (homicidios)	100,30	51,50	Disminuyó
Enfermedades isquémicas del corazón	46,90	66,80	Aumentó
Enfermedades cerebrovasculares	29,40	19,10	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	22,70	13,90	Disminuyó
Accidentes de transporte terrestre	18,50	18,50	No diferencia
Enfermedades hipertensivas	18,50	17,50	No diferencia
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	12,70	20,90	Aumentó
Diabetes mellitus	13,70	13,70	No diferencia
Infecciones respiratorias agudas	9,80	10,30	No diferencia
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1,00	23,40	Aumentó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias en comparación con el periodo 1998-2002 fueron: demás enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades isquémicas del corazón y signos, síntomas y afecciones mal definidas. Para las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, la tasa pasó de 1,0 a 23,4 por cada 100.000 habitantes. La tasa de enfermedades isquémicas del corazón cambió de 46,9 a 66,8 y la de signos, síntomas y afecciones mal definidas varió de 12,7 a 20,9. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Accidente Ofídico	43,20	47,41	No diferencia
Bajo peso al nacer	40,76	47,62	Aumentó
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	27,64	41,66	Aumentó
Dengue	231,83	171,25	Disminuyó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	156,90	178,53	Aumentó
Intento de Suicidio	39,52	45,30	Aumentó
Intoxicación por plaguicidas	19,40	21,16	No diferencia
Leishmaniasis Cutánea	54,22	77,23	Aumentó
Varicela Individual	76,02	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Dengue y Leishmaniasis cutánea. La tasa de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia fue de 178,53 por cada 100.000 habitantes, superior a la media nacional de 87,51. Para Dengue, la tasa registrada fue de 171,25, por encima de la media nacional. Por último, la tasa de Leishmaniasis cutánea alcanzó 77,23, por debajo de la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, lo cual puede reflejar un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias

1.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/

2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/

4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx

5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col

6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Región Cafetero Caribe

Municipios

Antioquia

- Apartadó
- Arboletes
- Briceño
- Cáceres
- Carepa
- Chigorodó
- Dabeiba
- Ituango
- Mutatá
- Necoclí
- Peque
- San Juan de Urabá
- San Pedro de Urabá
- Tarazá
- Toledo
- Turbo
- Valdivia

Córdoba

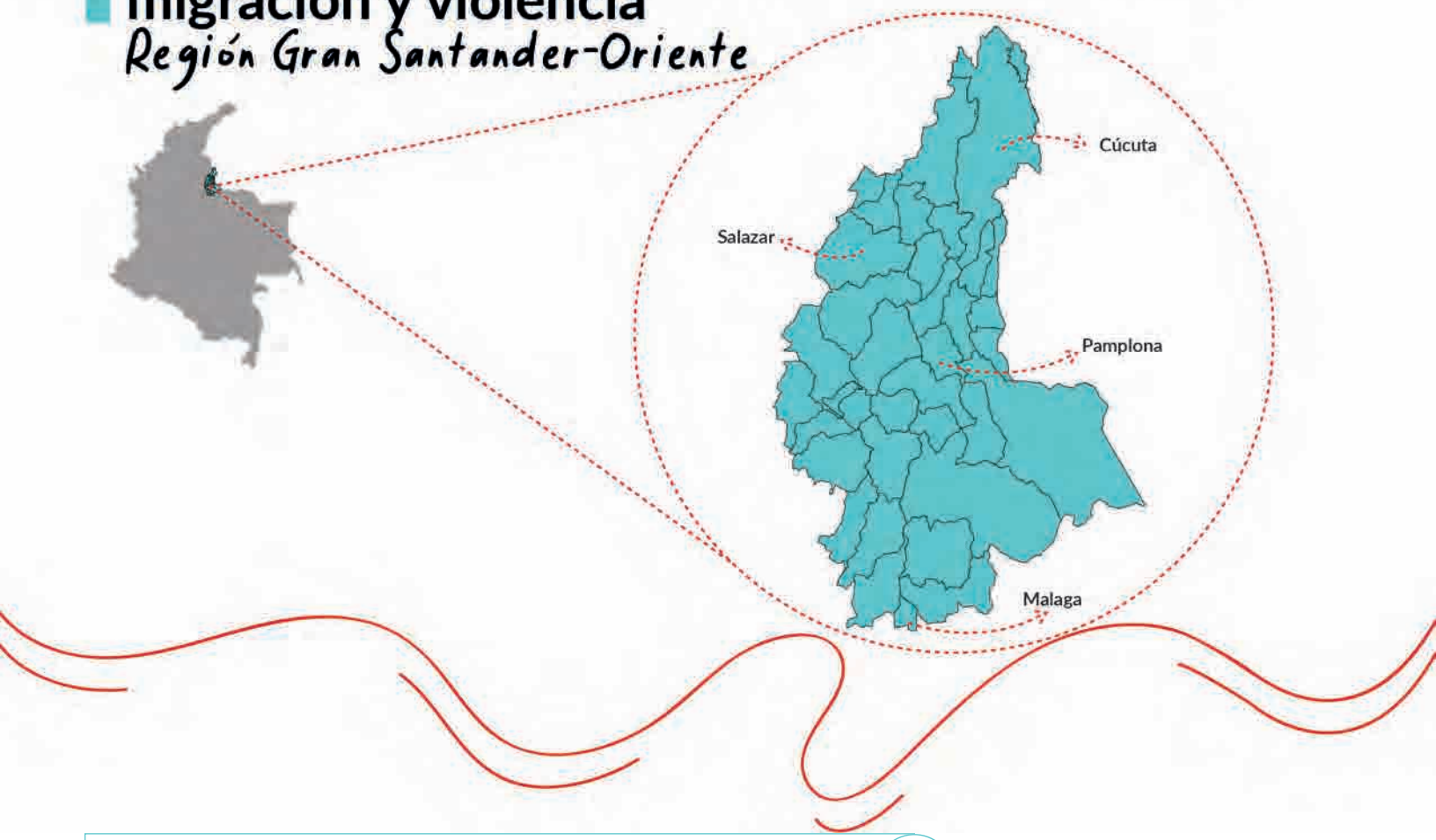
- Canalete
- Los Córdobas
- Moñitos
- Puerto Escondido
- Puerto Libertador
- San Antero
- San Bernardo del Viento
- San José de Uré
- Tierralta
- Valencia

Chocó

- Acandí
- Unguía

Conectar con los territorios: la respuesta local a desafíos transfronterizos en contextos de migración y violencia

Región Gran Santander-Oriente



Diana Marielly Santana-Rodriguez, Esteban Jerez-Díaz, Valery Jiménez-Urrea, Gina Alexandra Vargas-Sandoval, Karol Patricia Cotes-Cantillo, Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

La región Gran Santander-Oriente está compuesta por 37 municipios de los cuales 25 son de Norte de Santander y 12 de Santander. Se encuentra ubicada en la zona norte de la Cordillera Oriental, junto a la depresión del Táchira y la frontera entre Colombia y Venezuela. El límite internacional es un elemento característico de la región y del territorio, y ha permitido relaciones comerciales, económicas y sociales con beneficios para ambos países. Tras la bonanza petrolera en la década de los 70, ha sido la puerta de entrada de ciudadanos colombianos y venezolanos con el propósito de migrar permanentemente o de forma pendular. Ofrece diferentes servicios ecosistémicos que han permitido actividades ganaderas, agropecuarias y de hidrocarburos, relacionadas con el desarrollo de la región, la presencia de diferentes actores armados y el conflicto (1).

La región tiene una población aproximada de 1,2 millones de habitantes, de estos cerca del 85% vive en las cabeceras municipales, cifra superior al nacional. En la región viven 19.211 personas que se reconocen con pertenencia étnica, de las cuales 16.864 son comunidades negras, mulatas, afrodescendientes y afrocolombianas (NMAA), 2.035 pertenecen a pueblos indígenas y 243 a una Kumpania Rrom. Incluye el área metropolitana de Cúcuta que, aunque se compone por municipios de Norte de Santander,

establece relaciones comerciales, de servicios, culturales y familiares con los municipios más cercanos de Venezuela: San Antonio de Táchira, Tienditas, Palotal y Ureña.

El acceso a servicios públicos tiene variaciones importantes entre municipios y por tipo de servicio. En cuanto a energía eléctrica rural, acueducto y alcantarillado, cerca de la mitad de los municipios tienen una cobertura del 50%. El empleo formal en la región es similar al porcentaje nacional, sin embargo, Cúcuta, Málaga y Pamplona destacan por tener valores superiores al 14%, mucho mayores que el regional y nacional de 5%. El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) de la región es de 42%, por encima del nacional de 40%, situación que se profundiza en las zonas rurales con un IPM de 53%.

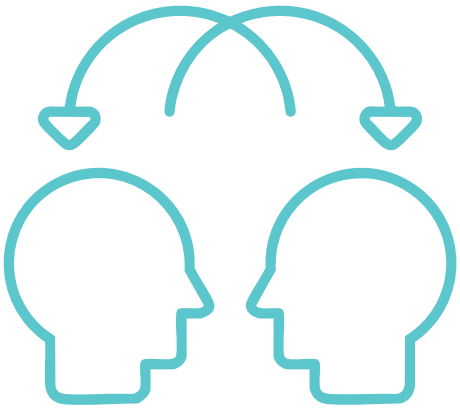
La tasa de violencia familiar por cada 100.000 habitantes, en 2022, fue de 60, muy por debajo de la tasa nacional de 90. La tasa de lesiones en accidentes de tránsito por cada 100.000, en 2022, fue de 65, superior a la nacional, que llegó a 60. La tasa de homicidios en 2022 fue de 20, un poco menor que la mediana nacional.

La presencia en la región de grupos armados no estatales (GANE) agrava el fenómeno migratorio (2). De los siete conflictos armados no internacionales que se presentan en Colombia, y que el Comité Internacional de la Cruz Roja ha alertado, seis se concentran en Norte de Santander. Entre 2022 y 2023, se registró un incremento en los incidentes de acceso humanitario al departamento. Esta intensificación se asocia con el crecimiento del conflicto en Arauca y las dinámicas propias de los procesos de diálogo adelantados con el Ejército de Liberación Nacional (ELN) y el Estado Mayor Central de las FARC (EMC). Si bien los procesos de diálogo tienen como propósito la disminución de los conflictos, las disputas entre los actores armados por el control territorial y la búsqueda de dominio hegemónico han generado limitaciones en el acceso humanitario coaccionado por medio de retenes ilegales, amenazas, secuestros, extorsiones, interferencias en las actividades humanitarias e intimidaciones hacia el personal humanitario (2). Para los participantes, la violencia no solo interrumpe el acceso a servicios médicos, sino que tiene un impacto devastador en la salud mental de la población, en especial en niños, niñas y adolescentes (NNA).

Los participantes tienen diferentes acepciones de territorio que son evidencia de la forma cómo se relacionan con este y los retos en salud pública que posteriormente identifican. La mesa, al ser realizada en Cúcuta, llega a una primera acepción que vincula al departamento como territorio. Al respecto, algunos actores expresan un dolor muy sentido sobre la región del Catatumbo por ser de las más afectadas por el conflicto armado y una de las de más difícil acceso. Esto es más claro para aquellos que asumen roles institucionales o son habitantes de este territorio. Según otros participantes del sur de Norte de Santander y de Santander, hay una idea de un Gran Santander que supera la división departamental y se expresa en características culturales comunes, por ejemplo, la constancia por el trabajo, la perseverancia y la apertura y amabilidad.



Otra idea del territorio trae elementos geográficos diversos que se manifiestan en diferentes ecosistemas, servicios ecosistémicos, poblaciones y necesidades. Esto cobra sentido para aquellos que, si bien viven en algunos municipios de Santander, tienen mayor facilidad de contacto con Cúcuta que con Bucaramanga. Finalmente, para aquellas personas con familias binacionales, la idea de territorio trasciende el sistema de fronteras, pues existen relaciones de parentesco que incluyen familiares venezolanos. Esta acepción es similar para aquellos que trabajan en temas de movilidad humana pues la dinámica del territorio incluye relaciones comerciales, de servicios y abastecimiento para colombianos y venezolanos.



"(...) la salud pública es simpática, pero no empática (...) llega con alegría a hacer cosas, sonríe y se va, pero sin verdadera empatía"

Balance de los principales hallazgos

Esta mesa destaca por su amplia convocatoria y la notable disposición a participar por los asistentes de diferentes sectores y municipios que conforman la región. Entre ellos, se encontraban representantes de la comunidad, academia e instituciones públicas de municipios de ambos departamentos, organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales, entidades de vigilancia y control, organizaciones eclesiásticas y migrantes. Algunos participantes ya se conocían entre sí por compartir otros espacios de trabajo, hecho que pudo contribuir a una discusión fluida y colaborativa. El diálogo fue organizado y enriquecedor, al propender por escuchar la voz de todos los asistentes en plenaria sobre los retos de la región. Las conversaciones integraron tanto los testimonios y vivencias directas de los habitantes del territorio, el conocimiento especializado de los representantes institucionales y el saber *"bisagra"* de los actores que se mueven entre el Estado y la comunidad.

La mesa plantea al menos cuatro acepciones de salud pública. Una que la relaciona con el bienestar colectivo soportada en las nociones de *"comunidad"*, *"bienestar"*, *"autocuidado"*, *"prevención y promoción"*, que redundarían en la felicidad y satisfacción que se alcanzaría cuando las poblaciones y comunidades logren condiciones de vida que mantienen su salud. Por otro, los participantes expresan emociones como *"frustración"*, *"preocupación"* e *"impotencia"*, relacionadas con la falta de acceso equitativo a servicios básicos, la burocracia, la insuficiencia de recursos y la limitada capacidad de respuesta rápida ante las necesidades locales de los territorios: *"(...) la salud pública es simpática, pero no empática (...) llega con alegría a hacer cosas, sonríe y se va, pero sin verdadera empatía"*. De aquí, surge la necesidad de una salud pública que no solo sea accesible, equitativa y empática, sino también comprometida con las realidades locales.

Otra idea de salud pública es aquella que la pone como una responsabilidad compartida de todos los sectores institucionales. De allí, la necesidad de articular acciones, compromisos, presupuestos y respuestas que trasciendan los límites del sector salud y permitan atender situaciones de la migración, la violencia, el acceso a los servicios de salud, el mejoramiento de las vías, la salud mental y la prevención de enfermedades: *"(...) muchas veces asociamos la salud pública solo en el sector salud, como las IPS [instituciones prestadoras de salud] y demás, pero también hace parte de otros sectores, como digamos el acueducto, el alcantarillado, muchas cosas que afectan la salud de las personas, que no solamente es la prestación del servicio allá en la IPS, sino también todo el ambiente y los demás entornos que rodean la población"*.

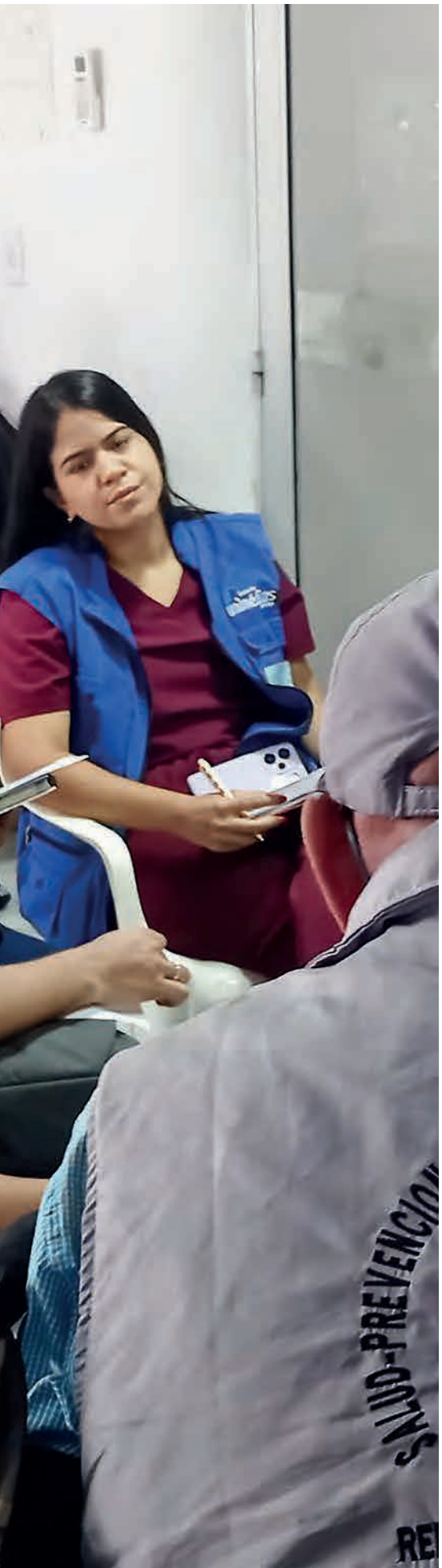
A propósito del medio ambiente y la diversidad geográfica de la región, algunos participantes aluden a la salud pública con conceptos como *"One Health"*, *"salud planetaria"* y *"sostenibilidad ambiental"*. Esto les permite señalar la relevancia de los determinantes sociales de la salud, la equidad y la vulnerabilidad social, que reconoce una salud pública integrada a estas dimensiones para responder a las necesidades de los individuos, las comunidades y el entorno. Esta comprensión refleja una visión amplia que abarca tanto la acción preventiva como el bienestar integral.

Las ideas de territorio y salud pública permiten que los participantes construyan el diálogo alrededor de dos grandes temas relacionados con las características sociohistóricas de la región. Por un lado, las dinámicas políticas y económicas que permiten hablar de la movilidad humana, expresada en situaciones migratorias, el desplazamiento y los efectos en salud mental de NNA en el conflicto armado y la violencia. Por otro lado, las condiciones de vida en relación con la ausencia de garantía del acceso a servicios básicos como agua, vías y servicios de salud, que tienen mayores efectos en comunidades rurales y diferenciales. Sobre esto, se identifican algunas barreras de cara a la atención de poblaciones indígenas y la necesidad de profesionales que permitan hacer adaptaciones culturales. También, se señalan elementos relacionados con la diversidad geográfica y la necesidad de enfoques territoriales de tal forma que la política pública no llegue de forma homogénea a los territorios. Finalmente, se conversa sobre la desconfianza que la población general siente hacia los servicios de salud.

Uno de los temas más visibles para los participantes, por sus roles institucionales o como habitantes de la región, es la movilidad humana en las situaciones de migración pendular, irregular y de tránsito. Estas demandan atenciones y respuestas del sistema público de servicios sociales, frente a problemáticas de salud, seguridad alimentaria, educación, infancia, trabajo y género. Según los actores de la mesa, la migración pendular representa un reto para la región por tres razones: 1) la demanda de atenciones supera la capacidad instalada y hay dificultad al hacer seguimiento y monitoreo a la población: *"(...) el flujo de personas que se atienden es superior a los recursos que se destinan para la atención"*; 2) aunque hay una amplia oferta de servicios por parte de la institucionalidad y la cooperación internacional, se mantienen dificultades en la articulación por los modelos de convenios, contrataciones y los sistemas de información; y, 3) el riesgo de reducción de financiación por parte del Estado colombiano y de las agencias de cooperación internacional, bajo el argumento de una reducción del fujo migratorio.

La relación entre el conflicto armado y los efectos en la salud de la población, en general, pero en los NNA y las comunidades rurales, en particular, es importante para los participantes y se narra con bastante frustración. Esto toma forma como proceso histórico desde la segunda mitad del siglo XX con la aparición de diferentes actores y el desarrollo conflictos económicos y territoriales (1). Estos elementos dan forma un gran reto para la región en términos de orden público, garantía de los derechos humanos y acceso a servicios básicos con impacto en la salud de la población. Para los participantes, aún se presentan situaciones de desplazamiento forzado





y desapariciones que tiene efectos en la salud mental de diferentes comunidades. Además, el control del territorio por parte de diferentes grupos impide que la población tenga acceso a los servicios de salud o que se realicen las acciones extramurales necesarias en algunas zonas rurales o urbanas.

El diálogo alrededor del conflicto les permite a algunos participantes puntualizar en las condiciones de vida y la falta de garantías de algunos servicios básicos que concluyen en afectaciones a la salud. La dificultad de movilidad por el estado de las vías de algunos municipios en las zonas rurales y con comunidades indígenas no permite una relación más cerca con el Estado y sus servicios.

Asimismo, el acceso al agua constituye una desigualdad que afecta las condiciones de vida: *"(...) hay un problema importante desde el punto de vista del acceso al agua y del acceso a carreteras que está permitiendo que no haya (...) no hay ni cómo lavarse las manos, pero por otro lado el acceso a las carreteras (...) es un gran problema que está evitando que las personas efectivamente puedan utilizarse y llegar a los servicios de salud"*. En la zona rural, un 38% de la población cuenta con acceso al suministro de agua a través de acueductos comunitarios y no tienen agua potable (3). Estas limitaciones en el acceso al agua y la dificultad de movilizarse tienen efectos directos sobre la salud de las comunidades rurales, ya que afecta la prevención de enfermedades transmisibles y se constituye como una barrera de acceso a los servicios de salud. Esto hace sentir a los participantes una suerte de abandono por parte del Estado.

La reflexión a propósito de la ruralidad lleva a pensar en los grupos étnicos, la población rural y la dificultad de comunicación con comunidades que no tienen por lengua materna al español o no manejan un lenguaje experto en salud: *"(...) decimos es que ellos también hablan español, y no, no es eso; ellos pueden hablar español, pero no lo comprenden como nosotros"*. Allí, hay una falta de enfoque diferencial por parte de la institucionalidad, que no considera las adaptaciones culturales necesarias y que logra constituirse como una barrera más en salud.

En términos de la diversidad geográfica y las condiciones climáticas que varían dentro de la misma región, los participantes reconocen que las estrategias sanitarias no son aplicables de manera homogénea: *" (...) digamos que las enfermedades tropicales que tengamos aquí son distintas a las que tienen a 20 minutos"*. Esto implica, para la institucionalidad, la adopción de enfoques territoriales que permitan contextualizar localmente las acciones de política pública en salud dentro de una región con tanta variedad ecosistémica.

Los participantes identifican situaciones de corrupción de líderes políticos que ejercen cargos administrativos y de elección popular como responsables de la perpetuación de desigualdades estructurales: *"(...) el fuerte toma lo que quiere y el débil soporta lo que le venga en el sistema de salud"*. Esto genera una distancia de la población general hacia la institucionalidad, por esto, algunos participantes ven que aún existe una desconfianza de la población y algunas comunidades a los servicios de salud, lo que concluye

en prácticas de automedicación y a ser recelosos con las estrategias de prevención: *"(...) la ciudadanía ya no va [al médico]. Para qué voy si tengo aquí la farmacia y me puedo auto medicar, si no necesito del médico"*. Con lo anterior, los participantes plantean un contexto en el que se sienten responsables de temas y situaciones de interés nacional, pero con respuestas locales y muy limitadas, ante lo cual se planeta la pregunta de *"¿cómo va a actuar el gobierno nacional?, ¿cómo apoyará a la región en los retos que enfrenta?"*.

Retos de la región Gran Santander-Oriente

Esta región en su característica territorial de frontera y con presencia de grupos armados que han mantenido activo el conflicto armado, reúne, según los participantes, situaciones que deberían ser de interés para el gobierno central, pero que en estos momentos son atendidas, principalmente, desde las entidades territoriales. Así, el primer reto, trata sobre las dificultades en la atención de la migración pendular que demanda servicios sociales, requiere caracterización y seguimiento, así como financiación y articulación institucional. El segundo reto plantea la urgencia de mejorar la infraestructura vial para llegar a poblaciones rurales, garantizar acceso al agua potable y la sostenibilidad ambiental. El tercero señala los efectos del conflicto armado y la delincuencia común en el acceso a los servicios de salud, así como su impacto en salud mental para los NNA.

Reto 1. Desarrollar acuerdos que permitan dar respuesta articulada a la migración pendular en la región de frontera.
"Estamos creciendo, somos más y no sabemos cómo."

Este reto se construye alrededor del proceso de movilidad humana entre Colombia y Venezuela, en la particularidad de la migración pendular (4). Según los participantes, esta forma de migración presenta unos retos para la región ya que son las entidades territoriales, con el apoyo de la cooperación internacional, las encargadas de organizar las repuestas y atenciones frente a la demanda de la población. En este sentido, al reto lo componen varios elementos. Primero, el tipo de migración que demanda servicios sociales y de salud, y la insuficiente respuesta, dada la capacidad instalada de la región y los recursos disponibles para mantenerla: *"¿entonces de qué podemos hablar del flujo migratorio? Que el aumento del flujo migratorio ha superado totalmente la capacidad instalada que tenemos como departamento para la atención"*. Segundo, la presencia de actores institucionales de diferentes niveles territoriales, así como cooperadores internacionales y organizaciones de la sociedad civil con objetivos y agendas que se orientan a la atención del mismo fenómeno con sinergias incipientes. Y, tercero, el riesgo de perder o reducir la financiación actual, mucha de ella proveniente de la cooperación internacional para atender una situación que continua y excede las capacidades de las entidades territoriales.

La migración pendular requiere algunos servicios sociales, de salud, trabajo o educación, atendidos por las entidades territoriales y la cooperación internacional (5): *"Cúcuta y el área metropolitana en sí, está atendiendo en salud a la población venezolana colindante, la población pendular que es altísima porque estamos con Ureña, Tienditas, Palotal, San Antonio, Rubio, La Fría, Colon, Coloncito, que llegan acá, y en muchas ocasiones por trabajos*





que hacemos las organizaciones, por ejemplo, lo que es la salud sexual y reproductiva". Para los participantes, es esperable que la migración pendular se origine en los municipios venezolanos que tienen conurbación con Cúcuta, sin embargo, les inquieta aquellos migrantes pendulares que vienen de otros lugares de Venezuela que no son fronterizos y que implica un mayor desplazamiento hasta la frontera: *"(...) llega gente del sur, de El Lago, llega gente de Margarita, llega gente de Caracas, de diferentes partes del interior de Venezuela".* Una situación de vulnerabilidad, que pasa por la no garantía de derechos humanos y servicios básicos, explica la constante llegada de migrantes pendulares de lugares no fronterizos, un fenómeno migratorio, que, según los participantes, no parece disminuir.

En respuesta, existe la mesa de la salud, un ejercicio de articulación intersectorial de varios niveles en el que se involucran las ONG y es liderada por el Instituto Departamental de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Allí, se encuentran los actores que participan en la atención de salud de migrantes y se enteran de sus proyectos, sus convenios y tiempos de ejecución. De acuerdo con algunos participantes, la presencia de la cooperación ha ayudado a la región a enfrentar la situación de migración: (...) ya llevamos cierta cantidad de tiempo [con la migración], no es de ayer ni de anteayer, ya hay cifras, ya hay datos, gracias a la Cooperación Internacional que se encuentra en el territorio que aporta muchas ayudas sociales y económicas con personal y con dinero (...). Pero, al mismo tiempo, se reconoce que no es totalmente eficiente, pues cada actor cumple en su objetivo con unos alcances muy definidos en el tiempo: *"(...) no vamos a tener un flujo de información real, por lo tanto, las acciones van a quedar en islas, no vamos a poder tener un concepto, no vamos a poder tomar decisiones en tiempo real que lleguen y que sean realmente, que aporten realmente a soluciones reales".* La necesidad de articulación intersectorial más eficaz y contundente es latente, pues *"(...) al fin y al cabo casi todo repercute en el tema de salud, entonces el trabajo intersectorial es supremamente importante".*

Los participantes identifican que esta situación va más allá de sus capacidades y los recursos disponibles, pues la región le está haciendo frente a un problema que debe ser de interés nacional: *"(...) entonces, si no tomamos y el gobierno no toma de la mano todo este migrante que está llegando sin ninguna identificación, no vamos a llegar a ningún arreglo ni a ninguna solución en la salud sobre todo y en la educación".* Según la mesa, la situación de movilidad humana en la frontera con Venezuela ha dejado de ser un tema prioritario para el nivel central y, a través de ciertas regulaciones, la entidad territorial está obligada a atender a la población pendular (6). Se señala que los recursos son insuficientes para atender la situación de migración y que con el argumento de la reducción del fenómeno migratorio, así como el aumento de trámites burocráticos, las organizaciones de la sociedad civil y las entidades territoriales temen la disminución de recursos para atender una situación que se mantiene crítica, con necesidades de respuestas inmediatas: *"(...) en Norte de Santander nos convertimos en bomberos porque vamos apagando incendios todos los días, y todos los días es un problema diferente".*

Algunas recomendaciones planteadas en la mesa están orientadas a fortalecer la articulación en los espacios que ya existen, por ejemplo, la mesa de salud, pero también, a través de otros mecanismos como sistemas

de información en los que puedan participar tanto entidades territoriales como agencias de cooperación internacional. En esta línea, se plantea posicionar el tema como prioritario por el gobierno nacional, pues esto permitiría un aumento de recursos del Estado y de la cooperación, así como la posibilidad de generar acuerdos transfronterizos entre municipios conurbanos o con el Estado de Táchira.

Reto 2. Garantizar la infraestructura vial, el acceso al agua y la sostenibilidad ambiental para mejorar la calidad de vida.

La región enfrenta problemáticas estructurales relacionadas con la falta de infraestructura vial adecuada, lo cual limita el acceso a servicios de salud, especialmente en zonas rurales y territorios indígenas, donde las vías se encuentran en condiciones precarias o simplemente no cuentan con accesos transitables, es el caso de los municipios del Catatumbo: Cucutilla, Tibú, Convención y San Pablo. En la mesa, se manifiesta que esta situación afecta tanto familias rurales, indígenas y aquellas que habitan en zonas apartadas de las cabeceras de los municipios: *"(...) el problema de salud es altísimo por las vías de comunicación, (...) nuestras comunidades indígenas sufren mucho de eso, pero también nuestros campesinos, las personas que están alejadas. Entonces lo que es las rutas de acceso es otro de los retos que se tienen en salud"*. Estas deficiencias en la infraestructura vial también generan barreras significativas para la movilidad de la población y el transporte de bienes y servicios esenciales de la región.

El mal estado de las vías terciarias retrasa la atención médica y dificulta el desarrollo de actividades cotidianas, como la educación y el comercio. En el ámbito educativo, el estado de las vías dificulta la asistencia regular de NNA rurales a las instituciones, afectando su desempeño académico (7). En cuanto al comercio, el transporte de productos agrícolas y otros bienes se vuelve más costoso y limita sus oportunidades de desarrollo, que conlleva a la profundización de las desigualdades en esta región. En situaciones de urgencia médica, por ejemplo, una mordedura de serpiente, el tiempo de traslado puede ser crítico, y en muchas ocasiones resulta imposible debido al deterioro de las vías: *"(...) una mordedura de una culebra, una persona puede morir por el desplazamiento porque no encuentran, o una enfermedad que sea así de tratamiento de urgencia"*. Esta situación compromete no solo la vida de los pacientes, sino la capacidad de respuesta ante desastres o crisis sanitarias. Según la evidencia, mejorar la infraestructura vial tiene un impacto directo en la salud pública, especialmente en áreas rurales y de difícil acceso. Las propuestas clave incluyen la pavimentación y el mantenimiento de las vías existentes, así como la construcción de nuevas carreteras que conecten comunidades aisladas con centros urbanos. Esto facilita el transporte de pacientes hacia los servicios de salud, pero también mejora la respuesta en situaciones de emergencia y el acceso a tratamientos preventivos (8).

Otra situación planteada por los participantes es el acceso al agua, percibido más como un privilegio que un derecho fundamental: *"(...) nos han enseñado que el servicio de agua es un privilegio, no es un derecho que tenemos como norte de santandereanos o como santandereanos"*. La mayoría de los municipios en centro poblado o corregimientos no poseen plantas con tratamiento de agua potable (9). La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoce que el





acceso al agua es esencial si se espera garantizar el derecho fundamental a la salud al afirmar que el derecho humano al agua es indispensable para una vida humana digna (10). La gestión del recurso hídrico enfrenta una falta de alineación entre los interés y prioridades de las instituciones, los intermediarios (empresas privadas y contratistas) y los ciudadanos. Mientras las instituciones priorizan datos estadísticos, los intermediarios se enfocan en cumplir sus metas para recibir una remuneración económica, y los ciudadanos buscan satisfacer sus necesidades de acceso al agua: *"(...) no tenemos los mismos intereses en común ni la institución, ni el ciudadano, ni las personas que están temporalmente en la mitad de entre estos dos"*. Esta falta de intereses comunes, sumada con la inestabilidad de los cambios de gobierno cada cuatro años, y la limitada cooperación intersectorial, dificulta la gestión eficiente del recurso hídrico y aumenta el riesgo de enfermedades relacionadas con el agua. Esto termina por afectar, especialmente a las comunidades más vulnerables.

Asimismo, el impacto ambiental relacionado con la gestión del agua agrava las problemáticas de la región. La alteración de las cuencas hídricas deteriora los ecosistemas acuáticos, reduce en algunos casos la pérdida de biodiversidad y perjudica los ecosistemas que dependen de estos recursos: *"(...) cómo nos afecta cuando pasa una vía por un espacio público, por un sector poblado, cómo lo afecta, agua, lo de las cuencas hídricas, los animales, la misma gente"*. Además, la degradación de los suelos agrícolas compromete la sostenibilidad alimentaria y afecta directamente la salud de las comunidades: *"(...) hay recursos que no pueden ser recuperados, como el agua o inclusive los suelos que nos promueven a la agricultura. Si las personas no tienen una buena alimentación, no tienen unos buenos recursos para poder ingerir, esto efectivamente va a afectar a la salud directamente"*.

En este contexto, las comunidades indígenas han venido sufriendo el impacto de las actividades de extracción de recursos naturales y el conflicto armado, debido a la intervención ilegal en sus territorios (11). Estas acciones deterioran las condiciones ambientales y sociales al profundizar las desigualdades. Para abordar estas problemáticas, es fundamental promover el trabajo intersectorial que articule salud, educación, infraestructura vial y medio ambiente, con el fin de garantizar el acceso al agua potable, mejorar la infraestructura vial y promover la sostenibilidad ambiental para fortalecer la calidad de vida de las poblaciones, particularmente en zonas rurales y grupos étnicos.

Frente a estas problemáticas, se destacan diversas propuestas planteadas por los actores locales. En cuanto al agua potable, se destaca la importancia de invertir en tecnologías de bajo costo que permitan tratar el agua de manera local y eficiente. Es esencial implementar soluciones integrales que prioricen el equilibrio entre desarrollo y preservación, además de promover estrategias de mitigación y soluciones sostenibles para proteger la salud ambiental, animal y humana de manera conjunta: *"(...) salud humana, zoonosis y salud ambiental, ese es un reto a largo plazo que tenemos que convertir en el territorio, hablar un solo lenguaje y hacer una intervención, pues, entre todo que sea multidisciplinaria e interdisciplinaria"*. Estas iniciativas, articuladas con políticas públicas inclusivas, representan un camino viable hacia la mejora de las condiciones de vida en la región.

Reto 3. Garantizar el acceso a los servicios de salud en zonas rurales a partir del fortalecimiento de los servicios de salud mental en primera infancia en territorios afectados por la violencia.

La región ha enfrentado un complejo historial de violencia vinculado a factores como el surgimiento de grupos guerrilleros, la incursión de cultivos ilícitos, la bonanza petrolera y la posterior llegada de grupos paramilitares. Estos factores han contribuido al desplazamiento forzado y al deterioro social en áreas rurales y urbanas. La dinámica del conflicto armado ha sido especialmente intensa en el Catatumbo, donde la confrontación entre guerrillas, paramilitares y narcotráfico ha configurado un entorno de violencia sostenida (1). Paralelamente, el auge de cultivos de coca y la migración desde Venezuela han añadido tensiones económicas y sociales a la región.

Este complejo panorama histórico configura un escenario que afecta acceder a servicios esenciales, por ejemplo, la salud. Para los participantes, la presencia de grupos armados y delincuenciales en el territorio afecta el acceso a los servicios de salud tanto en contextos urbanos como rurales. En zonas urbanas de sectores del municipio de Villa del Rosario, los operativos de salud son restringidos debido al temor por la inseguridad: *"(...) se nos escapa de las manos lo de salud porque ya es de fuerza mayor, la [presencia] de los grupos delincuenciales en lo urbano y rural o armados. Lo digo porque por lo menos en los mismos barrios, en Villa del Rosario, hay sectores donde van a hacer operativos de salud y no van hacia esas partes por miedo, y hay una lógica ahí llámese violación o de robos o lo que sea".*

En las zonas rurales, esta situación se agrava debido a la combinación de presencia de grupos armados y el deterioro de la infraestructura vial, que exacerba las barreras de acceso los servicios de salud: *"(...) como será lo rural donde están los grupos armados, (...) vuelvo y repito se escapa de las manos porque ya es de seguridad (...), además como las vías, también implica, no hay una buena cobertura hacia las comunidades, sobre todo las que están afectadas por estos grupos delincuenciales".* En este contexto, la violencia constituye un factor clave que afecta la salud en la región, lo que hace necesario promover acciones de coordinación y colaboración entre entidades públicas y la sociedad civil para asegurar el acceso a los servicios de salud, especialmente en zonas rurales.

La presencia de grupos armados no solo limita el acceso a los servicios de salud, sino que también genera impactos en la salud mental de las comunidades, especialmente en la primera infancia. El desplazamiento forzado, las desapariciones y los actos de violencia han dejado consecuencias psicológicas en NNA: *"(...) muchas veces una familia es de cinco o cuatro personas y quedan dos o tres, o incluso quedan hasta solo niños (...). Son niños que vienen con psicologías, vienen con traumas, vienen con problemas que quieren llegar a la sociedad a comerse el mundo y vengar".* Los niños y mujeres han sido grupos poblacionales particularmente vulnerados durante los conflictos armados, como consecuencia, presentan diversos tipos de enfermedades mentales: depresión, ansiedad y cuadros de estrés postraumático, todos relacionados con la exposición a la violencia (12).

"(...) como será lo rural donde están los grupos armados, (...) vuelvo y repito se escapa de las manos porque ya es de seguridad (...), además como las vías, también implica, no hay una buena cobertura hacia las comunidades, sobre todo las que están afectadas por estos grupos delincuenciales".



Por último, el acceso a los servicios de salud también se ve limitado por la centralización de especialistas en las ciudades principales, como Cúcuta. Esta situación obliga a las personas de municipios más alejados, el caso de Pamplona, a realizar desplazamientos prolongados y costosos para recibir atención especializada: *"(...) yo vivo en la parte de Pamplona Norte de Santander, y toda lo que es la provincia, son siete municipios, y son municipios que les toca que venirse aquí a la ciudad de Cúcuta de especialistas, para que les digan no los podemos atender, (...)regresarse nuevamente, esperar que les llame para otra vez nuevamente una cita"*.

Dentro de las alternativas propuestas por los participantes, se destaca la importancia de trabajar de manera intersectorial para intervenir en territorios con presencia de grupos armados y delincuenciales. El fortalecimiento de los equipos básicos de salud es necesario al momento de llevar atención primaria a zonas rurales y urbanas: *"(...) si bien es una estrategia nueva (...) es el llegarles a las familias con acciones individualizaciones acciones colectivas (...). En Santander, estamos hablando de un aporte de 89 mil millones de pesos en solo talento humano asignado a instituciones para fortalecer equipos básicos que van a territorio y a zonas rurales"*.

En conclusión, se recomienda continuar fortaleciendo los servicios de salud mental, mediante iniciativas como el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral (PAPSIVI), enfocado en atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas ocasionados por el conflicto armado (13), promovido por el Ministerio de Salud Protección Social y en cumplimiento de la Política Pública de Atención a Víctimas del Conflicto Armado: *"(...) tenemos una gran responsabilidad con los niños, quienes son los más vulnerables y necesitan nuestra protección"*. Este llamado subraya la necesidad de priorizar la atención en salud mental para esta población, desde el reconocimiento que su bienestar es esencial para su desarrollo y en la consolidación de una paz duradera en la región.

Referencias

1. Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición. Colombia adentro. Relatos territoriales sobre el conflicto armado. Frontera Nororiental. [Internet]. Disponible en: https://www.comisiondelaverdad.co/etiquetas/frontera-nororiental
2. Clúster de Protección Colombia. Colombia. Análisis de protección Norte de Santander. Análisis de las tendencias de los riesgos de protección relacionados con el conflicto armado [Internet]. Colombia; 2023 dic p. 10. Disponible en: https://globalprotectioncluster.org/sites/default/files/2023-12/pau_nds_dic-23_espanol.pdf
3. Instituto Departamental de Salud, Gobernación de Norte de Santander. Plan Territorial de Salud Departamento de Norte de Santander "Gobernanza para la Salud, Norte Territorio de Paz" 2024- 2027 [Internet]. Sec. Dimensión pase ambiental p. 92. Disponible en: https://ids.gov.co/2024/PLANES/PLAN_TERRITORIAL_DE_SALUD_2024_2027.pdf
4. Organización de Nacionales Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. [Internet]. Sec. Artículo 12 1976 p. 17. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/ccpr_SP.pdf
5. Universidad del Rosario, Fundación Konrad Adenauer. La migración venezolana en infografías. Primera. Bogotá; 2024.
6. Castillo M. Libertad de circulación y soberanía del estado: posibles límites derivados de obligaciones de protección internacional. Rev Electrónica Estud Int. 2016;(31):44.
7. Alcaldía de San Jose de Cúcuta. Plan de Desarrollo Cúcuta 2024-2027 «Perseverante segura y productiva». [Internet]. 2024 [citado 4 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://cucuta.gov.co/nuestro-plan-de-desarrollo-municipal-cucuta-perseverante-segura-y-productiva-2024-2027/
8. Egan M, Petticrew M, Ogilvie D, Hamilton V. New Roads and Human Health: A Systematic Review. Am J Public Health. septiembre de 2003;93(9):1463-71.
9. Gobernación de Norte de Santander. Informe de Gestión y Balance de Resultados 2020-2023 [Internet]. 2023 [citado 26 de noviembre de 2024]. Disponible en: http://url.ins.gov.co/g93nm
10. Resolución aprobada por la Asamblea General el 28 de julio de 2010 [Internet]. 2010. Disponible en: https://undocs.org/es/A/RES/64/292
11. Corte Constitucional de Colombia. Auto 004/09 [Internet]. A004-09 p. 41. Disponible en: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2009/a004-09.htm
12. Rodríguez DPB, Ariza CEG. Atención psicosocial y salud mental en Colombia: niños, niñas, adolescentes y familias víctimas del conflicto armado. Rev Electrónica Gest Las Pers Tecnol. 2019;12(36):7-21.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - PAPSIVI [Internet]. 2017 [citado 2 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Victimas/paginas/papsivi.aspx

Región Gran Santander Oriente

Municipios

Norte de Santander

- Chiscas
- Cubará
- Güicán De La Sierra
- Cúcuta
- Arboledas
- Bochalema
- Cácota
- Chinácota
- Chitagá
- Cucutilla
- Durania
- El Zulia
- Gramalote
- Herrán
- Labateca
- Los Patios
- Lourdes
- Mutiscua
- Pamplona
- Pamplonita
- Puerto Santander
- Ragonvalia
- Salazar
- San Cayetano
- Santiago
- Silos
- Toledo
- Villa Del Rosario
- Matanza
- San Andrés
- Santa Bárbara
- Suratá
- Tona
- Vetas

Santander

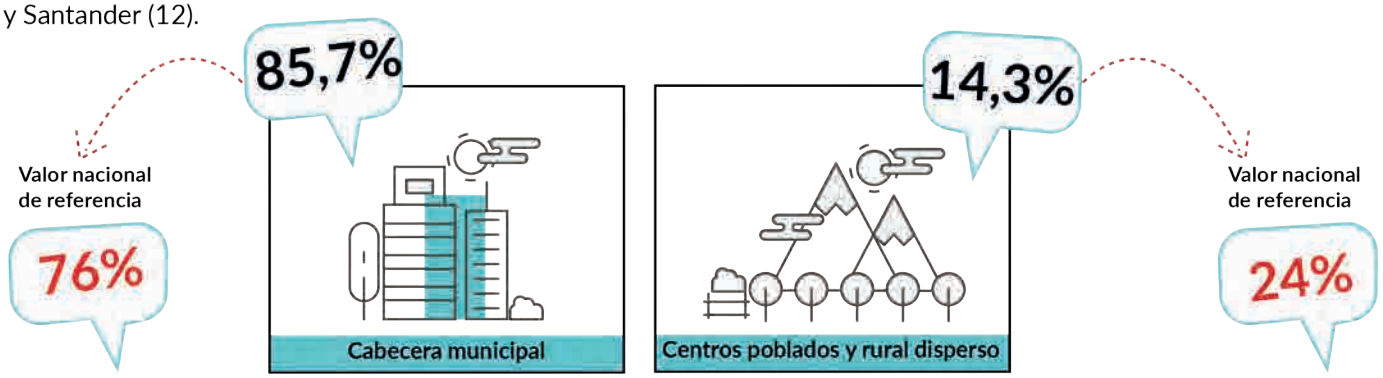
- California
- Carcasí
- Cerrito
- Charta
- Concepción
- Guaca
- Málaga

Ficha de caracterización

Región
Gran Santander-Oriente

1. Descripción general

La región Gran Santander Oriente está conformada por 37 municipios dentro de los departamentos de Norte de Santander (25) y Santander (12).

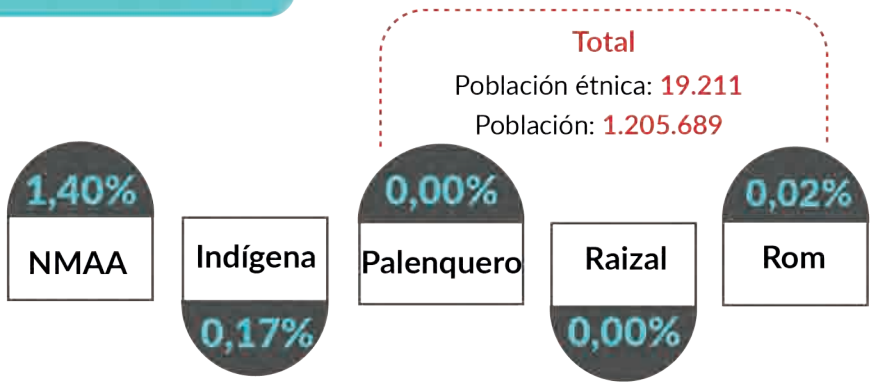


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

En Gran Santander Oriente, un poco más del 80% de la población reside en cabeceras municipales, un porcentaje levemente superior al valor nacional. En contraste, solo el 15% de la población vive en centros poblados y áreas rurales dispersas, lo que es menor a la nacional del 25%. Estos datos sugieren que la región es predominantemente urbana.

2. Demografía y población

La población afrodescendiente, mulata o negra representa el 1.4%, porcentaje considerablemente menor a la nacional del 9.1%. La población indígena tiene una representación del 0.17%, menor al nacional de 4.4%. Los otros grupos étnicos tienen una presencia aún menor en la región.

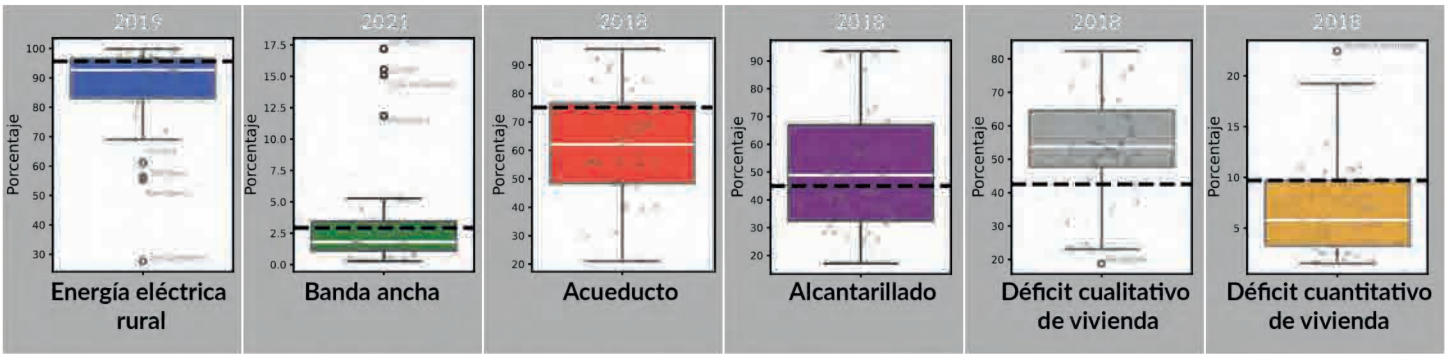


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de servicios entre municipios varía ampliamente, excepto para energía eléctrica rural y banda ancha. Las coberturas más altas corresponden energía eléctrica rural, acueducto y alcantarillado, con al menos la mitad de los municipios por encima del 50%. Acueducto y banda ancha muestra una menor cobertura con respecto a la mediana nacional.

Cobertura de servicios de la región Gran Santander-Oriente

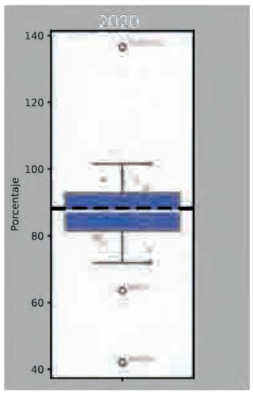


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

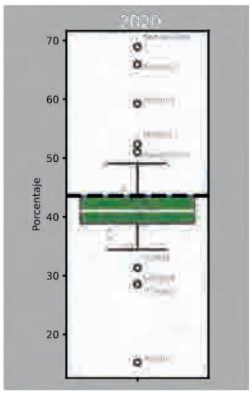
4. Educación

La cobertura en educación básica y media es similar a la mediana nacional, siendo cercana al 90% y 40%, respectivamente. La deserción es superior a la nacional.

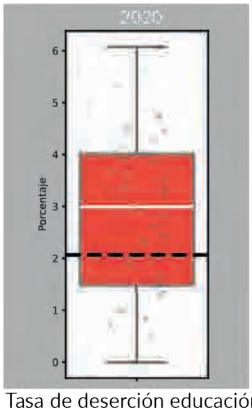
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

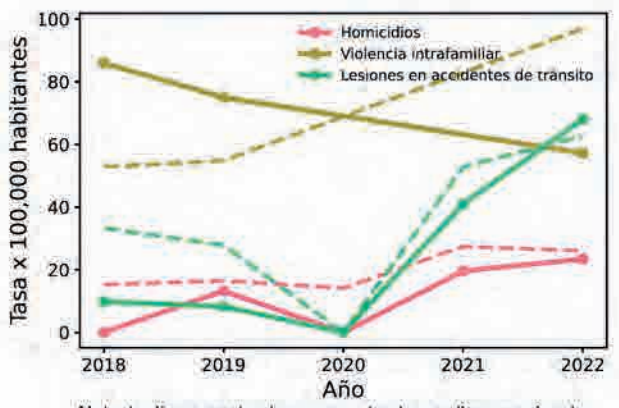


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Entre 2018 y 2022, las tasas de homicidios han mostrado fluctuaciones, con un aumento notable desde 2020, mientras que la violencia intrafamiliar ha disminuido gradualmente, situándose para el último año por debajo de la mediana nacional. Las lesiones por accidentes de tránsito han aumentado desde 2020, aunque con un comportamiento similar al nacional.

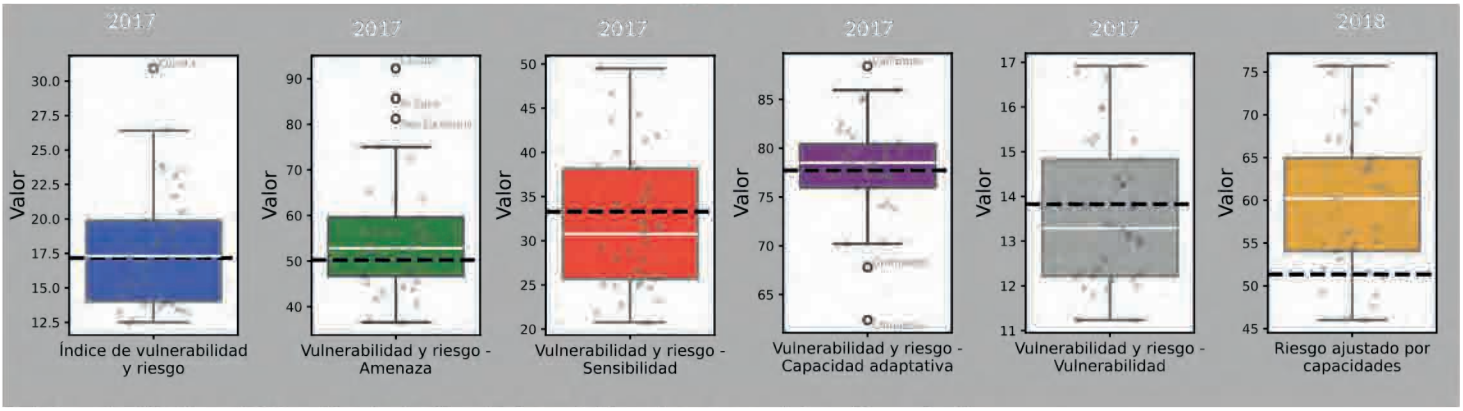


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

El índice general de vulnerabilidad y riesgo es similar al nacional en todas las áreas, siendo Cúcuta con valores más altos. La mayor dispersión se observó en las áreas de amenaza y sensibilidad. El riesgo ajustado por capacidades es mucho mayor al comportamiento nacional, sugiriendo áreas críticas que requieren intervención.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

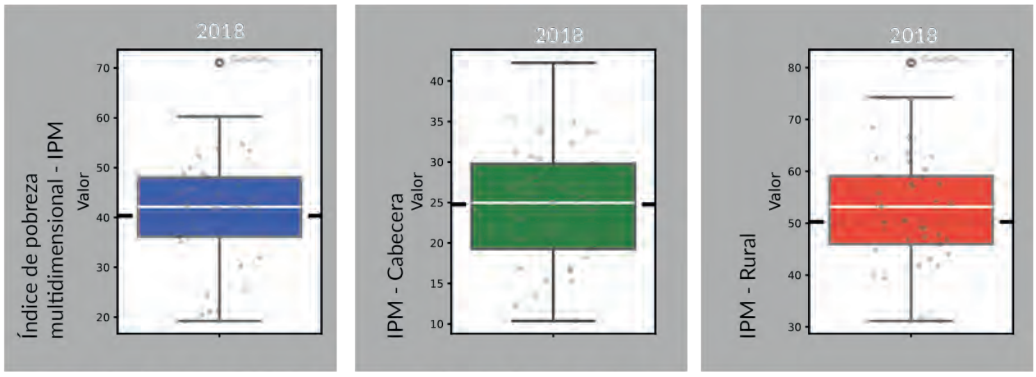


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

El IPM muestra una mediana regional similar a la nacional, en áreas rurales y urbanas. Hay mayor dispersión en áreas rurales, con municipios como Cucutilla sobresaliendo en términos de alto IPM.

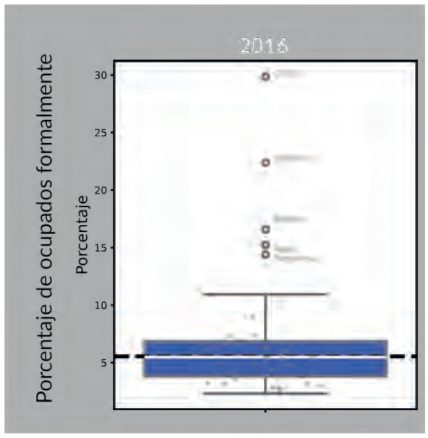
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

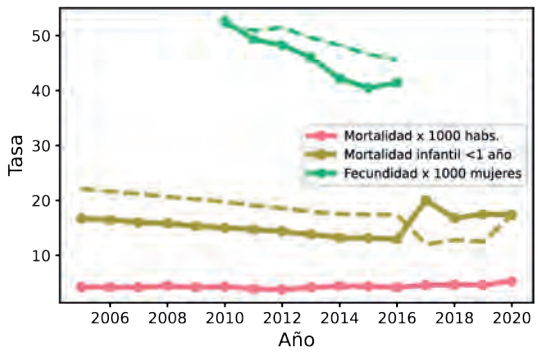
La ocupación formal es cercana al 5% y similar a la nacional. Cúcuta, California, Málaga, Vetas y Pamplona destacan con muy superiores al comportamiento regional.



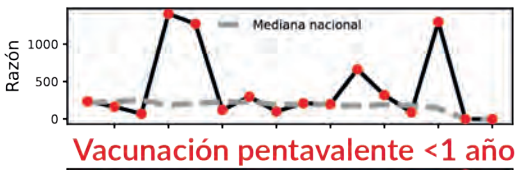
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

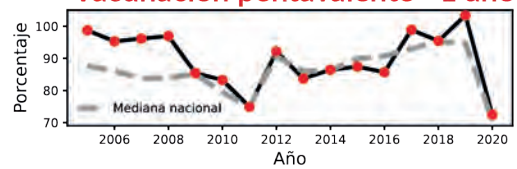
En cuanto a mortalidad, La general regional siguió el comportamiento nacional, aumentando en años recientes. La materna mostró alta variabilidad, con picos por encima de la mediana nacional. En menores de un año, disminuyó hasta 2016, pero luego superó la tendencia nacional. La cobertura de vacunación se mantuvo en años recientes cercano al 90%. La fecundidad disminuyó de forma sostenida, quedando bajo la mediana nacional.



Mortalidad materna a 42 días



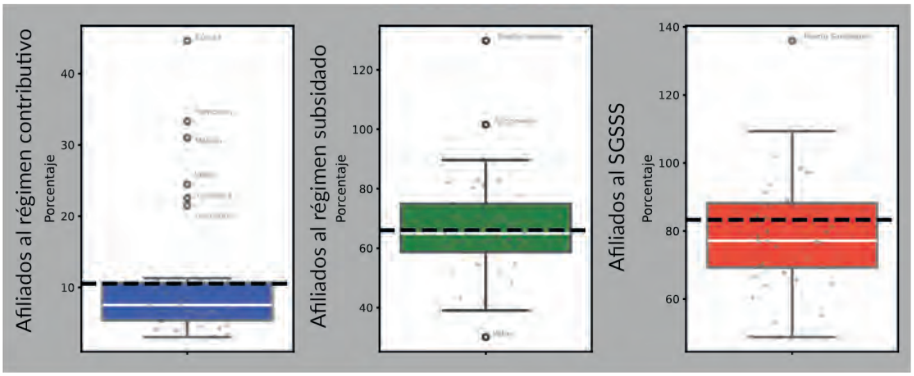
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

La mayoría de municipios reportan afiliación al régimen contributivo menor que la mediana nacional, mientras que el régimen subsidiado es similar. La mediana de la afiliación municipal es menor a la nacional y varía considerablemente entre municipios, indicando cobertura heterogénea en la región.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	72,90	90,80	Aumentó
Agresiones (homicidios)	107,80	30,00	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	49,80	30,50	Disminuyó
Diabetes mellitus	32,30	22,00	Disminuyó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	2,90	72,30	Aumentó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	22,70	28,10	Aumentó
Enfermedades hipertensivas	20,60	25,10	Aumentó
Infecciones respiratorias agudas	13,00	23,40	Aumentó
Insuficiencia cardíaca	26,30	3,20	Disminuyó
Accidentes de transporte terrestre	19,10	13,20	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias en comparación con el periodo 1998-2002 fueron por aumento demás enfermedades infecciosas y parasitarias e insuficiencia cardiaca; y por disminución los homicidios. Para Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, la tasa pasó de 2.9 a 72.3 por cada 100,000 habitantes. La tasa de insuficiencia cardiaca disminuyó de 26.3 a 3.2, y las agresiones (homicidios) varió de 107.8 a 30.0 por 100.000. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	38,04	44,70	Aumentó
Dengue	371,37	161,44	Disminuyó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	259,93	347,05	Aumentó
Hepatitis A	48,21	3,10	Disminuyó
Enfermedad similar a influenza infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	40,88	47,86	Aumentó
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	1,64	123,86	Aumentó
Intento de Suicidio	46,88	66,52	Aumentó
Intoxicación por medicamentos	21,12	39,32	Aumentó
Varicela Individual	301,67	0,00	Disminuyó

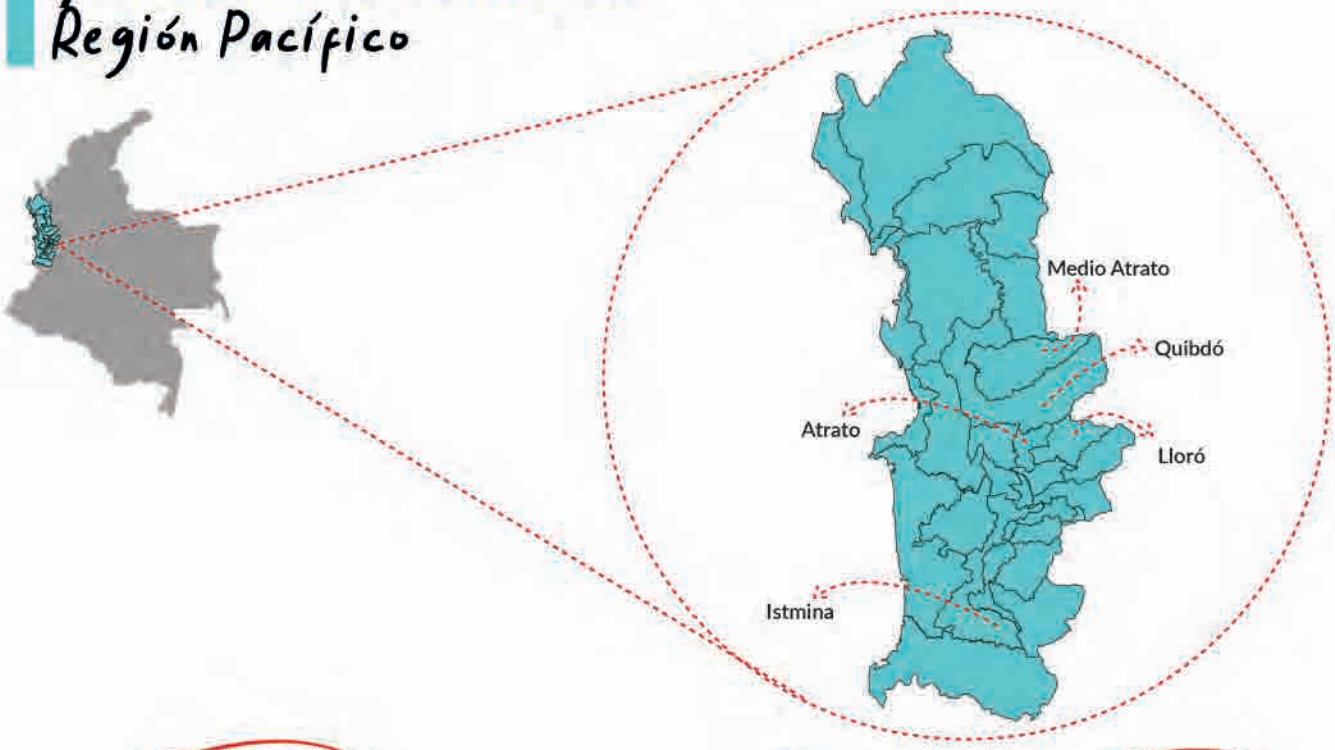
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias entre años fueron: Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Dengue e Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado). La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas.

Referencias
1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx
5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Sobrevivir entre las brechas territoriales y el conflicto armado

Región Pacífico



Keyra Liseth Asprilla-Córdoba, Luz Stella Cantor-Poveda, Pablo Enrique Chaparro-Narváez, Karol Cotes Cantillo, Carlos Andrés Castañeda Orjuela

La región Pacífico está conformada por 28 municipios, 26 del departamento de Chocó y dos de Antioquia. La población estimada en 2024 asciende a 575.141 habitantes, 50,9% son del sexo femenino y el 56,4% reside en el área rural (1). El 75,1% de estas personas se reconocen como negros, mulatos, afrodescendientes, afrocolombianos (NMAA), el 21,1% como indígenas y el 3,7% no pertenecen a ningún grupo étnico racial (2). La región se caracteriza por tener bosques húmedos, alta pluviosidad, un número importante de ríos y aislamiento geográfico debido a que en el oriente se encuentra la cordillera occidental que la aísla del resto del país. Cuenta con pocas vías terrestres y el desplazamiento en su mayoría se realiza por vía fluvial o aérea (3).

La región presenta serias desigualdades sociales en salud traducidas en el alto nivel del índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) de la mayor parte de los municipios que la conforman (4). Esta región es una de las más atrasadas económicamente y en la que las condiciones de vida digna no están cubiertas (5,6) Por otra parte, presenta problemas de corrupción, inseguridad, minería ilegal, narcotráfico, desplazamiento, infraestructura débil, presencia de grupos armados ilegales, aislamiento, servicios públicos inestables e insuficiente prestación de los servicios de salud (7).

El desempleo en la región es una realidad creciente, la carencia de industrias, el mal estado de las vías de comunicación, el conflicto armado y la corrupción son la simbiosis para generar alta desocupación y mala calidad de vida a las comunidades. Quibdó, la capital de Chocó, fue la ciudad con mayor tasa de desocupación para el trimestre mayo - julio de 2024 con el 26,8%, mientras que, a nivel nacional la tasa fue del 10,2% (8). Entre los indicadores que dan cuenta de la situación esbozada en la región, y en particular en Chocó, están el índice de incidencia del conflicto armado (IIC) que en 2017 y 2021 fue catalogado "alto" (9); el índice de pobreza multidimensional (IPM) que en 2023 fue de 37,6%, que lo ubica como el quinto peor indicador después de Vichada, Vaupés, Guainía y La Guajira (10). Además, el 82% de los hogares de Chocó vive en condiciones de vulnerabilidad urbana, relacionada con el incremento de las amenazas y los riesgos que afectan a las personas y grupos sociales, sumado al debilitamiento de los mecanismos para afrontar la situación (11). La mesa de diálogo participativo se realizó en la ciudad de Quibdó, por la ubicación geográfica de la ciudad, el espacio disponible y las opciones de transporte, esto con el objetivo de facilitar el acercamiento de los distintos actores de la región. Entre los habitantes de la región resaltan aspectos importantes como la conexión con su tierra, el sentido de identidad cultural y territorial destacan la herencia afrocolombiana e indígena, la partería y uso de medicina tradicional. También, se aprecia la conexión con su entorno cultural que trata de mantener costumbres y tradiciones mientras enfrenta desafíos económicos importantes.



Balance de los principales hallazgos

En la mesa de diálogo participaron principalmente mujeres (90%), población afro e individuos de Quibdó, Lloró, Atrato, Istmina y Medio Atrato. Las personas participantes pertenecían a instituciones gubernamentales (Secretaría de Salud Departamental del Chocó (31%), Alcaldía de Quibdó (7%), organizaciones comunitarias (Asorredipar, Fundación Mujer y Vida, Chocoanizando, Asomadere, Fundación Vivir Para Contarla, Fundación Preparms). Por otro lado, hubo una participación importante de parteras, organizaciones internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) , universidades (Uniclaretiana, Universidad Tecnológica del Chocó) y la Cooperativa Agroturística de Tutunendo. La edad promedio del grupo fue de 45,4 años.

Los participantes desempeñan distintos roles en sus comunidades, y se caracterizan por la resiliencia y la defensa de los derechos, mientras enfrentan las secuelas del conflicto armado y buscan mejorar las condiciones de vida de sus comunidades. La resiliencia se ve reflejada en la forma cómo han superado adversidades personales, por ejemplo, enfermedades (cáncer de seno), limitaciones físicas o traumas por desplazamiento, sin dejar de lado la lucha por mejorar la calidad de vida de sus comunidades y la propia. En la defensa de los derechos, las participantes resaltan el empoderamiento de las mujeres en sus comunidades para la promoción de la salud (en gestantes, hábitos saludables, educación en temas de salud pública) a través de distintos medios de comunicación y con el objetivo de mejorar la calidad de vida en áreas rurales y urbanas.



La salud pública es reconocida como derecho, cuya garantía parte de la acción del Estado: *"(...) la salud es un derecho fundamental. Como derecho fundamental, debe brindar garantías de servicio, calidad, fácil acceso y universalidad"* y de acuerdo con las participantes, el conflicto armado que padece la región, la falta de trabajo, ingresos, seguridad y soberanía alimentarias afectan la salud pública: *"(...) la palabra que se le viene a la mente cuando pienso en salud pública, es seguridad que me da alegría y calma para nuestra comunidad"*.

La mesa identifica como parte fundamental de la salud pública la prestación de servicios con calidad humana, interés, respeto y empatía por parte del talento humano en salud, en donde sea fácil y posible el acceso para todos, pero que requiere para su adecuado funcionamiento inspección, vigilancia y control: *"(...) la salud pública es un sentir que tienen todos los pueblos. Ah! les invito a los chocoanos a luchar por un mejor porvenir. La salud pública es un compromiso de las comunidades y el gobierno, por eso les invitamos a hacer acciones y seguimiento"*. Adicionalmente, la salud pública es percibida como bienestar que involucra el cuidado individual y colectivo, en el que cada persona tiene un rol primordial para mejorar la salud de todos: *"(...) es todo cuando se busca el equilibrio pensando en general, pero también individual. De esta forma todos logramos bienestar completo"*.

Son temas centrales de conversación en esta región: la debilidad operativa en los programas de salud mental, la precariedad y limitada infraestructura para la prestación de los servicios de salud, personal sanitario con prácticas deshumanizadoras y carentes de ética profesional, la debilidad en los sistemas de información en salud pública y la ausencia de políticas de salud pública.

La discusión de la mesa sitúa el conflicto, causado por bandas delincuenciales y grupos armados, como movilizador de "mala salud": *"(...) según lo vivido en Zona Norte, para mí la violencia es la mayor barrera para el acceso a la salud. Hace días hicieron un comunicado (...) decían que no iban a respetar a nadie, sea profesional de la salud, (...) lo que sea, nadie podía entrar a su territorio (...)"*. En este sentido, los actores comunitarios e institucionales enfatizan en las consecuencias del conflicto armado, relacionadas con el desplazamiento forzado, la pérdida de familiares y la afectación de la salud física y mental.

Otro aspecto recurrente que emerge en el diálogo es la necesidad de armonizar el sistema occidental de salud con los conocimientos de las comunidades ancestrales. En particular, la incorporación de las parteras en el sistema de salud: *"(...) los conocimientos de las comunidades tradicionales ancestrales (...) son con los que vivimos a diario porque en las comunidades que no está el servicio de salud (...) está la partera, (...) la curandera, están otros tipos de conocimientos que en estos momentos no están integrados al sistema"*. Las parteras y los médicos tradicionales son un pilar fundamental para el cuidado de la salud de las poblaciones con pertenencia étnica.

Retos para la región Pacífico



Incluyen el fortalecimiento de programas de salud mental, reconocimiento de las parteras en el sistema de salud, mejoras de las estrategias de intervención en salud pública con enfoque diferencial en contextos de alta dispersión geográfica y presencia de conflicto armado, y robustecimiento de los sistemas de información en salud pública a través de estrategias comunitarias e institucionales.

Reto 1. Promover y fortalecer los programas de salud mental con enfoque diferencial para la atención de factores psicosociales que impactan negativamente la calidad de vida de las comunidades.

Varios participantes señalan la necesidad de abordar las afectaciones de salud mental, específicamente la conducta suicida: *"hay muchos suicidios"*. Reconocen que las condiciones sociales de Chocó, las dificultades para el acceso a los servicios de salud mental, el estigma social de la enfermedad mental, la pobreza, el conflicto armado y las desigualdades sociales aumentan el riesgo de sufrir trastornos mentales. En la región Pacífica, confluyen condiciones sociales precarias que requieren de intervenciones de salud mental para mejorar el estado biopsicosocial y disminuir las consecuencias físicas y psicológicas de los estresantes a los que se exponen las comunidades . Esto ha puesto en alerta a las comunidades. Acceder a la atención en salud física es de por sí difícil, pero las limitaciones para la salud mental se multiplican (12): *"(...) necesitamos atender el tema de salud mental, la cual sabemos que viene un poco deteriorada por el desempleo (...), por el alto índice de pobreza, (...) por (...) la falta de servicios médicos para atender la población en salud mental y el estrés laboral (...)"*. Algunos estudios han identificado que la mala salud mental está vinculada a las rápidas transformaciones sociales, a las condiciones laborales estresantes, a las desigualdades sociales, a estilos de vida no saludables, a los impactos del conflicto armado, al deterioro físico y a las trasgresiones a los derechos humanos (13). Todas estas características son vivenciadas por los pobladores de la región.

Finalmente, como llamados a la acción por parte de los participantes se destacan: 1) la importancia de planificar la salud mental de manera contextualizadas y con enfoque diferencial; 2) prevenir la enfermedad y promocionar la salud mental desde la niñez; 3) mejorar el acceso a programas de salud mental que reduzcan el riesgo de trastorno mental; y 4) mejorar las condiciones de vida y desafíos respecto al acceso a los servicios de salud y el bienestar, que incidiría en los indicadores de salud en Chocó.

Reto 2. Reconocer y valorar a las parteras como parte del sistema de salud para la atención de las comunidades étnicas.

Las parteras en la región pacifica desempeñan un papel importante en la atención de las mujeres de sus comunidades. Son quienes, por las condiciones de dispersión geográfica, pobreza e inequidades sociales en el acceso a la salud sexual y reproductiva, atienden la salud materna de las mujeres en las zonas de conflicto armado y de difícil acceso: *"(...) las*



parteras son la base primordial en nuestras comunidades, donde no participan los médicos. A una partera la llaman a cualquier hora de la madrugada para que vaya a atender un parto y ella se va sin ningún rodeo, y va hasta donde está esa persona". La partería tradicional es la única proveedora de cuidados y atenciones para adolescentes y mujeres en edad fértil (14). Además, su trabajo ha mejorado la salud materna y perinatal y reducido la mortalidad materna en personas afrocolombianas (15).

Las participantes hacen un llamado a trabajar y reconocer las parteras como aliadas estratégicas para la gestión y promoción de la salud publica en la región: *"(...) quien conoce los problemas de nuestra comunidad, de la familia, es la partera. Quien brinda la confianza y el apoyo, es la partera (...) entonces (...) queremos que (...) valoren y reconozcan (...) nuestro trabajo"*. La partería juega un rol crítico en la salud pública, pues estas mujeres se establecen como actores claves en la prevención, vigilancia y control de enfermedades, *"las parteras, consideramos (...) que somos cadena de búsqueda y de información porque ya nosotros sabemos identificar un riesgo o un signo de alarma (...), somos cadena para la medicina occidental donde pueden ellos activar una ruta y dar la mano de manera directa pero lo que no queremos es que nos opaquen"*.

Así mismo, sugieren incorporar su participación en el sistema de salud con asignación salarial. Estas garantías legitiman sus conocimientos, dignifican su labor y preservan las prácticas tradicionales de salud propias de las comunidades afrodescendientes. También, garantizan y promueven el mejoramiento de la salud materna y perinatal y salvaguardan los derechos de las mujeres en el territorio.

Reto 3. Fortalecer estrategias de intervención en salud pública con enfoque diferencial en contextos de alta dispersión geográfica y presencia de conflicto armado

Los participantes reconocen aspectos que impiden el acceso a los servicios de salud, entre estos: 1) deficiente prestación de los servicios de salud, agudizada por las condiciones de dispersión geográfica del territorio; 2) desarticulación entre la atención en salud en zonas rurales por parte de actores comunitarios (parteras y curanderos) y la atención prestada desde la medicina occidental; 3) personal sanitario con prácticas deshumanizadoras y carentes de ética profesional; 4) precaria infraestructura en salud; y 5) en general, el conflicto armado que afecta la integridad física y mental de las comunidades, el acceso a los servicios de salud y la libre movilidad, así como el aprovechamiento del territorio y sus recursos.

En el Chocó, hay comunidades distantes y de difícil acceso donde los costos de desplazamiento suelen ser muy altos: *"(...) se hace difícil llegar a Quibdó para recibir esa atención. Muchas veces la comunidad no tiene el bote para llegar hasta acá, le hace falta el ACPM (...) y también las instituciones no alcanzan a llegar allá, y cuando llegan ya han ocurrido muchas cosas"*. Las alternativas planteadas desde la mesa son: el fortalecimiento de capacidades en salud al interior de las comunidades para que se garanticen condiciones óptimas de atención primaria, con abordaje desde saberes ancestrales y la generación de rutas de atención vinculadas a los hospitales y centros de salud con parteras y médicos tradicionales.

También, se menciona de manera reiterada la deshumanización en la atención y fallas en la ética profesional del personal sanitario: *"(...) puede haber muchísimos sitios bonitos pero la gente no va, en la mayoría de los lugares, las mujeres no están asistiendo al ginecólogo porque la ginecóloga sale a hablar a terceros de lo que pasa en la consulta"*. Los asistentes refieren que la humanización en salud se centra en la calidad y la calidez, en contar con profesionales idóneos desde lo ético y lo técnico, así como la garantía de los derechos laborales al personal sanitario comunitario e institucional: *"(...) ¿y qué espera uno? Un mejor médico, verle la presencia a ese médico que nos está atendiendo con amor, una buena enfermera, y un buen trato, qué pasa con nosotros, nos mejoramos de ver la atención que nos están prestando, que vemos, ese amor, por salvarnos la vida, entonces uno se alienta con solo ver esa atención tan amable y amorosa"*.

La insuficiente infraestructura en salud de la región es otro limitante para el acceso a los servicios. Las participantes de la mesa identifican como alternativas de mejora la construcción, dotación y puesta en funcionamiento de hospitales de segundo, tercer y cuarto nivel, además de aprovechar la demanda de los servicios de salud para articular los saberes de las comunidades indígenas y sus líderes con el conocimiento del personal de salud, para mejorar la atención en salud.

Por su parte, las comunidades afrodescendientes, mestizas y pueblos indígenas del Pacífico viven la crueldad del conflicto interno. El impacto en las comunidades es creciente y desmejora significativamente la calidad de vida de las poblaciones, por la pérdida de vidas, los desplazamientos masivos, la restricción para el uso de los servicios de salud, control sobre los alimentos como medio de coerción y el sometimiento y violaciones del derecho internacional humanitario y de los derechos humanos: *"el conflicto armado está inmerso en todo Quibdó, (...). Eso está afectando terriblemente a las personas. A unos nos asesinan familiares, a otros los hieren, los amenazan, les hacen todo lo que pueden hacer los señores que están tomándose el mundo. ¿Y eso a qué nos lleva? (...) a que nos enfermemos"*. Este territorio puede ser un entorno propicio para la salud siempre y cuando se evidencie una dimensión política de la salud pública, que no pase por alto estas situaciones, en la cual los gobiernos locales en conjunto con el gobierno nacional establezcan un compromiso y acciones contundentes en favor de los derechos humanos y de la paz (14).

Dentro de las alternativas propuestas por la mesa para favorecer el acceso a los servicios de salud en contextos de alta afectación por conflicto armado, se encuentran el fortalecimiento de capacidades al interior de las comunidades para robustecer la atención en salud, la prevención, la promoción y la educación en salud con enfoque diferencial y ciclo de vida en los territorios. Esto implicaría trascender de las intervenciones descontextualizadas y establecer proyectos y programas que respondan a la realidad y necesidades de las poblaciones.

Reto 4. Fortalecer los sistemas de información en salud pública a través de estrategias comunitarias e institucionales

Varios de las participantes en la mesa coinciden en señalar la necesidad de fortalecer los sistemas de información en salud pública de la región.





Refieren debilidad en reportes de análisis de agua, el seguimiento a los indicadores en salud mental y la falta de datos sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argumentan la falta de un sistema de vigilancia que capte y reporte el consumo en el departamento: *"(...) es que cuando estamos en estos espacios, aunque pareciera que estamos sobre diagnosticados, ¿dónde están los datos? entonces estamos ávidos de datos. Cuando uno ingresa a los sistemas de vigilancia, la mayoría de las veces estamos retrasados en el reporte de los datos"*.

En entornos predominantemente rurales como los de Chocó, reviste mayor dificultad el seguimiento y levantamiento de información de interés en salud pública. Ante esta situación, los actores coinciden en afirmar que son estrategias basadas en comunidad las que permitirían, en contextos urbanos y rurales, fortalecer los sistemas de información en salud pública: *"(...) es muy importante ese proceso de capacitación a líderes, lideresas, médicos tradicionales y parteras. Ellos son nuestros ojos en los territorios, ellos también sirven como informadores, para conocer lo que realmente está pasando en las comunidades afro e indígenas, para que no se nos quede solamente el rumor, que ellos nos ayuden a reportar para fortalecer el sistema de información"*.

La estrategia de vigilancia basada en comunidad tiene como objetivo identificar señales de potenciales situaciones de interés en salud pública por parte de la comunidad con vigías y gestores. De acuerdo con la evidencia, la vigilancia basada en comunidad permite la obtención, monitoreo, análisis e interpretación de información de interés en salud pública no estructurada, como los rumores de ocurrencia de algunos eventos en la ruralidad, en zonas afectadas por conflicto armado o en comunidades indígenas, que se canaliza de manera flexible por medio de múltiples fuentes de información formales e informales en tiempo real, del sector salud y de otros sectores (15).

Dicha estrategia acerca a la institucionalidad con las comunidades, sin embargo, algunos estudios han identificado que presenta dificultades en la implementación por falta de credibilidad de algunos líderes e instituciones de salud frente a la vigilancia en salud y en la notificación de los eventos de interés. Además, hay ausencia de reconocimiento en las comunidades de la importancia de la participación en los procesos de vigilancia comunitaria y el impacto del conflicto armado *"(...) en donde la violencia urbana y juvenil hace que la gente tenga miedo y no participe en estos espacios de seguimiento y vigilancia comunitaria"* (15). El fortalecimiento de esta estrategia podría convertirse en un complemento fundamental para mejorar la calidad de los sistemas de información de salud pública de la región.

Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población [Internet]. Bogotá D.C.; [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población municipal por área y pertenencia étnico-racial [Internet]. Bogotá D.C.; [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion
3. Bonet J. ¿Por qué es pobre el Chocó? [Internet]. Cartagena, Colombia: Banco de la República; 2007 p. 68. (Documentos de trabajo sobre economía regional No. 90). Disponible en: https://www.banrep.gov.co/es/pobre-el-choco
4. Asprilla KL, Montenegro G. Desigualdades sociales en salud: análisis de la región pacífica colombiana. Salud UIS [Internet]. 29 de julio de 2022;54. Disponible en: https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/11979
5. Galvis L, Moyano L, Alba C. La persistencia de la pobreza en el Pacífico colombiano y sus factores asociados [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_238.pdf
6. Departamento Administrativo Nacional De Estadística. DANE información para todos. Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia 2018. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-y-desigualdad/pobreza-monetaria-y-multidimensional-en-colombia-2018#pobreza-por-departamentos-2018
7. Informa C. Colombia Informa. 2019 [citado 3 de octubre de 2024]. Chocó: entre la riqueza, el abandono y la pobreza - Colombia Informa Pueblos. Disponible en: https://www.colombiainforma.info/choco-entre-la-riqueza-el-abandono-y-la-pobreza/
8. Departamento Administrativo Nacional De Estadística. Boletín técnico Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/operaciones/GEIH/bol-GEIH-jul2024.pdf
9. Departamento Nacional de Planeación. Índice de incidencia del conflicto armado (IICA) [Internet]. 2023. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Poltica%20de%20Vctimas/Documento_indice_Incidencia_del_Conflicto_Armado_%20IICA_2019.pdf
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Pobreza y desigualdad [Internet]. Bogotá D.C.; [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional
11. Chocó7días.com. El 82% de los hogares de Chocó vive en condiciones de vulnerabilidad urbana [Internet]. 2023 [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: https://choco7dias.com/el-82-de-los-hogares-de-choco-vive-en-condiciones-de-vulnerabilidad-urbana/#:~:text=El%20Indicador%20encontr%C3%B3%20que%204,en%20condici%C3%B3n%20de%20vulnerabilidad%20urbana.&text=El%20Choc%C3%B3%20qued%C3%B3%20ubicado%20en,56.741%20hogares%20en%20esta%20condici%C3%B3n.
12. Medicos Sin Frontera. Médicos Sin Fronteras Argentina | Organización médico-humanitaria. 2023 [citado 26 de septiembre de 2024]. Salud mental en Alto Baudó: otro vacío sin respuestas en medio del conflicto armado en Chocó, Colombia. Disponible en: https://www.msf.org.ar/actualidad/salud-mental-alto-baudo-otro-vacio-respuestas-conflicto-armado-choco-colombia/
13. Organización Panamericana de la Salud. No hay salud sin salud mental [Internet]. 2020 [citado 6 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental
14. Ospina O. JA, Blanco Restrepo JH, Maya Mejía JM. Promoción de la salud. En: Fundamentos de Salud Pública Tomo I Salud Pública. Tercera edición. Medellín, Colombia: CIB Fondo Editorial; 2013. p. 101-13.
15. Rosero JED. Apreciaciones, alcances y limitaciones de la Vigilancia Salud Publica Comunitaria (VSPC) en Quibdó-Chocó Colombia, 2020 -2022 [Internet] [Trabajo de grado]. [Bogotá D.C.]: Universidad Santo Tomas, Facultad de Economía; 2023. Disponible en: https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/54628/2023JESUSDELGADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Región Pacífico

Municipios

Antioquia

Murindó
Vigía Del Fuerte

Chocó

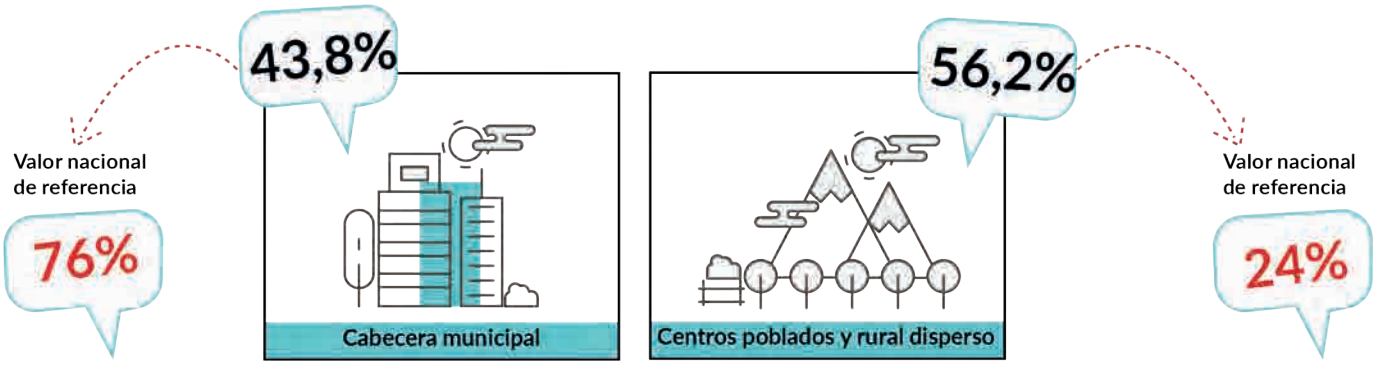
Quibdó
Alto Baudó
Atrato (Yuto)
Bagadó
Bahía Solano
Bajo Baudó
Bojayá
El Cantón Del San Pablo
Carmen Del Darién
Cértegui
Condoto
El Litoral Del San Juán
Istmina
Juradó
Lloró
Medio Atrato
Medio Baudó
Medio San Juan
Nóvita
Nuquí
Rio Iró
Rio Quito
Riosucio
Sipí
Tadó
Unión Panamericana

Ficha de caracterización

Región **Pacífico**

1. Descripción general

La región Pacífico está conformada por 28 municipios dentro de los departamentos de Chocó (26) y Antioquia (2).

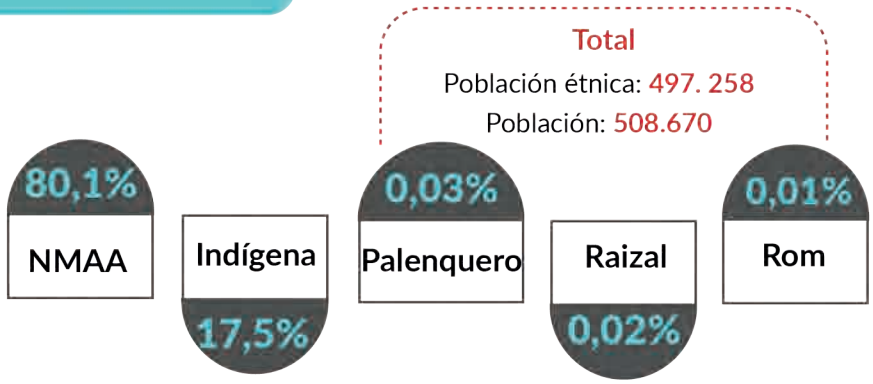


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

En la región Pacífico, alrededor del 43,8% de la población reside en cabeceras municipales, un porcentaje inferior al valor nacional del 76%. Por otro lado, el 56,2% de la población vive en centros poblados o áreas rurales dispersas, superando la mediana nacional del 20%. Esto indica una región con características más rurales en comparación con la media del país.

2. Demografía y población

En la región Pacífico, el 80,1% de la población pertenece a la comunidad afrodescendiente (NMAA), superando el promedio nacional. El 17.5% se identifica como indígena, también superando la media nacional. Los grupos palenquero, raizal y Rom tienen una presencia mínima, lo que destaca una alta concentración de la diversidad étnica en la región.

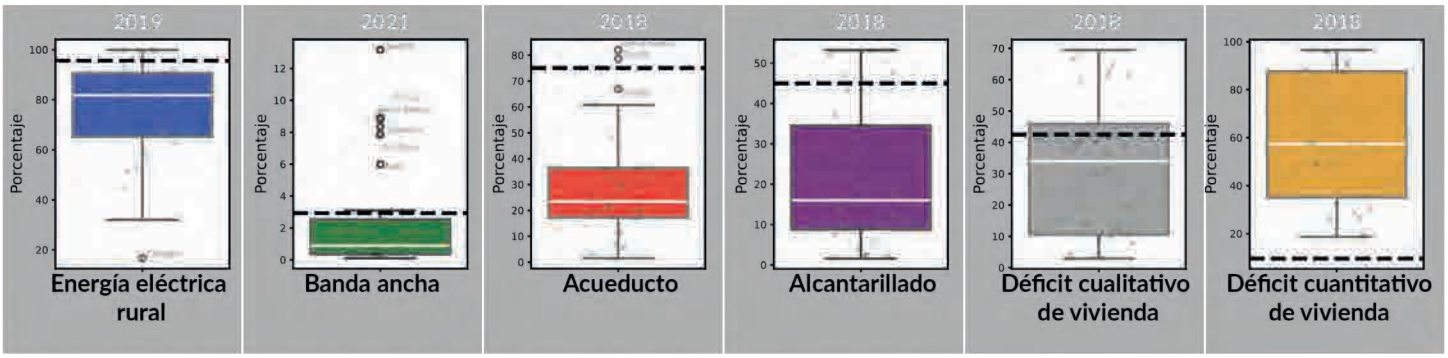


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de servicios en la región Pacífico es compleja. Energía eléctrica rural muestra una cobertura inferior a la mediana nacional y la cobertura de banda ancha es notoriamente baja. Acueducto y alcantarillado presentan cobertura baja. Los déficits cualitativo y cuantitativo de vivienda presentan alta variabilidad entre municipios, con algunos casos superando la mediana nacional.

Cobertura de servicios de la región Pacífico

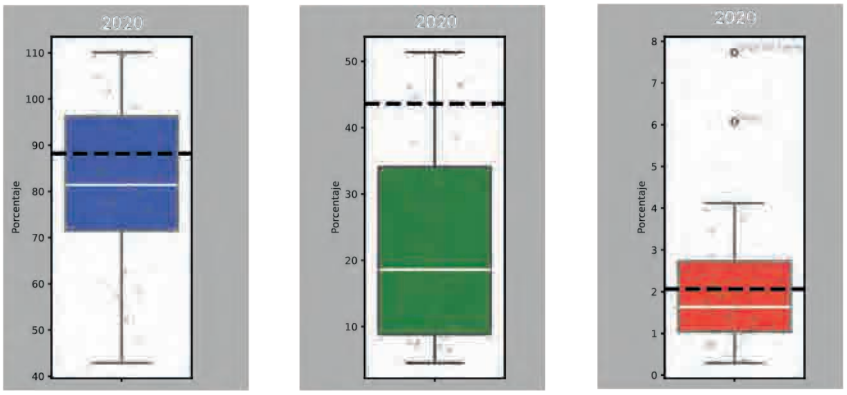


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

4. Educación

La cobertura en educación básica en la región Pacífico es elevada, alcanzando una mediana del 82%, por debajo de la mediana nacional. Sin embargo, la cobertura en educación media es significativamente más baja, y la tasa de deserción muestra una variabilidad considerable entre municipios, indicando desafíos en la retención escolar.

Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica

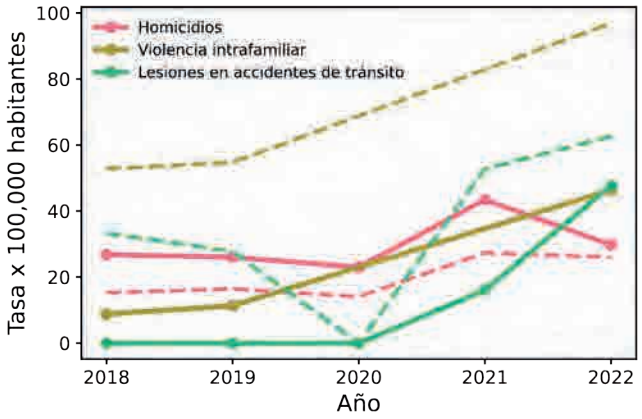
Cobertura neta en educación media

Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios en la región Pacífico han mostrado un incremento, alcanzando niveles superiores a la mediana nacional en 2021. La violencia intrafamiliar se mantiene por debajo de la mediana nacional, mientras que las lesiones debidas a siniestros viales han mostrado un aumento sostenido en los últimos años, lo que refleja un área de intervención crítica.

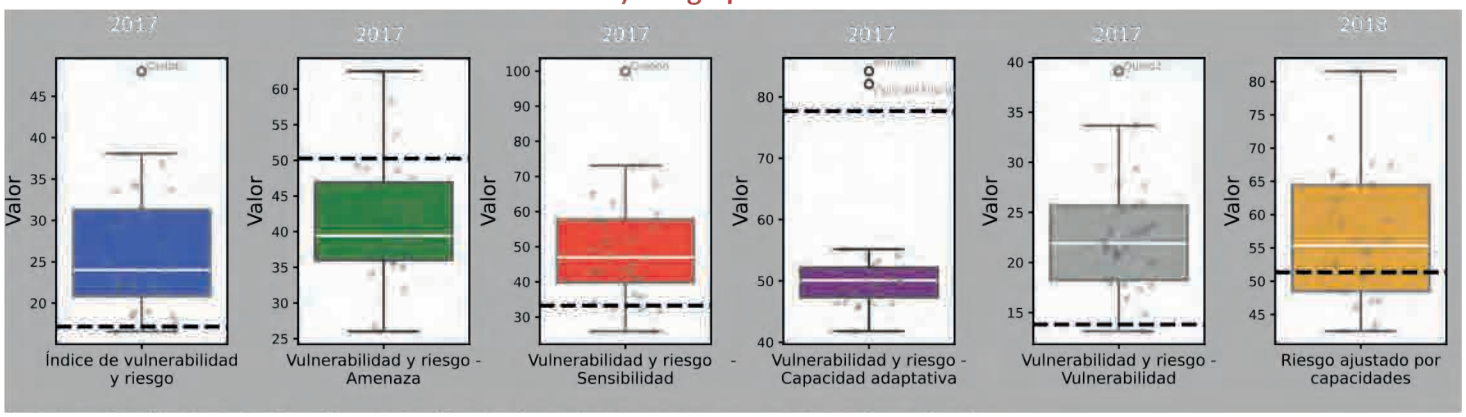


Nota: la línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

El índice de vulnerabilidad y riesgo, vulnerabilidad y riesgo – sensibilidad, vulnerabilidad y riesgo - vulnerabilidad en la región Pacífico son elevados en comparación con la mediana nacional. La capacidad adaptativa muestra una distribución amplia, con algunos municipios como Quibdó presentando valores notablemente altos. La sensibilidad y el riesgo ajustado también destacan, lo que indica la necesidad de mejorar la resiliencia climática.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

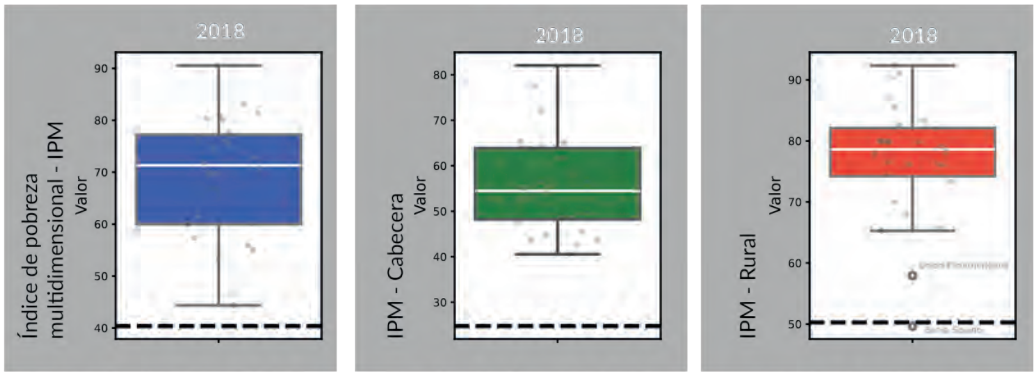


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

El IPM en la región Pacífico presenta una mayor dispersión en zonas rurales, con algunos municipios alcanzando niveles de pobreza superiores a la mediana nacional. La mediana regional se encuentra consistentemente por encima de la mediana del país, lo que refleja condiciones socioeconómicas desafiantes en la región.

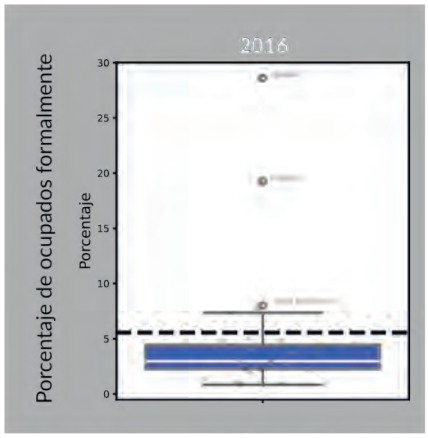
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

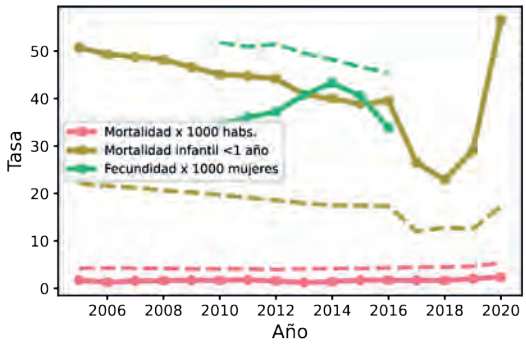
La ocupación formal en la región Pacífico es baja en comparación con la mediana nacional. Quibdó la capital de Chocó tiene un porcentaje más alto de ocupación formal.



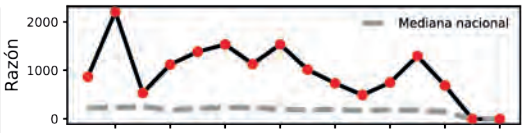
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

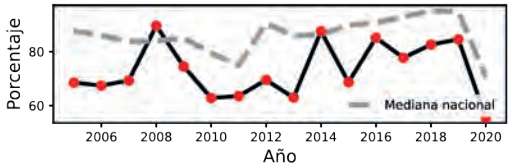
A lo largo de los años, la región ha mantenido una tasa de mortalidad constante por debajo de la mediana nacional. Sin embargo, la razón de mortalidad materna muestra fluctuaciones notables y valores que ocasionalmente superan ampliamente la mediana del país.La mortalidad infantil ha disminuido paulatinamente, y la cobertura de vacunación presenta variabilidad considerable, con algunas caídas por debajo de los niveles nacionales.



Mortalidad materna a 42 días



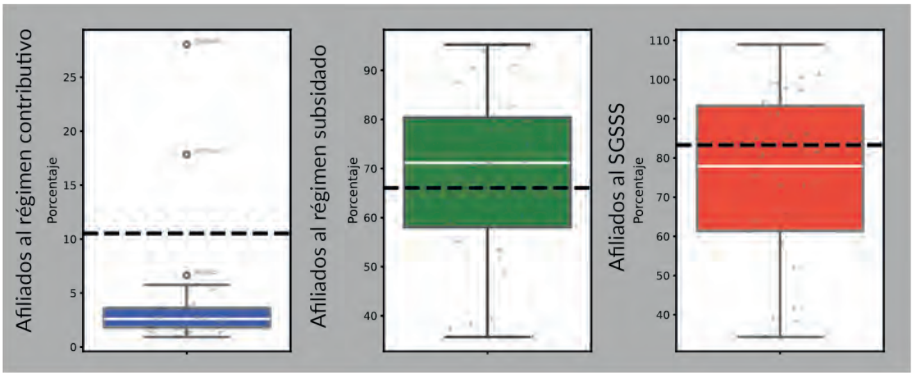
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

La región Pacífico muestra una afiliación relativamente baja al régimen contributivo, con una mediana regional muy por debajo de la mediana nacional. La afiliación al régimen subsidiado es más alta en comparación con la mediana nacional, mientras que el acceso al SGSSS presenta una alta variabilidad entre municipios.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades cerebrovasculares	64,50	19,00	Disminuyó
Agresiones (homicidios)	38,60	43,60	Aumentó
Enfermedades isquémicas del corazón	41,20	35,80	Disminuyó
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	22,30	25,70	Aumentó
Enfermedades hipertensivas	30,00	13,50	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	13,60	9,70	Disminuyó
Diabetes mellitus	10,30	11,40	Aumentó
Infecciones respiratorias agudas	8,20	7,60	Disminuyó
Las demás enfermedades	10,40	7,10	Disminuyó
Las demás enfermedades del sistema digestivo	9,40	5,10	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias en comparación con el periodo 1998-2002 fueron: agresiones (homicidios), signos, síntomas y afecciones mal definidas y diabetes mellitus. Para agresiones (homicidios), la tasa pasó de 38,6 a 43,6 por cada 100.000 habitantes. La tasa de signos, síntomas y afecciones mal definidas cambió de 22,3 a 25,7, y la de diabetes mellitus varió de 10,3 a 11,4. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Accidente ofídico	39,63	33,77	Disminuyó
Bajo peso al nacer	27,56	24,49	Disminuyó
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	37,58	136,10	Aumentó
Dengue	11,03	159,93	Aumentó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	15,33	26,45	Aumentó
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	0,59	34,05	Aumentó
Leishmaniasis cutánea	24,37	21,34	Disminuyó
Malaria asociada (formas mixtas)	133,03	67,87	Disminuyó
Tuberculosis pulmonar	36,88	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

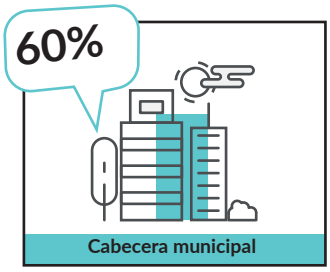
En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: dengue, desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años y malaria asociada (formas mixtas). La tasa de dengue fue de 159,93 por cada 100.000 habitantes, superando la media nacional de 87,51. Para desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años, la tasa registrada fue de 136,1, superando la media nacional. Por último, la tasa de malaria asociada (formas mixtas) alcanzó 67,87, por debajo de la media nacional.La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, lo cual puede reflejar un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias
1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx
5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Región Llanos

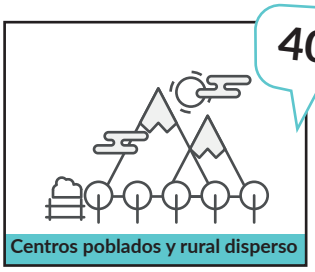
Ficha de caracterización

1. Descripción general



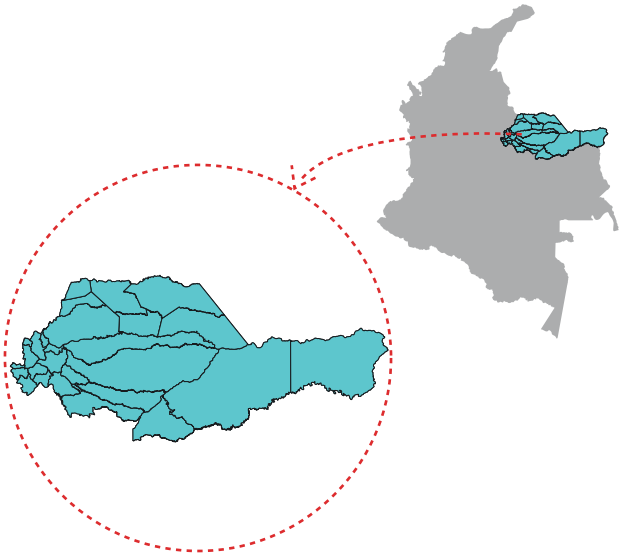
Valor nacional de referencia

76%



Valor nacional de referencia

24%

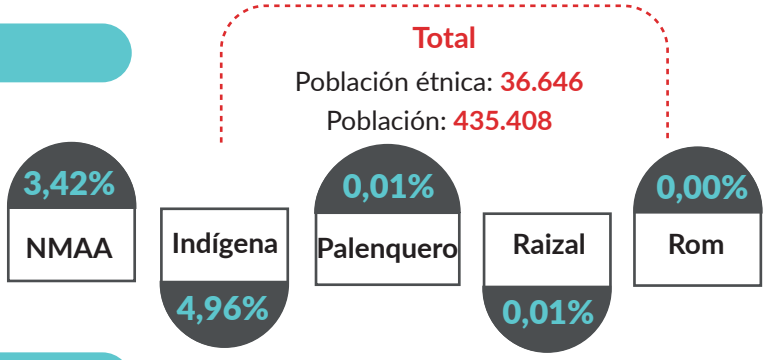


La región Llanos está conformada por 27 municipios en los departamentos de Boyacá (8), Arauca (7), Casanare (9) y Vichada (3).

En la región, el 60% de la población vive en cabeceras municipales, cifra significativamente menor que el promedio nacional del 76%. Además, un 40% de la población reside en centros poblados o áreas rurales dispersas, porcentaje superior al promedio nacional del 24%. Esto refleja una mayor tendencia rural en comparación con la media del país.

2. Demografía y población

La región Llanos cuenta con un 4.96% de población indígena, lo que supera la media nacional del 4.4%. El grupo afrodescendiente representa el 3.42%, por debajo del promedio nacional del 9.1%. Los otros grupos étnicos tienen poca presencia, que indicaría una diversidad étnica moderada en la región.

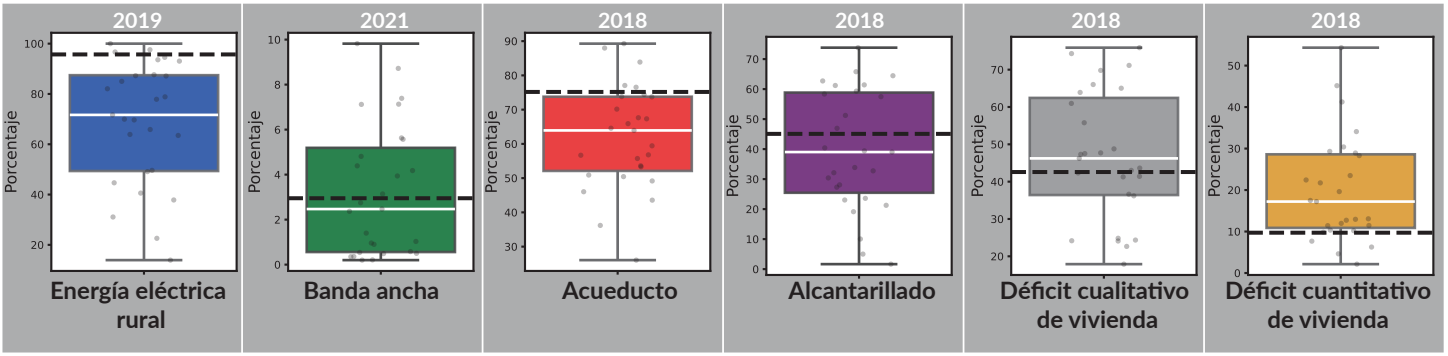


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de servicios en la región Llanos presenta alta variabilidad. La prestación de servicios de energía eléctrica es baja 70% compara con la mediana nacional. La banda ancha es limitada con una mediana por debajo del valor nacional. El déficit cualitativo y cuantitativo de vivienda también muestra diferencias notables entre municipios y supera en ambos casos la mediana nacional.

Cobertura de servicios de la región Llanos

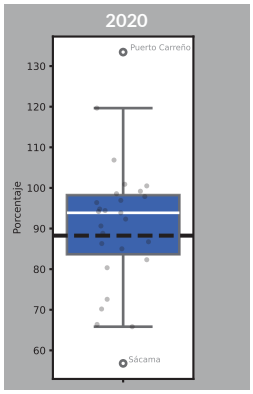


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

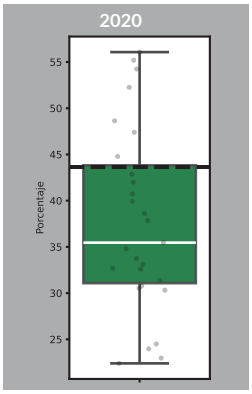
4. Educación

La cobertura en educación básica es superior a la mediana nacional con una mediana del 93%. Sin embargo, en educación media es más baja y la tasa de deserción es relativamente alta con algunos municipios que sobrepasan el 4%, que implica desafíos en la retención escolar.

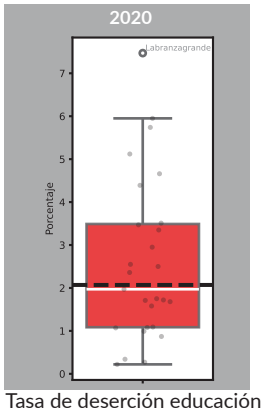
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

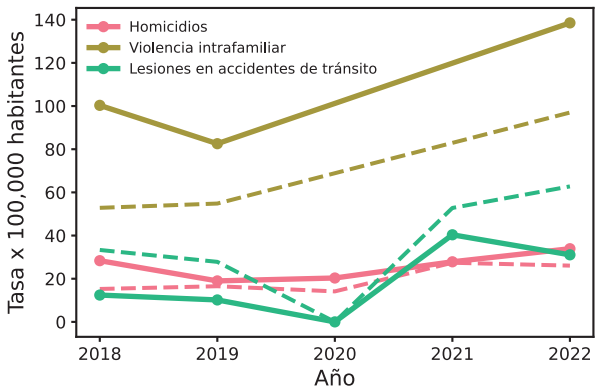


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

La tasa de homicidios ha mostrado un aumento constante, mayor a la mediana nacional de los últimos años. La violencia intrafamiliar también presenta niveles elevados, en la misma línea, las tasas de lesiones en accidentes de tránsito han incrementado en los últimos años, pero siempre manteniéndose por debajo del promedio nacional.

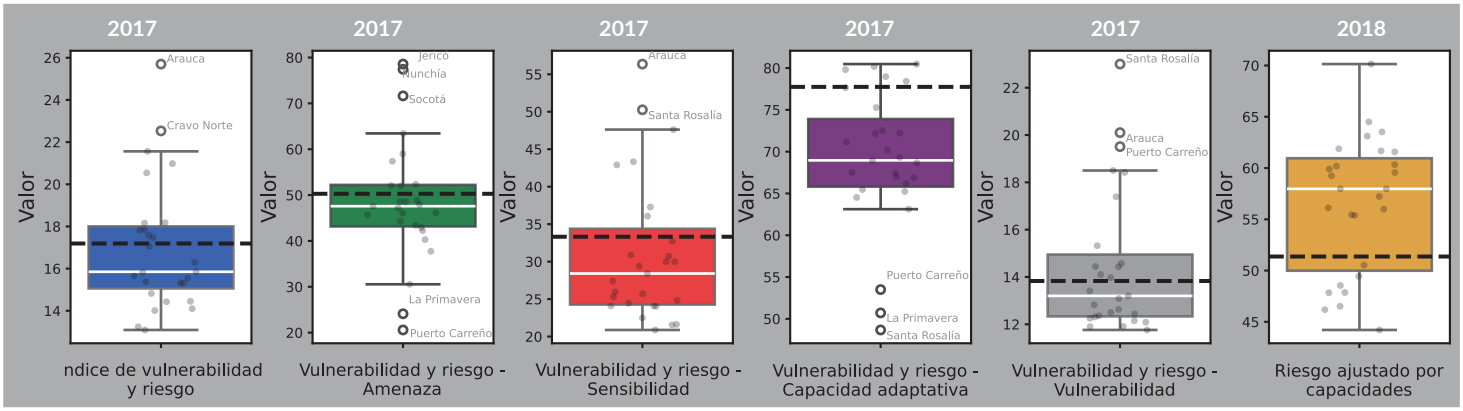


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

Esta región muestra una baja vulnerabilidad climática con valores inferiores a la mediana nacional en todos los índices con excepción del riesgo ajustado por capacidades. Sorprende el hecho que la capital de Arauca, Arauca, aparezca entre los primeros lugares en varios de estos índices.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

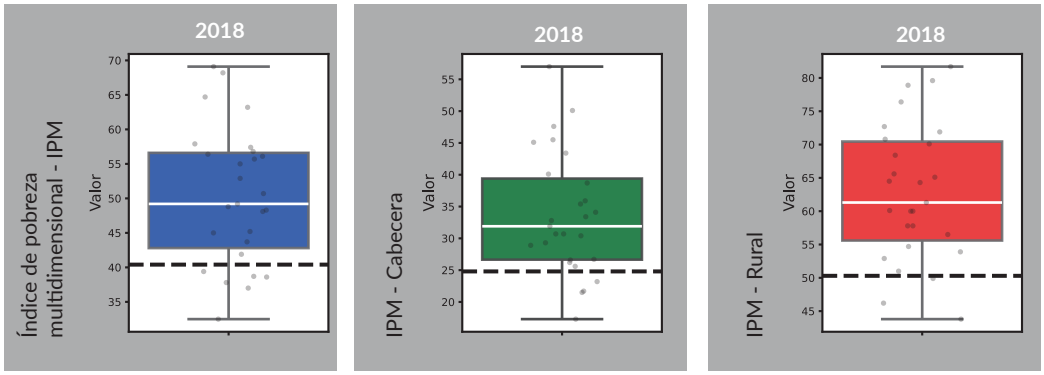


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

El IPM presenta niveles en áreas rurales que doblan los valores en zonas urbanas. En ambos casos, se supera la mediana nacional, situación que remarca las condiciones socioeconómicas adversas en las zonas rurales.

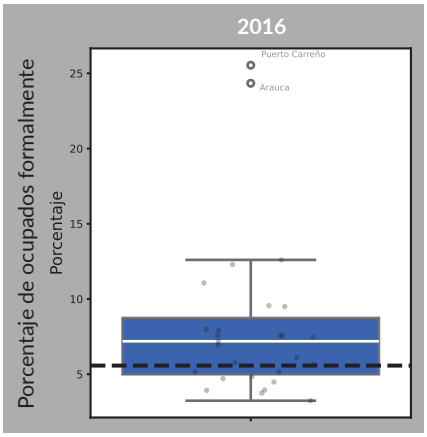
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

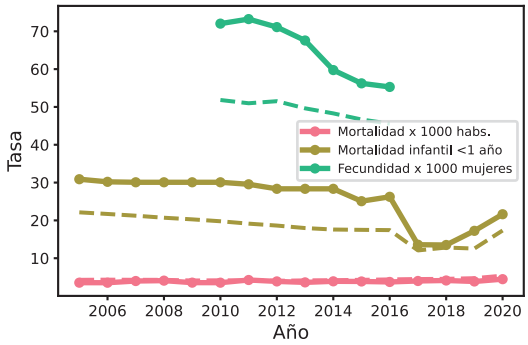
El porcentaje de ocupación formal supera la mediana nacional con capitales como Puerto Carreño y Arauca que presentan valores alrededor del 25%.



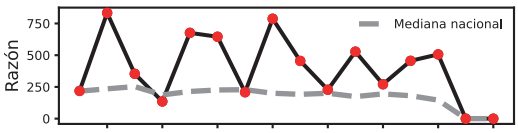
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

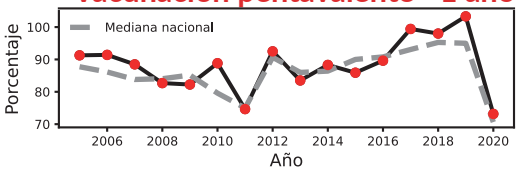
A lo largo del período, la tasa de mortalidad en la región ha sido inferior a la media nacional. La mortalidad materna muestra un amplio comportamiento oscilatorio, mientras que la tasa de fecundidad ha disminuido de forma continua. La cobertura de vacunación ha mostrado fluctuaciones a menudo por debajo de los niveles nacionales.



Mortalidad materna a 42 días



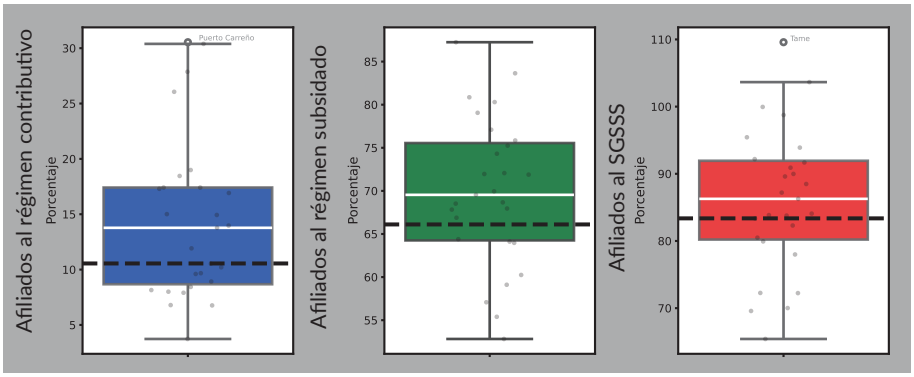
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

La cobertura de afiliación en todos los regímenes supera la mediana nacional.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Agresiones (homicidios)	102,20	50,10	Disminuyó
Enfermedades isquémicas del corazón	67,10	71,10	No diferencia
Enfermedades cerebrovasculares	30,00	19,00	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	19,40	19,00	No diferencia
Accidentes de transporte terrestre	15,80	21,40	Aumentó
Enfermedades hipertensivas	15,50	20,30	Aumentó
Diabetes mellitus	11,60	14,90	Aumentó
Infecciones respiratorias agudas	11,60	11,90	No diferencia
Tumor maligno del estómago	13,80	7,50	Disminuyó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1,60	26,30	Aumentó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias, en comparación con el periodo 1998-2002, fueron: agresiones (homicidios), las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, y tumor maligno del estómago. En cuanto a las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, la tasa creció de 1,6 a 26,3 por cada 100,000 habitantes. La tasa de agresiones (homicidios) cambió de 102,2 a 50,1, y el tumor maligno del estómago disminuyó de 13,8 a 7.5.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Accidente ofídico	66,91	50,01	Disminuyó
Bajo peso al nacer	36,88	37,63	No diferencia
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	89,16	108,54	Aumentó
Dengue	187,86	393,13	Aumentó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	258,04	276,48	No diferencia
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	5,74	596,03	Aumentó
Intento de suicidio	63,19	56,41	Disminuyó
Intoxicación por plaguicidas	35,33	24,03	Disminuyó
Varicela individual	130,07	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado), Dengue y agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia. La tasa de IRAG inusitado fue de 596.03 por cada 100,000 habitantes, muy superior a la media nacional de 87.51. Para Dengue, la tasa registrada llegó al 393.13, mayor a la media nacional. Por último, la tasa de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia alcanzó 276.48, también por encima de la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, lo cual puede reflejar un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias

1.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/

2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/

4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx

5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col

6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Municipios

Boyacá

Chita
Gámeza
Jericó
Labranzagrande
Mongua
Paya
Pisba
Socotá

Arauca

Arauca
Arauquita
Cravo Norte
Fortul
Puerto Rondón
Saravena
Tame

Casanare

Hato Corozal
La Salina
Nunchía
Paz De Ariporo
Pore
Sácama
San Luis De Palenque
Támara
Trinidad

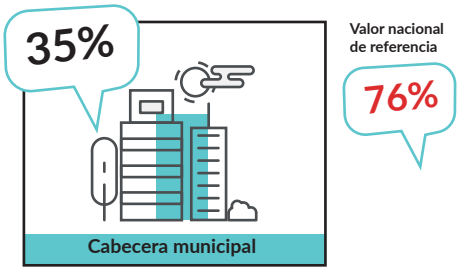
Vichada

Puerto Carreño
La Primavera
Santa Rosalía

Región Amazonas

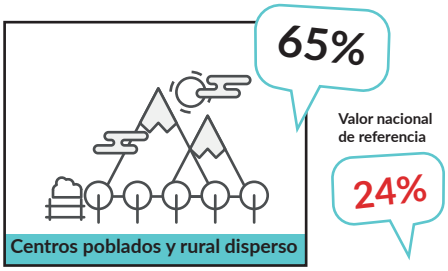
Ficha de caracterización

1. Descripción general



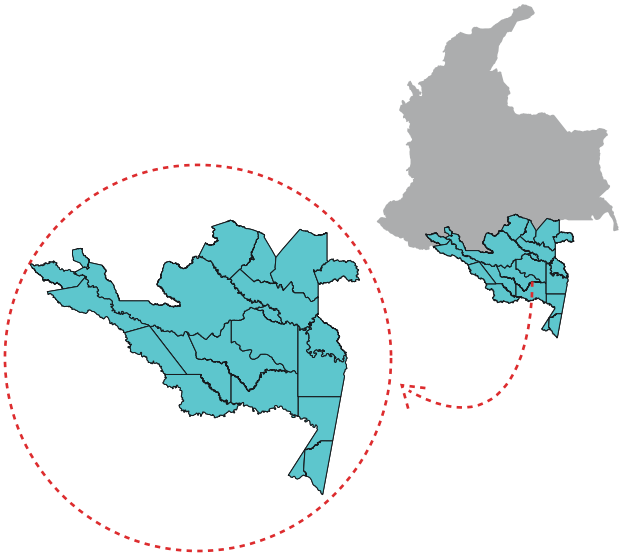
Valor nacional de referencia

76%



Valor nacional de referencia

24%



La región Amazonas está conformada por 21 municipios en los departamentos de Caquetá (2), Putumayo (2), Amazonas (11), Guaviare (1) y Vaupés (5).

La región tiene una población altamente dispersa con solo un 35% de la población viviendo en cabeceras municipales, frente al valor nacional del 76%. En contraste, el 65% reside en zonas rurales o centros poblados, lo cual es significativamente mayor al 24% registrado a nivel nacional.

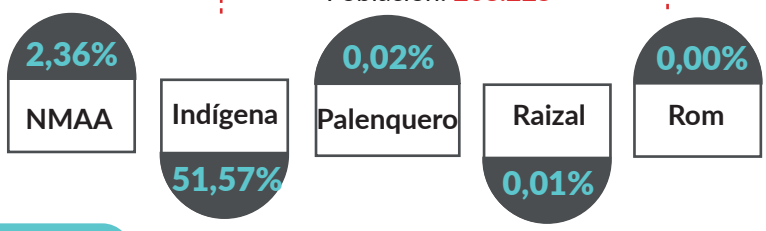
2. Demografía y población

La población indígena constituye la mayoría en la región Amazonas con un 51.57%, lo cual es notablemente superior al promedio nacional de 4.4%. La comunidad negra, mulata, afrodescendiente y afrocolombiana (NMAA) representa un 2.36%, por debajo del 9.1% observado a nivel nacional.

Total

Población étnica: **112.372**

Población: **208.225**

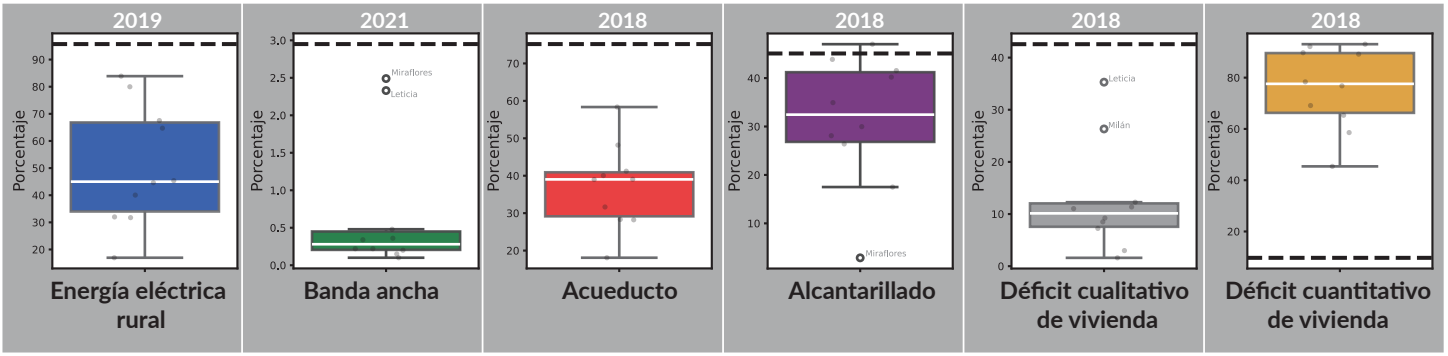


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

Los datos reflejan una cobertura baja en servicios, además de mostrar una variabilidad considerable en los servicios. Por ejemplo, la energía eléctrica rural tiene una mediana del 46%, con valores municipales que van desde un 18% a un 85%. El acueducto presenta una cobertura media cercana al 40%, muy por debajo de la mediana nacional. No es mejor la situación en alcantarillado, solo un municipio tiene una cobertura mayor que la mediana nacional. Sobresale Miraflores, por tener una cobertura significativamente baja. El déficit cuantitativo de vivienda es el más alto de todas las regiones.

Cobertura de servicios de la región Amazonas

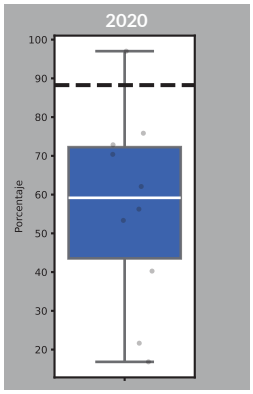


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

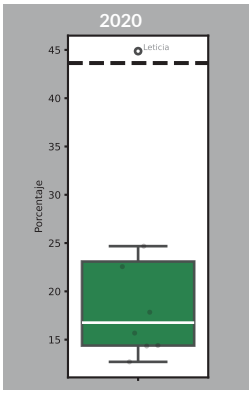
4. Educación

La cobertura neta en educación, tanto básica como media, es bastante baja comparado con los valores nacionales. Para el primer caso, se tiene una mediana del 59%, por debajo del 89% nacional, con algunos municipios que superan el 90%. En educación media, solo Leticia llega a un valor por encima de la mediana nacional. El resto de los municipios se agrupan en un rango entre el 14% y el 25%. En cuanto a la deserción, la mediana está en 2,5%, con casos especiales como el de Puerto Guzmán con cifras mayores del 14%.

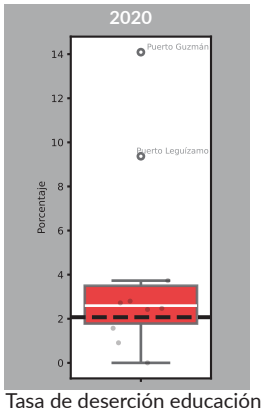
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

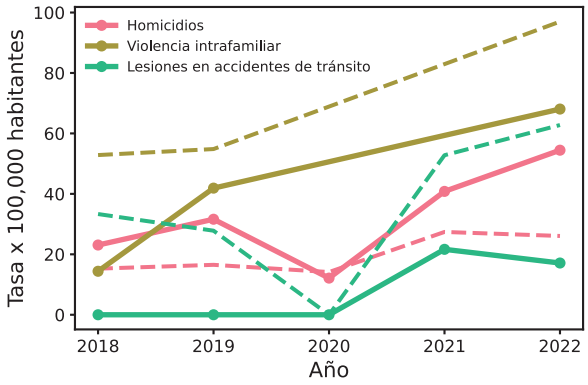


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios en Amazonas muestran un aumento notable desde 2018, al alcanzar 50 por cada 100,000 habitantes en 2022, significativamente por encima de la mediana nacional. La violencia intrafamiliar también ha aumentado, aunque se mantiene por debajo de la mediana nacional. Las lesiones por accidente de tránsito muestran un leve pero continuo crecimiento.

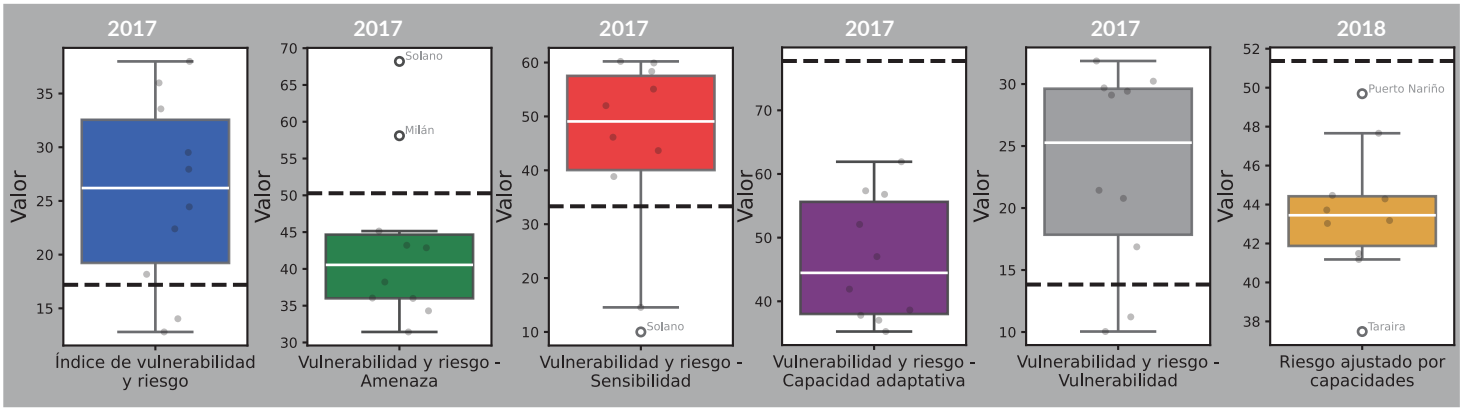


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

Los indicadores de vulnerabilidad y riesgo por cambio climático tienen una alta variabilidad. La situación es preocupante. Si bien la amenaza es baja, los indicadores de sensibilidad y vulnerabilidad son altos y los indicadores de capacidad son bastante. Por lo que, la región no está preparada para afrontar los distintos riesgos y amenazas.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

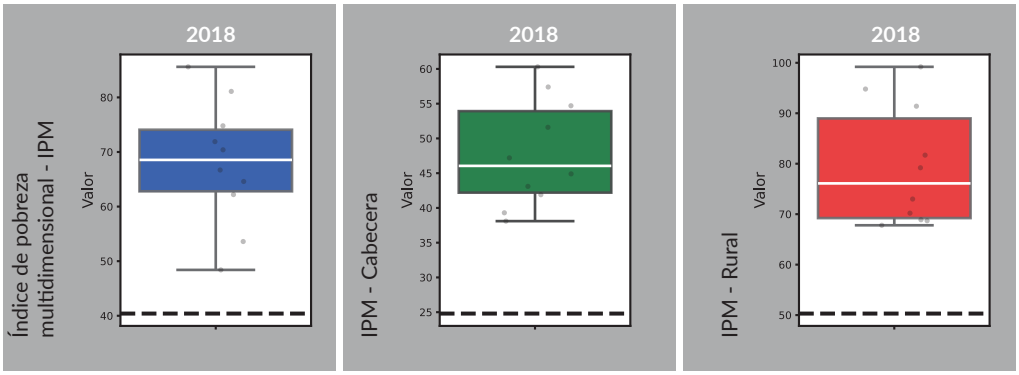


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

El IPM en la región presenta una mediana cercana al 70% con una dispersión considerable. La pobreza en las áreas rurales es más alta en comparación con las cabeceras, al alcanzar valores superiores al 90% en algunos municipios. Junto con la región Pacífico, Amazonas es la región con mayor pobreza multidimensional.

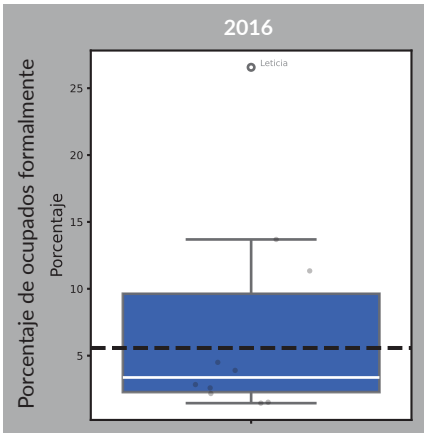
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

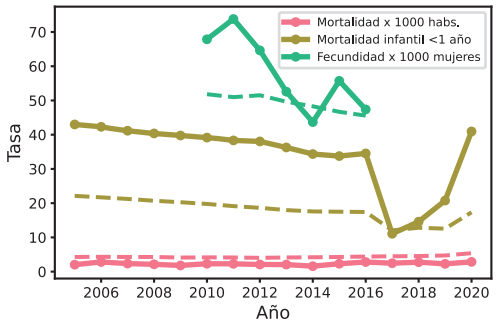
El porcentaje de ocupación formal en Amazonas es bajo, con una mediana en torno al 2,5%, por debajo del promedio nacional. Leticia destaca como un municipio con un porcentaje significativamente mayor, superando el 25%.



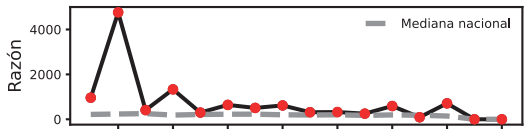
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

La tasa de mortalidad infantil en la región ha mostrado una disminución constante desde 2006, aunque se mantiene por encima del promedio nacional. Además, se ve un efecto rebote después de la pandemia del COVID-19. La cobertura de vacunación ha tenido fluctuaciones con una disminución marcada a partir de 2018. La tasa de fecundidad muestra una reducción significativa, con una caída pronunciada entre 2012 y 2016.



Mortalidad materna a 42 días



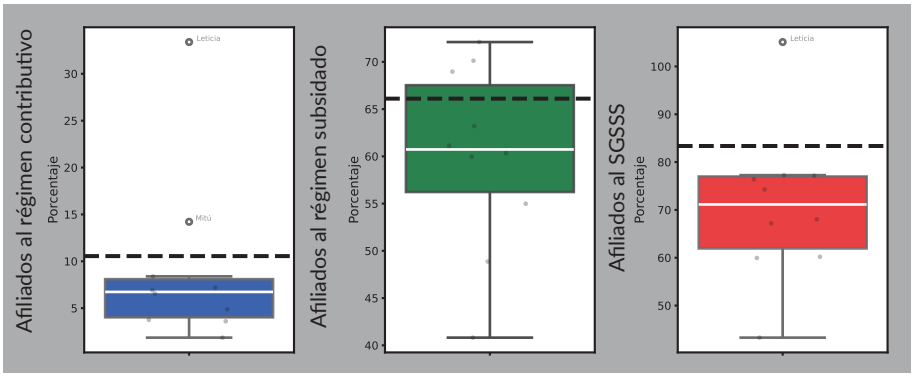
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

El acceso al régimen subsidiado presenta la mayor cobertura en la región con una mediana cercana al 60%. En contraste, el régimen contributivo muestra un acceso muy bajo con una mediana alrededor del 6%, significativamente por debajo de la mediana nacional.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Agresiones (homicidios)	66,60	39,40	Disminuyó
Enfermedades isquémicas del corazón	23,70	24,80	No diferencia
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	18,60	17,30	No diferencia
Infecciones respiratorias agudas	21,40	14,90	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	15,40	12,70	Disminuyó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	2,10	29,40	Aumentó
Eventos de intención no determinada	13,40	8,60	Disminuyó
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	7,50	12,90	Aumentó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	7,10	10,50	Aumentó
Ahogamiento y sumersión accidentales	12,10	5,50	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias, en comparación con el periodo 1998-2002, fueron: las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Para las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, la tasa aumentó de 2,1 a 29,4 por cada 100,000 habitantes. La tasa de Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) creció de 7,5 a 12,9, y la de Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores pasó de 7,1 a 10,5. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Accidente Ofídico	82,31	83,21	No diferencia
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	80,43	57,38	Disminuyó
Dengue	68,66	339,95	Aumentó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	304,91	312,53	No diferencia
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	2,34	76,19	Aumentó
Intento de suicidio	103,46	64,18	Disminuyó
Intoxicación por plaguicidas	34,01	28,53	Disminuyó
Leishmaniasis cutánea	62,51	60,56	No diferencia
Varicela individual	128,71	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: Dengue, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y accidente ofídico. La tasa de Dengue fue de 339,95 por cada 100,000 habitantes, superior a la media nacional de 87,51. Para agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, la tasa registrada fue de 312,53, también mayor a la media nacional. Por último, la tasa de accidente ofídico alcanzó 83,21, por debajo de la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, lo cual puede reflejar un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias

1.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/

2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/

4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx

5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col

6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Municipios

Caquetá

Milán

Solano

Putumayo

Puerto Guzmán

Leguízamo

Amazonas

Leticia

El Encanto

La Chorrera

La Pedrera

La Victoria

Miritί-Paraná

Puerto Alegría

Puerto Arica

Puerto Nariño

Santander

Tarapacá

Guaviare

Miraflores

Vaupés

Mitú

Carurú

Pacoa

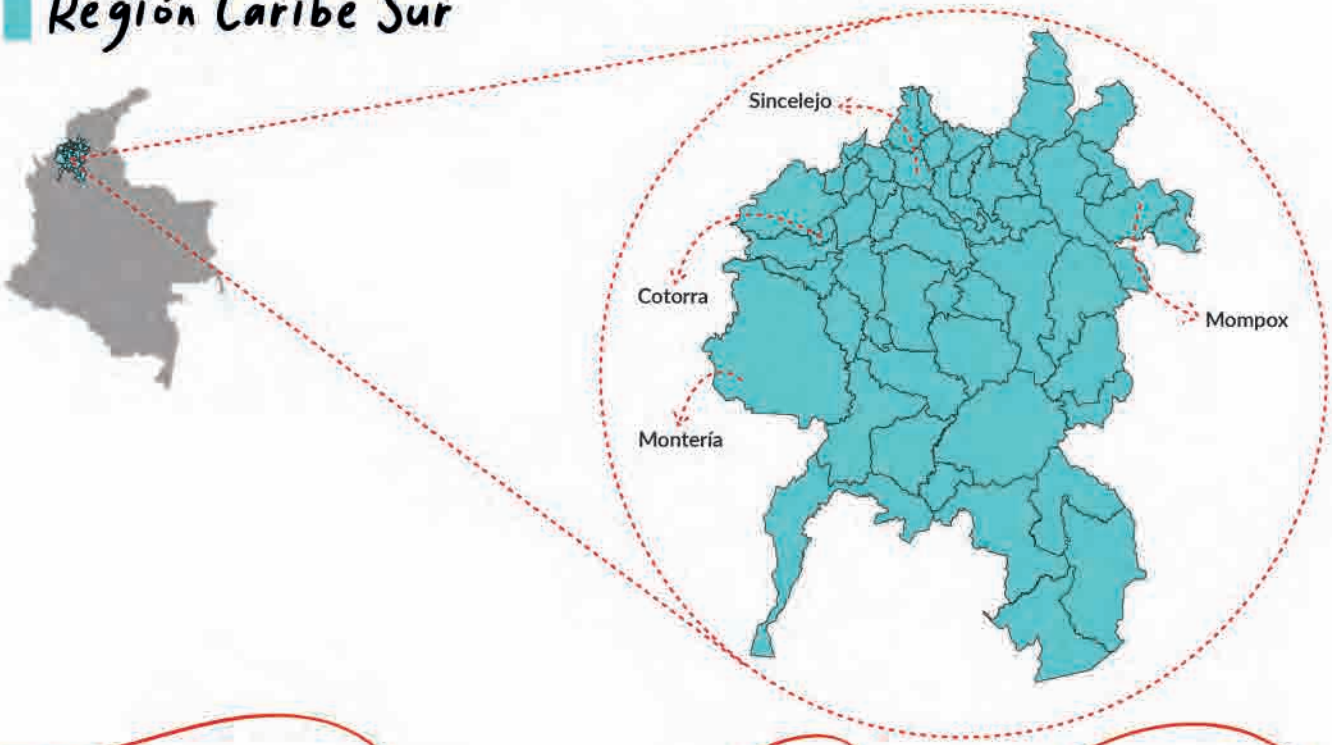
Taraira

Yavaraté

Región Amazonas

La salud pública y el interés colectivo son frágiles y susceptibles a la corrupción

Región Caribe Sur



Daisy Mariana Moreno-Martínez, Luis Eduardo Olmos-Sánchez, Juan Camilo Acosta-Gómez, Víctor Stephen González-Quintero

La región Caribe Sur, formada por 24 municipios de Sucre, 20 de Córdoba, siete de Bolívar, cuatro de Antioquia y uno de Magdalena, reúne una diversidad de paisajes rurales y urbanos, además una riqueza cultural e histórica que la distingue. Con un 59% de la población en áreas urbanas, ciudades como Montería y Sincelejo son centros urbanos importantes, mientras que Santa Cruz de Mompox destaca como un referente cultural y turístico, reconocida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) como patrimonio de la humanidad (1). La diversidad étnica también es significativa, con un 10,7% de población indígena y un 5,87% de afrodescendientes, ambos porcentajes por encima del promedio nacional.

La geografía de la región, caracterizada por su baja altitud y proximidad a cuerpos de agua, plantea grandes desafíos para la salud pública. En áreas como las sabanas y ciénagas de Córdoba y Sucre, y el Bajo Cauca antioqueño, la dispersión poblacional dificulta la prestación de servicios. La región tiene una cobertura de alcantarillado y acceso a internet por debajo del promedio nacional. A esto se suman, un déficit significativo de vivienda, altos niveles de pobreza multidimensional y un bajo porcentaje de empleo formal, todos los indicadores presentan valores menos favorables que la mediana nacional.

El cambio climático agrava la situación con inundaciones más frecuentes, que facilitan la propagación de enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue y la malaria (2,3). Además, la región presenta altos índices de bajo peso al nacer, un alarmante indicador de desnutrición infantil vinculado a la inseguridad alimentaria en áreas rurales (4). La mortalidad infantil ha sido consistentemente superior a la media nacional (5) y la región ocupa el sexto lugar tanto en bajo peso al nacer como en tasas de dengue (6). Cabe destacar que esta es la segunda región con mayor porcentaje de población afiliada al régimen subsidiado de salud (80% en 2021), lo que refleja su alta dependencia del apoyo estatal.

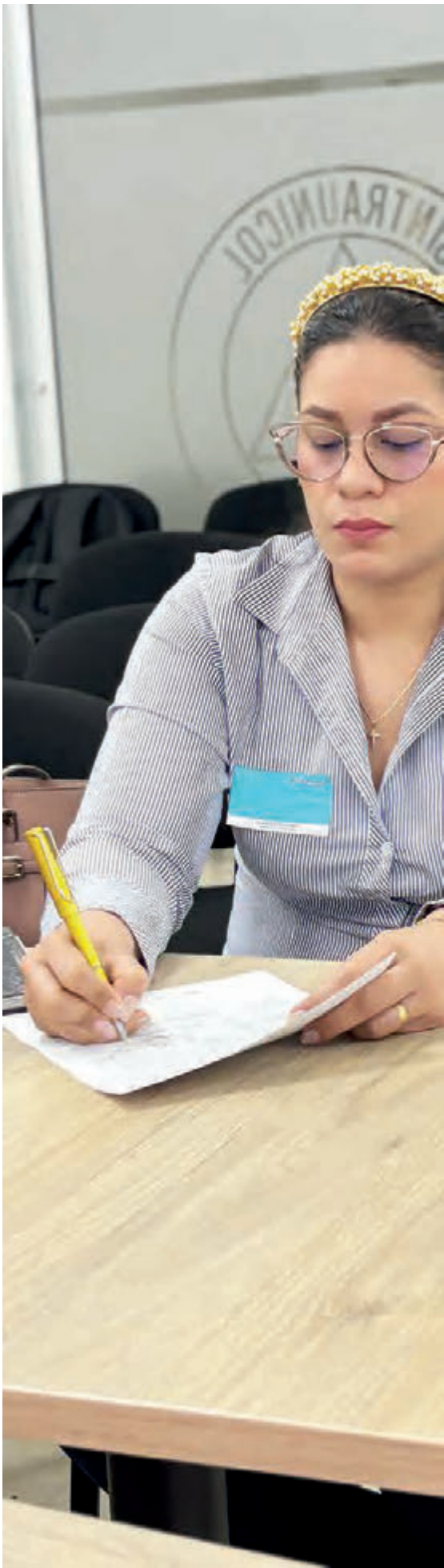
Los problemas estructurales van más allá del clima y la salud. La histórica presencia de grupos armados y la expansión del narcotráfico han exacerbado las dificultades de desarrollo, y la corrupción en el sector salud ha debilitado aún más las instituciones. Un ejemplo claro es el "cartel de la hemofilia" en Córdoba, que desvió recursos destinados a los más vulnerables entre 2016 y 2019 (7). Más recientemente, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD) ha sido señalada por irregularidades en la asignación de recursos para emergencias climáticas en municipios como Cotorra y La Mojana (8,9). Estos problemas se reflejan en la administración municipal, al analizar la medición de desempeño municipal (10) del periodo 2016-2020, elaborado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), la región aparece en las posiciones más bajas, solo por encima de la región Amazonas.

Para los participantes, el territorio es más que un espacio físico, está cargado de una profunda identidad cultural y emocional. Sus habitantes consideran que el territorio no es solo el lugar donde nacen y viven, sino también un espacio con el cual se sienten conectados, valorando las costumbres y tradiciones que lo definen. Esta noción incluye un fuerte compromiso emocional, expresado tanto en la alegría por los logros como en el *"dolor de patria"* ante las dificultades. Al mismo tiempo, el territorio es un escenario donde enfrentan barreras sociales y económicas, pero donde también continúan creciendo y adaptándose.

Balance de los principales hallazgos

La mesa de diálogo realizada en Montería contó con la participación de 27 representantes de diversos sectores, entre ellos docentes y estudiantes universitarios, víctimas del conflicto armado, líderes comunitarios afrodescendientes e indígenas, representantes de las secretarías de salud y la gobernación, así como delegados de instituciones prestadoras de salud (IPS) de la región.

Se revela la complejidad del concepto de salud pública con un enfoque integral que trasciende la ausencia de enfermedad y que abarca los aspectos sociales, políticos y culturales del territorio, además de resaltar la interconexión entre estos elementos. A través del diálogo, se configura un concepto de salud pública sustentado en un sistema de creencias que prioriza el valor y bienestar de la comunidad. Por una parte, se hizo énfasis en la salud pública como (11): *"(...) la ausencia de enfermedad que genera desarrollo y bienestar a la comunidad"*. También, se presenta el concepto





"El domingo en mi pueblo algo extraño ocurrió. / El pescador se enfermó y el lechero se emborrachó. / Los gallos no cantaron y el perro no ladró. / El cura no dio misa, mi tía no chismoseó. / Mis primos la pelota no jugaron y un nubarrón cayó. / Los caños se crecieron y el arroz se ahogó. / El profe no llegó y mi sistema solar hecho se quedó. / Pero la enfermera. El pueblo algo me enseñó. / A lavarme las manos con agua y jabón."

en relación con los determinantes sociales de salud, ya que para los participantes institucionales el trabajo para mejorarlos era complejo y requería de la participación de toda la población.

Asimismo, el diálogo relaciona a la salud pública con la participación comunitaria y en el contexto social que determina dicho concepto: *"(...) una salud pública es comunidad, transformar, es fortalecer entorno, es visionar un mejor territorio"* (12–14). Los participantes coinciden en que la salud pública es un proceso social dinámico y continuo, moldeado por determinantes sociales, económicos y ambientales. Para ellos, es importante la colaboración de todos los actores, desde profesionales de la salud hasta la comunidad en general, con el fin de promover un entorno saludable y próspero. En esencia, la salud pública de esta región se refleja en la capacidad colectiva para cuidarse unos a otros y trabajar juntos hacia un futuro más saludable y equitativo.

Desde el inicio del diálogo, los participantes pusieron en cuestión al Estado, visto como débil por su pobre gestión, que por décadas ha dado la espalda a las personas más pobres del país. Esto se evidencia en la forma cómo las políticas públicas son diseñadas o implementadas, pues poco tienen en cuenta a la población destinataria. Por tal motivo, se profundizan las desigualdades en salud. Al respecto, los trabajadores de la salud manifiestan que durante años han visto crecer su frustración al darse cuenta de que las problemáticas son: *"(...) tan grandes e inalcanzables que no podemos hacer nada"*. Plantean que los determinantes sociales de la salud pueden y deberían ser abordados desde diferentes sectores estatales, ya que el sector salud no puede, por sí solo, resolver las grandes problemáticas sociales inabordables ya sea por el alcance limitado de sus acciones, la falta de recursos, e incluso debido al enfoque actual individualista que prima sobre una visión colectiva. La inoperancia del Estado que ponen los participantes sobre la mesa sería causada, entre otras razones, por la corrupción, el diseño centralizado de las políticas públicas y sus falencias en la implementación, e incluso la manera cómo está definido operen las empresas promotoras de salud (EPS).

Al respecto, las conversaciones giran en gran parte alrededor de la responsabilidad de los tomadores de decisiones en la región, cuya labor es fuertemente afectada por la corrupción. Los participantes consideran que son precisamente los intereses propios del mandatario, del funcionario, del alcalde, gobernador, que no permiten la realización de planes integrales en salud, *"(...) la prioridad nunca va a ser el ser humano"*. Este problema que se percibe como difícil de contrarrestar por la falta de accionar del personal en salud, del sistema de justicia, de los sistemas control y la poca participación ciudadana.

El otro factor mencionado es la necesidad de disponer de políticas públicas acordes a las necesidades. Esto implicaría: *"(...) la elección de dirigentes que tengan conocimiento y voluntad para llevar a cabo esas políticas públicas"*. Si bien, el diseño de las políticas sería deficiente desde un enfoque contextual, los participantes, profesionales de las ciencias de la salud, encuentran que algunas son apropiadas en los estructural. Sin embargo, esto revela otro problema: la inadecuada implementación. *"Un ejemplo, la*

ruta integral para la atención de la población materno-perinatal está muy bien hecha. Abarca todo, creo yo, que lo que debe abarcar para la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal". En resumen, las falencias, según la mesa, se encuentran en políticas, planes y acciones descontextualizadas, pues son diseñados desde Bogotá, que, además de presentar dificultades en su puesta en marcha, no disponen de un sistema efectivo de monitoreo y control directo en el territorio.

Los actores suman a esta crítica sobre el funcionamiento del Estado cuando se trata de temas de salud pública, el rol de las entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB) en la región, las cuales, argumentan, no estarían haciendo lo suficiente para mejorar la salud de sus afiliados o incluso prevenir muertes: *"¿por qué no se evitan [esas muertes]? (...) es que las EAPB llegaron a hacer un negocio (...). Y cada día queremos maximizar las utilidades. Eso va en contra de la salud. Si podemos evitar 100 muertes, pero eso me cuesta mucho, entonces evitemos el 50% y nos quedamos con el 50%. Y sabemos que se están muriendo porque no se les prestó el servicio de salud"*. Así, los participantes consideran que: *"(...) una posible solución sería reducir la intermediación, ampliar la infraestructura y la capacidad resolutiva en algunas regiones y el modelo preventivo con salud familiar"*.

A las ya mencionadas causas que afectan la salud pública en la región, los participantes agregan las dificultades geográficas para atender la población rural y étnica, que, además, estarían directamente relacionadas con barreras económicas por los altos gastos de bolsillo debido al costo del desplazamiento. Una barrera que podría atacarse a partir del uso de nuevas tecnologías, como la telemedicina y la inversión en infraestructura digital (acceso, conectividad, dispositivos). Aunque esto implicaría empezar por entender mejor sus necesidades e incluso su ubicación exacta de las comunidades étnicas en el territorio. Según la representante indígena: *"(...) nos defendemos con nuestros conocimientos y costumbre, ya que el gobierno que nosotros elegimos nos tiene aislados y los presidentes que se han elegido no han llegado con nada"*.

El saneamiento ambiental y la contaminación aparecen también en las conversaciones. Se aborda al respecto las inundaciones causadas por la falta de canalización, ya que las aguas quedan empozadas y generan proliferación de vectores. Además, en estos espacios, se multiplican las viviendas nuevas a pesar del Plan de Ordenamiento Territorial (POT) que las prohíbe. En cuanto a la contaminación de los alimentos, lo asocian con *"(...) la falta de controles y vigilancia en la explotación minera, en la producción agrícola con alto contenido de agroquímicos. Sí, que la fumigación hace que la mayoría de los productos tengan cobre, arsénico y cobalto"*.

En otra línea del diálogo, aunque visto en gran parte como una medida de política pública, la mesa hace un llamado a promover la educación para la salud y la intervención desde el aula escolar y otros entornos comunitarios. Esta propuesta se desarrollaría en dos ámbitos: escolar y cotidiano, y desde dos enfoques: prevención/promoción y autocuidado. En el entorno escolar, se destaca la importancia de mejorar el acceso y calidad de la educación en general, y de fortalecer las competencias de los docentes en prevención y promoción de la salud pública, pues el aula se considera un espacio que refleja la realidad de la comunidad, lo cual permite identificar





casos y tomar medidas de reporte, prevención y promoción de la salud de manera contextualizada. Asimismo, según los participantes, en la escuela se aprenden los conceptos básicos que fomentan comportamientos saludables en los estudiantes, preparándolos para el futuro, y entre estos debería estar el autocuidado. Este lo definieron como la creación de conciencia para que cada persona asuma la responsabilidad preventiva de su propia salud.

Luego, se propone ampliar la educación en salud más allá del entorno escolar y llevarla hacia otros espacios sociales. Algunos participantes mencionan la *"alfabetización de los pacientes"* o la apropiación social del conocimiento en salud, reconociendo que esta tarea es más desafiante en la edad adulta. Aunque el concepto de autocuidado es central en la conversación, la mesa también subraya la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud para prevenir las muertes, a través de un trabajo conjunto entre todos los actores involucrados. La escuela, en este contexto, es descrita como un espacio clave, no solo para la formación, sino también para la prevención, ya que facilita la identificación de problemas diversos que los gobiernos, debido a su enfoque sectorial y poco articulado, puede pasar por alto.

Durante el diálogo, se tocan problemas como la desnutrición infantil, debilidades en la atención y prevención en salud mental, violencia intrafamiliar, dengue (y su relación con la contaminación), embarazo adolescente, morbilidad perinatal y muerte materna. Ahora bien, los participantes manifiestan que, a pesar de las dificultades, sí se han logrado procesos exitosos en donde la articulación entre actores ha sido clave: *"(...) el año pasado tuvimos solo siete muertes maternas y en el 2022 hubo 14. Entonces, eso nos trae a que si trabajamos. Y eso que solamente fue articulación entre Secretaría de Salud Departamental y las EPS"*. Esta toma de decisiones conjunta debe soportarse, según los actores, en la integración de fuentes de información y el mejoramiento de la infraestructura.

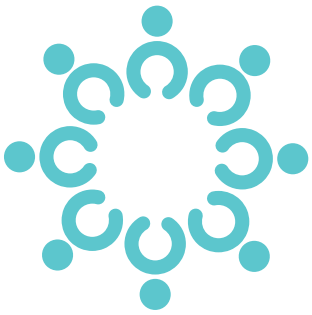
Retos para la región Caribe Sur

Surgen cuatro retos en salud pública, según las discusiones de la mesa. Un primer reto relacionado con la corrupción, identificada en lo global como en lo local, la falta de participación e involucramiento a procesos de control de actores del sistema de salud y de la ciudadanía en general, que sería un factor causante o agravante de la situación de salud pública del territorio y estaría estrechamente relacionada con los demás retos. El segundo reto cuestiona la implementación de políticas públicas y su función en la superación de barreras de acceso a los servicios de salud. Luego, como una problemática del territorio, aparece el saneamiento básico, la contaminación y los eventos en salud relacionados. Para finalizar, los participantes hacen un llamado a fomentar la educación para la salud, basada en estrategias de prevención y promoción de la salud, que tenga un efecto en los entornos de potencial intervención desde antes de instaurada la enfermedad.

Reto 1. Fortalecer la participación ciudadana y la transparencia en el sistema de salud para combatir la corrupción.

Se identifica la corrupción como uno de los desafíos más críticos que afectan la gobernanza y el funcionamiento eficiente de los sistemas de salud y debilitan la capacidad de las instituciones al momento de proporcionar servicios esenciales a las comunidades de la región. Esta problemática resulta especialmente perjudicial para las poblaciones más vulnerables, ya que la desviación de recursos y el mal manejo de fondos obstaculizan la implementación efectiva de políticas y programas en salud pública (15,16). La corrupción en el sector salud presenta retos particulares debido a la gran cantidad de recursos involucrados, la asimetría de información entre proveedores y pacientes, y la fragmentación del sistema. Esto permite prácticas corruptas en diferentes niveles, desde la adquisición de medicamentos hasta la prestación de servicios: *"(...) todo el segmento que produce la salud pública siempre va atado a unos contratos. (...) nada hacemos nosotros con recoger evidencia y los recursos se los lleva el corrupto. Si nosotros no procuramos colocar dirigentes que manejen la transparencia"*. Estudios han demostrado que mejorar la transparencia y la rendición de cuentas en la gestión reduce significativamente las prácticas corruptas y promueve una distribución más justa de los servicios (17).

La participación ciudadana es fundamental para promover la transparencia y fortalecer la vigilancia sobre los recursos y garantizar que estos lleguen a quienes más los necesitan. Sin embargo, factores como la dispersión poblacional y el difícil acceso a servicios en zonas rurales crean condiciones que favorecen la corrupción, ya que la supervisión en estos lugares suele ser más limitada. Además, la violencia y el paramilitarismo han limitado la organización comunitaria, y en muchos casos, suplantado al Estado, lo que ha afectado la capacidad de la ciudadanía para supervisar los recursos en salud sin temor a represalias. Esta situación ha generado una atmósfera de desconfianza que dificulta la denuncia de actos corruptos y la participación en veedurías. La literatura sobre contextos de postconflicto y salud pública muestra que el fortalecimiento de la participación comunitaria en entornos de violencia es clave para el control social y la restauración de la confianza institucional (18,19).



La participación ciudadana es fundamental para promover la transparencia y fortalecer la vigilancia sobre los recursos y garantizar que estos lleguen a quienes más los necesitan.

Los participantes de la mesa identifican que la participación ciudadana puede convertirse en una herramienta esencial en la lucha contra la corrupción, siempre que cuente con el apoyo de un marco de protección robusto que garantice su efectividad (20): *"(...) tenemos que tomar acciones colectivas, haciendo ejercicio de la participación ciudadana (...) si hoy mi problema de salud mañana puede ser el de mi vecino, el de mi amigo"*. Aunque existen políticas de salud bien formuladas, la corrupción y la falta de seguimiento limitan su impacto: *"(...) las políticas están bien descritas, el problema radica en la implementación"* o *"La transparencia (...). Porque nosotros podemos tener las guías de manejo, los protocolos, las políticas, pero si seguimos nosotros dejando de que la dirigencia se tome los recursos, la salud pública va a seguir en esta hecatombe que está de maldad y de degeneramiento en la salud de todos"*. Se sugiere también endurecer el marco legislativo, pues aseguran que los actos de corrupción deben tener consecuencias efectivas y disuasorias: *"(...) la parte legislativa, que sea más punitiva, porque, lastimosamente, hay normas, pero no se están implementando desde el Congreso de la República"*.
Combatir la corrupción en salud no solo contribuirá a una gobernanza



más sólida, sino que permitirá un acceso más equitativo y de calidad a los servicios, que, finalmente, desemboque en el cumplimiento del derecho fundamental a la salud para toda la población (17).

Reto 2. Asegurar la implementación efectiva de las políticas públicas en salud.

Estrechamente relacionado con el reto anterior, la mesa señala la falta de implementación efectiva de las políticas públicas y una aparente desconexión entre el diseño de estas y su ejecución en el terreno, como otro reto. Según los participantes, a pesar de que existen políticas bien formuladas, su ejecución enfrenta barreras logísticas y estructurales que impiden la adaptación en contextos específicos. Además de la corrupción, esta problemática se sustenta en tres aspectos clave adicionales: falencias en la formación y continuidad del talento humano en salud, limitaciones en la infraestructura sanitaria y fragmentación de los sistemas de información en salud.

La alta rotación y falta de capacitación continua del talento humano en salud afectan la implementación de las políticas en salud pública: *"(...) hay un problema con el talento humano, primero que hay falta de capacitación del talento humano, pero también hay una cosa que de alguna manera afecta el servicio y es la alta rotación del talento. Entonces, ¿qué es lo que se está haciendo? Se toman ciertas decisiones, se crean programas y después se cambian y vuelven a empezar"*. Esto evidencia los problemas de contratación y estabilidad de los profesionales de la salud, al tiempo que demanda de un compromiso constante con su formación y actualización, de tal forma que alcance un mayor enfoque, efectividad y comprensión del contexto. Este es un desafío especialmente crítico en aquellas comunidades rurales y dispersas, atravesadas por barreras de acceso sociodemográficas (sexo/género y edad), culturales (diferencias entre la cultura, la lengua y las concepciones de salud de los proveedores frente a los usuarios), económicas (bajos recursos) y geográficas (zonas rurales alejadas). Estos limitantes aumentan el riesgo para dichas comunidades y desencadenan problemas de morbimortalidad evitables: *"(...) tenemos mamitas gestantes de zonas rurales dispersas que para acceder al servicio de salud se les complica. Entonces, las EAPB no tienen, nunca tienen contratación. Tengo contratación en Montería, pero son personas que, para venir hasta acá, hasta el centro de Montería, requieren mínimo 100.000 pesos (...) Entonces, ¿a dónde vamos con esto? A la muerte perinatal, a la morbilidad materna"*.

Tanto la infraestructura física como digital resultan insuficientes al momento de atender los requerimientos de salud pública de la población y permitir el cumplimiento de las políticas públicas vigentes. Los problemas de acceso, en una región caracterizada por una extensa geografía, grandes distancias entre cabeceras municipales, centros poblados y zonas rurales dispersas, así como problemas de conexión, servicios básicos y falta de transporte adecuado y oportuno, constituyen una barrera significativa para la atención sanitaria y el cumplimiento de las políticas: *"(...) tenemos la dificultad de acceso que ya es muy bien conocido, porque tenemos un departamento que tiene mucha dispersión geográfica, y hablamos de vías, de*

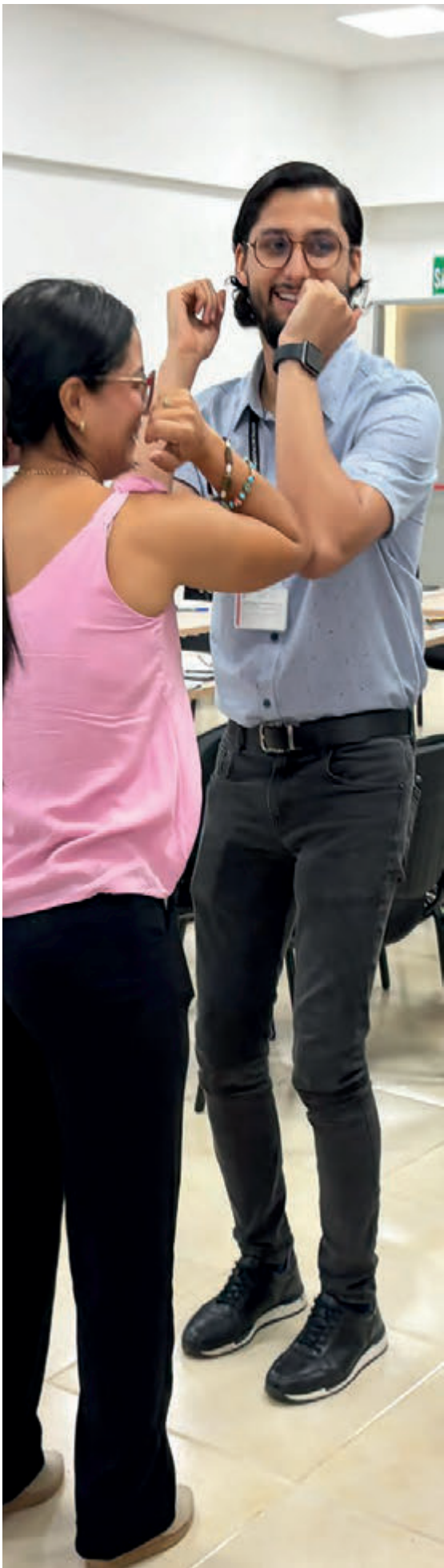
hospitales, de centros, pero también tenemos de la mano la telemedicina, que bien por hoy es una gran herramienta para poder acceder a esa población que le queda muy difícil, pero carecemos de infraestructura digital".

Aunque la fragmentación en la prestación de los servicios de salud se considera un problema persistente en la región, también se resalta la fragmentación en los sistemas de información en salud como un obstáculo significativo para la implementación efectiva de políticas públicas en salud. Esto se debe a que la dispersión de datos y la falta de integración entre diferentes fuentes de información impiden la visibilidad y comprensión integral de los problemas de salud regionales. Esto limita en mayor medida la oportunidad e integralidad de la atención sanitaria y la capacidad de respuesta a las necesidades de salud pública: *"(…) poder integrar todas las fuentes de información que se necesitan para poder tomar decisión, mejores decisiones en temas de estrategias de salud pública (…) realmente vemos que la fragmentación de los sistemas de información en todos lados, una parte tiene determinantes de salud, otra parte tiene medio ambiente, otra parte tiene clima, otra parte tenemos datos clínicos, otra parte tienen todo lo que determinantes son en salud económico, psicosociales, cada uno está como fragmentado"*. El no contar con datos precisos, completos y actualizados limita la toma de decisiones informada, genera barreras para la evaluación y monitoreo de políticas públicas, y profundiza la desarticulación entre los actores del sistema, que terminan ejecutando acciones independientes o descontextualizadas en algunos casos.

Reto 3. Disponer de un sistema regional de infraestructura para el manejo de agua potable y residual.

El dialogo regional resalta como la carencia de infraestructura de acceso a agua potable y acueducto trae consigo consecuencias graves para la salud pública del territorio con relación a su suministro para toda la población y la eliminación segura de aguas residuales. Se destacan dos consecuencias referidas a este reto: el abandono del alcantarillado configurado como riesgo para la salud pública en el contexto de cambio climático y la contaminación del agua y los suelos por el vertimiento directo de aguas residuales a fuentes hídricas y suelos.

Se reconoce, por parte de los participantes, que la falta de atención al alcantarillado y a la planificación urbana en los municipios ha convertido a las inundaciones en un problema de salud pública. Reportan que la falta de canalización adecuada y la construcción de viviendas cerca de cuerpos de agua, sin respetar el POT, en combinación con el cambio climático y el aumento de las lluvias, propician la proliferación de vectores y enfermedades. La ocupación desordenada del territorio obstaculiza el desagüe natural de las aguas y genera un ciclo de inundaciones y enfermedades que ponen en riesgo la salud pública regional: *"(...) las inundaciones por falta de canalización siempre que hay lluvias, cualquier lluvia de una vez queda. La idea es que la canalización pueda permitir el desagüe para que no se genere eso. Porque estas aguas quedan empozadas aquí un largo tiempo y generan cuestiones de vectores"*. Los participantes proponen al respecto la implementación de soluciones integrales que incluyan la canalización adecuada, la reubicación de viviendas en zonas de riesgo y la aplicación estricta de políticas de



ordenamiento territorial para prevenir nuevas inundaciones y proteger la salud pública.

En la misma línea, la contaminación del agua y los suelos por el vertimiento de aguas residuales sin tratamiento es un problema persistente en la región con consecuencias devastadoras para la salud y la producción agrícola. Algunos de los factores relacionados con este problema son la agricultura ilícita, la explotación minera y el uso excesivo de agroquímicos en la producción agrícola legal. Estos químicos se vierten directamente sobre fuentes hídricas y tierras, provocando contaminación. Lo anterior ha llevado a una alta incidencia de desnutrición en la población, ya que la tierra no produce frutos saludables y los alimentos están contaminados con sustancias tóxicas: *"(...) prácticamente todos los productos de Córdoba están siendo contaminados. Que los suelos tienen un alto índice de contaminación (...) Y no hay control sobre eso"*. Los participantes consideran que una estrategia efectiva es la educación y conciencia sobre salud pública, el manejo de aguas residuales en agricultura, ganadería y minería, además de la colaboración entre gobiernos, organizaciones y comunidades para movilizar recursos en pro de la salud alimentaria.



En la misma línea, la contaminación del agua y los suelos por el vertimiento de aguas residuales sin tratamiento es un problema persistente en la región con consecuencias devastadoras para la salud y la producción agrícola.

Reto 4. Fomentar la educación para la salud y la intervención en salud pública desde la escuela y otros entornos cotidianos.

La mesa considera que hay una ausencia de formación en salud pública tanto en los planes educativos escolares, como en las propias estrategias de prevención y promoción dirigidas a adultos. De tal manera que consideran se debe *"incluir en las escuelas los temas de educación [para la] salud"*, que, además, se han venido perdiendo en el territorio: *"cuando yo estudié, (...) uno hacía un paso por la Cruz Roja del colegio, a uno lo formaban (...) en primeros auxilios, saneamiento básico (...)"*. A pesar del llamado de los actores sociales de la región *"(...) a las alcaldías, a las secretarías de salud y a los gobernantes (...), a ellos poco les importa. Entonces nosotros como docentes aportamos lo que podemos, pero sí hace mucha falta la presencia de la salud en las instituciones educativas"*.

Las miradas de los participantes sobre la función de la escuela en este tema se fundamentan en dos enfoques. El primero está orientado hacia la promoción del autocuidado en los estudiantes, como parte de su preparación para el futuro: *"(...) hay sociedades, por ejemplo, en los países nórdicos. Y esto no depende (...), solamente de gobiernos. Sino depende realmente de adquirir buenas prácticas para el tema del autocuidado (...). Y es la determinación de (...) adoptar buenas prácticas en la vida diaria"*. El segundo enfoque percibe el salón de clases como un entorno que refleja la realidad individual, comunitaria y los determinantes sociales de la salud de un territorio: *"(...) nosotros a diario nos toca enfrentarnos con niños con problemas de nutrición, problemas de mucha hambre, problemas de salud mental, de depresiones. Esos niños enfrentan las situaciones que ustedes menos creen (...)"*. Por ende, desde el aula, como entorno particular, se podrían adelantar acciones de prevención e incluso identificar riesgos o casos para luego reportarlos de manera temprana, claro está, con la adecuada formación del cuerpo docente. En cuanto a los adultos, según los participantes, se deben

realizar ejercicios de sensibilización y formación en otros escenarios de la vida cotidiana, por ejemplo, "[en] el entorno laboral, todo el tema de salud, porque es que todos podemos aportar (…). Acciones planteadas desde una visión de autocuidado: "(...) pues todos previamente capacitados podemos, digamos, proyectar ese autocuidado".

Formar e intervenir en la salud pública desde el entorno del colegio, según los participantes, no podrá ocurrir sin antes fortalecer la calidad de la educación en general y el rol del docente en particular, como responsable de la formación integral de niños, niñas y adolescentes, que debería incluir la inducción y sensibilización en temas de salud (21). Así, sería un prerrequisito *"formar a los educadores para que ellos puedan identificar y mirar a través de los ojos del alma, (...), que ese muchachito inquieto (...), muy seguramente tiene una alteración de la salud mental, o aquel muchachito que se le duerme en clase (...), identificamos que tiene las conjuntivas pálidas y es una anemia"*.

La mesa reconoce el colegio como un ámbito de la vida cotidiana en donde las afectaciones en salud, muchas producidas por las condiciones de vida de los estudiantes, afectan los procesos de aprendizaje. Asimismo, desde este escenario y las acciones que lo componen, se podría incidir positivamente sobre la salud individual y comunitaria. Ejemplos de programas de este tipo se encuentran en ciudades como Bogotá y Cali. El programa Salud al Colegio implementado en Bogotá, en 2009, concibe al centro educativo como un escenario para el aprendizaje, que brinda posibilidades para la integración de políticas públicas y programas de promoción de calidad de vida y la prevención de la salud a partir de la lectura colectiva de necesidades (22). En 2024, la Secretaría de Salud de Cali dirige procesos de promoción de la salud e identificación de riesgos de enfermedades, que buscan fortalecer la cultura del autocuidado y promover estilos de vida saludables en el entorno educativo, además de acompañar a la comunidad educativa para reducir la exclusión social y la deserción escolar, desde la prevención de situaciones de vulnerabilidad y al mejorar la calidad de vida de las personas (23). En ambos casos, se ha requerido de un ejercicio de articulación intersectorial que, según los participantes, permanece débil en la región.

Los participantes son conscientes que la educación para la salud debe ir más allá de la escuela, aunque insisten que esta es clave para luego abordar de manera más efectiva al adulto. Así, plantean que las acciones de prevención y promoción se realicen también en otros espacios, y se integren con procesos de educación comunitaria, que conllevarían a la transmisión entre familias de los saberes propios, incluso, aportarían el conocimiento para el manejo de ciertas enfermedades.

Durante esta discusión sobre la educación para la salud en otros entornos, se enfatiza en el concepto del autocuidado, que fue matizado por los participantes al hablar del entorno escolar, en donde se reconoce la afectación causada por los determinantes sociales de la salud. La manera cómo la mesa propone llegar a la ciudadanía en general es desde ejercicios de alfabetización en salud, que permitirían alimentar *"(...) esa conciencia social y comunitaria que debemos tener todos, porque eso se puede hacer incluso en trabajos comunitarios, sin que intervenga incluso ningún gobierno de Estado"*. Para esto, los participantes manifiestan que las autoridades y otras





entidades responsables podrían utilizar las tecnologías de la información, usar diferentes estrategias y campañas lúdicas de sensibilización para *"(...) que en realidad esa persona o ese individuo que en sí está dentro de una comunidad se apropie de ese conocimiento que queremos transmitirle y podamos tener logros en salud pública"*. Sin embargo, respecto a la posible financiación de este tipo de iniciativas, la mesa lamenta que *"el PIC [Plan de Intervenciones Colectivas] es la caja menor de los municipios y creo que de las gobernaciones, [que dicen llegar] a las instituciones a brindar unas charlas interesantes, pero nunca se hacen"*.

Referencias

1. UNESCO/CPE. Lista del Patrimonio Mundial [Internet]. 1995 [citado 15 de octubre de 2024]. Disponible en: https://whc.unesco.org/es/list/
2. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal: Dengue, vigilancia en salud [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2024_Boletin_epidemiologico_semana_33.pdf
3. Instituto Nacional de Salud. Boletin epidemiológico semanal: Malaria [Internet]. 2023. Disponible en:https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2023_Bolet%C3%ADn_epidemiologico_semana_43.pdf
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Escala de experiencia de inseguridad alimentaria (FIES) 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/operaciones/FIES/bol-FIES-2022.pdf
5. DANE - Nacimientos y Defunciones [Internet]. [citado 30 de octubre de 2024]. Disponible en:https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx
7. Gómez Rojas JF, Fierro Barreto PV. La Reparación de las Víctimas de la Corrupción en Colombia [Internet]. Transparencia por Colombia; [citado 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://transparenciacolombia.org.co/wp-content/uploads/2020/02/reparacion_corrupcion_isbn.pdf
8. Diario El País. Cotorra, Carmen de Bolívar y Saravena: los tres exalcaldes desconocidos que están en el centro del escándalo de la UNGRD [Internet]. [citado 27 de octubre de 2024]. Disponible en: https://elpais.com/america-colombia/2024-07-24/cotorra-carmen-de-bolivar-y-saravena-los-tres-exalcaldes-desconocidos-que-estan-en-el-centro-del-escandalo-de-la-ungrd.html
9. Procuraduría General de la Nación. Cargos a exdirectores de la UNGRD por colapso del jarillón Caregato, en La Mojana [Internet]. [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/cargos-exdirectores-ungrd-colapso-jarillon-caregato-la-mojana.aspx
10. Departamento Nacional de Planeación. Medición de desempeño municipal - MDM [Internet]. 2021 [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: https://portalterritorial.dnp.gov.co/AdmInfoTerritorial/MenuInfoTerrEstMDM
11. Pearce N. Traditional Epidemiology, Moder Epidemiology, and Public Hedalth. Journal of Public Health. 1996;86(5):678-83.
12. Brehil J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Bras Epidemiol. 1998;1(3):207-33.
13. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. Int J Epidemiol. 1 de agosto de 2001;30(4):668-77.
14. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 17 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud
15. Vian T. Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. Health Policy Plan. 1 de marzo de 2008;23(2):83-94.
16. Mackey TK, Liang BA. Combating healthcare corruption and fraud with improved global health governance. BMC Int Health Hum Rights. 22 de octubre de 2012;12(1):23.
17. International T. Global Corruption Report 2006: Special Focus: Corruption and Health [Internet]. Pluto Press; 2006 [citado 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.jstor.org/stable/j.ctt184qq53
18. Routledge & CRC Press [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2024]. Governance in Post-Conflict Societies: Rebuilding Fragile States. Disponible en: https://www.routledge.com/Governance-in-Post-Conflict-Societies-Rebuilding-Fragile-States/Brinkerhoff/p/book/9780415463249
19. Gunilla L Maureen,Pettersson. World Bank. [citado 11 de noviembre de 2024]. Governance in health care delivery : raising performance. Disponible en: https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/792741468330936271/Governance-in-health-care-delivery-raising-performance
20. World Bank [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2024]. Making Politics Work for Development: Harnessing Transparency and Citizen Engagement. Disponible en: https://www.worldbank.org/en/research/publication/making-politics-work-for-development
21. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. 2020 [citado 24 de octubre de 2024]. Educar para la salud. Disponible en: https://www.unicef.es/educa/salud
22. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Educación, Secretaría de Salud. Programa salud al colegio me siento bien, aprendo bien: guía para directivos, docentes y administrativos de los colegios distritales [Internet]. SED-SDS; 2007 [citado 12 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://repositoriosed.educacionbogota.edu.co/entities/publication/d1320558-38f5-4aa7-b4ad-d2a4c968edf4
23. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaría de Salud Pública. Alcaldía de Santiago de Cali. 2024 [citado 15 de noviembre de 2024]. Secretaría de Salud Pública presentó las acciones de salud a intervenir en el entorno educativo. Disponible en: https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/181325/secretaria-de-salud-publica-presento-las-acciones-de-salud-a-intervenir-en-el--entorno-educativo/

24. Encinales LA. Desafíos de la educación en Córdoba [Internet]. Atarraya. 2023 [citado 24 de octubre de 2024]. Disponible en: https://fundatarraya.org/desafios-de-la-educacion-en-cordoba/
25. Alcaldía de Montería a. Alcaldía de Montería. 2024 [citado 24 de octubre de 2024]. Alcaldía de Montería fortalece la convivencia escolar y salud mental, impactando a más de 52.000 personas. Disponible en: https://www.monteria.gov.co/publicaciones/5187/alcaldia-de-monteria-fortalece-la-convivencia-escolar-y-salud-mental-impactando-a-mas-de-52000-personas/

Región Caribe Sur

Municipios

Antioquia

- Caucasia
- El Bagre
- Nechí
- Zaragoza

Bolívar

- Cicuco
- Córdoba
- Magangué
- Mompós
- San Fernando
- Talaigua Nuevo
- Zambrano

Córdoba

- Montería
- Ayapel
- Buenavista
- Cereté
- Chima
- Chinú
- Ciénaga De Oro
- Cotorra
- La Apartada
- Lorica
- Momil
- Montelíbano
- Planeta Rica
- Pueblo Nuevo
- Purísima
- Sahagún
- San Andrés De
- Sotavento
- San Carlos
- San Pelayo
- Tuchín

Magdalena

- Santa Bárbara De Pinto

Sucre

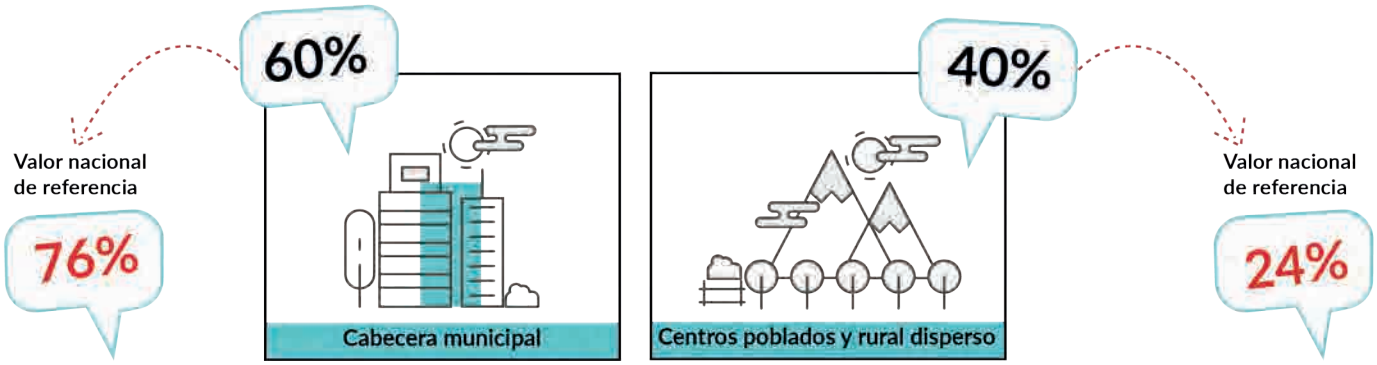
- Sincelejo
- Buenavista
- Caimito
- Colosó
- Corozal
- Coveñas
- Chalán
- El Roble
- Galeras
- Guaranda
- La Unión
- Los Palmitos
- Majagual
- Morroa
- Ovejas
- Palmito
- Sampués
- San Benito Abad
- San Juan De Betulia
- San Marcos
- San Pedro
- Sincé
- Sucre
- Toluviejo

Ficha de caracterización

Región
Caribe Sur

1. Descripción general

La región Caribe Sur está conformada por 55 municipios dentro de los departamentos de Antioquia (4), Bolívar (7), Córdoba (20), Magdalena (1) y Sucre (24).

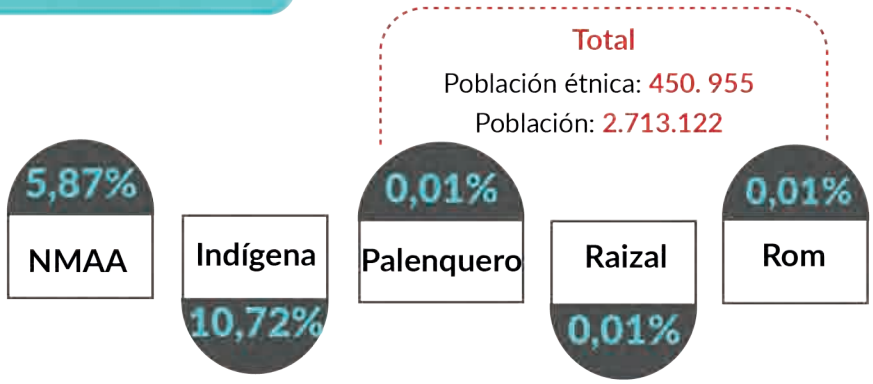


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

En la región Caribe Sur, un 60% de la población reside en cabeceras municipales, un valor considerablemente menor al promedio nacional del 76%. En contraste, la proporción de personas que viven en áreas rurales o centros poblados alcanza un 40%, superando el valor nacional del 24%, indicando un perfil demográfico más rural.

2. Demografía y población

En la región Caribe Sur, el 10.72% de la población se identifica como indígena, lo cual es más alto que el promedio nacional de 4.4%. La población NMAA representa el 5.87%, por debajo del 9.1% a nivel nacional. Otros grupos étnicos tienen una representación muy reducida.

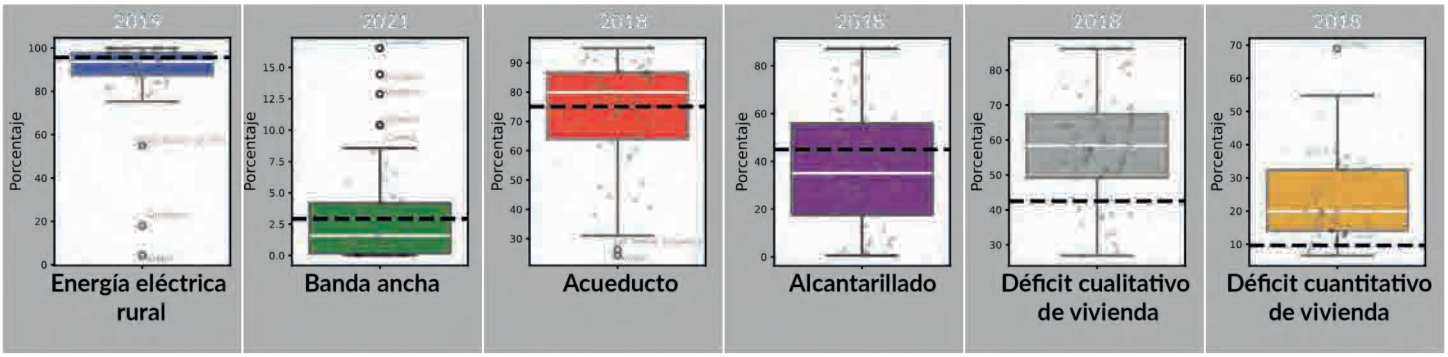


Nota: Las líneas punteadas corresponden al comportamiento nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de energía eléctrica rural en la región muestra una alta variabilidad, con municipios como Santa Bárbara de Pinto, Zambrano y Ayapel presentando valores atípicos. En banda ancha, la mediana regional se encuentra por debajo del 2%, mientras que la cobertura de acueducto alcanza una mediana del 80%, cercana al promedio nacional.

Cobertura de servicios de la región Caribe Sur

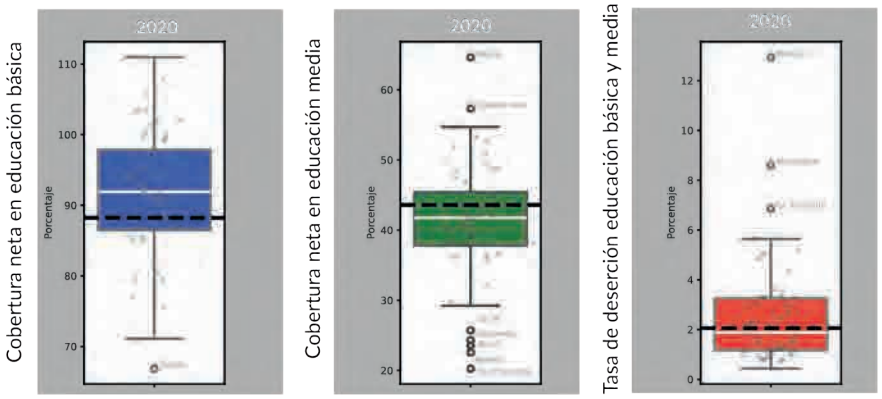


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas corresponden al comportamiento nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

4. Educación

La cobertura neta en educación básica en la región tiene una mediana del 92%, por encima de la mediana nacional del 88%. Sin embargo, en educación media, la cobertura cae a un 42%. Las tasas de deserción son bajas, con una mediana de 2%, aunque algunos municipios como Morroa y Magangué presentan tasas más elevadas.

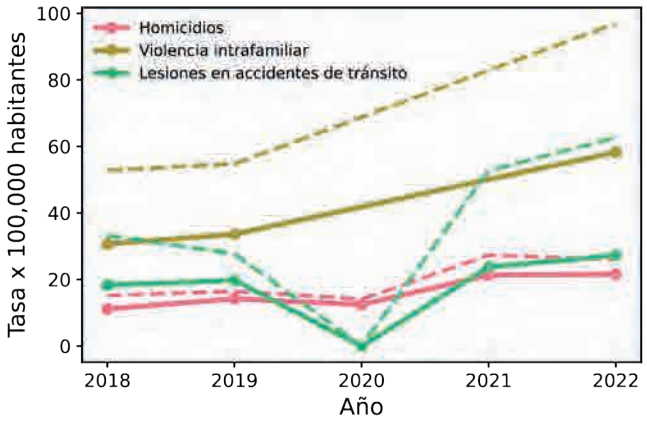
Acceso a la educación



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas corresponden al comportamiento nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios en la región Caribe Sur han mostrado un incremento constante desde 2018, con valores inferiores a la mediana nacional en los últimos dos años. La violencia intrafamiliar también ha aumentado, mientras que la tasa de lesiones por accidentes de tránsito se mantiene estable y por debajo de los valores nacionales.

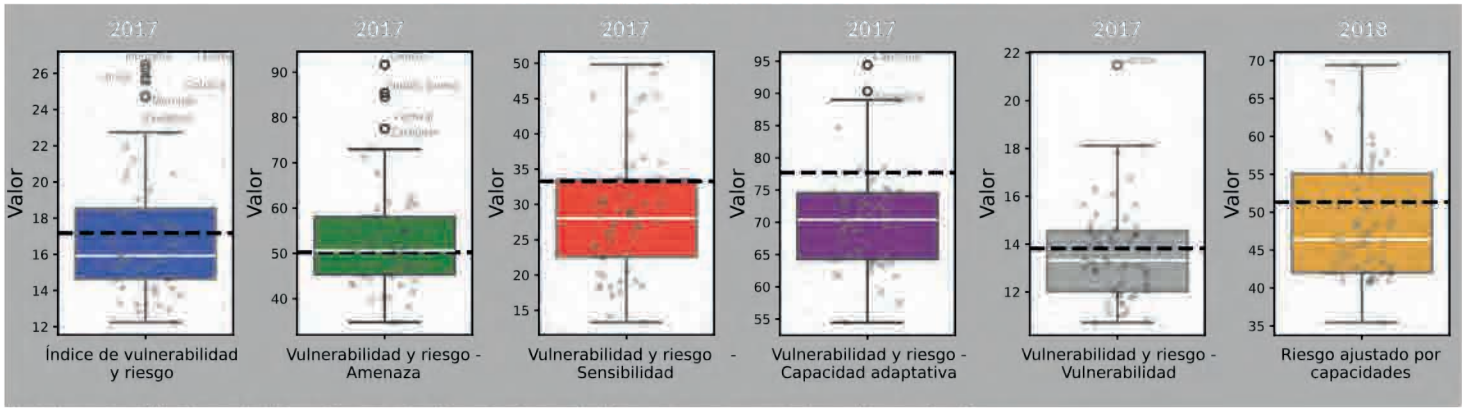


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

El índice de vulnerabilidad y riesgo muestra una alta dispersión, con Monteria, Lorica, Cereté y Mompós destacándose como valores atípicos. La capacidad adaptativa presenta una mediana cercana a 70, lo cual es inferior a la mediana nacional, mientras que la sensibilidad muestra una mediana de 27.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

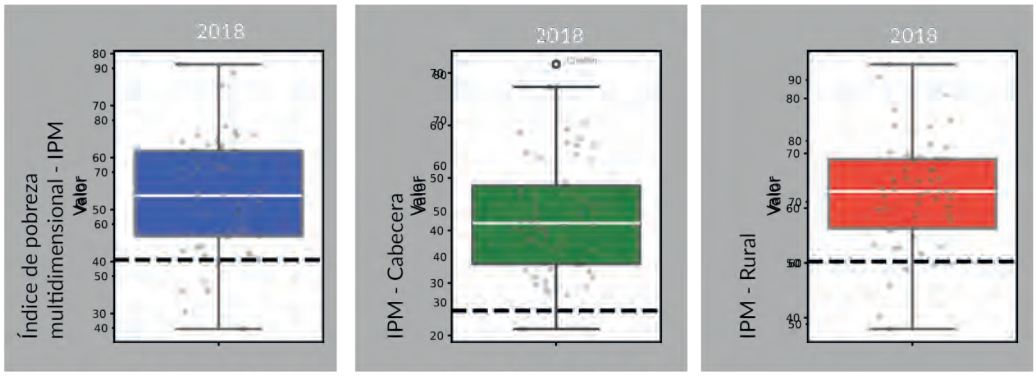


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

El IPM en la zona rural tiene una mediana de 62, significativamente mayor que en la cabecera, donde la mediana es de 41. La variabilidad es mayor en áreas rurales, con municipios como Chalán destacándose como valores atípicos.

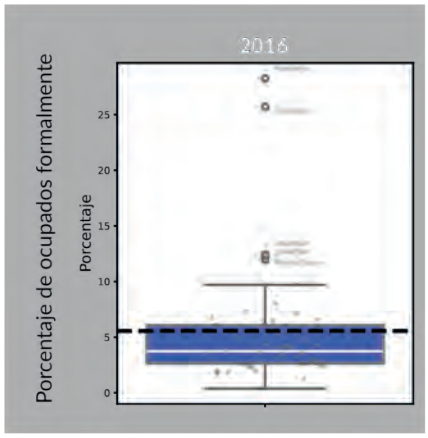
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

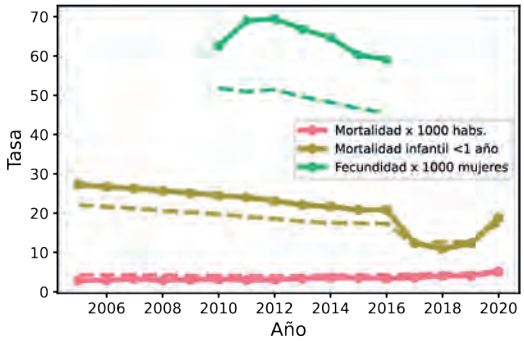
El porcentaje de empleo formal es bajo en la región Caribe Sur, con una mediana del 4,5%, inferior a la mediana nacional. Montería y Sincelejo se destacan como valores atípicos, superando el 25% de empleo formal.



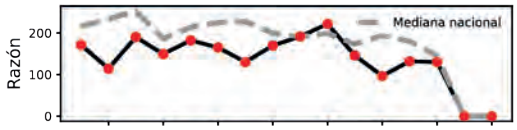
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

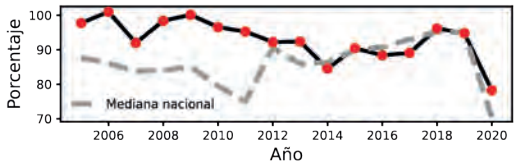
La tasa de mortalidad en la región Caribe Sur ha seguido una tendencia a crecer lentamente, aunque se mantiene por debajo de la mediana nacional, en los últimos años se ha acortado la diferencia. La razón de mortalidad materna muestra una disminución gradual desde 2015. La cobertura de vacunación pentavalente ha permanecido por encima del promedio nacional, aunque ha experimentado fluctuaciones en los últimos años.



Mortalidad materna a 42 días



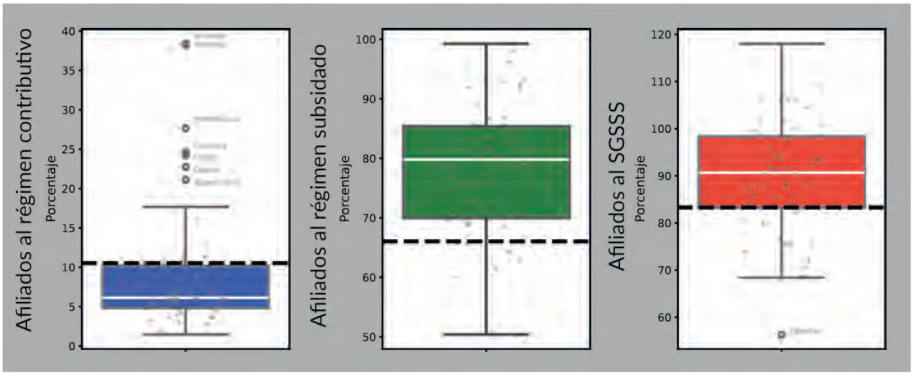
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Acceso a la salud

La afiliación al régimen subsidiado muestra una mediana del 80%, superior al promedio nacional, mientras que el régimen contributivo tiene una cobertura más baja, con una mediana del 6%. Algunos municipios como Coveñas se destacan con coberturas particularmente bajas en SGSSS.



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	53,80	73,20	Aumentó
Enfermedades cerebrovasculares	39,80	35,70	Disminuyó
Agresiones (homicidios)	25,00	25,00	No diferencia
Enfermedades hipertensivas	17,10	20,50	Aumentó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	2,00	49,10	Aumentó
Diabetes mellitus	14,60	19,60	Aumentó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	11,90	18,70	Aumentó
Infecciones respiratorias agudas	10,20	22,30	Aumentó
Accidentes de transporte terrestre	13,40	15,50	Aumentó
Enfermedades del sistema urinario	5,50	15,20	Aumentó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias en comparación con el periodo 1998-2002 fueron: Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, Enfermedades isquémicas del corazón y Infecciones respiratorias agudas. Para Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, la tasa pasó de 2.0 a 49.1 por cada 100,000 habitantes. La tasa de Enfermedades isquémicas del corazón cambió de 53.8 a 73.2, y la de Infecciones respiratorias agudas varió de 10.2 a 22.3. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	43,14	45,30	No diferencia
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	20,08	28,49	Aumentó
Dengue	148,00	277,38	Aumentó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	205,30	245,02	Aumentó
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	3,24	69,65	Aumentó
Intento de Suicidio	45,49	56,63	Aumentó
Intoxicación por medicamentos	25,24	34,93	Aumentó
Intoxicación por sustancias psicoactivas	18,71	22,71	Aumentó
Varicela Individual	230,00	0,00	Disminuyó

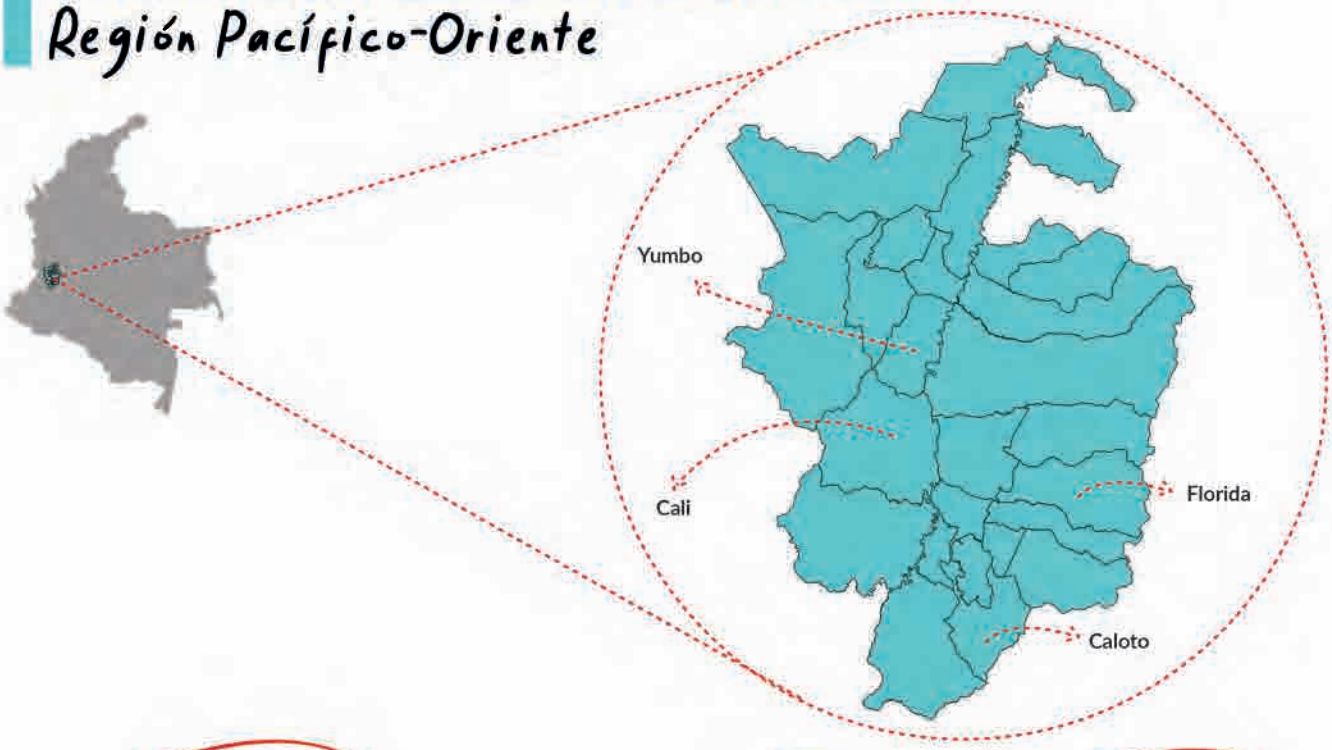
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: Dengue, Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado). La tasa de Dengue fue de 277.38 por cada 100,000 habitantes, superando la media nacional de 87.51. Para Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, la tasa registrada fue de 245.02, superando la media nacional. Por último, la tasa de Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado) alcanzó 69.65, por debajo de la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, lo cual puede reflejar un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias
1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx
5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Un llamado para hacer realidad la Atención Primaria en Salud en el territorio

Región Pacífico-Oriente



Gina Alexandra Vargas-Sandoval, Diana Marielly Santana-Rodriguez, Esteban Jerez-Díaz, Valery Jiménez-Urrea, Karol Patricia Cotes-Cantillo, Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

La región Pacífico-Oriente está compuesta por 19 municipios del Valle del Cauca y ocho del norte del Cauca. Corresponde a un valle en medio de las cordilleras occidental y central alrededor de la cuenca alta del río Cauca. Es una región con un desarrollo urbanístico significativo, donde Cali y los municipios aledaños se han constituido como una de las áreas metropolitanas más importantes del país, junto a Bogotá y Medellín. Se caracteriza por una fuerte, pero no exclusiva, actividad económica dedicada al cultivo de caña de azúcar que se ha consolidado desde inicio del siglo XX y ha marcado diferentes disputas sociales, ambientales, políticas y económicas (1).

La región cuenta con una población aproximada de 3,6 millones de habitantes. Más del 80% de esta vive en las cabeceras municipales, un valor más alto que el porcentaje nacional, lo que evidencia una concentración en los centros urbanos. El acceso a servicios públicos es superior al nacional.

Las coberturas de educación básica y media se encuentran por debajo de la mediana nacional. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene una mediana de cerca del 80%, un valor inferior al promedio nacional. Las tasas de homicidio, lesiones por accidente de

tránsito y violencia intrafamiliar, para el año 2022, son superiores a la mediana nacional, lo que pone sobre la mesa situaciones de seguridad, rezago del conflicto, y violencia contra las mujeres y los niños, niñas y adolescentes (NNA).

La región cuenta con importantes sectores como la industria gráfica, azucarera, farmacéutica, producción de alimentos, bebidas y tabaco (2). Aunque el empleo formal en la región es bajo y destacan algunos municipios como Cali y Caloto con un porcentaje de 25%, superior al promedio nacional, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) está por debajo de la media nacional: en las zonas urbanas es de 16% mientras que en las zonas rurales de 24%.

En la región, hay 891.828 personas que se reconocen con pertenencia étnica, de estos 815.742 se identifican como negros, mulatos, afrodescendientes y afrocolombianos (NMAA) y 75.083 se reconocen como indígenas, lo que corresponde al 24,6% de la población de la región. La pertenencia étnica y las diferencias raciales, lejos de señalar una minoría, son características de la región y han sido elementos centrales en las reivindicaciones y movilizaciones colectivas de cara a desigualdades territoriales, económicas y sociales.

La región ha sido una de las más afectadas por el conflicto armado y el narcotráfico, especialmente, en poblaciones rurales, indígenas, afrodescendientes, mujeres y sectores LGBTIQ+ (lesbianas, gays, bisexuales, personas trans, intersexuales, queer y personas con otras orientaciones sexuales e identidades de género diversas). El conflicto ha hecho que llegara a la región múltiples actores armados, generando dinámicas que involucran cultivos de uso ilícito, conflictos de tierra y minería ilegal (3).

Los participantes señalan varias acepciones del territorio que se asocian a diferentes roles o formas de su subjetividad. Así, se presentan algunas relacionadas con la división administrativa de los municipios o las comunas de Cali, relacionadas con su experiencia como representantes de la institucionalidad o la veeduría ciudadana. Otra acepción corresponde con la identidad cultural valluna que no tiene una relación exclusiva con el departamento, sino con el valle que rodea la cuenca alta del río Cauca, el cual atraviesa algunos municipios del sur y centro del departamento de Valle del Cauca y el norte del Cauca. Los participantes resaltan ciertos aspectos culturales como la hospitalidad, la sensatez y la perseverancia de gente de una región que constantemente se antepone a desafíos.

Otras acepciones más críticas del territorio lo identifican como un lugar particularmente afectado por el conflicto armado, el narcotráfico y las bandas criminales. Asimismo, la presencia de poblaciones étnicas en la región ha dado lugar a disputas en el marco del racismo estructural y la discriminación. Se trata de un territorio de contrastes en donde conviven riquezas ecológicas y sociales junto a desigualdades estructurales e históricas.



Balance de los principales hallazgos



Para los participantes de ambos encuentros, la salud pública es un conjunto de acepciones que combinan lo institucional, lo estratégico y lo comunitario, expresado en la cotidianidad de las personas.

Este diálogo se llevó a cabo en dos momentos, dado que la fecha del primer encuentro presencial coincidió con las actividades preparatorias de la Conferencia de las Partes sobre Biodiversidad 2024 (COP16), con la cual varios de los actores estaban comprometidos en su organización y participación. Así, se debió organizar una segunda reunión, esta vez virtual. En el primer momento, el diálogo presencial contó con la participación de funcionarios de las secretarías de salud de la gobernación del Valle del Cauca, del municipio de Florida y profesores de salud pública de la Universidad del Valle. El segundo espacio, virtual, reunió líderes de organizaciones comunitarias en salud como representantes de asociación de usuarios, comités de ética hospitalaria, veedurías ciudadanas en salud y de los municipios de Yotoco, Yumbo, Cali, Pradera, Guacarí, La Cumbre.

Para los participantes de ambos encuentros, la salud pública es un conjunto de acepciones que combinan lo institucional, lo estratégico y lo comunitario, expresado en la cotidianidad de las personas. Se pueden identificar al menos tres lecturas al respecto: la primera, más comunitaria, vincula la salud pública con obligaciones del Estado con la ciudadanía en la garantía del acceso a los servicios de salud, por ejemplo, la entrega de medicamentos y la prevención de enfermedades en el territorio. Allí, se resaltan situaciones de malestar que algunos líderes y líderesas experimentan al enfrentarse a los trámites burocráticos del sistema de salud. Una segunda acepción, más institucionalizada, enmarca la salud pública como convocante de diferentes actores y acciones coordinadas a través de políticas públicas con el fin de mejorar el bienestar de la población. Para los participantes, esta forma de entender la salud pública genera reacciones emocionales que van de la tranquilidad y la felicidad expresadas en lo que se logra con la ciudadanía, hasta la frustración asociadas con limitaciones institucionales. Una tercera perspectiva, propuesta por los participantes con perfiles más académicos, señala que la salud pública constituye un ejercicio científico, político y comunitario, que se ubica en la realidad social para mejorar las condiciones de vida: *"(...) esto produce enorme felicidad que tensa con el temor que implica la responsabilidad de garantizar un derecho fundamental que nos permita tener esperanza de un mundo mejor"*. Sin embargo, estos actores son reiterativos en considerar la visión comunitaria como fundamental para una identificación cabal de los retos en salud pública de la región. En suma, estas ideas exponen diferentes perspectivas de un mismo fenómeno donde cada participante alude a su experiencia en tanto que sujeto frente a la salud pública.

Ambas mesas coinciden en que la implementación de la atención primaria en salud (APS) es un tema trazador para la región. En este marco, se resalta la importancia considerar las condiciones del territorio y circunstancias de vida que afectan la planificación articulada y las capacidades institucionales para hacer realidad la APS, a nivel individual y colectivo. Estos temas constituyen una plataforma para discutir sobre los retos en salud pública de la región, abordando aspectos estructurales y operativos.

Las circunstancias de vida heterogéneas entre habitantes del territorio parten de realidades geográficas distintas, siendo la ruralidad y las condiciones de vida un determinante de las necesidades específicas en salud: *"(...) inequidad en medio de la desigualdad geográfica (...) [los] municipios tienen condiciones y circunstancias de vida muy diferentes entre lo rural y lo urbano"*. Se hace un llamado a revisar y actualizar las definiciones de urbano y rural a nivel del país, pues estos conceptos son dinámicos, en consideración a los cambios recientes en las condiciones de vida de quienes viven en áreas limítrofes: *"(...) esa dicotomía urbano-rural, nos va a tocar repensarlo como país y para pensar la salud pública en torno a eso, porque qué es lo rural, la gente que se dedica porque hay mucha gente que trabaja en las ciudades, pero vive en lo rural, pero no tienen vida rural"*. Dicha redefinición podría reflejar mejor las realidades territoriales para favorecer una implementación equitativa de la APS entre los municipios en cuanto a distribución de recursos e infraestructura.

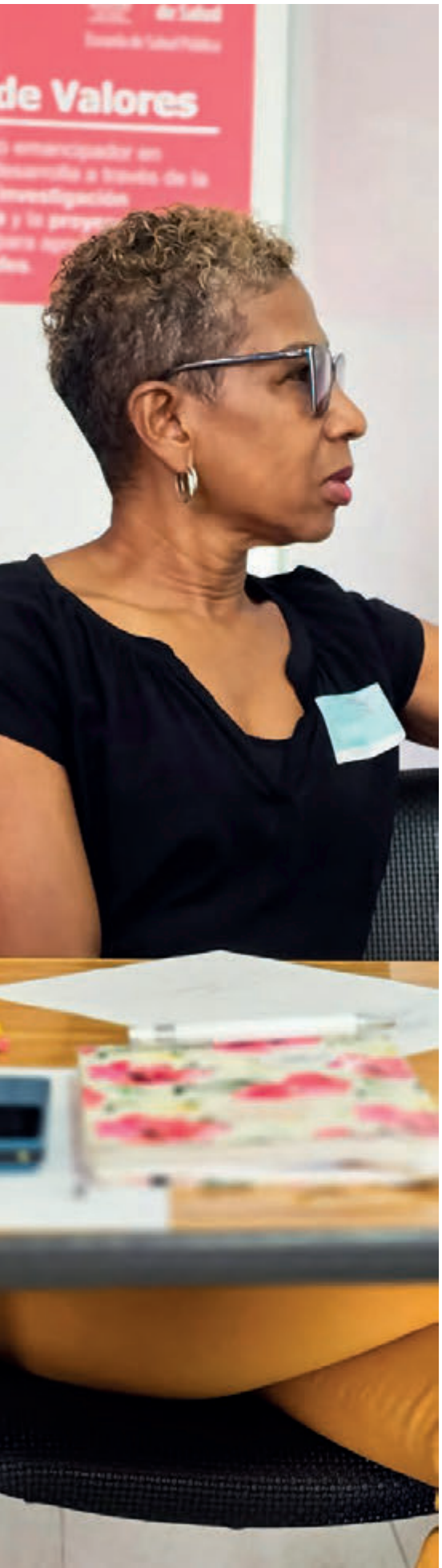
Se reconoce que las disparidades no son solo geográficas, sino también abarcan aspectos económicos, estructurales y sociales del territorio. Estos elementos que deben ser considerados en la implementación de la APS, más allá de la prestación de servicios de salud: *"(...) un reto para una salud pública de reducida capacidad para participar e integrarse con los territorios, entonces no estamos hablando solamente de la instrumentalización de la prestación del servicio, sino (...) de condiciones y circunstancias de vida"*. Al respecto, se sugiere que, para la implementación exitosa de la APS, sería crucial abordar y reducir las barreras administrativas impuestas por las empresas promotoras de salud (EPS): *"(...) con la EPS esa intermediación es una cosa que en vez de ayudar son muchas barreras administrativas que existen en el sistema"*. La APS busca ofrecer servicios accesibles, integrales, equitativos, por lo que un sistema con trabas administrativas podría contradecir estos principios.

Por otro lado, la falta de capacidad institucional de los territorios tiene un impacto significativo en la ejecución de las actividades de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) y en los sistemas de información en salud. La falta de herramientas de los entes territoriales para implementar acciones de control, dificultan la supervisión y garantía del cumplimiento de la prestación de servicios de salud oportunos y de calidad: *"(...) las entidades territoriales, prácticamente lo único que pueden hacer es en habilitación, y el IVC sanitario, por condiciones sanitarias, pero lo que se refiere a prestación, calidad, acceso a los servicios de salud, las entidades territoriales no pueden hacer nada. Todo eso es competencia de la Superintendencia Nacional de Salud"*.

También, la mesa abre discusiones sobre la fragmentación de la información en diferentes entidades y sistemas, lo que dificulta la integración de datos. Por ejemplo, para el registro de las atenciones en salud "*(...) cada [EPS] se inventó un aplicativo (...), una ESE tiene que (...) pasar la información de los RIPS a los aplicativos*", lo cual dispersa la información e impide un diagnóstico integral. Este funcionamiento dificulta la toma de decisiones a nivel local.

Otras condiciones se identifican como determinantes que afectan profundamente la región, especialmente el racismo estructural y el impacto del conflicto armado. El racismo estructural es un determinante social que influye directamente en las inequidades en salud, afectando





de manera desproporcionada a poblaciones afrocolombianas: *"el racismo estructural enferma y mata"*. Este fenómeno condiciona las formas de vida de la población afrocolombiana, sus posibilidades de acceso a servicios y, en última instancia, el riesgo de enfermedad y muerte. Además, la región incluye municipios que hacen parte de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), los cuales *"han sido histórica y sistemáticamente vulnerados por las mismas dinámicas del conflicto armado"*. En relación con las formas de cómo el conflicto armado y el narcotráfico permean los retos en salud pública en municipios afectados por el conflicto armado, un participante se cuestiona *"¿hasta qué punto estamos abordando la problemática de manera lo suficientemente integral o lo seguimos asumiendo de una manera muy asistencial?"*.

Por otro lado, la falta de implementación de los acuerdos de paz y la permanencia de la confrontación armada se identifica como un factor que propicia la aparición de problemas de convivencia social y de salud mental: *"(...) va a afectar el desarrollo social, económico del municipio, va a generar, digamos, situaciones que van a conducir a violaciones de los derechos de las personas, más víctimas del conflicto armado, desplazamiento, con esto vienen problemas de salud, pero también problemas de un orden mucho más social"*. Por ejemplo, se menciona el consumo de sustancias psicoactivas como resultado de las problemáticas sociales: *"Decimos es que los adolescentes son, están cayendo en droga (...), pero no atacamos, por ejemplo, qué está pasando con esa persona"*. También, se reconoce su afectación sobre el acceso a servicios de salud, al referirse a la falta de talento humano en dichos territorios: *"(...) tenemos unos problemas de implementación de equipos básicos (...) porque la gente no quiere ir a trabajar allá, tiene miedo a desplazarse en zonas rurales de municipios de conflicto armado"*.

Finalmente, se señala como problemática una perspectiva limitada de la salud pública, a la que un participante denomina *"visión de túnel"*: *"(...) solamente miramos lo que habitualmente estamos acostumbrados a mirar, las transmisibles, las crónicas, lo que normalmente hace, pero la sociedad y el país viene cambiando"*. Esto llama la atención frente sobre la normalización de situaciones de salud de la población, a la falta de atención de los cambios que suceden en la sociedad, de la situación condiciones de vida y, en consecuencia, de los perfiles epidemiológicos. Cambios para los que, sin embargo, el sistema parece no adaptarse.

Retos para la región Pacífico Oriente

Para los participantes, hay dos principales problemáticas en salud pública de la región: la falta de planeación articulada entre sectores y el modelo de prestación de servicios de salud. Según sus miradas, no es fácil aislar el efecto de uno u otro sobre la implementación de la APS, puesto que se conciben como aspectos interdependientes, que interaccionan en algunas falencias. De esta manera, se establecen cuatro retos para la región. El primero, sobre estrategias de APS en el territorio con acciones que incluyen el fortalecimiento de capacidades del talento humano. En respuesta a las barreras administrativas impuestas por la intermediación financiera de las EPS, se plantea el fortalecimiento del sistema de inspección, vigilancia y control (IVC). El tercer reto propone ajustes en los sistemas de información

para mejorar la toma de decisiones a nivel regional, y, finalmente, se presenta un reto de fortalecimiento del acceso a los servicios de salud mental para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

Reto 1. Implementar estrategias de APS en el territorio a partir del fortalecimiento de la intersectorialidad, la infraestructura de los servicios de salud y las capacidades del talento humano.

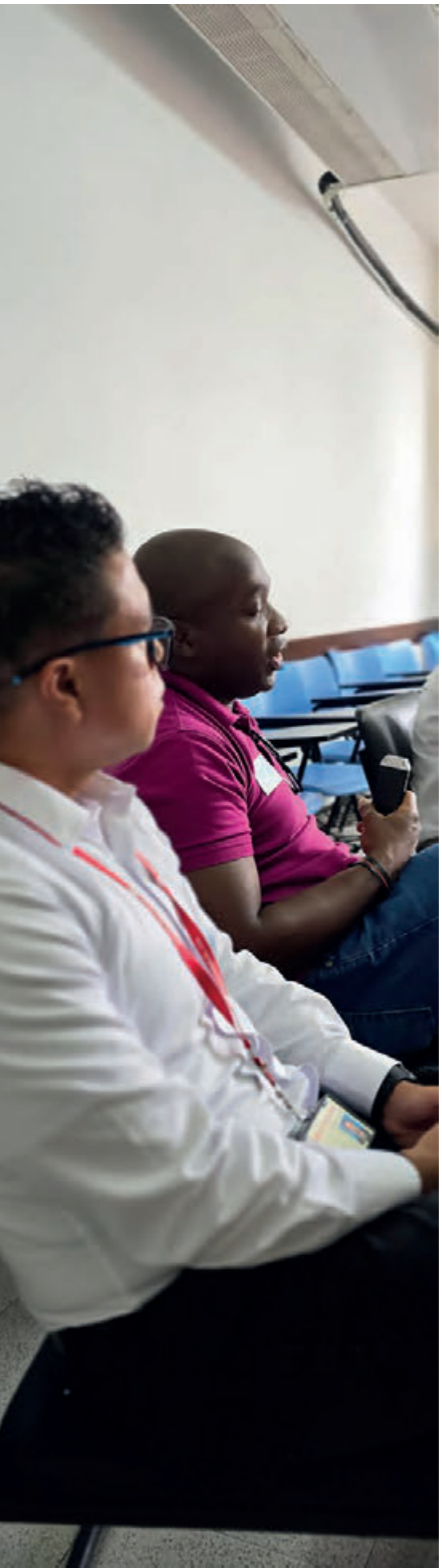
Este desafío surge de la preocupación por la limitada implementación de la APS en el territorio, particularmente en sus componentes de intersectorialidad y la provisión de servicios de salud basado en el fortalecimiento de la infraestructura y capacidades del talento humano. Como causas principales, se identifican la falta de flexibilidad de la estructura administrativa y financiera entre sectores, además de la estructura misma del sistema de salud. Se reconoce esta problemática como trazadora con efectos contrarios al propósito de la APS, definido por la norma, que busca el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente saludable para los habitantes del territorio (4).

En cuanto a la falta de acciones intersectoriales, se identifican dificultades en la coordinación administrativa y financiera, específicamente por la ausencia de mecanismos adecuados para la asignación de presupuestos intersectoriales. Esto restringe la consecución de metas e implementación de acciones conjuntas entre sectores y, en consecuencia, reduce la posibilidad de impactar los determinantes sociales de la salud de manera sustancial. Se comenta, por ejemplo, sobre los programas de salud escolar y prevención de incidentes viales al hacer referencia a la articulación de las secretarias departamentales de diferentes sectores: "(…) podemos estar de acuerdo técnicamente en qué deberíamos hacer. Llega el momento de resolver administrativa y financieramente el problema, y, ahí, comienzan las dificultades porque la intersectorialidad llega hasta cuando tenemos que definir las platas". Aunque se reconoce que las mesas de trabajo intersectorial han facilitado el diálogo, los participantes enfatizan en que alcanzar una intersectorialidad efectiva requiere un cambio estructural que permita integrar recursos, responsabilidades y planificación.

La mesa reconoce el modelo de intermediación financiera como un factor que afecta la planeación y sugiere que las EPS son responsables de muchos de los problemas del sistema de salud para operativizar la APS: *"(…) si ese sistema no cambia no vamos a hacer atención primaria ni porque queramos hacerla, ¿por qué?, porque la estructura no nos deja ni desde la planeación, y en la operación tenemos muchas limitantes administrativas y barreras de la misma estructura".* Esto llama la atención frente a la necesidad de rediseñar el sistema de salud, puesto que su estructura actual no permite dar cumplimiento con los objetivos de la APS, ya que dicha estructura entorpece su planificación y operación, y dificulta las soluciones a largo plazo.

Para el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria, los participantes proponen, como primera alternativa, la planificación de servicios de salud acorde con las necesidades del territorio, para fortalecer las capacidades resolutivas del primer nivel. Al respecto, un participante de un municipio con difícil acceso vial con alta accidentalidad vial señala el déficit de centros





de trauma y de ambulancias: *"(...) tenemos solo una ESE (Empresa Social del Estado) de primer nivel cuyo servicio de urgencias (...) es el mismo servicio de urgencias de hace 20 años (...), tenemos personas que se accidentan y mueren allí o mueren en la remisión porque no tenemos cómo poderles brindar una atención de trauma"*. Esta situación no solo se presenta en municipios pequeños sino también en Buenaventura: *"(...) ni siquiera tiene ambulancias para atender un accidente de tránsito, [con] una población de 300 mil [habitantes]"*. Esto evidencia la urgencia de una planificación estratégica orientada a garantizar una infraestructura y equipos médicos acordes con las prioridades de la región. Se menciona además que las deficiencias en la atención del trauma son una causa directa del aumento de muertes evitables.

La discusión también deja ver un respaldo a la asignación directa de recursos a los hospitales y clínicas, que se percibe como una medida que permite agilizar pagos y mejorar la prestación de servicios médicos: *"(...) eso es uno de los grandes retos que nosotros tenemos (...), que los dineros iban a llegar directamente a las IPS, o sea Ministerio - hospital, paguen los servicios que ellos [las IPS] están ejecutando, sus cirugías y todo eso, para poder que se rompan cadenas"*. Esta es una alusión a los retrasos en los pagos de las EPS a los servicios prestados a las IPS, que limitan el flujo eficiente de recursos y una mayor autonomía para que las IPS puedan priorizar las necesidades de los pacientes.

Una tercera alternativa de solución se centra en la optimización de las redes de prestación de servicios de salud. Actualmente, muchos servicios están centralizados en ciudades principales como Popayán o Cali. Esta situación obliga a los pacientes a recorrer largas distancias para acceder a ellos: *"(...) un enfermo (...) tiene que ir al Cauca y muchas veces esa persona no tiene los recursos para desplazarse allá (...)"*. Esto dificulta el acceso, el acompañamiento de los familiares y los cuidados adicionales, pero afecta especialmente a las personas con menos recursos: *"(...) el que va a un hospital público es porque no requiere de mucho presupuesto, y los familiares tienen que dejar ese paciente por ahí tirado porque no pueden ir (...)"*. Como alternativa, también se consideran los servicios de telesalud para superar barreras geográficas, económicas y de tiempo, que mejoren el acceso a la atención médica.

Por otro lado, mencionan que es urgente fortalecer las capacidades e incentivos al talento humano en APS, especialmente en lo que respecta a la formación, la disponibilidad y las condiciones laborales, con énfasis en municipios pequeños y zonas rurales. Hay una brecha entre la teoría y la práctica en APS, atribuida a la limitada formación. Esta deficiencia impide a los profesionales aplicar los conceptos de APS de manera efectiva en los municipios. Por ejemplo, la falta de reconocimiento del racismo estructural y la importancia de abordarlo de manera concreta como determinante social de la salud afecta la garantía de un sistema de salud equitativo. Al respecto de las poblaciones negras, se menciona que *"(...) las lesiones de tránsito no afectan igual a todo el mundo, las enfermedades no afectan igual a todo el mundo, entonces necesitamos mostrar también eso para poderlo intervenir mejor"*.

A esta problemática se suma la escasez de personal en salud derivada de las precarias condiciones laborales, por ejemplo, la falta de estabilidad y los bajos salarios. Estas condiciones laborales desincentivan a los trabajadores de salud a laborar en áreas rurales. En la misma línea, los participantes destacan la falta de personal para asumir las tareas actuales como las nuevas: *"(...) además de todo lo que ya tenemos para hacer con tres funcionarios de carrera y como diez contratistas"*. A esto se suma la creciente tendencia hacia la sobre especialización, impulsada tanto por las universidades como por los profesionales, quienes buscan mayores ingresos y estabilidad en entornos urbanos: *"(...) la salud pública requiere unas capacidades, pero no hay incentivos para que la gente lo haga, entonces la gente termina sobre especializando y saliendo rápido del territorio porque (...) no tiene estatus, no tiene reconocimiento económico (...) entonces nos falta (...) crear capacidades locales y (...) planes de incentivos para que la gente se dedique a salud pública"*.

Hay también una desconexión entre la planificación centralizada de la APS y las realidades locales. Aunque existen lineamientos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) sobre APS, estas no logran traducirse en acciones efectivas al no considerar aspectos trazadores dentro de los territorios como la extensión geográfica, dispersión de la población, heterogeneidad en la ruralidad, así como las condiciones y circunstancias de vida: *"(...) debe haber un proceso de integración con estas comunidades en sus territorios, lo que supone un desplazamiento, un esfuerzo mayor de la capacidad institucional que por el momento ha sido muy difícil "*.

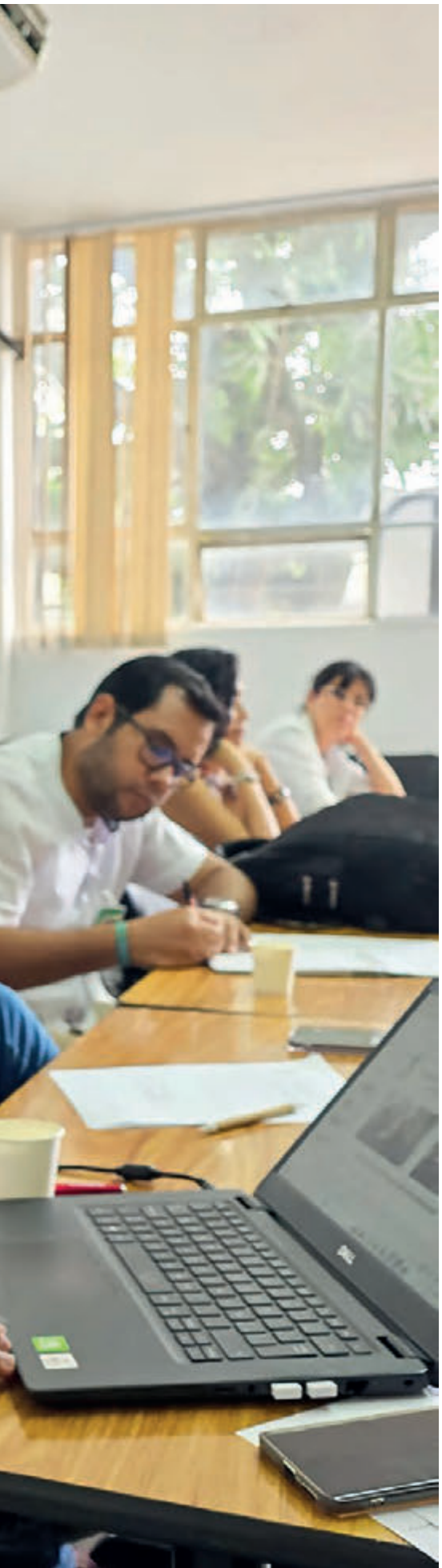
Reto 2. Fortalecer el sistema de inspección, vigilancia y control (IVC) sanitaria, dando herramientas a los entes territoriales para implementar acciones de control hacia las EPS.

Frente a las barreras administrativas impuestas por la intermediación financiera de las EPS, actores institucionales y comunitarios señalan la excesiva burocracia y la falta de eficacia de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) para abordar los incumplimientos e irregularidades en la prestación de servicios: *"(...) y sí hay unas EPS, o mejoran a las buenas o mejoran a las malas o desaparecen"*, en referencia al sistema de IVC, particularmente al control, una función ejercida por la Supersalud.

Un ejemplo ilustrativo de las debilidades del sistema de control se evidencia en lo relatado por una funcionaria del territorio, quien denuncia que a pesar de la responsabilidad de las EPS en garantizar la calidad y oportunidad en el tratamiento de la desnutrición aguda y severa en menores de la primera infancia (5), son numerosas las gestiones que se deben realizar para la entrega de fórmulas terapéuticas: *"(...) se están haciendo seguimientos semanales con Ministerio [de salud], con unas EPS, con los entes de control ahí, no hay poder humano que mueva esas EPS para que compren las nutriciones y las tengan disponibles"*. Estas gestiones pueden prolongarse hasta por un mes, lo que retrasa la entrega oportuna de las fórmulas terapéuticas y aumenta el riesgo de complicaciones graves o la muerte, en niños menores de 5 años.

Estas debilidades se presentan desde el nivel central, pues se menciona cómo la Supersalud se limita a registrar si los incumplimientos han sido





resueltos, sin evidenciar medidas activas para garantizarlo. En el caso de incumplimientos en la entrega de medicamentos, la Supersalud da un radicado de la queja, para posteriormente cerrar el caso: *"(...) me llamó la Súper [Supersalud], ¿y qué le dijo?, me preguntó que si ya le habían entregado la leche, que si ya le entregaron el medicamento, que si ya no sé qué para cerrar la PQR. ¡Ah! dígame pues, no gestionan absolutamente nada"*.

La denuncia presentada por entes territoriales se agudiza cuando el incumplimientos e irregularidades se presenta en EPS intervenidas, ya que la entidad encargada de supervisar asume su administración directa, lo que puede generar conflictos de interés y comprometer la función de vigilancia y control imparcial: *"(...) se está utilizando un organismo de control que debería ser separado para hacer administración vía intervención administrativa de las EPS, y eso está desconfigurando todo lo que sería el sistema de inspección, vigilancia y control, y aparte de eso nos deja a nosotros muertos porque los únicos que ejercen control dentro del sistema son ellos [la Supersalud], los demás [las entidades territoriales] hacemos inspección y vigilancia, entonces allí quedamos desarmados"*. Aunque los entes territoriales pueden ejercer inspección y vigilancia sobre las EPS en su jurisdicción, el control directo, sanciones y medidas correctivas son competencia exclusiva de la Supersalud (6). Esto genera limitaciones para que los entes territoriales puedan responder con celeridad a los problemas relacionados con el desempeño de las EPS en sus territorios.

En este contexto, los entes territoriales enfrentan el reto de vigilar la ejecución de recursos destinados a los equipos básicos, una tarea para la que reconocen carecer de capacitación adecuada. Según explicaron, el MSPS transfiere recursos a las ESE y exige supervisión municipal, pero no proporciona las herramientas necesarias: *"(...) el Ministerio le gira a las ESE un recurso para ejecutar, nos pide a los municipios que supervisemos, pero tampoco desarrolla las capacidades para que los municipios supervisen"*. Así, la falta de capacidad operativa genera riesgos en la supervisión de los recursos para la APS. Dichos recursos *"(...) se están desperdiciando por falta de supervisión en terreno...pues nos vamos a quedar cortos porque no tenemos la capacidad para hacerlo [supervisar] y al final termina por allí siendo una oportunidad que se pierde"*. Este problema también se atribuye al desbalance normativo entre las entidades territoriales y la Supersalud, tanto en número como en vigencia. Mientras los municipios y departamentos operan con herramientas obsoletas, como el Código Sanitario (Ley 9 de 1979), la Supersalud concentra el poder de control bajo normativas más recientes (Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, y Ley 1949 de 2019).

Reto 3. Fortalecer la integración e integralidad de la información para mejorar la toma de decisiones a nivel regional.

Este reto surge de la necesidad de disponer de un sistema de información que les permita planear y tomar decisiones a nivel local. Dos preocupaciones principales se evidencian: su integración e integridad. Por una parte, la existencia de múltiples sistemas de recolección y reporte de datos (cada EPS con su propio aplicativo) para el registro de las atenciones en salud genera una carga administrativa innecesaria para los prestadores y aumenta la fragmentación de la información: *"(...) el problema para mí es la*

intermediación, las EPS tienen una cantidad de aplicativos (...) una ESE tiene que llenar los 12 aplicativos fuera de los RIPS, pasar la información de los RIPS a los aplicativos". Sumado a lo anterior, los territorios no tienen un rol activo en el flujo de información y solo acceden a los datos consolidados y procesados a nivel nacional, lo que limita su capacidad de validar o corregir la información e incluso de usarla: *"(...) el flujo de la información está: IPS, EPS, Ministerio... a nosotros nos sacaron (...), a nosotros no nos llega nada, ni a departamentos ni a municipios. O sea, la información de los RIPS, el prestador la manda es a la EPS, la EPS se la manda al Ministerio, nosotros no vemos nada de esa información".*

Por otra parte, existe una desconexión significativa entre la realidad de los territorios y la información que se consolida. Al comparar las atenciones realizadas por las ESE en los departamentos o municipios con los datos reportados, se evidencia un subregistro: *"(...) atenciones por médico menos del 50%, de la enfermera, no pues en la mitad 25%, odontología 10%".* Parte del subregistro es que la información de los RIPS pasa por varios niveles de intermediación (de las IPS a las EPS y de estas al MSPS) y sufre modificaciones, filtros y posibles eliminaciones que distorsionan la realidad del territorio. Posterior al registro de las atenciones en los aplicativos de las EPS, se seleccionan *"(...) para no pagar (...) por n situaciones, entonces la información que ellos finalmente le pasan al Ministerio pues no es la inicial digámoslo así, sino de la que ellos ya le han trabajado, le han quitado, han glosado, y resulta que lo que llega al Ministerio qué es, pues yo le pongo un 50, un 40% no llega más".* Por consiguiente, hay una brecha en la información de salud pública entre la manejada por los territorios, por las EPS y el nivel nacional.

En cuanto a la integridad, es urgente que la recolección y el análisis de datos de salud que refleje la diversidad del país, como minorías, toda vez que persiste un enfoque homogéneo en la recopilación y uso de datos de salud. Por ejemplo, con las poblaciones negras: *"(...) a pesar de que Colombia se reconoce como un país pluriétnico y multicultural, los datos y análisis sobre salud pública siguen reflejando una visión homogénea, invisibilizando las necesidades específicas de las comunidades afrocolombianas y otras minorías étnicas"*. Se enfatiza la necesidad de reconocer y abordar las desigualdades étnico-raciales en el análisis y manejo de la salud pública, que visibilice las realidades específicas de comunidades negras y otras poblaciones diferenciales para poder intervenir desde una perspectiva más inclusiva y efectiva.

"(...) a pesar de que Colombia se reconoce como un país pluriétnico y multicultural, los datos y análisis sobre salud pública siguen reflejando una visión homogénea, invisibilizando las necesidades específicas de las comunidades afrocolombianas y otras minorías étnicas".

Reto 4. Fortalecer el acceso a los servicios de salud mental y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

Para los participantes, la dificultad en el acceso a los servicios de salud mental y el aumento del consumo de SPA en adolescentes y adultos son problemáticas interrelacionadas que requieren una mayor atención por parte de las entidades públicas del sector salud. En la región, la falta de infraestructura suficiente, como consultorios específicos para la atención de la salud mental en hospitales, sumado a la centralización de los servicios psiquiátricos en instituciones como el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle y el Hospital Universitario del Valle Evaristo García, terminan por concentrar la demanda, que implica largos tiempos de espera. Esta situación



genera que, en muchos casos, que las personas deben desplazarse a otras ciudades o departamentos. Esta situación es más crítica para personas en condición de vulnerabilidad económica, quienes no pueden asumir los costos de traslado: *"(...) tiene que ir a Cauca y muchas veces esa persona no tiene los recursos para desplazarse allá, los familiares no tienen, porque el que va a un hospital público es porque no requiere de mucho presupuesto".*

De igual forma, los participantes manifiestan el desconocimiento de la comunidad sobre las rutas de atención a los servicios de salud mental. El adecuado acceso a los servicios de salud mental depende no solo de la infraestructura, sino también de la claridad y articulación de las rutas de atención, que son poco claras y desarticuladas con la APS, por ende, aumentan las barreras para los usuarios. Otros factores como la distancia geográfica, la falta de personal capacitado en los primeros niveles de atención y el estigma asociado a las patologías mentales, impactan negativamente el acceso a los servicios (7).

A estos problemas de acceso se suma el aumento del consumo de SPA entre jóvenes y adultos que impactan la situación de salud mental en la región. Los participantes señalan que el estrés y las dificultades económicas son factores que influyen en esta problemática y en la salud mental de las personas: *"(...) la salud mental (...) que se está presentando entre niños, adolescentes, adultos, por la drogadicción, por el alcoholismo (...), entonces hay estrés, todos estos flagelos que se están presentando".* Esto sugiere la necesidad de enfoques preventivos que no solo fortalezcan el acceso a servicios en salud mental, sino también la prevención del consumo problemático de SPA, mediante estrategias integrales que incluyan educación, acompañamiento comunitario y fortalecimiento de las redes de apoyo.

Dentro de las alternativas propuestas por la mesa para fortalecer el acceso a los servicios de salud mental y prevenir el consumo de SPA, se incluyen implementar consultorios especializados en salud mental en hospitales públicos, la capacitación de líderes comunitarios para el reconocimiento de las rutas a los servicios de salud mental, y las estrategias de prevención del consumo de SPA para la detección, orientación y canalización de casos. Es asimismo clave tener en cuenta el rol de actores comunitarios por su conocimiento de las dinámicas locales, e integrar sus experiencias y saberes en la construcción de estrategias locales de salud mental. Por último, los participantes proponen promover proyectos intersectoriales en salud mental particularmente en niños, niñas y adolescentes (NNA).

Referencias

1. Sánchez H, Santos A. Estado, innovación y expansión de la agroindustría azucarera en el valle del río Cauca (Colombia), 1910-1945. América Latina en la historia económica. 2014;21(3):201–30.
2. Gobernación del Valle del Cauca. Actividades económicas del Valle del Cauca [Internet]. Cali; 2018. Disponible en: https://www.valledelcauca.gov.co/publicaciones/60165/actividades-economicas-del-valle-del-cauca/
3. Comisión de la Verdad. Surandina. En los territorios [Internet]. 2020; Disponible en: https://web.comisiondelaverdad.co/en-los-territorios/despliegue-territorial/sur-andino
4. Ley No. 1438 "Por la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones". Bogotá, Colombia; ene 19, 2011.
5. Ministerio de Salud y Protección Social,. Resolución 2350 de 2020 Por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero a 50 meses de edad, y se citan otras disposiciones [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202350%20de%202020.pdf
6. Presidencia de la República de Colombia,. Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social [Internet]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813
7. González LM, Enrique Peñaloza R, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Vega Landaeta AP. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría. diciembre de 2016;45:89–95.

Región Pacífico-Oriente

Municipios

Cauca

- Caloto
- Corinto
- Guachené
- Miranda
- Padilla
- Puerto Tejada
- Santander De Quilichao
- Villa Rica

Valle del Cauca

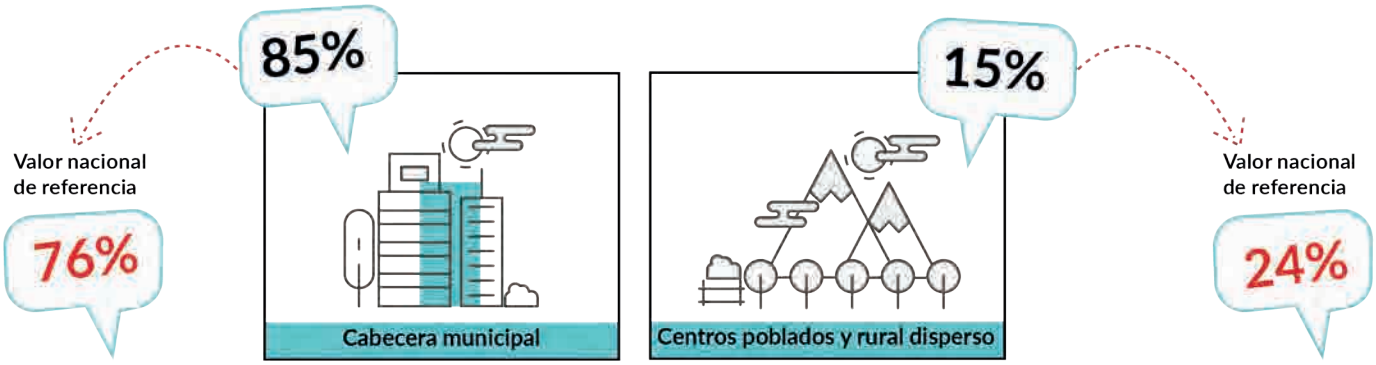
- Cali
- Andalucía
- Calima
- Candelaria
- Dagua
- El Cerrito
- Florida
- Ginebra
- Guacarí
- Jamundí
- La Cumbre
- Palmira
- Pradera
- Restrepo
- Riofrío
- San Pedro
- Vijes
- Yotoco
- Yumbo

Ficha de caracterización

Región
Pacífico-Oriente

1. Descripción general

La región Pacífico Oriente está conformada por 27 municipios dentro de los departamentos de Cauca (8) y Valle del Cauca (19).

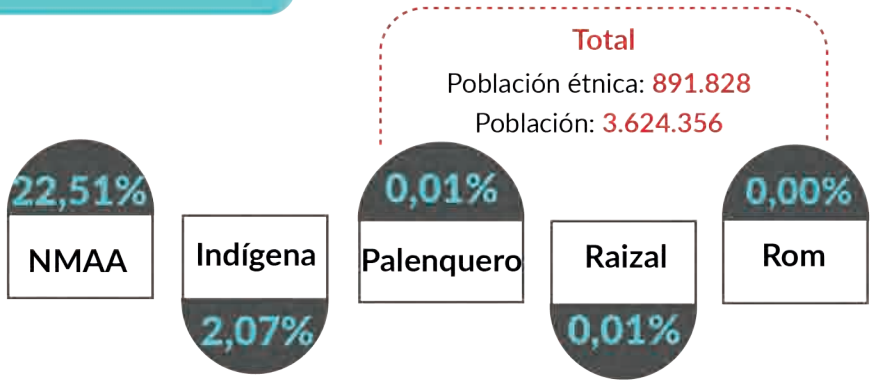


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

En la región Pacífico Oriente, poco más del 80% de la población reside en cabeceras municipales, en línea con la mediana nacional. Sin embargo, la proporción de personas que viven en áreas rurales es menor a la mediana nacional, alcanzando menos del 20%, lo que indica una fuerte tendencia hacia la urbanización.

2. Demografía y población

En la región Pacífico Oriente, el 22.51% de la población se identifica como NMAA, lo cual es significativamente más alto que la mediana nacional de 9.1%. La población indígena representa el 2.07%, lo cual es menor que la mediana nacional.

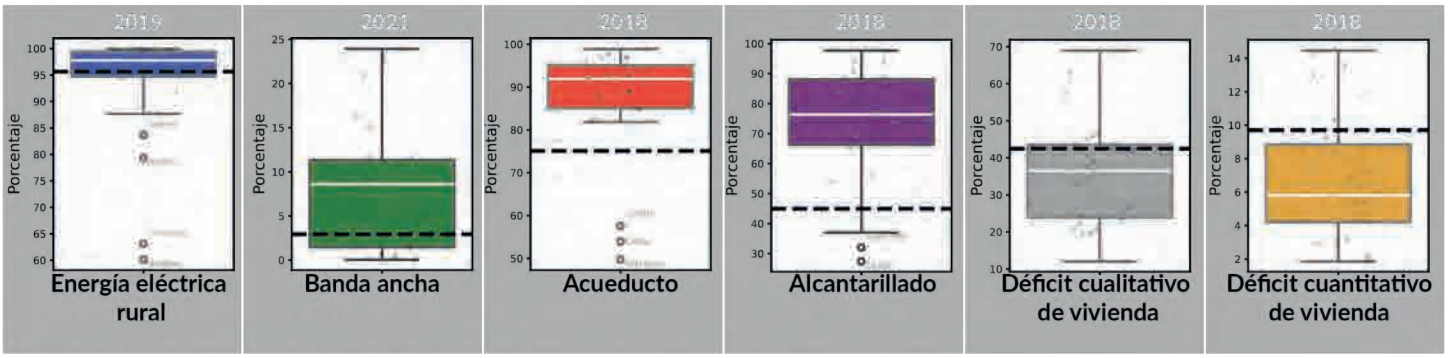


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de energía eléctrica rural, banda ancha, acueducto y alcantarillado de la mayoría de municipios superan la mediana nacional. Sin embargo, de la mediana de la cobertura de banda ancha es solo del 8%, aunque supere la mediana la nacional, lo cual limita el desarrollo social y económico, particularmente en zonas rurales. La mediana del déficit de vivienda es inferior a la mediana nacional.

Cobertura de servicios de la región Pacífico Oriente

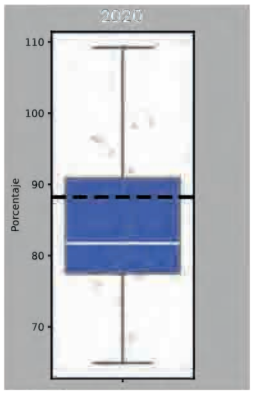


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

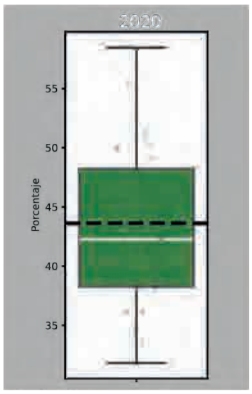
4. Educación

La cobertura neta en educación básica y media se encuentra por debajo de la mediana nacional, con aproximadamente un 80 % y 40%, respectivamente. Por otro lado, la tasa de deserción en estos niveles es bajas, con una mediana del 2% similar a la media nacional.

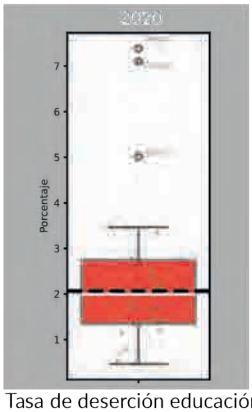
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

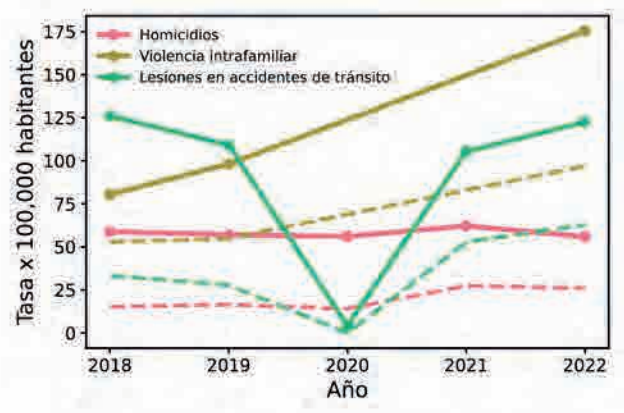


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios en la región se han mantenido altas en comparación con la mediana nacional. La violencia intrafamiliar ha mostrado un aumento constante, alcanzando su punto más alto en 2022. La región muestra tasas de lesiones por accidentes de tránsito significativamente superiores a la mediana nacional a lo largo de todo el período, con una disminución marcada en 2020.

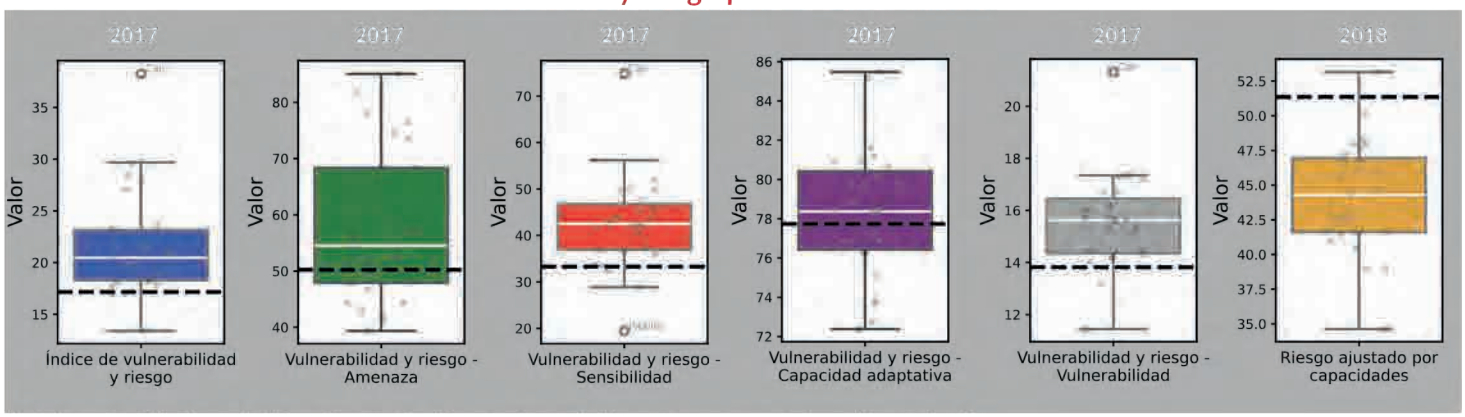


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

El índice de riesgo y vulnerabilidad, junto con la sensibilidad de la vulnerabilidad y el riesgo, presenta una alta dispersión, con valores que superan la mediana nacional.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

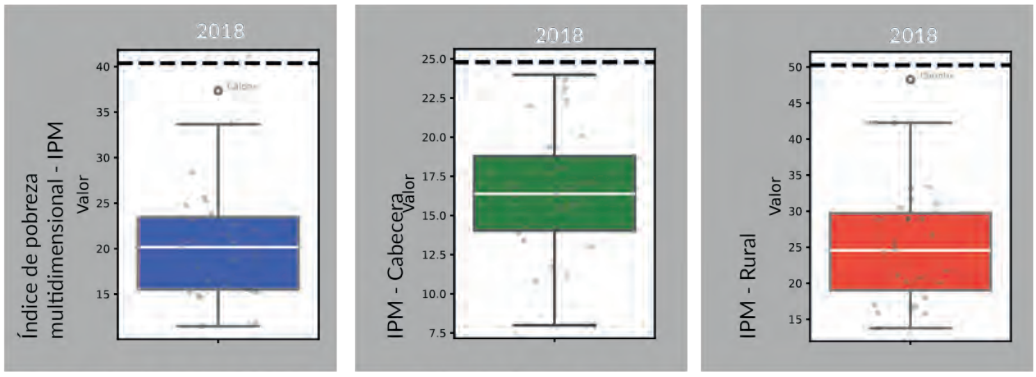


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

La mayoría de municipios de la región reportan una mediana del IPM por debajo de la media nacional, tanto en zonas rurales como urbanas.

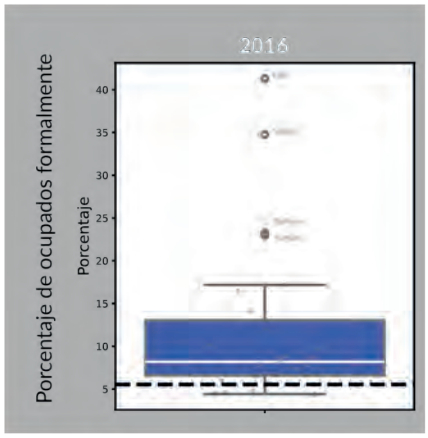
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

El empleo formal en la región es bajo, con una mediana municipal aproximada de 8%. Cali y Caloto se destacan con un porcentaje superior al 25%, mientras que la mayoría de los municipios se encuentran por encima de la mediana nacional.

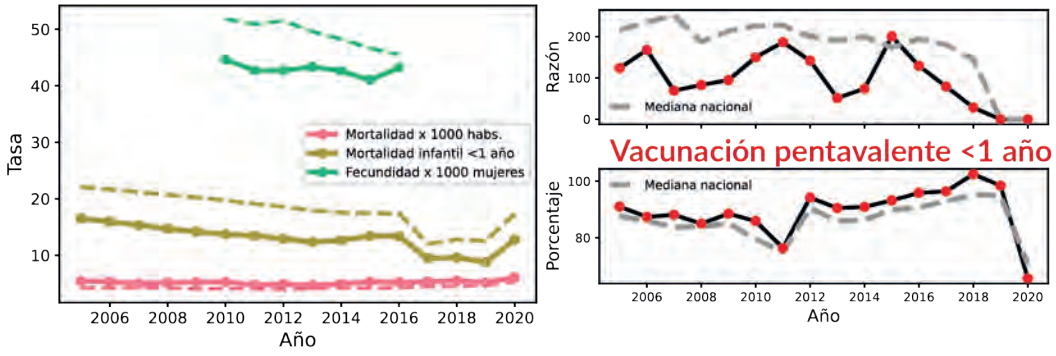


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

La tasa de mortalidad en la región Pacífico Oriente ha oscilado entre 4.5 y 6 por cada 1.000 habitantes, levemente superior a la mediana nacional. Por su parte, la mortalidad en menores de un año es menor a la mediana nacional. La cobertura de vacunación pentavalente ha mantenido niveles cercanos al 90%, mientras que la tasa de fecundidad ha mostrado una disminución gradual a excepción del 2016.

Mortalidad materna a 42 días

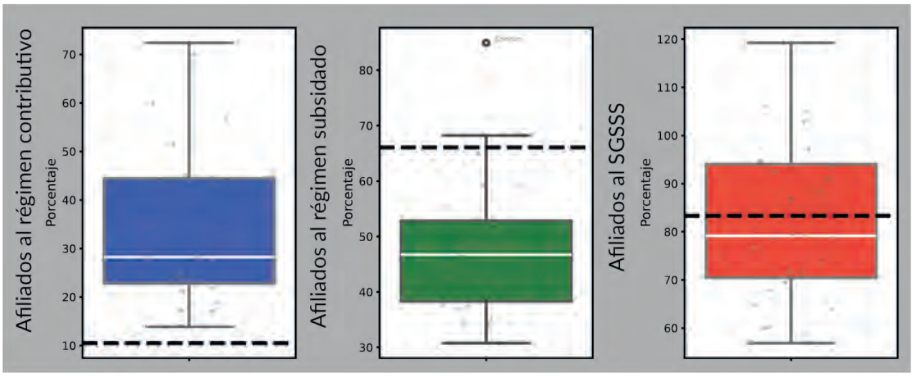


Vacunación pentavalente <1 año

Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

La afiliación al régimen subsidiado presenta una mediana de aproximadamente 50 %, lo que es inferior a la mediana nacional. En contraste, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es alta, con una mediana de alrededor del 80 %, aunque se sitúa por debajo de la nacional.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	83,70	89,50	No diferencia
Agresiones (homicidios)	99,90	57,00	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	61,90	34,50	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	34,90	19,90	Disminuyó
Diabetes mellitus	37,70	17,60	Disminuyó
Accidentes de transporte terrestre	29,80	19,80	Disminuyó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	3,10	58,10	Aumentó
Infecciones respiratorias agudas	20,90	17,50	Disminuyó
Las demás enfermedades del sistema digestivo	19,00	16,00	Disminuyó
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	16,70	16,50	No diferencia

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias en comparación con el periodo 1998-2002 fueron: Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, Enfermedades isquémicas del corazón y Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon. Para Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, la tasa pasó de 3.1 a 58.1 por cada 100,000 habitantes. La tasa de Enfermedades isquémicas del corazón cambió de 83.7 a 89.5, y la de Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon varió de 16.7 a 16.5. Estos cambios reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	29,90	27,39	No diferencia
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	28,92	30,12	No diferencia
Dengue	60,52	110,82	Aumentó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	297,05	293,03	No diferencia
Enfermedad similar a influenza infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	42,80	44,09	No diferencia
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	4,60	234,26	Aumentó
Intento de Suicidio	69,26	81,28	Aumentó
Intoxicación por medicamentos	37,03	46,61	Aumentó
Varicela Individual	164,07	0,00	Disminuyó

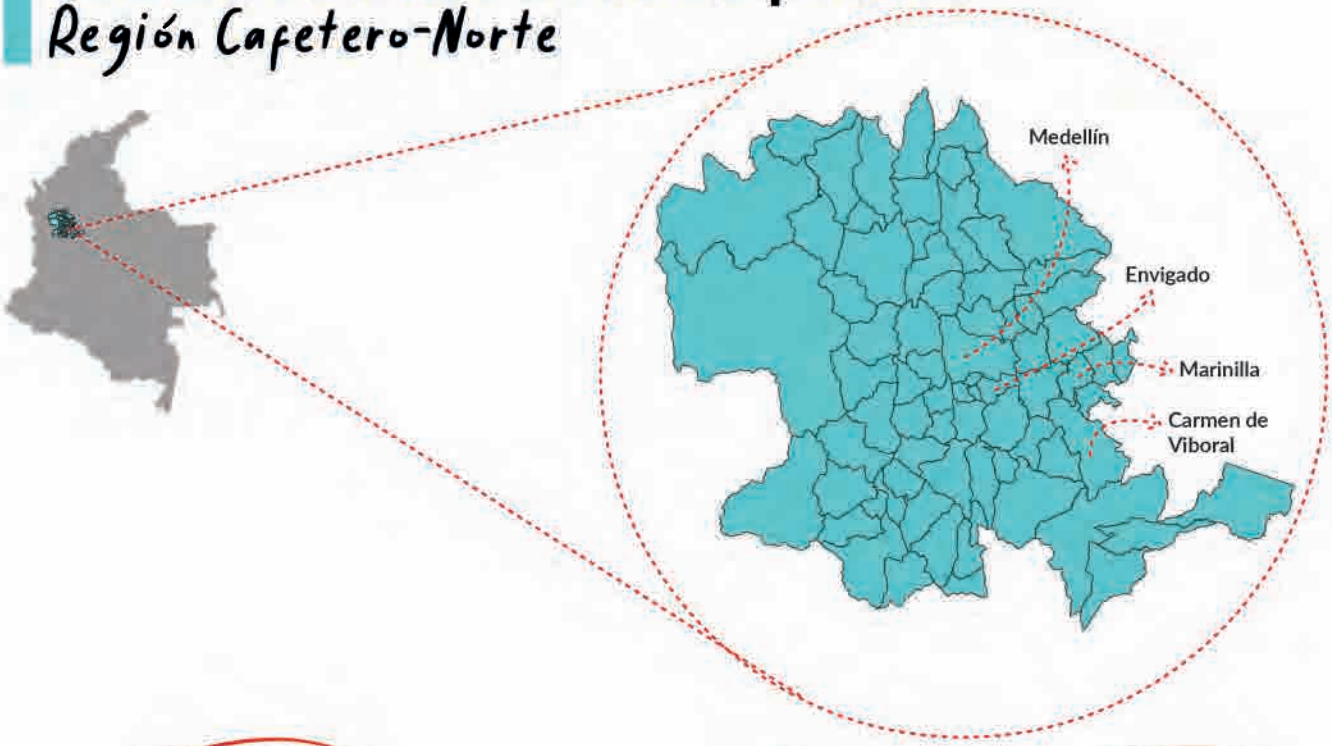
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado) y Dengue. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas.

Referencias
1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx
5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

El envejecimiento y la multimorbilidad, nuevos desafíos en salud pública

Región Cafetero-Norte



Víctor Stephen González-Quintero, Luis Eduardo Olmos-Sánchez,
Keyra Liseth Asprilla Córdoba

La región Cafetero-Norte conformada por 72 municipios antioqueños y uno solo del Chocó, se destaca por su alta densidad poblacional y dinamismo económico. Con más de cinco millones de habitantes, es la segunda región más poblada del país, con una gran parte concentrada en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA). Una intensa urbanización influye en la estructura socioeconómica de la región, concentrando el acceso a servicios y sectores clave como la manufactura, el comercio y las actividades administrativas. En cuanto a la cobertura de servicios, el porcentaje de afiliados al régimen contributivo de salud y el empleo formal, la región supera el promedio nacional, y se sitúa consistentemente entre las cuatro con mejores indicadores. Como resultado, se encuentra entre las tres regiones con los menores índices de pobreza multidimensional (IPM) y déficit cuantitativo de vivienda.

El Valle de Aburrá es clave para el desarrollo económico nacional y un referente en términos de innovación y planificación urbana. Su tejido empresarial diversificado, junto con un enfoque en la sostenibilidad, enfrenta desafíos relacionados con la movilidad, la desigualdad urbano-rural y la gestión ambiental (1,2). Además, este auge ha atraído a una considerable cantidad de migrantes, tanto internos como internacionales,

particularmente venezolanos, quienes ven allí una oportunidad para mejorar su calidad de vida. En agosto de 2023, el Valle de Aburrá albergaba a más de 241.166 migrantes venezolanos, el 93,6% del total de extranjeros y el 6,4% de la población total del AMVA (3). En este contexto, la región deberá adaptarse a estas nuevas realidades demográficas y reforzar su rol en el desarrollo del país (4).

La mesa de diálogo realizada en Medellín contó con una representatividad equilibrada entre sectores institucionales, académicos y comunitarios. Este diálogo permitió entender el territorio no solo como un espacio físico, sino también como un ámbito social y cultural afectado por dinámicas globales como el cambio climático, la migración y el envejecimiento. Se destacó la importancia de articular esfuerzos comunitarios con las políticas públicas para abordar desafíos como la salud pública, las inequidades y la sostenibilidad, reconociendo la diversidad cultural y geográfica.

El territorio se concibe por los participantes como un espacio complejo, donde el envejecimiento de la población y la falta de servicios, especialmente para los adultos mayores, exigen un enfoque integral. Los participantes subrayaron la importancia de involucrar a las comunidades locales en la toma de decisiones, promoviendo una gobernanza participativa que responda a las realidades territoriales y a los retos demográficos como el aumento de la multimorbilidad, agravada por condiciones sanitarias y sociales desfavorables, especialmente entre la población migrante.

Balance de los principales hallazgos

El diálogo en la mesa convocó a líderes y lideresas comunitarias en salud y ambiente, veedores e integrantes de comités de participación social en salud, funcionarios de secretarias de salud, profesionales de instituciones prestadoras de servicios de salud, representantes de comunidades étnicas y afrocolombianas, integrantes de comités de ética y planeación a nivel municipal y departamental, activistas de derechos humanos, académicos e investigadores en salud pública, epidemiología, administración, antropología, enfermería y medicina.

Dada la diversidad de actores involucrados en el diálogo regional, surgen varias acepciones de salud pública. La primera está estrechamente relacionada con la construcción colectiva, que se refiere a prácticas sociales que integran diferentes actores y poderes, no solo el Estado. Dicho concepto contempla la necesidad de intervención multisectorial para lograr promover, mantener y proteger la salud de las comunidades y prevenir enfermedades: *"(...) la salud pública como construcción colectiva de la sociedad (...) requiere no solamente compromiso los recursos la voluntad política del Estado, sino de todos los actores entendiendo a todos los actores con las empresas privadas (...) empresas de economía social, cooperativas, economía popular (...) entre otros y asociaciones"*. Por ejemplo, una práctica social para mejorar la calidad de vida de las comunidades es el conocimiento ancestral, que emerge como expresión y herramienta en salud pública por y para trabajar por las comunidades menos favorecidas: *"(...) la salud pública es velar por la comunidad. Si uno tiene sabiduría. Yo llevo 40 años estudiando la medicina natural (...) A mi consultorio van todos pobres (...) es trabajar por la comunidad y por los necesitados (...)."*





La salud pública también es reconocida como un derecho fundamental, donde el Estado tiene la responsabilidad de garantizar condiciones para el bienestar de las comunidades: *"(...) la salud pública es pública, el Estado tiene que estar a cargo"*. Este enfoque remarca la importancia de una fuerte presencia estatal para asegurar la equidad y el acceso universal a servicios esenciales. Una tercera perspectiva destaca la salud pública en tanto que herramienta de empoderamiento comunitario, que promueve la autonomía de los territorios para gestionar su salud y bienestar: *"(...) si la gente de los territorios reconociera su poder que radica en la posibilidad de pensarnos juntos (...) sobre sus vidas, en su territorio (...), pero también en sus sueños y esperanzas ahí entendieran que la salud de los pueblos es la salud pública cómo herramienta (...) propia (...) para (...) aumentar la autonomía de sus propias vidas"*. Esto subraya la importancia de una participación de las comunidades en la toma de decisiones sobre su salud.

Finalmente, la discusión incluye la salud pública en los campos de conocimiento y acción, que integran la enseñanza, la investigación y estrategias de intervención: *"(...) la salud pública es un campo de conocimiento, pero también es un campo de acción. Es un campo en donde nos podemos encontrar todos (...). Nos podemos encontrar la academia, la universidad, las comunidades, los políticos e incluso las corporaciones"*. En este contexto, las emociones sobre el concepto de salud pública giran alrededor de dos aspectos clave: Por un lado, la incertidumbre, la tristeza y la necesidad, que refleja preocupación e inseguridad tras la realidad que atraviesa la salud publica en la región. Por otro lado, la esperanza, solidaridad, empatía e interés son emociones ligadas al deseo de una conciencia social y colectiva para generar bienestar comunitario.

Entre los temas centrales del diálogo, el envejecimiento de la población y sus implicaciones en la salud mental y la calidad de vida de los adultos mayores son recurrentes. La disminución en la tasa de natalidad, el aumento de la esperanza de vida y la transición de la pirámide poblacional, en palabras de los participantes, impactan directamente a este grupo con un aumento preocupante de intentos y suicidios consumados. Iniciativas comunitarias como los escuchaderos (5) son propuestas para abordar la soledad y el abandono en este sector poblacional.

El cambio climático y su impacto en salud también emerge como un reto clave, especialmente en comunidades vulnerables ya afectadas por la pobreza y la precariedad laboral. La interacción entre enfermedades crónicas, infecciosas, salud mental y las nuevas amenazas derivadas del cambio climático, por ejemplo, los *"refugiados climáticos"*, configura un panorama complejo de multimorbilidad en la población, que debe abordarse desde una perspectiva integral. Desde la academia, se explica: *"(...) las enfermedades crónicas están arrasando el país y todos nuestros países de América Latina y del mundo. Pero se nos transversalizó el tema de la salud mental y adicionalmente se nos viene el tema del cambio climático (...) Ahora los refugiados climáticos (...) a nuestros municipios están llegando una cantidad de extranjeros a vivir en este entorno. Venga, ¿cómo vamos a enfrentar una salud individual cuando no nos estamos pensando de forma global todas nuestras necesidades?"*.

La educación en salud emerge en su función de pilar esencial para la reflexión y el desarrollo de una conciencia colectiva sobre la salud pública y la participación de todos los sectores de la sociedad en esta. La educación en salud y la gestión del conocimiento se establecen alrededor de acuerdos en busca de una mayor y mejor inclusión de la comunidad en los procesos y las soluciones de las necesidades de salud, que reconocen los múltiples saberes, fomentan alianzas entre los actores y mejoran el impacto de las políticas públicas. Al margen, los participantes hacen una crítica frente a la educación y la formación del talento humano en salud con componentes altamente teóricos y técnicos, pero débiles en la promoción de la gestión de la salud individual y colectiva, la responsabilidad social y la capacidad de educar y concientizar a los pacientes. Se enfatiza la necesidad de integrar saberes diversos y fomentar alianzas entre los actores, pero también se critica la formación actual del talento humano en salud por orientar su actuación solo al tratamiento de enfermedades y el descuido de la gestión integral en salud comunitaria.

En cuanto a los cambios propuestos en el territorio para mejorar la salud pública, la mayoría de los participantes se refiere a la corrupción en la gestión y ejecución de los recursos de la salud. Esta se concibe como un obstáculo decisivo para el progreso y la consecución de metas en materia de salud. Además, los participantes consideran que existen leyes, políticas y planes en salud bien diseñados, pero que su implementación real es deficiente debido a la falta de transparencia, los múltiples intereses y los actores involucrados. Se subraya la necesidad de reforzar la gobernanza, la concepción de la salud, que es un derecho fundamental, la participación de la comunidad y la promoción de un control social más robusto sobre los recursos y la aplicación en la salud de las poblaciones.

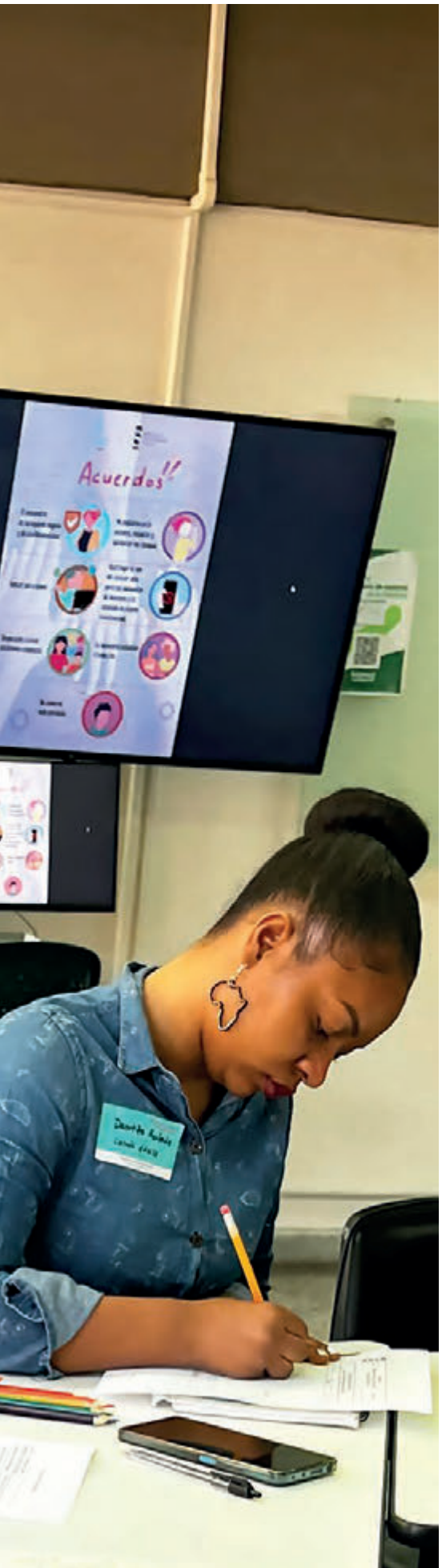


Retos para la región Cafetero-Norte

A continuación, se presentan los principales retos estratégicos en salud pública identificados junto con recomendaciones para mejorar las políticas y prácticas en la región. Estos retos abarcan el envejecimiento de la población, el cambio climático, el acceso a la salud mental, la formación del talento humano en salud y la lucha contra la corrupción en el sector salud. Cada uno requiere un enfoque integral e intersectorial que promueva la participación de las comunidades y garantice respuestas efectivas y sostenibles.

Reto 1. Promover un envejecimiento saludable y activo, desde la implementación de políticas integrales que apoyen a las personas mayores y fortalezcan los sistemas de salud.

El envejecimiento de la población plantea un desafío significativo en esta región, ya que existe una carencia de políticas públicas adecuadas para abordar esta situación. De acuerdo con la veeduría ciudadana: *"Envigado es una de las poblaciones que más se va envejeciendo en este momento y tenemos invertida ya la pirámide en cuanto al tema de vejez. Desafortunadamente, estamos procurando desde el 2011 tener una política de envejecimiento y vejez para el adulto mayor y no la hemos podido conseguir"*, lo que ha generado una brecha significativa en la atención y el cuidado de la población mayor.



La falta de estrategias específicas dificulta la comprensión de la magnitud de la soledad y las necesidades particulares de los adultos mayores, quienes en muchos casos viven en aislamiento en unidades residenciales. Esta situación tiene un impacto significativo en su salud mental. En la región, la prevalencia de trastornos mentales y neurológicos en mayores de 60 años está entre el 6,4 y 8% y se espera que esta se duplique cada 20 años (6). Durante los diálogos, se menciona que: *"(...) hemos tenido casi 474 intentos de suicidio y de esos ya se han llevado más o menos como 37 personas adultas mayores dentro de ese rango"*. Como una de las primeras iniciativas para enfrentar esta problemática, se están organizando reuniones con los consejos de administración de las unidades residenciales que conlleven a caracterizar a la población adulta mayor y entender mejor sus necesidades. Esto permitirá llevar programas de salud mental y cuidado preventivo directamente a sus hogares. Además, se están proponiendo los escuchaderos (5), centros de escucha en las unidades residenciales para identificar problemas específicos y ofrecer apoyo emocional.

El reto se ve amplificado por la baja tasa de natalidad. Desde el ámbito académico se señala que: *"(...) la política de control demográfico ha contribuido a que muchos adultos mayores enfrenten la soledad, y la falta de continuidad generacional también se relaciona con la decisión de los jóvenes de no tener hijos"*. Además, las secretarías de salud advierten que, junto con la reducción de la fecundidad, también se ha dado el cierre de escuelas y cambios en la estructura demográfica de los municipios.

Además de los problemas de salud mental, las enfermedades crónicas representan otro gran desafío en esta población. Una docente universitaria añade un punto crucial: *"(...) las enfermedades crónicas están arrasando el país y todos nuestros países de América Latina y del mundo. Pero se nos transversalizó el tema de la salud mental y, adicionalmente, se nos viene el tema del cambio climático"*. Esto es evidente, ya que las enfermedades crónicas, como la hipertensión, la diabetes y las enfermedades cardíacas, avanzan rápidamente en la población adulta mayor en América Latina (7).

Este avance no solo incrementa la demanda sobre los servicios de salud, sino que también afecta de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores, quienes a menudo enfrentan varias enfermedades de manera simultánea. En la región Cafetero-Norte, también se observa el impacto de enfermedades emergentes relacionadas tanto con la transición demográfica como con los efectos del cambio climático, que complican aún más la gestión de la salud pública en un contexto de recursos limitados. Según un estudio sobre la carga financiera de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) (8), Antioquia es el departamento con mayores tasas de atención por estas enfermedades. Al desagregar las tasas de mortalidad por regiones, el Cafetero Norte destaca como la región con mayor prevalencia de enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores y cáncer en el sistema digestivo (9). Enfrentar el envejecimiento poblacional representa un desafío y, a la vez una oportunidad para construir una sociedad más inclusiva y equitativa. Este proceso plantea desafíos que van más allá del acceso a los servicios de salud, pues requieren de un enfoque colectivo para atender las necesidades de esta población vulnerable, desde la inclusión social hasta el fortalecimiento de políticas que permitan su

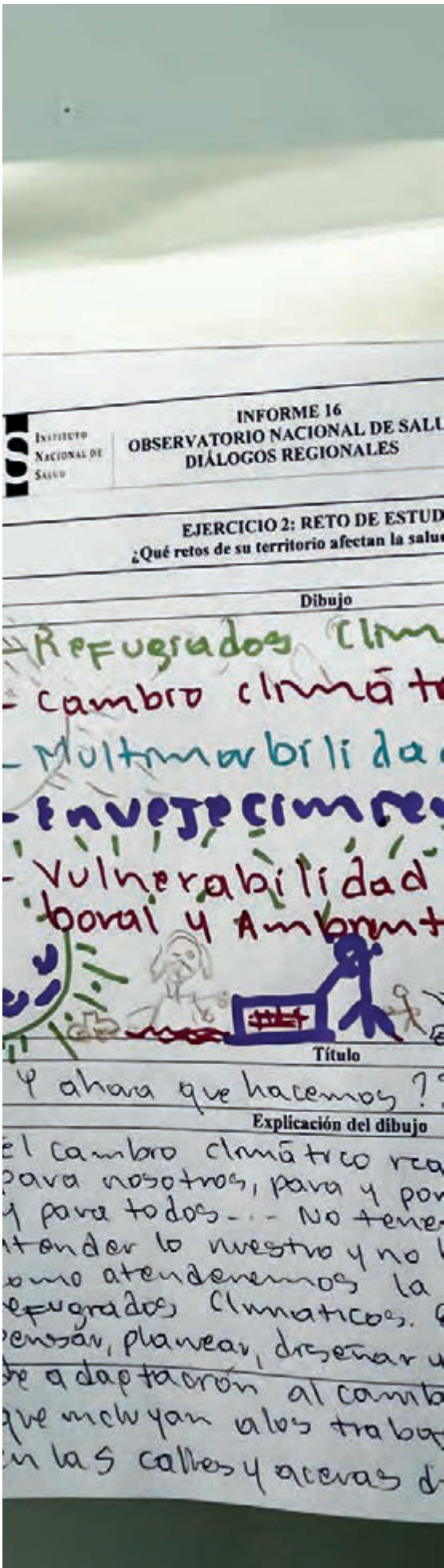
integración en la comunidad, su bienestar integral y su participación en actividades productivas. En este contexto, en la región se está buscando involucrar al Instituto para el Desarrollo de Antioquia (IDEA) (10) con el fin de promover actividades productivas. Esto contribuiría a que los adultos mayores mantengan su autonomía económica y se sientan valorados y útiles en la sociedad.

La mesa concluye que: *"(...) el reto de las nuevas longevidades radica en cómo vamos a asumirlas, desde el cuidado, desde el acceso a la salud y desde las políticas públicas que nos permitan realmente a nosotros no ser un problema, sino una oportunidad"*. En otras palabras, debe haber un enfoque en la implementación de políticas de protección social en los ámbitos de las pensiones, la atención médica y los cuidados de larga duración.

Reto 2. Adaptar la respuesta regional ante el cambio climático desde las poblaciones.

Actualmente, las políticas de mitigación y adaptación al cambio climático en la región, cuando existen, no logran integrar efectivamente a las comunidades en su diseño y ejecución. Como consecuencia, las necesidades y problemáticas de salud pública que se ven aceleradas o agravadas por el cambio climático, particularmente en territorios vulnerables, no están siendo abordadas de manera adecuada. Esta falta de participación comunitaria ha dejado a muchas poblaciones expuestas a un aumento de enfermedades respiratorias, comorbilidades y otros problemas asociados a las alteraciones climáticas. Así, lo expresa uno de los participantes: *"(...) el tema de todos los problemas combinados. La multimorbilidad. El cambio climático (...) entonces hablamos de la salud mental, acompañado de las crónicas y las degenerativas, pero acompañado de las infecciosas y acompañada de la carga que viene con todo lo del cambio climático. Entonces ya a nivel poblacional no hablamos de las comorbilidades, sino de poblaciones con multimorbilidades (...), ahí tenemos grupos poblacionales específicos, unos ya están priorizados y a otros no se han considerado, que pueden tener tres, cuatro y cinco vulnerabilidades allí conjuntas (...)"*. Esta combinación de factores crea un panorama complejo y desatendido, que representa un gran desafío para la salud pública de la región.

Además, la migración derivada del cambio climático aparece de forma recurrente en el diálogo. Los desplazamientos, internos y externos, generan lo que los participantes denominan *"refugiados climáticos"*: personas que llegan con una carga significativa de enfermedades. Uno de los participantes expresó: *"(...) el tema de los refugiados climáticos que se vienen y que no llegan los más jóvenes, y llega una carga de enfermedad que nosotros debemos pensarnos también (...) no hemos pensado cómo atendernos la carga derivada de los estados climáticos"*. Este fenómeno de migración añade una nueva dimensión a la vulnerabilidad social y ambiental en los territorios. Desde el punto de vista de los participantes, la falta de planificación y adaptación a estos cambios que agrava los problemas de salud pública, especialmente en comunidades ya afectadas por la pobreza y la precariedad laboral.





En efecto, las poblaciones que ya son vulnerables a razón de condiciones sociales y económicas desfavorables como ingresos, género, edad, educación, acceso a servicios de salud y vivienda, son aún más afectadas por el impacto del cambio climático (11–13). Simultáneamente, fenómenos como El Niño, La Niña, temperaturas extremas y anormales, contaminación del aire o incendios forestales están asociados a elevados riesgos de mortalidad y mortalidad en adultos mayores por lesiones física, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, renales y mentales (11).

Para enfrentar estos desafíos, es imprescindible que las estrategias y políticas de adaptación al cambio climático incluyan la participación de las comunidades en riesgo. Las respuestas deben recoger las necesidades específicas de estas poblaciones, y los participantes coincidieron en que, sin un reconocimiento real y efectivo de las comunidades, los esfuerzos serán insuficientes. Esto implica un abordaje colaborativo y de co-construcción: "El cambio climático requiere pensarse para nosotros, para y por nosotros", que atraviese la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de las acciones frente al cambio climático.

Reto 3. Garantizar el acceso integral a los servicios de salud mental a partir de la mejora de las estrategias multisectoriales de intervención que permitan crear entornos favorables.

El acceso integral a los servicios de salud mental en la región es insuficiente y las estrategias de intervención carecen de una coordinación efectiva entre sectores. Los participantes señalan la salud mental como un desafío importante a atender: *"(…) empezamos a ver ya la parte de salud mental como un tema que se nos está saliendo de las manos (…) muchas personas necesitan la atención y no hay una integralidad"*. La situación es especialmente alarmante en Antioquia, donde el hospital mental reportó una ocupación del 100% en febrero de 2024, que evidencia una creciente demanda que el sistema de salud no está logrando satisfacer (14).

La falta de atención integral y la fragmentación en los servicios de salud mental no solo agravan los problemas individuales, sino que también generan grandes disparidades y disminuyen la calidad de vida de las poblaciones afectadas. Estas enfermedades, a menudo silenciosas y estigmatizadas, están lejos de recibir la prioridad que merecen (15). Esta desatención es un signo de alerta que afecta profundamente a las comunidades vulnerables de la región (16).

Dentro de las recomendaciones planteadas en la mesa de diálogo, se destacan: trascender del abordaje parcializado de la salud mental y aunar intervenciones desde la educación, la academia, la justicia, y la protección social, implementar un abordaje interinstitucional con el Instituto de Deportes y Recreación de Medellín (INDER) para la atención de adultos mayores, y promover y desarrollar algunas estrategias de negocios productivos con personas con patologías mentales.

Reto 4. Fortalecer la formación del talento humano en salud para la gestión integral y participativa en salud pública de las comunidades.

Si bien la formación en salud pública se ha consolidado como un componente fundamental en el proceso de formación del personal de salud y en la interacción de los diversos actores del sistema, actualmente su papel es contradictorio. Esto obedece a tensiones entre los propósitos de la educación, las prácticas pedagógicas, el papel del *"educando y educador"* y el mercado o ámbito del ejercicio profesional. Uno de los participantes señala que: *"(...) es un reto el tema de la educación en salud. (...) cómo se están educando o cómo la sociedad está educando a los profesionales en salud para que no solo sean profesionales en salud sino educadores en salud"*.

En este sentido, los participantes de la mesa evidencian ambivalencia en la praxis de los profesionales del área de la salud, que, si bien en ocasiones proponen trabajar desde un concepto amplio de salud, orientan su actuación a la prevención o tratamiento de enfermedades: *"(...) viene (...) el médico te da una receta, tú te tomas la receta, te alivias, te mejoras, te desmejoras o te mueres. Y ya. Pero, no hay ese compartir de saberes y también esa posibilidad de que yo como paciente (...) salga preparado para gestionar mi propia salud"*.

Para fortalecer la formación del talento humano en salud, es fundamental la incorporación de enfoques participativos y comunitarios en los que se reconozcan los saberes, se priorice la comunicación horizontal y una intención pedagógica con implicación efectiva en la comprensión y gestión de la salud tanto individual como colectiva: *"(...) se necesita (...) una educación repensada, no bajo el mismo modelo"*. El diálogo de saberes se fundamenta en la legitimación del saber *"ordinario"* e introduce una nueva concepción del saber en salud pública como discurso emergente de las relaciones dialécticas entre el conocimiento del sentido común y el conocimiento científico (17). En tal sentido, uno de los participantes lo refiere así: *"(...) entonces, como eso está tan amarrado y que no ha sido una construcción colectiva del entendimiento del proceso salud-enfermedad desde las comunidades, desde el individuo, las familias, el colectivo, sino que ha sido más como (...) la política que indica qué es salud pública y qué se debe entender por salud pública, de a quiénes acoge la salud pública, como ha sido más una construcción de arriba hacia abajo, puede ser que por eso nos da tanta dificultad cuando debemos construir colectividad y salud pública de abajo hacia arriba (...)"*.

En la mesa, la educación en salud emerge como un reto y, al mismo tiempo, como un medio para democratizar el conocimiento, empoderar a las personas sobre el proceso de salud-enfermedad, incluso permitiría acercarse al concepto y aplicación de la salud pública, y aportaría a la transformación del relacionamiento entre los profesionales de salud y las comunidades. Esto es consistente con lo estudiado por Nutbeam (18), quien considera que en la educación en salud hay un contenido político, un ejercicio de divulgación educativa y una herramienta para que las personas superen barreras estructurales en salud. Peñaranda y colaboradores (19) concluyen que la educación para la salud es un campo plural producto de los debates de la teoría de la salud pública como disciplina y los fundamentos pedagógicos desde la educación, en los que se recoge, ciertas discusiones, por ejemplo, los modelos de educación tradicional (hegemónicos) frente a los críticos (contrahegemónicos), particularmente latinoamericanos. Una





educación que concibe el sujeto (paciente – comunidades) como objeto, percibe y transforma al educando en agente pasivo en la construcción de conocimiento, restringe la libertad para el diálogo y limita la capacidad de agencia con y para el otro.

Reto5. Implementar programas anticorrupción robustos para prevenir y mitigar los riesgos, y mejorar la eficacia de la respuesta sanitaria.

Los participantes identifican la corrupción como un obstáculo intrínseco en los procesos de respuesta en salud, afectando la administración pública y el funcionamiento del sistema de salud: *"(...) tenemos que generar una cultura y romper esa cadena maldita de la corrupción en donde los intereses individuales siempre están por encima de los intereses colectivos, en donde se hace política con un fin exclusivo del beneficio económico de unos pocos, donde esa realidad nos tiene permeados a todos y a todas las organizaciones en un alto o bajo nivel"*.

La corrupción en el sector de la salud pone en peligro la vida y puede generar la muerte (20). La malversación de recursos y el desvío de fondos destinados a la salud pública en la región exacerba los problemas existentes: *"(...) cuando se va la acción, (...) el papel puede con todo. La corrupción, el contrato para aquel, la ejecución para este. Y, se cambia todo ese espíritu de la norma, de la ley, de la realidad, de los diagnósticos sociales. (...) se trastocan y viene toda la corrupción (...)"*. Este fenómeno genera incertidumbre, aumenta el gasto público y pone en riesgo la atención médica de los ciudadanos, al tiempo que la descontextualización de las intervenciones, la falta de inversión en infraestructuras y la precariedad laboral en el sector sanitario.

Para combatir estos efectos y promover la transparencia, los participantes proponen varias medidas, entre las que destacan: mejorar la efectividad de las autoridades de control local el momento de investigar y realizar seguimientos exhaustivos en el uso de los recursos públicos y sancionar los actos de corrupción en materia de salud; mayor gobernabilidad para mejorar la capacidad del gobierno y generar estabilidad institucional; promover procesos de educación repensada de forma diferente del modelo de productividad, acumulación y competitividad; y, cambio de conciencia colectiva en el que los intereses individuales no estén por encima de los colectivos.

Referencias

1. Torres Gómez EE, Vásquez Roldán JS. ¿Cuánto le aporta Antioquia a la economía del país? [Internet]. [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia/!ut/p/z0/fU-xDolwFPwVF0bSWrDISBxMjIODMdDFPKHBp7SvQDF-vkUH4-JyubvcXXJMsZIpCw9swSNZ6IKulDyv841YFinfc5lKXshDusrENjmeONsx9T8QFvDW96pgqibr9dOz0tHgoZsaDRGH8Vddy-egPn3FhyWONMEb83bbY0Jz62k4PSA3WBJ0BA14PwcNLDDZc6CeE2IHJRB5DS4KLhLm7ql4RHxf5/
2. Bateman A, Restrepo V. DOCUMENTO DEL ESTADO DE LA PROSPERIDAD DEL ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ [Internet]. ONU-Habitat; Disponible en: https://unhabitat.org/sites/default/files/2021/08/medellin_colombia_reporte_amva.pdf
3. Cárdenas Camargo JE. Integración socioeconómica de la población migrante venezolana en Medellín [Internet]. Medellín cómo vamos; 2023 [citado 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.medellincomovamos.org/system/files/2024-01/docuprivados/20240129_Policy%20brief%20web%20%281%29.pdf
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Cuentas departamentales [Internet]. [citado 11 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/operaciones/PIB/departamental/bol-PIBDep-2022pr.pdf
5. Area metropolitana Valle de Aburrá. Lanzamos estrategia conjunta para fortalecer la salud mental [Internet]. 2020 [citado 3 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.metropol.gov.co/Paginas/Noticias/lanzamos-estrategia-conjunta-para-fortalecer-la-salud-mental.aspx
6. Gobernación de Antioquia. Análisis de situación de salud Antioquia 2022. Capítulo VII Salud mental. [Internet]. 2022 [citado 5 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.dssa.gov.co/images/2023/documentos/ASIS/versiones/Capitulo%20VII%20Salud%20mental.pdf
7. Aranco N, Bosch M, Stampini M, Herrera OA, Goyeneche L, Ibarrarán P, et al. Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores. IDB Publ [Internet]. 8 de junio de 2022 [citado 30 de octubre de 2024]; Disponible en: https://publications.iadb.org/es/envejecer-en-america-latina-y-el-caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores
8. Carga financiera de las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia [Internet]. [citado 30 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.banrep.gov.co/es/node/62598/printable/print
9. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
10. IDEA. IDEA - Instituto para el Desarrollo de Antioquia [Internet]. [citado 11 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.idea.gov.co/
11. Figueiredo T, Midão L, Rocha P, Cruz S, Lameira G, Conceição P, et al. The interplay between climate change and ageing: A systematic review of health indicators. PLOS ONE. 24 de abril de 2024;19(4):e0297116.
12. US EPA O. Climate Change and the Health of Socially Vulnerable People [Internet]. 2022 [citado 17 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.epa.gov/climateimpacts/climate-change-and-health-socially-vulnerable-people
13. Clarkson H. Climate Week. [citado 17 de octubre de 2024]. Opening Ceremony Speech - 2024: It's Time – Key Principles For Climate Action. Disponible en: https://www.climateweeknyc.org/news/opening-ceremony-speech-2024-its-time-key-principles-climate-action
14. Arango Á. www.elcolombiano.com. 2024 [citado 26 de septiembre de 2024]. Este año 745 personas han intentado quitarse la vida en Antioquia: busque ayude en estas líneas telefónicas. Disponible en: https://www.elcolombiano.com/antioquia/cada-dos-horas-una-persona-intenta-quitarse-la-vida-en-antioquia-por-crisis-de-salud-mental-CN23843122
15. Restrepo J. Universidad de Antioquia. 2023 [citado 26 de septiembre de 2024]. Incremento de afectaciones a la salud mental en Antioquia: coletazos de la pandemia. Disponible en: http://url.ins.gov.co/ue1gl
16. World Health Organization. Informe mundial sobre la salud mental Transformar la salud mental para todos [Internet]. World Health Organization; 20222 [citado 1 de octubre de 2024] p. 318. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338
17. Restrepo D. La salud pública como escenario para el diálogo de saberes. Rev CES Salud Pública. 2012;3(1).
18. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 1 de septiembre de 2000;15(3):259-67.
19. Peñaranda Correa F, López Ríos JM, Molina Berrío DP. La educación para la salud en la salud pública: Un análisis pedagógico. Hacia Promoc Salud. 2017;22(1):123-33.
20. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito para la región Andina y el Cono Sur. Revisión de riesgos de corrupción del sector salud con foco en adquisición de medicamentos y tecnologías de la salud [Internet]. 2022. Disponible en: https://businessintegrity.unodc.org/bip/uploads/documents/resources/Colombia_corruption_risks_in_public_procurement_Doc_Riesgos_Salud.pdf

Región Cafetero-Norte

Municipios

Antioquia

Medellín
Abejorral
Abriaquí
Amagá
Andes
Angelópolis
Santa Fe De Antioquia
Anzá
Argelia
Armenia
Barbosa
Belmira
Bello
Betania
Betulia
Ciudad Bolívar
Buriticá
Caicedo
Caldas
Cañasgordas
Caramanta
Carmen De Viboral
Concordia
Copacabana
Donmatías
Ebéjico
Entrerrios
Envigado
Fredonia
Frontino
Giraldo
Girardota
Guarne
Guatapé
Heliconia
Hispania
Itagüí
Jardín
Jericó
La Ceja
La Estrella
La Pintada
La Unión
Liborina
Marinilla
Montebello
Nariño
Olaya
Peñol
Pueblorrico
El Retiro
Rionegro
Sabanalarga
Sabaneta
Salgar
San Andrés de Cuerquia
San Jerónimo
San José De La Montaña
San Pedro De Los Milagros
San Vicente
Santa Bárbara
Santa Rosa De Osos
Santuario
Sonsón
Sopetrán
Támesis
Tarso
Titiribí
Uramita
Urrao
Valparaiso
Venecia

Chocó

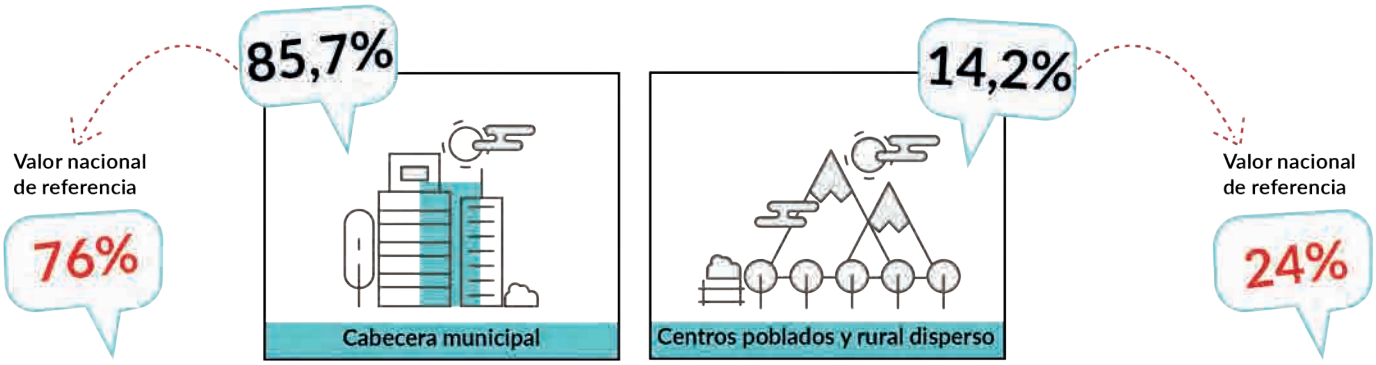
El Carmen de Atrato

Ficha de caracterización

Región
Cafetero-Norte

1. Descripción general

La región Cafetero Norte está conformada por 73 municipios dentro de los departamentos de Antioquia (72) y Chocó (1).

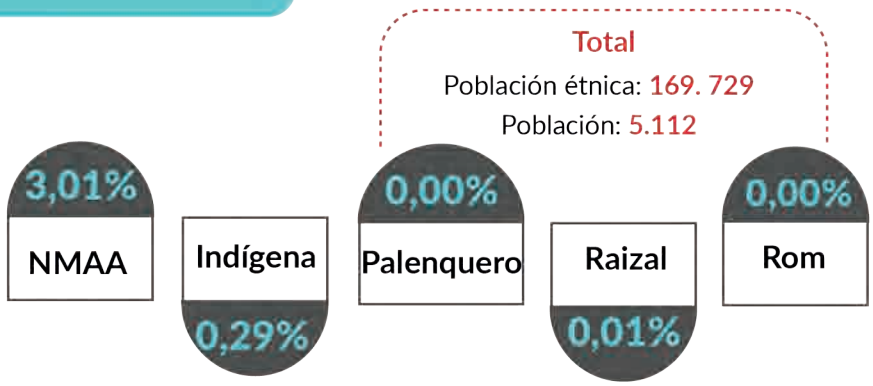


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

La región Cafetero Norte es predominantemente urbana, con un 82% de la población viviendo en cabeceras municipales, superando el valor nacional de 76%. En contraste, solo el 14.2% reside en centros poblados o áreas rurales dispersas, por debajo del 24% nacional, lo que indica una mayor concentración poblacional en zonas urbanas.

2. Demografía y población

El 3,01% de la población de la región se identifica como NMAA, por debajo del promedio nacional de 9,1%. La población indígena representa el 0,29%, mientras que las poblaciones raizal, palenquero y Rom son mínimas, similares a los valores nacionales.

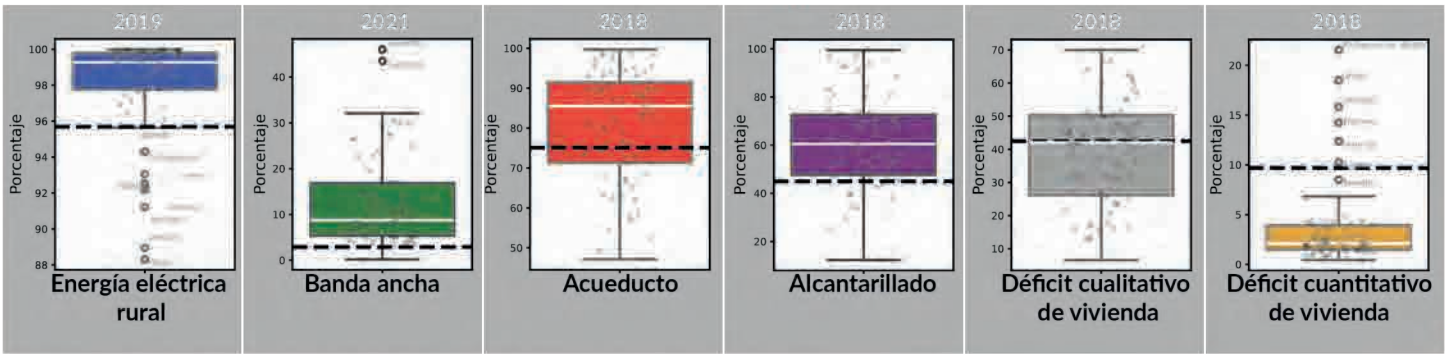


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de energía eléctrica en áreas rurales muestra alta homogeneidad, con una mediana cercana al 99%. Sin embargo, la cobertura de banda ancha presenta mayor variabilidad, con algunos municipios como Sabaneta y Sopetrán alcanzando valores altos. En cuanto al déficit cuantitativo de vivienda, algunos municipios se encuentran significativamente por encima de la mediana nacional del 10%, destacando casos como El Carmen de Atrato y Urrao con un 20%.

Cobertura de servicios de la región Cafetero Norte

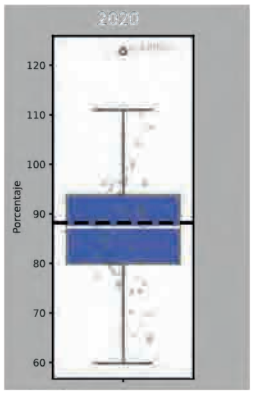


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

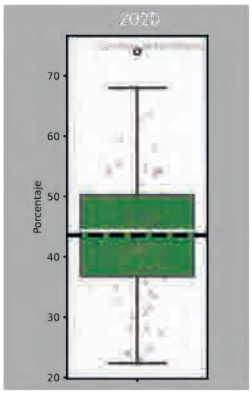
4. Educación

La cobertura en educación básica muestra una mediana del 87%. La educación media tiene una mayor dispersión, con municipios como San Pedro de los Milagros alcanzando un 70%. Las tasas de deserción son bajas en general, con una mediana regional del 2%, aunque algunos municipios como Don Matías presentan valores más altos. Todos los indicadores se alinean con el valor nacional.

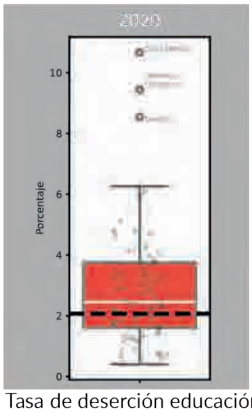
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

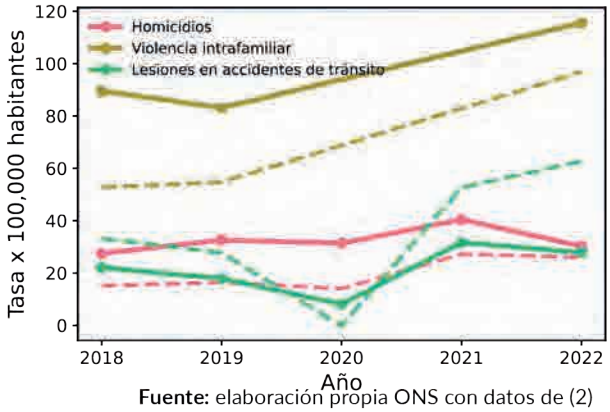


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios en la región se mantienen superiores a la mediana nacional, alcanzando picos en 2021 con 40 por cada 100.000 habitantes. La violencia intrafamiliar muestra un aumento continuo, superando los 100 casos en 2022, mientras que las tasas de lesiones por accidentes son más volátiles, aunque tienden a estabilizarse hacia el final del período.



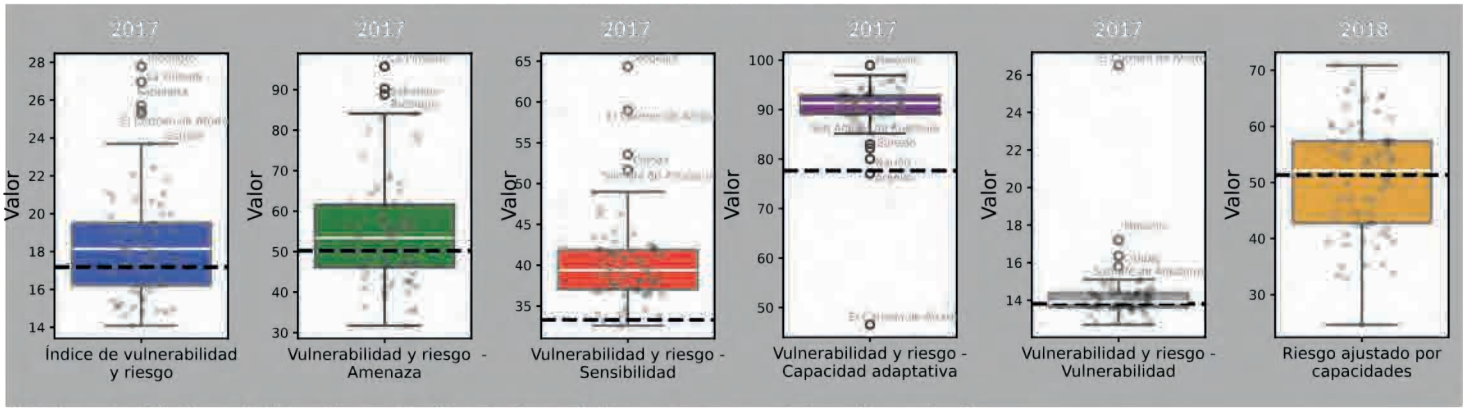
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

El índice de vulnerabilidad muestra alta dispersión, con municipios como Sabaneta y Rionegro superando significativamente la mediana nacional. El riesgo ajustado por capacidades refleja una mediana por encima del valor nacional, indicando que los municipios en la región enfrentan desafíos significativos frente al cambio climático.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

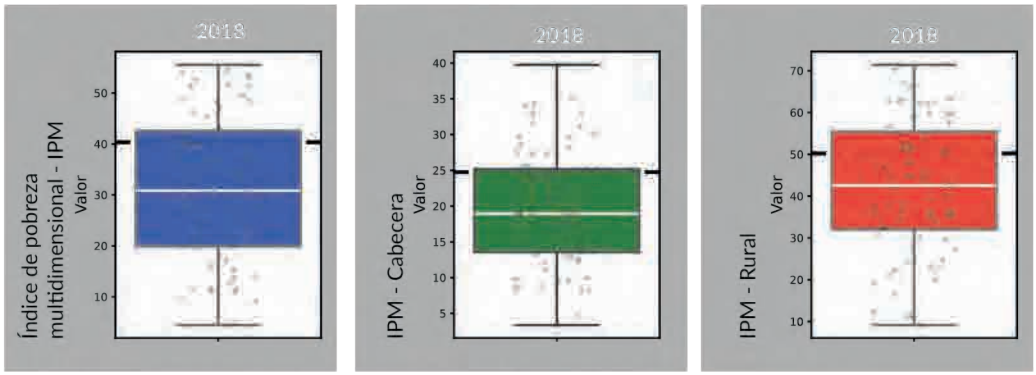


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

El IPM en áreas rurales es notablemente más alto que en cabeceras, con una mediana de 42 frente al 18 en cabeceras. Sin embargo, la región destaca por un IPM bajo, comparado con el valor nacional.

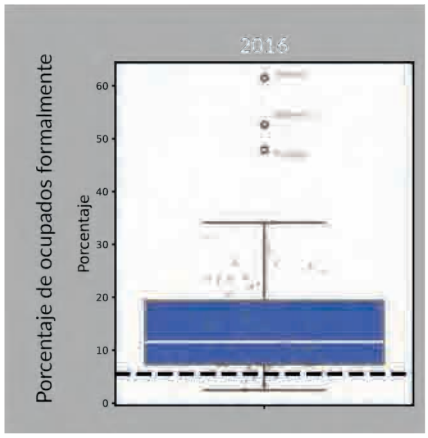
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

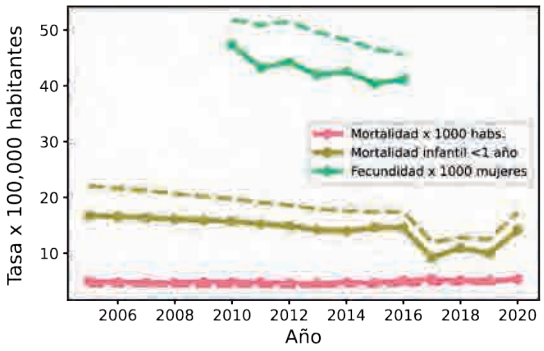
El porcentaje de empleo formal en la región varía considerablemente, con municipios como Medellín alcanzando un 60%, muy por encima de la mediana regional del 15%. Esto sugiere grandes disparidades en las oportunidades laborales formales.



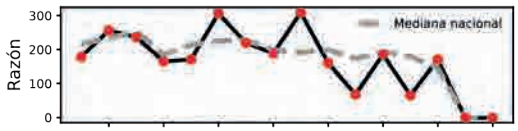
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

Las tasas de mortalidad en la región han mostrado una tendencia superior a la nacional, especialmente en la mortalidad materna, que ha tenido picos notables en los últimos años. La cobertura de vacunación se mantiene superior al promedio nacional, lo que indica un área de mejora en salud pública.



Mortalidad materna a 42 días



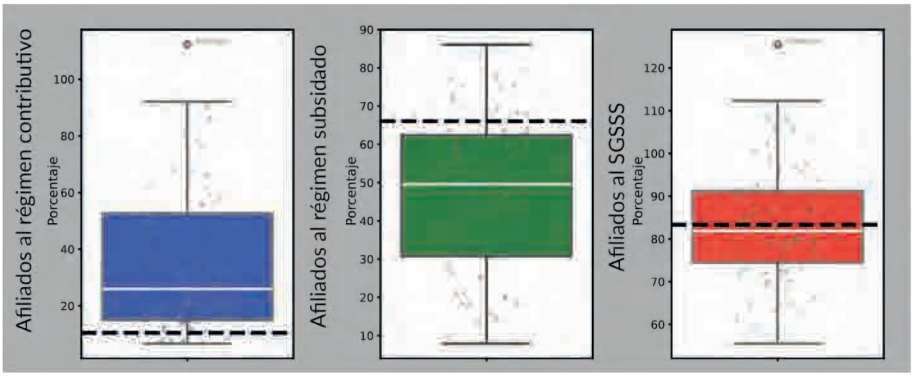
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Acceso a la salud

La cobertura en el régimen contributivo presenta una alta variabilidad, con municipios como Rionegro mostrando más del 100%, muy superior a la mediana regional del 25%. La cobertura en el régimen subsidiado está por debajo de la mediana nacional en muchos municipios.



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	95,30	70,40	Disminuyó
Agresiones (homicidios)	147,70	23,40	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	55,50	32,10	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	47,10	28,10	Disminuyó
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	22,90	20,40	Disminuyó
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	22,50	16,50	Disminuyó
Diabetes mellitus	31,70	10,40	Disminuyó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1,70	56,20	Aumentó
Accidentes de transporte terrestre	26,60	12,70	Disminuyó
Las demás enfermedades del sistema digestivo	20,80	15,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias en comparación con el periodo 1998-2002 fueron: Agresiones (homicidios), diabetes mellitus y las demás enfermedades infecciosas y parasitarias. Con excepción de esta última, todas las tasas de mortalidad disminuyeron en esta región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	39,92	39,10	No diferencia
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	33,56	42,00	Aumentó
Dengue	33,35	6,29	Disminuyó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	271,60	263,76	No diferencia
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	2,48	313,00	Aumentó
Intento de Suicidio	86,09	94,88	Aumentó
Intoxicación por medicamentos	56,30	68,29	Aumentó
Intoxicación por sustancias psicoactivas	22,29	21,46	No diferencia
Varicela Individual	159,60	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

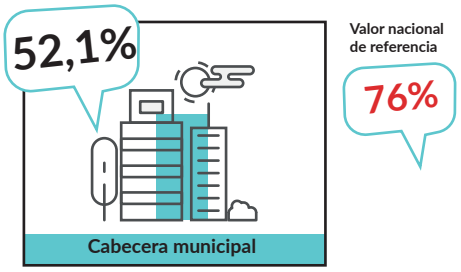
En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: agresiones (homicidios), diabetes mellitus y las demás enfermedades infecciosas y parasitarias. Con excepción de esta última, todas las tasas de mortalidad disminuyeron en esta región.

Referencias
1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/
2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/
4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx
5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col
6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Región Cordillera Oriente

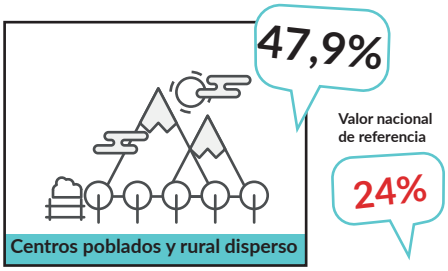
Ficha de caracterización

1. Descripción general



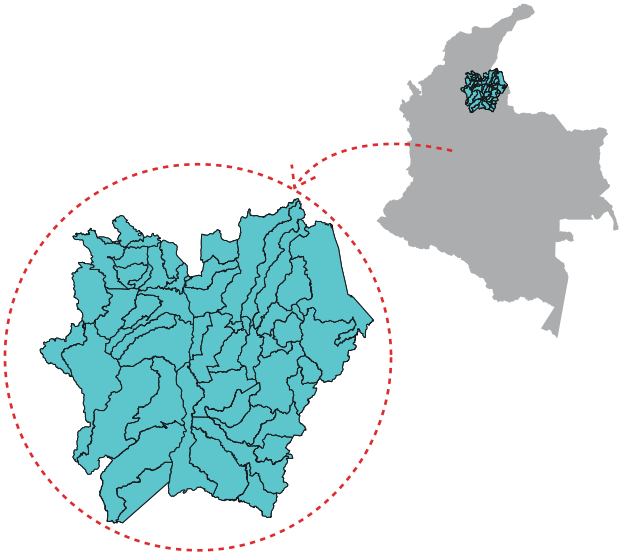
Valor nacional de referencia

76%



Valor nacional de referencia

24%



La región Cordillera-Oriente está conformada por 29 municipios dentro de los departamentos de Huila (20), Caquetá (8) y Cauca (1). Además, incluye el área de litigio entre Huila y Cauca, conocida como Leticia – Moscopán dentro del municipio de la Plata.

La región muestra un balance entre lo urbano y lo rural. El 52,1% de su población reside en cabeceras municipales, una cifra inferior al promedio nacional del 76%. En contraste, el 47,9% habita en áreas rurales dispersas, lo que supera significativamente el promedio nacional del 20%, esta cifra marca una mayor ruralidad.

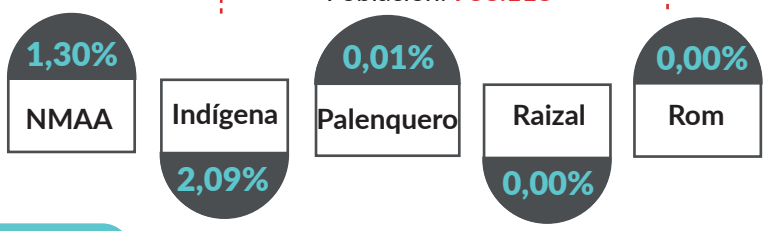
2. Demografía y población

La población indígena representa el 2.09% del total, por debajo del promedio nacional del 4.4%, mientras que la población negra, mulata, afrodescendiente y afrocolombiana (NMAA) es del 1.3%, por debajo del 9.1% nacional. Los otros grupos étnicos tienen poca presencia en la región.

Total

Población étnica: **25.871**

Población: **758.118**

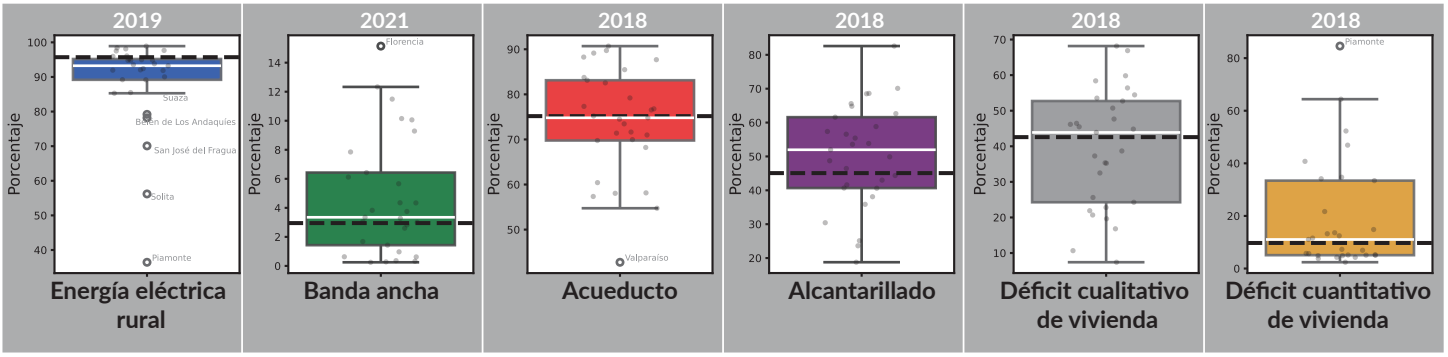


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

La cobertura de energía eléctrica es alta en la región con varios municipios que superan el 90%. La banda ancha, muestran una mayor dispersión al mostrar valores atípicos en municipios como Florencia con un 14% de cobertura. El resto de los indicadores se alienan con las medianas nacionales.

Cobertura de servicios de la región Cordillera Oriente

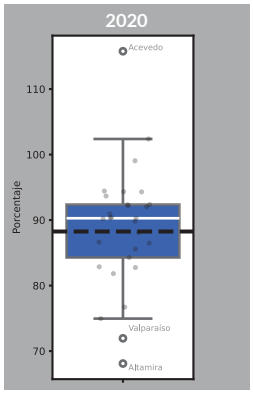


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

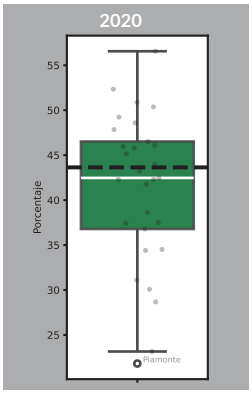
4. Educación

La cobertura educativa es generalmente alta en la educación básica (cerca del 90%), aunque algunos municipios, por ejemplo, Valparaíso y Altamira, están por debajo del promedio nacional. Las tasas de deserción son bajas, pero algunos municipios superan el 4%. En general, los indicadores de educación se alienan con las medianas nacionales.

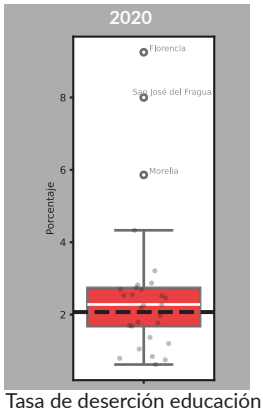
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

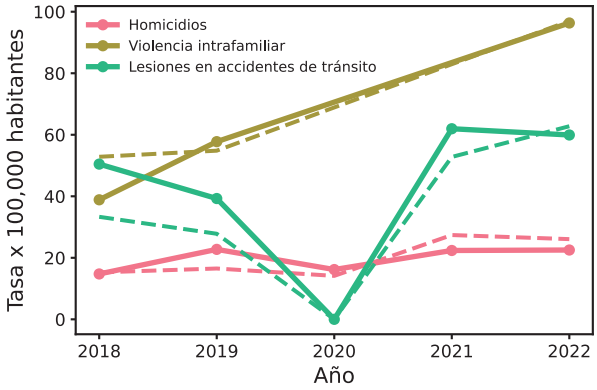


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

La tasa de homicidios presenta picos intermitentes, y llega hasta un máximo de 23 por cada 100,000 habitantes, mientras que las tasas de violencia intrafamiliar y lesiones en accidentes muestran tendencias al alza.

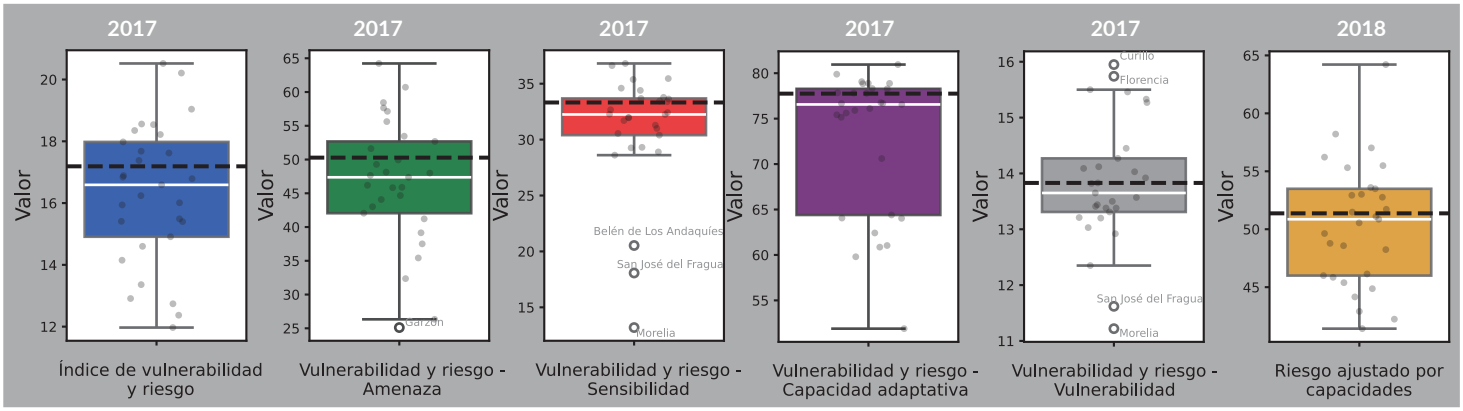


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

En general, la región presenta indicadores de vulnerabilidad y riesgo frente al cambio climático que se asemejan a la mediana nacional. No obstante, los valores relacionados con amenaza, capacidad adaptativa y riesgo ajustado por capacidades exhiben una marcada variabilidad entre los municipios.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

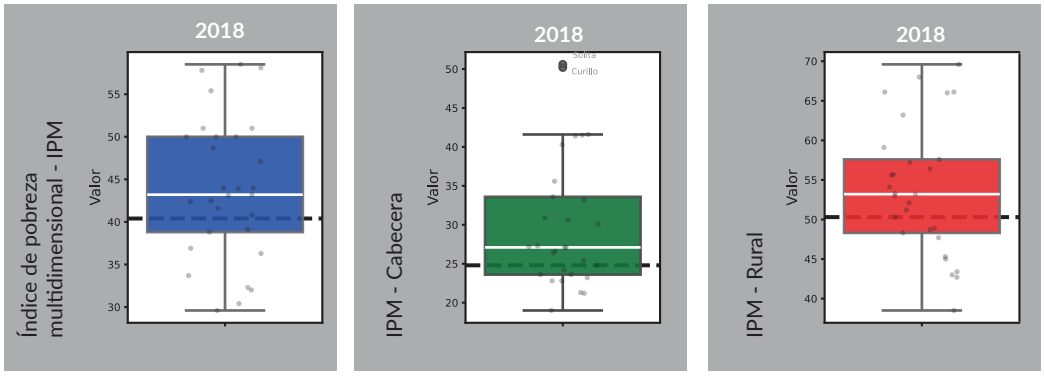


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

El IPM es significativamente más alto en zonas rurales con una mediana de 53%, en comparación con el 26% de las cabeceras. La variabilidad es mayor en áreas rurales, esto indica disparidades dentro de la región.

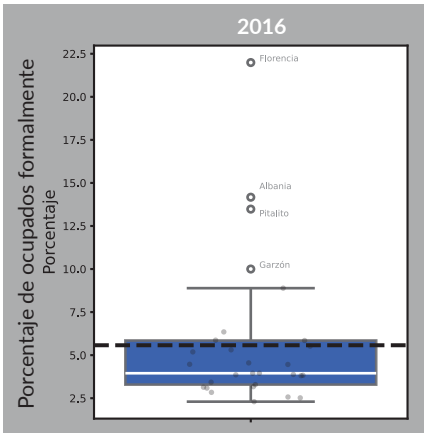
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

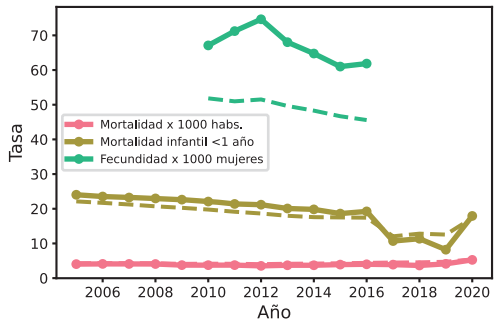
La mediana regional de ocupación formal es del 4,5%, inferior a la mediana nacional. Municipios como Florencia y Albania muestran tasas significativamente más altas, mayores al 12%.



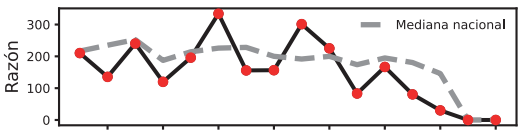
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

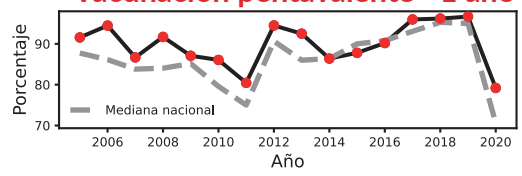
La mortalidad infantil ha disminuido a lo largo del tiempo al igual que la tendencia nacional. Sin embargo, la tasa de fecundidad es consistentemente más alta que la mediana nacional, tuvo un pico en 2012. La cobertura de vacunación también presenta altibajos, pero se mantiene ligeramente por encima del comportamiento nacional.



Mortalidad materna a 42 días



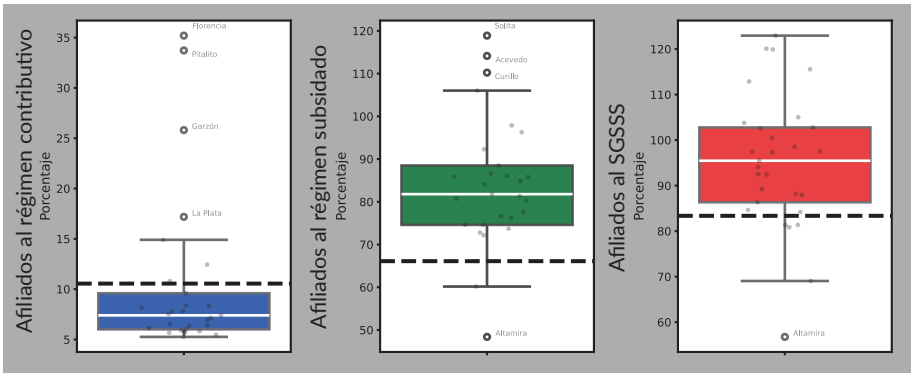
Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

El acceso al régimen subsidiado es notablemente alto en comparación con la mediana nacional, mientras que el régimen contributivo tiene una menor cobertura. Los afiliados al SGSSS superan el 100% en algunos municipios, es decir que cobertura total, pero más allá de la población registrada.

Acceso a la salud



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	91,40	93,10	No diferencia
Agresiones (homicidios)	111,70	28,50	Disminuyó
Enfermedades cerebrovasculares	48,20	25,00	Disminuyó
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	26,00	26,70	No diferencia
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1,70	61,80	Aumentó
Diabetes mellitus	20,60	22,30	No diferencia
Accidentes de transporte terrestre	20,40	21,10	No diferencia
Enfermedades hipertensivas	18,70	19,50	No diferencia
Tumor maligno del estómago	21,10	15,10	Disminuyó
Infecciones respiratorias agudas	15,60	12,10	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias en comparación con el periodo 1998-2002 fueron: las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, agresiones (homicidios) y enfermedades cerebrovasculares. Para las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, la tasa pasó de 1,7 a 61,8 por cada 100,000 habitantes. La tasa de agresiones (homicidios) disminuyó de 111,70 a 28,50, y la de enfermedades cerebrovasculares varió de 48,20 a 25,0. Estas cifras reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	49,20	46,52	No diferencia
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	49,32	35,26	Disminuyó
Dengue	52,17	107,62	Aumentó
Exposición a flúor	85,22	0,00	Disminuyó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	322,18	389,01	Aumentó
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	3,71	366,57	Aumentó
Intento de Suicidio	75,62	75,16	No diferencia
Intoxicación por plaguicidas	48,51	36,07	Disminuyó
Varicela Individual	102,50	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado) y Dengue. La tasa de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia fue de 389,01 por cada 100,000 habitantes, superando la media nacional de 87,51. Para Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado), la tasa registrada fue de 366,57, que es mayor a la media nacional. Por último, la tasa de Dengue alcanzó 107,62, superior a la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, lo cual puede reflejar un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias

1.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/

2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/

4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx

5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col

6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Región Cordillera Oriente

Municipios

Caquetá

Florencia
Albania
Belén de los Andaquíes
Curillo
Morelia
San José del Fragua
Solita
Valparaíso

Cauca

Piamonte

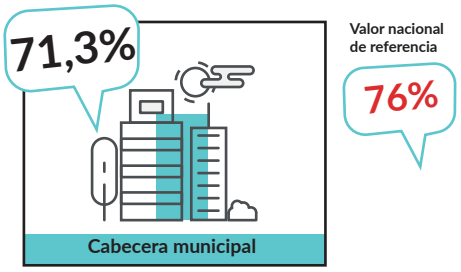
Huila

Acevedo
Agrado
Altamira
Elías
Garzón
Gigante
Guadalupe
Isnos
La Argentina
La Plata
Oporapa
Paicol
Palestina
Pital
Pitalito
Saladoblanco
San Agustín
Suaza
Tarqui
Timaná

Región Insular

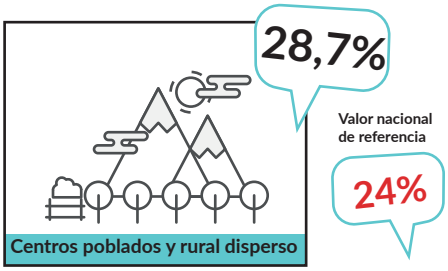
Ficha de caracterización

1. Descripción general



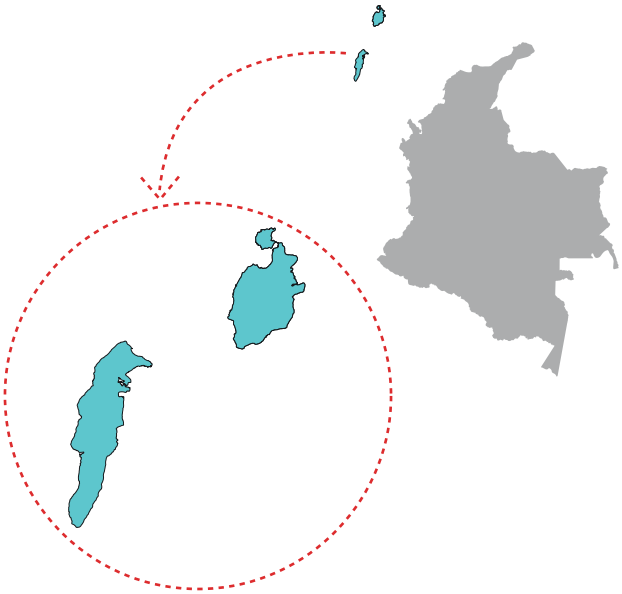
Valor nacional de referencia

76%



Valor nacional de referencia

24%

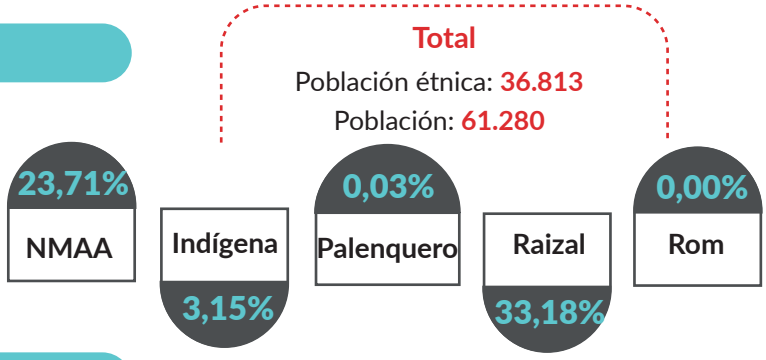


La región Insular está conformada por el Archipiélago de San Andrés y providencia.

La distribución de población en zonas urbana y rurales es un reflejo del país. El 76% de su población reside en cabeceras municipales, mientras que el 24% habita en áreas rurales dispersas, superando ligeramente la mediana nacional.

2. Demografía y población

El 33% de la población se identifica como raizal. Quienes se identifican como negros, mulatos, afrodescendientes y afrocolombianos (NMAA) y los indígenas representan el 23% y 3%, respectivamente. Es poca la presencia de palenqueros y Rom. En términos de pertenencia étnica, esta región es la más diversa de Colombia.

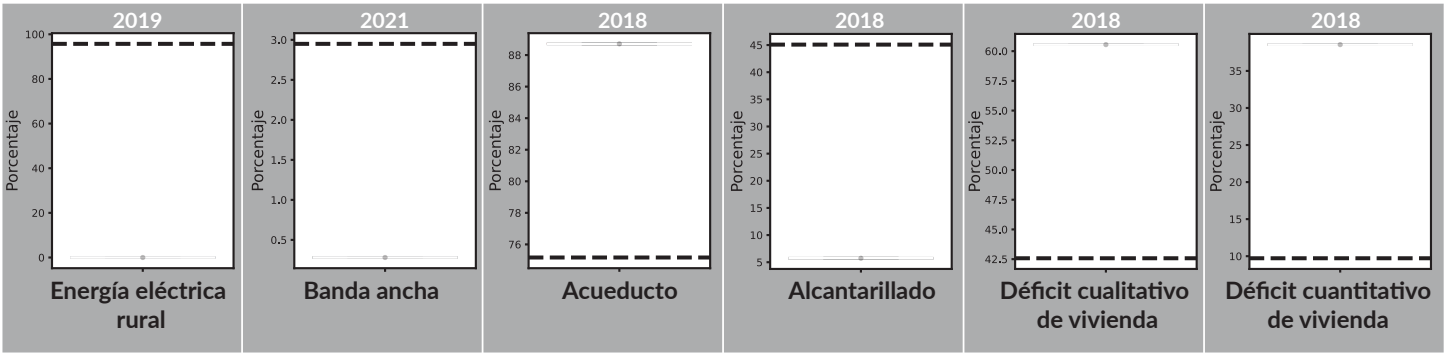


Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

3. Vivienda y acceso a servicios públicos

En lo que respecta a servicios públicos, la región insular alcanza una cobertura del 89% en acueducto, pero solo un 5,5% en alcantarillado, lo que evidencia una marcada brecha en este servicio. Además, enfrenta un elevado déficit habitacional con un 60% de déficit cualitativo y un 38% cuantitativo, ambos significativamente superiores a la mediana nacional.

Cobertura de servicios de la región Insular

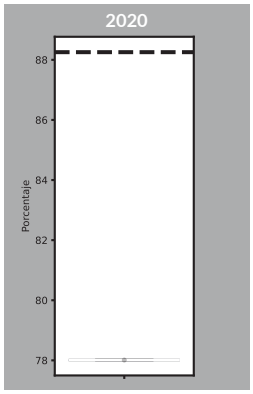


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

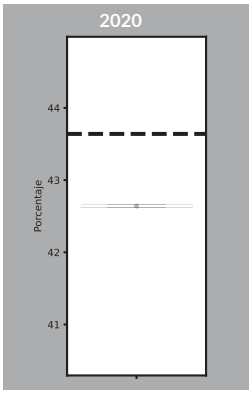
4. Educación

Los indicadores de cobertura en educación básica en la región alcanzan el 78%, un valor inferior a la mediana nacional de 88,2%. De manera similar, la cobertura en educación media es del 43,6%, ligeramente por debajo del promedio nacional. Por otro lado, la tasa de deserción es baja y se sitúa en aproximadamente 0,6%, significativamente menor que la mediana nacional.

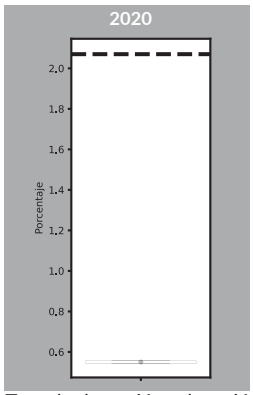
Acceso a la educación



Cobertura neta en educación básica



Cobertura neta en educación media

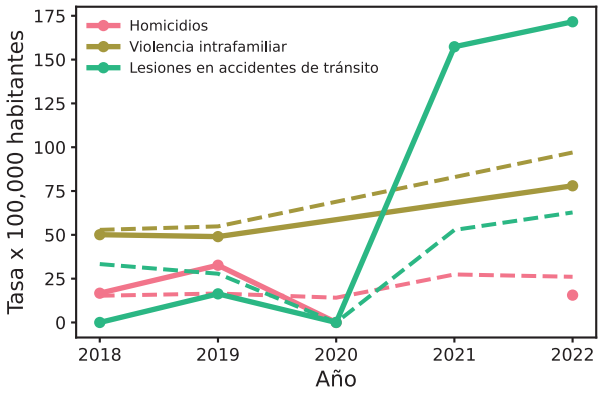


Tasa de deserción educación básica y media

Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

5. Convivencia y seguridad ciudadana

Las tasas de homicidios muestran fluctuaciones significativas. Se destaca un pico de 31 homicidios por cada 100,000 habitantes en 2019. La violencia intrafamiliar ha incrementado de manera constante, alineada con la tendencia observada a nivel nacional. Por su parte, las tasas de lesiones por accidentes de tránsito han aumentado considerablemente tras la pandemia, ya alcanzan niveles preocupantes con más de 150 lesiones por cada 100,000 habitantes en 2021 y 2022.

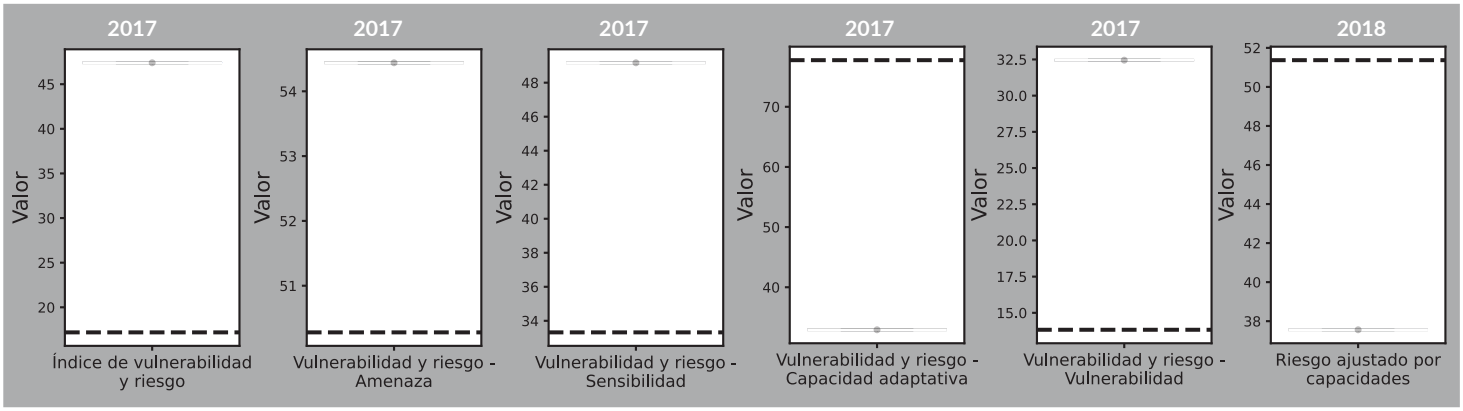


Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

6. Ambiente

La región presenta una elevada vulnerabilidad y riesgo frente al cambio climático con indicadores que superan significativamente los valores nacionales. El indicador de vulnerabilidad y riesgo registra un valor de 47, mientras que en amenaza alcanza 54,5, en sensibilidad 49,0, y en vulnerabilidad 32,5. Por otro lado, la capacidad adaptativa se sitúa en apenas 30 puntos, menos de la mitad del promedio nacional, que refleja una limitada capacidad para enfrentar los impactos del cambio climático.

Vulnerabilidad y riesgo por cambio climático

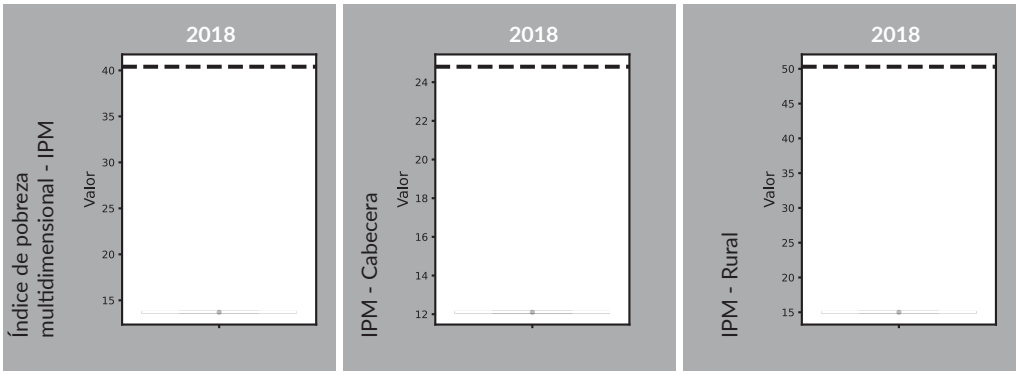


Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. La línea a trozos representa la mediana nacional.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

7. Pobreza

La región registra un Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) significativamente inferior a la mediana nacional, tanto en las cabeceras municipales, con un valor de 12, como en las zonas rurales, con 15. Este comportamiento puede atribuirse en gran medida a la influencia del turismo en la región, que impulsa el desarrollo económico y mejora las condiciones de vida.

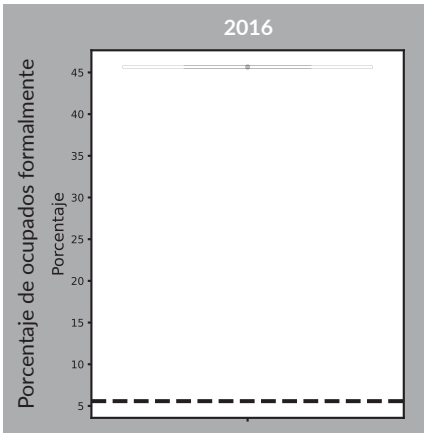
Pobreza



Nota: la escala utilizada en el eje Y cambia entre las diferentes figuras. Las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (3)

8. Mercado laboral

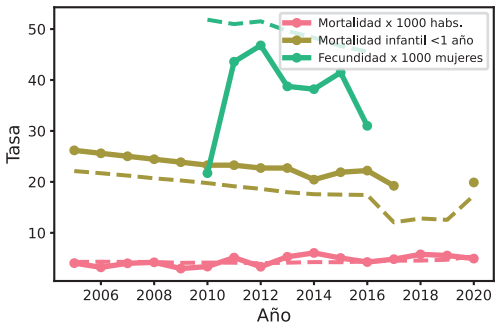
Asimismo, la ocupación formal en la región es considerablemente más alta que la media nacional con una mediana cercana al 45%.



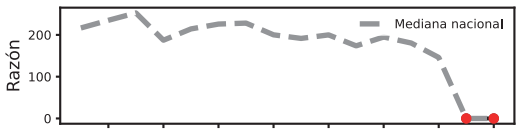
Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

9. Salud

La tasa de mortalidad general muestra oscilaciones marcadas, pero alcanza picos superiores a la media nacional. La cobertura de vacunación es alta con fluctuaciones alrededor del 90%, mientras que la tasa de fecundidad es ligeramente menor que la tendencia nacional.



Mortalidad materna a 42 días



Vacunación pentavalente <1 año



Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

La afiliación al régimen contributivo alcanza el 46%, un porcentaje significativamente superior a la mediana nacional del 10%, lo que refleja una mejor cobertura de salud en comparación con otras regiones. Este indicador está en consonancia con el bajo Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), previamente mencionado, factores que señalarían un contexto socioeconómico más favorable en la región.

Nota: las líneas punteadas representan las medianas nacionales.
Fuente: elaboración propia ONS con datos de (2)

Acceso a la salud

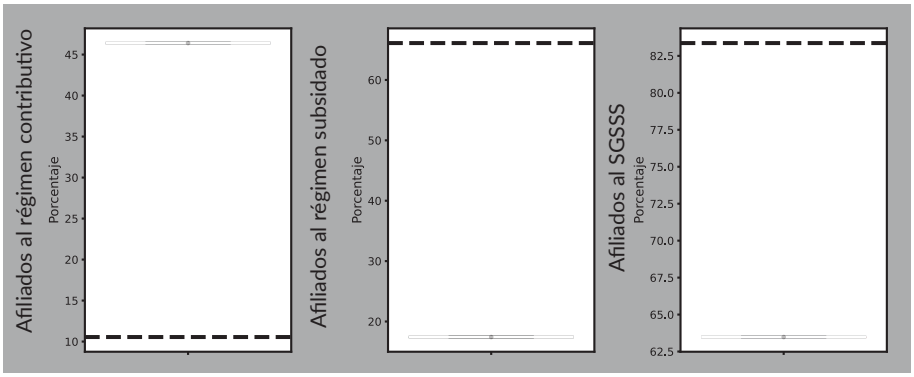


Tabla 1. Promedio de las tasas de mortalidad ajustadas en la región

Causa de muerte	1998:2002	2018:2022	Variación
Enfermedades isquémicas del corazón	57,80	73,00	Aumentó
Enfermedades cerebrovasculares	70,10	18,30	Disminuyó
Enfermedades hipertensivas	39,20	41,50	No diferencia
Diabetes mellitus	22,90	30,00	Aumentó
Agresiones (homicidios)	10,00	49,90	Aumentó
Accidentes de transporte terrestre	24,00	25,30	No diferencia
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	21,50	16,60	Disminuyó
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	0,80	41,50	Aumentó
Tumor maligno de la próstata	14,50	9,10	Disminuyó
Infecciones respiratorias agudas	9,50	17,00	Aumentó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

Entre 2018 y 2022, las tres principales causas de muerte con mayores diferencias en comparación con el periodo 1998-2002 fueron: las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, agresiones (homicidios) y enfermedades cerebrovasculares. Para las demás enfermedades infecciosas y parasitarias, la tasa pasó de 0,8 a 41,5 por cada 100,000 habitantes. La tasa de agresiones (homicidios) cambió de 10,0 a 49,9, y la de Enfermedades cerebrovasculares varió de 70.10 a 18.30. Estos comparativos reflejan importantes variaciones en las causas de mortalidad en la región.

Tabla 2. Tasas ajustadas de notificación para eventos vigilados

Evento	Tasa 2018	Tasa 2022	Variación
Bajo peso al nacer	33,97	41,12	Aumentó
Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	3,72	32,10	Aumentó
Dengue	21,16	202,08	Aumentó
Exposición a flúor	75,95	0,00	Disminuyó
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	444,45	531,88	Aumentó
Intento de Suicidio	22,01	48,72	Aumentó
Intoxicación por medicamentos	13,12	14,95	Aumentó
Intoxicación por sustancias psicoactivas	8,09	16,57	Aumentó
Varicela Individual	355,57	0,00	Disminuyó

Fuente: elaboración propia ONS con datos de (6)

En 2022, los tres eventos con mayores diferencias respecto a la media nacional fueron: agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Dengue e intento de suicidio. La tasa de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia fue de 531,88 por cada 100,000 habitantes, muy superior a la media nacional de 87,51. Para Dengue, la tasa registrada fue de 202,08, superando la media nacional. Por último, la tasa de intento de suicidio alcanzó 48,72, por debajo de la media nacional. La comparación entre las tasas de 2018 y 2022 muestra variaciones significativas, lo cual puede reflejar un empeoramiento en algunas condiciones de salud en la región.

Referencias

1.Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/

2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade

3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geovisor de índice de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por manzana [Internet]. 2024 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/vulnerabilidad/

4. Ministerio de Salud. Planilla Integrada de Aportes Laborales (PILA) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx

5. Haussman R. El Atlas colombiano de complejidad económica [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: https://datlascolombia.bancoldex.com/#/?locale=es-col

6. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. [citado 10 de julio de 2024]. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

Municipios

Archipiélago

San Andrés

Providencia

Región Insular



6
Discusión

Carlos Castañeda-Orjuela, Karol Cotes-Cantillo, Gina Alexandra Vargas-Sandoval, Keyra Asprilla-Córdoba, Esteban Jerez-Díaz, Lorena Maldonado-Maldonado, Luis Eduardo Olmos-Sánchez, Diana Díaz-Jiménez, Diego Moreno-López, Diana Santana-Rodríguez, Luz Stella Cantor-Poveda, Pablo Chaparro-Narváez, Jean Carlo Pineda-Lozano, Víctor Stephen González-Quintero, Rosanna Camerano-Ruiz

Aproximarse a la salud pública con el objetivo de impactar el bienestar de una población requiere considerar las particularidades sociopolíticas, económicas y culturales de cada territorio. Para lograr esto, es necesario escuchar a la gente, una labor que el equipo técnico del Observatorio Nacional de Salud (ONS) emprendió de manera decidida en este informe 16, a través de la implementación de diálogos participativos regionales que permitieron identificar los retos estratégicos en salud pública en las regiones del país. De esta manera, los profesionales del ONS llegaron hasta los territorios y generaron espacios dialógicos en los que los participantes narraron lo que ocurre en salud pública en sus regiones, delimitaron sus retos y propusieron alternativas de solución.

De la noción de territorio y salud pública a la delimitación de los retos estratégicos

Las mesas de diálogo regional permitieron aproximarse a una concepción del territorio por parte de los participantes de cada región, en los que aparecen ciertas coincidencias. Por un lado, es común la percepción del territorio como un espacio profundamente vinculado a la identidad cultural, la riqueza natural y la vida comunitaria. Regiones como Caribe-Norte y Cordillera enfatizan la conexión espiritual y cultural con el territorio, el cual consideran como una extensión de la identidad colectiva y personal, mientras que otras, el caso de Centro-Oriental, lo conciben como un espacio de disputa por recursos y derechos, en particular el agua y el medio ambiente. Consideración en la que se hace más énfasis en las zonas donde permanece el conflicto armado, donde esas condiciones estructurales que perpetúan la violencia se mezclan con el racismo y explotación de recursos.
Estas coincidencias subrayan la importancia de la territorialidad en la construcción de estrategias de salud pública basadas en la pertenencia y el arraigo comunitario. Por otro lado, se identifican diferencias que evidencian las dinámicas particulares de cada región. Por ejemplo, en Central-Cafetero, la definición de territorio incluye una visión político-administrativa, mientras que en Gran Santander-Oriente se aborda desde una perspectiva transfronteriza, influenciada por la migración y el conflicto armado. También, existen concepciones vinculadas a la etnia, por ejemplo, el territorio es esencial para las comunidades, especialmente las indígenas y afrocolombianas, al ser fuente de recursos vitales, reflejo de su cosmovisión, y espacio para transmitir saberes que promueven el equilibrio y cuidado ambiental e intergeneracional. Las comunidades afrodescendientes ven el territorio como una extensión de su identidad cultural y ancestral, un espacio simbólico que conecta su historia, raíces y dinámicas sociales actuales. Estas diferencias implican que los retos estratégicos en salud pública deben ser diferenciados y sensibles a las particularidades geográficas, sociales y económicas de cada región, evitando soluciones homogéneas que ignoren la diversidad territorial.

Por su parte, el concepto de salud pública converge en su reconocimiento como derecho fundamental y un bien colectivo. Ciertas regiones, por ejemplo, Centro-Oriental y Cordillera-Macizo resaltan su carácter comunitario, donde el bienestar colectivo es el eje central y la salud pública se entiende como un proceso participativo y preventivo que trasciende el enfoque clínico. Asimismo, se menciona su rol en la justicia social con expectativas de cerrar brechas socioeconómicas y garantizar la equidad, ideas reforzadas en regiones como Cafetero, Cordillera, Central-Bogotá y Cafetero-norte. No obstante, emergen tensiones en la interpretación y ejecución de la salud pública. Mientras que en Central-Cafetero, Gran Santander-Oriente y Pacífico-Oriente se critican las limitaciones de las instituciones y la burocracia, en Pacífico, Cordillera y Cafetero-Norte se enfatiza en la necesidad de empoderar a las comunidades para que gestionen su salud. Esto revela un desafío crítico: equilibrar el papel del Estado y la autonomía comunitaria en la gestión de la salud pública, al garantizar respuestas flexibles y efectivas a las diversas realidades territoriales.

En general, la variedad de nociones sobre este concepto entre los participantes ratifica la variedad de concepciones del término, que se enmarcan en categorías que entienden la salud pública desde una concepción medicalizada hasta como un “hecho público” el cual alude a su carácter colectivo, donde los grupos toman su experiencia como un valor de provecho para todos (1). Esta noción fue expresada por los participantes en la mayoría de las

regiones. También, se entiende como campo de saber, campo de acción, prestación y gestión de servicios médicos individuales, gestión de políticas públicas o respuesta social organizada (1). Es de resaltar que la concepción de salud pública genera emociones variadas tanto positivas y negativas. No obstante, la ratificación de la esperanza como una emoción común en todas las regiones, pone de manifiesto las posibilidades de la salud pública para avanzar en transformaciones que procuren bienestar con justicia y permitan la cohesión social.

El análisis de la información recolectada permitió definir una variedad de retos coherentes con las realidades locales que, aunque enunciados de manera distinta según las particularidades regionales y en el lenguaje propio de los participantes de cada mesa, muchos de ellos comparten temas comunes que reflejan, además, desafíos nacionales. De tal manera, los retos se configuraron según dinámicas sociopolíticas, aspectos socioeconómicos y sociodemográficos característicos de cada región, pero también se enmarcaron en los saberes, experiencias, intereses, y roles de los participantes de las mesas.

En esa medida, temas relacionados con aspectos sociopolíticos, entre los cuales se encuentran el conflicto armado y sus impactos, la corrupción o el fenómeno de la migración, se destacaron en regiones donde estas problemáticas han tenido históricamente mayor impacto. En el caso del conflicto armado, se definieron retos relacionados en Pacífico, Cordillera, Cordillera-Macizo y Caribe-Norte. La migración fue planteada de manera particular en la región Gran Santander. El problema de corrupción se visibilizó de manera especial en Caribe-Sur, mientras temas relacionados con la necesidad de planificación integral en urbanización o turismo se destacaron en las regiones Central- Bogotá y Central-Cafetero. Aspectos asociados con características demográficas de la población, por ejemplo, el envejecimiento poblacional, se enfatizaron en la Cafetero-Norte. Asimismo, la necesidad de infraestructura en salud y servicios básicos para la vida, especialmente en zonas rurales, se constituyeron en retos en aquellas regiones con mayores niveles de pobreza, mayor proporción de población rural y población étnica.
Por otro lado, se plantearon temas y retos que fueron comunes para la mayoría de las regiones y que están relacionados con aspectos de orden estructural, vinculados, por un lado, con las amplias desigualdades sociales en cada región, así como al sistema de salud que, según los participantes de la mayoría de las mesas, no responde de manera adecuada a estas desigualdades, sino que por el contrario las profundiza. En el mismo sentido, se relacionan las formas descontextualizadas, centralizadas y sin participación de las comunidades, al momento de diseñar e implementar políticas públicas, así como la falta de mecanismos que permitan alcanzar una verdadera intersectorialidad e interculturalidad.

Existen otros temas comunes a la mayoría de las regiones, que si bien se interrelacionan con dinámicas particulares de cada región reflejan, también son desafíos nacionales. Entre estos se encuentran: la salud mental, el conflicto armado u otras formas de violencia, la migración, la invisibilización de los problemas en la población juvenil o con barreras para el acceso a los servicios de salud mental, la crisis por variabilidad y cambio climático, la participación de la comunidad en la toma de decisiones, la integración de otros saberes a las prácticas de salud pública y de atención de la enfermedad, la mejoría en las condiciones laborales y de formación del talento humano en salud, la transparencia en el ejercicio de lo público, la necesidad del mérito para la vinculación en el sector salud, el fortalecimiento de los sistemas de información, y la articulación en busca de un trabajo colectivo, que es quizá uno de los mensajes de mayor fuerza que dan los participantes para poder enfrentar estos múltiples desafíos.

Tanto los retos particulares de cada región, como los comunes a la mayoría de las regiones, dialogan con grandes desafíos para el país, que son, además, de interés actual en la agenda pública nacional. Por ejemplo, un reto que alimenta el debate sobre el curso de la reforma del actual sistema de salud sería lograr un sistema de salud más equitativo, integral e intercultural, sin barreras de acceso con énfasis en la promoción y prevención, orientado por la implementación real del modelo de atención primaria en salud (APS).

Por otro lado, los retos asociados a la mejora de la infraestructura en salud y los servicios básicos reflejan problemas de planificación a nivel nacional. Esto se vincula también con el llamado a proveer políticas públicas contextualizadas, pues los participantes ponen de manifiesto el exceso de centralismo. En este sentido, varios analistas coinciden al señalar que, a pesar de que la Constitución de 1991 se convirtió en una oportunidad para avanzar en el proceso de descentralización, el diseño del proceso, incluida la formalización de las transferencias, conllevó a pasar de

una descentralización con énfasis en lo territorial a una con énfasis en lo sectorial. Si bien busca un Estado más eficiente, terminan convirtiendo a las autoridades territoriales en más agentes administrativos y fiscales del gobierno nacional, sin capacidad real de tomar decisiones según su contexto. Esto provoca que el alcance de sus competencias sea definida por sus recursos y no que los recursos se determinen por sus competencias (2,3). Sin embargo, el debate sigue presente y se vienen haciendo esfuerzos a través de consultas regionales en el marco de la Misión de Descentralización para avanzar en el proceso, lo que entra en diálogo con los retos regionales planteados en este informe.

Otros temas como la necesidad de transformar las condiciones de empleo, trabajo y la formación de talento humano en salud, también interpela a la Nación y se encuentra igualmente en la agenda pública actual. En Colombia, existe un déficit y hay evidencia de las desigualdades en la distribución del talento humano en salud, además de condiciones precarias de empleo y trabajo. De hecho, existe una propuesta de resolución publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) que modifica la anterior Política Nacional de Talento Humano en Salud e incorpora estas dimensiones, en adición a la de "Rectoría y gobernanza del Talento Humano en Salud", que contempla la descentralización territorial (4). Otros retos relacionados con la garantía del derecho a la salud en zonas donde persiste el conflicto armado, así como la atención de los impactos en salud de este, son también objeto de interés nacional, al que se suman la corrupción y el clientelismo.

La participación social, vía para llegar a la delimitación de los retos regionales

Los diálogos participativos generaron espacios de encuentro, escucha y reflexión de una diversidad de actores de los territorios que sirvieron para deliberar sobre retos y alternativas para abordarlos. En el país, diversas normas, por ejemplo, la Ley 1438 de 2011, Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Política de Participación Social en Salud (Resolución 2063 de 2017), promueven la participación ciudadana en salud como un derecho fundamental. La participación ciudadana en la gestión pública contribuye en los procesos de toma de decisiones y proporciona insumos sobre las necesidades y demandas sociales (5), lo que fortalece la gobernanza y optimiza el aprovechamiento de los recursos públicos disponibles. Es fundamental la participación de la comunidad en la identificación y estudio de problemas de salud que requieren respuestas públicas, así como en la elaboración de alternativas de solución y la selección de las estrategias más adecuadas (5).

Este informe se basó en la generación de espacios deliberativos que garantizaron la participación comunitaria, e incorporó un componente reflexivo, el cual fomenta el intercambio de ideas y perspectivas, integrando diversas voces para generar nuevas compresiones y soluciones. Este abordaje facilitó el análisis crítico y consciente de experiencias vividas (6). Los participantes compartieron sus vivencias, lo que permitió vincular sus narrativas con los desafíos regionales y comprender las problemáticas desde las dinámicas sociales y culturales de cada territorio. Esto fue clave para proponer soluciones incluyentes y contextualizadas. La metodología propició la participación y la reflexión acerca de las dinámicas sociales, políticas y económicas que impactan en la salud pública en los territorios. Además, lograron destacar la relevancia de las narrativas en la configuración de las realidades y en la gestión colectiva de la salud pública.

El uso de técnicas no convencionales en investigación social en salud, como los equipos reflexivos (7), permitió la valoración por igual de saberes técnicos y experiencia adquirida en el territorio para abordar problemáticas de salud. Este intercambio de perspectivas —académicas, técnicas, burocráticas y vivenciales—, junto con el compartir emociones y experiencias, facilitó un diálogo incluyente donde todos se reconocieron parte del territorio y los desafíos en salud pública que este afronta. La metodología garantizó que todas las voces fueran consideradas, evitando que el debate se centrara exclusivamente en saberes técnicos o actores tradicionales. Esto marca una diferencia con otras experiencias de participación ciudadana en salud. Este último fue el caso de los informes de participación ciudadana (8,9), los diálogos regionales vinculantes (10), el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (11), el Plan Territorial de Salud de Bogotá (12), los ajustes para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (13) y la actualización del Plan Ampliado de Inmunizaciones en el nuevo modelo de atención en salud (14).

Los participantes: la esencia del ejercicio deliberativo

La diversidad de los participantes en las mesas de diálogo fue esencial para construir una visión amplia y contextualizada de los retos estratégicos en salud pública de los territorios. La convergencia de actores institucionales, académicos e investigadores, líderes sociales y comunitarios, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como representantes de comunidades diversas, étnicas y víctimas del conflicto armado, garantizó un diálogo plural, enriquecido por múltiples perspectivas y vivencias que dan cuenta de las diversas y complejas realidades socio-territoriales que condicionan diferencialmente los procesos de salud-enfermedad.

En las mesas con participación de comunidades étnicas, particularmente indígenas y afrocolombianas, se posicionaron retos relacionados con las inequidades, la corrupción, el cuidado del territorio y la interculturalidad en salud. Colectivos feministas y organizaciones de género centraron las discusiones en la vulneración de derechos en salud sexual y reproductiva, en la discriminación y en las múltiples violencias de género presentes, incluso dentro del sistema de salud. Por su parte, los participantes más jóvenes y las comunidades víctimas del conflicto armado enfatizaron la importancia del bienestar emocional y la salud mental. A nivel institucional, la participación en la mayoría de las mesas estuvo limitada al sector salud, especialmente delegados de hospitales públicos, privados y referentes de las secretarías de salud locales.

En algunas regiones, fue el caso de la Central-Cafetero, Cafetera-Norte y los Llanos Cordillera, participaron otras instituciones como personerías municipales, planeación territorial y oficinas de inclusión social y de la mujer. La academia, por su parte, tuvo presencia en la mayoría de las mesas, excepto en la región Central-Cafetero. En general, quienes participaron fueron principalmente profesionales de la salud, docentes e investigadores universitarios que trabajan diversos temas de interés en salud pública. Los temas posicionados por estos actores estuvieron estrechamente relacionados con sus áreas de especialidad. Mientras que actores comunitarios e investigadores, destacaron temáticas específicas relacionadas con la alimentación saludable, las condiciones ambientales, las enfermedades mentales, la multimorbilidad, el uso problemático de dispositivos móviles, la necesidad de fortalecer el tejido social y la participación en salud amplia y diversa, además de la formulación y ejecución de políticas públicas de Estado con una visión integral.

Tanto actores comunitarios, institucionales y académicos que viven, conocen o trabajan en zonas rurales y de alta dispersión, coincidieron en que un reto clave para cerrar las brechas de inequidad en salud es garantizar a estas comunidades el acceso a servicios básicos esenciales y a redes de infraestructura vial y de comunicaciones. Asimismo, señalaron problemas estructurales del sistema de salud que reproducen las inequidades sociosanitarias y agravan la carga de morbimortalidad evitable. Entre las fallas más frecuentemente mencionadas, se encuentran la fragmentación del sistema de salud, la segmentación de la población, fallas en la gestión del riesgo individual y colectivo, la lógica mercantil del sistema, la insuficiente infraestructura sanitaria, tanto física como digital, la baja resolutividad del primer nivel de atención sanitaria, las violencias en la atención, la precarización laboral del personal de salud, las barreras de acceso, la falta de enfoques diferenciales y la ausencia de sistemas de información adecuados que faciliten la comprensión territorial, la toma de decisiones y la planeación estratégica.

La propuesta de regionalización: una aproximación a la salud pública desde los territorios

Para el desarrollo de las mesas, el equipo consideró el enfoque territorial para que lo local hablara de lo propio, su historia, sus problemáticas, sus oportunidades, sus disputas y sus retos. El ONS delimitó 25 regiones desde la consideración de similitudes en dimensiones de salud, demografía, conflicto armado y economía. Los resultados confirmaron la utilidad de esta regionalización al evidenciar coincidencias en problemáticas dentro de cada región. Aunque la regionalización depende de los indicadores seleccionados, su vínculo con variables como infraestructura vial y accidentes geográficos permite identificar patrones replicables en otros ejercicios.

El enfoque territorial permitió identificar que la relación con el territorio y la forma cómo este se entiende no pasa exclusivamente por la comprensión de la división administrativa de municipios y departamentos, sino que se articula alrededor de experiencias subjetivas en relación con las características físicas, culturales, históricas o

económicas de la región. Estas formas de entender el territorio por las personas que lo habitan dan sentido a los retos en salud pública identificados en este informe y a sus particularidades territoriales.

Se recogieron concepciones de territorios que superan la división político-administrativa de las entidades territoriales y se articulan alrededor de cuencas de ríos, valles, dinámicas económicas, procesos históricos colectivos, elementos culturales o la experiencia a través del cuerpo. Esto sugiere que las acciones en política pública no pueden ser estandarizadas, sino particulares y situadas en cada territorio pese a que coincidan en problemáticas u oportunidades.

Otros ejercicios de definición retos en salud: ¿En qué se avanza con este informe?

En Colombia, se han desarrollado otros ejercicios recientes en los que se establecieron retos en salud púbica, la mayoría de estos enfocados en el sistema de salud (15–18) y sin una mirada global de salud pública. Hay también ejercicios de definición de retos en temas específicos como el cáncer (19), el análisis en de situación de salud (20), o las brechas de la APS en un territorio (21). La mayoría de estos análisis tienen un alcance nacional (15–17,19,20), mientras que otros son de carácter regional (18,21). Estos ejercicios presentan similitudes y diferencias tanto en los métodos utilizados como en los resultados obtenidos en referencia a este informe.

En cuanto a los métodos, se observa una amplia variabilidad en los enfoques empleados para definir los retos. Algunos estudios carecen de una metodología claramente sistematizada para la identificación de los retos, pues se basan principalmente en propuestas formuladas por expertos (16,17,20). Este enfoque puede facilitar la priorización de temas según intereses personales, institucionales o disciplinares, pero corre el riesgo de ignorar las dinámicas sociales y contextos locales. Un número importante de estudios emplearon metodologías cualitativas, por ejemplo, entrevistas, grupos focales y consensos informales (15,19–21). Ahora bien, no se documentan ejercicios de participación como el implementado desde el ONS, que se destaca por su capacidad de incluir perspectivas diversas y construir consensos sólidos, fundamentados en razones compartidas y evitando la imposición de mayorías.

Los retos identificados en este informe reflejan la participación de expertos, líderes comunitarios y personas interesadas en la salud de sus territorios, lo que permitió un enfoque más inclusivo y diverso en comparación con ejercicios previos que se limitaron a la participación de expertos, autoridades sanitarias y profesionales de la salud (15,20,21). Si bien los análisis centrados exclusivamente en expertos ofrecen la ventaja de identificar retos relacionados con conocimiento especializado y la interpretación de datos complejos, la inclusión de actores no expertos y de otros sectores en este estudio contribuyó a una comprensión más integral de las dinámicas territoriales y permitió incorporar perspectivas que suelen ser pasadas por alto.

Reflexiones sobre el alcance del ejercicio

- El ejercicio de regionalización puede tener omisiones de dimensiones como el impacto del cambio climático, el envejecimiento poblacional o las migraciones internas. Sin embargo, los retos identificados a nivel local han permitido retroalimentar el proceso, mostrando qué variables adicionales serían útiles para futuras regionalizaciones y tener elementos para una hoja de ruta de medición de nuevas dimensiones que enriquezcan los análisis y mejoren la clasificación.
- Por dificultades en el acceso y limitaciones presupuestales, no se incluyeron la totalidad de regiones definidas en el ejercicio de división del territorio nacional. Sin embargo, más del 80% de la población fue cubierta con el ejercicio. No necesariamente los retos son extrapolables, pero se vieron unas transversalidades que pueden tener importancia en las regiones en las que por el momento no se desarrolló una mesa.
- Este análisis pudo no obtener la representación deseada y equilibrada de todos los actores relevantes en cada región, particularmente en contextos rurales o con limitaciones de recursos que facilitaran el desplazamiento. Sin embargo, se logró el desarrollo de mesas con una amplia variedad de participantes, de tal forma que se evitaron espacios exclusivamente con expertos.
- Es posible que no se haya logrado recopilar la totalidad de las opiniones de los participantes, pues el tiempo

disponible pudo haber sido limitado. Ahora bien, la metodología fue diseñada para poder obtener información con la profundidad necesaria que permitiera delimitar los retos estratégicos, además, de llegar a la construcción de consensos entre perspectivas diversas.

- Los diálogos no siempre logran integrar adecuadamente factores globales y externos que tienen un impacto directo en lo local. Temas como el cambio climático no fueron explorados con la profundidad necesaria, a pesar de ser determinantes en la calidad de vida regional. De manera similar, el papel de tecnologías emergentes, por ejemplo, la inteligencia artificial, no fue enunciado por los participantes.
- Una posible crítica a los retos planteados es que no se ajustan a la forma tradicional de definir objetivos medibles y alcanzables. Sin embargo, estos retos estratégicos abordan problemas complejos que demandan un enfoque más ambicioso y transformador.
- La definición de retos territoriales que no coinciden con la división político-administrativa del país pueden requerir de grandes esfuerzos en la articulación e incluso serían difíciles de implementar a la luz de la reglamentación actual.

A modo de conclusión

Las mesas de diálogo participativo regionales permitieron identificar retos relevantes en salud pública, estableciendo una base sólida para el análisis y la planeación con una mirada territorial. Estos retos estratégicos incorporaron las voces, necesidades y prioridades específicas de los territorios y fomentaron la reflexión conjunta y la construcción de propuestas de acción con los actores locales clave. Estos no se formulan en términos de indicadores medibles, sino que fungen como una aproximación del llamado a la acción que necesitan las regiones con un enfoque situado y contextualizado. Este ejercicio demuestra la necesidad y el gran valor de fortalecer los espacios de participación ciudadana para involucrar de manera más activa a las comunidades en la construcción de estrategias concretas y viables en salud pública. Se trata entonces de un enfoque que potencia la legitimidad y efectividad de las intervenciones. Este documento no es el fin, sino el inicio de un diálogo más amplio y comprometido que, desde el ONS, se espera enriquezca el debate público sobre las acciones concretas y transformadoras de la salud pública del país y sus regiones.

Referencias

1. Gómez A RD. La noción de “salud pública”: consecuencias de la polisemia. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. el 2 de marzo de 2009 [citado el 12 de diciembre de 2024];20(1). Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/871
2. Barberena Nisimblat V. Balance de la descentralización en Colombia: propuestas para el desarrollo y equidad territorial. RTR Rev Terr. junio de 2021;5(5):1–12.
3. Restrepo Botero DI, Peña Galeano CA. Territorios en disputa: Tensiones entre «extractivismo», derechos étnicos, gobiernos locales y medio ambiente en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. poldev [Internet]. 2017 [citado el 12 de diciembre de 2024];9. Disponible en: https://journals.openedition.org/poldev/2508
4. Ministerio de Salud y protección Social. Propuesta de resolución política pública de talento humano en salud [Internet]. [citado el 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/politica-publica-talento-humano-en-salud.pdf
5. Colombia. Congreso de la República. Ley 1751 de 2015.
6. García M, Moya J. The legacy of care as reflexive learning. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2016 [citado el 10 de diciembre de 2024];24. Disponible en: https://www.scielo.br/j/rlae/a/tNQxbrWt8X6TJVbw3nkdMMn/?format=html&lang=en
7. García Fernández P. Un modelo de supervisión con Equipo Reflexivo para la formación de terapeutas con enfoque integrativo. Pinelatinoamericana [Internet]. 2022 [citado el 10 de diciembre de 2024];2(2):125–36. Disponible en: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/pinelatam/article/view/38374
8. Dirección de regulación de beneficios, costos, y Tarifas del aseguramiento en salud. Informe de participación ciudadana 2022 [Internet]. Ministerio de Salud y protección social; 2022. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/informacion-participacion-ciudadana-vigencia-drct-2022.pdf
9. Dirección de regulación de beneficios, costos, y Tarifas del aseguramiento en salud. Informe de participación ciudadana 2023 [Internet]. Ministerio de Salud y protección social; 2023 [citado el 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/informe-participacion-ciudadana-2023-drbctas.pdf
10. Departamento Nacional de Planeación Nacional. Así fueron los Diálogos Regionales Vinculantes [Internet]. 2022. Disponible en: https://dialogosregionales.dnp.gov.co/as%C3%AD-van-los-di%C3%A1logos
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 [Internet]. 2013 [citado el 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.minvivienda.gov.co/sites/default/files/documentos/plan-decenal-de-salud.pdf
12. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Plan territorial de salud 2024-2028 [Internet]. 2024 [citado el 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/wp-content/uploads/2024/06/4__plan_territorial_de_salud_2024_2027.pdf
13. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía. Ajustes para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031- Anexo técnico [Internet]. 2023 [citado el 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/convocatoria/anexo_11._plan_decenal_de_salud_publica_2022-2031.pdf
14. Universidad de Los Andes. Actualización e incorporación del plan ampliado de inmunizaciones al nuevo modelo de atención en salud [Internet]. 2023 [citado el 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://medicina.uniandes.edu.co/sites/default/files/eventos/2023/03-marzo/pai/marco-modelo.pdf
15. Bernal O, Garcia-Betancourt T, León-Giraldo S, Rodríguez LM, González-Uribe C. Impact of the armed conflict in Colombia: consequences in the health system, response and challenges. Confl Health. el 3 de enero de 2024;18(1):4.
16. MinSalud presento retos del sistema de salud [Internet]. [citado el 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-presento-retos-del-sistema-de-salud.aspx
17. La salud en Colombia: Logros, retos y recomendaciones [Internet]. 1a ed. Universidad de los Andes, Colombia; 2012 [citado el 11 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.jstor.org/stable/10.7440/j.ctt1b3t87j
18. Organización Panamericana de la Salud. Aportes y desafíos en el proceso de reforma del sector salud con énfasis en territorios prioritarios: Colombia 2022. 2022.
19. Duarte C, Salazar A, Strasser-Weippl K, de Vries E, Wiesner C, Arango-Gutiérrez A, et al. Breast cancer in Colombia: a growing challenge for the healthcare system. Breast Cancer Res Treat. el 1 de febrero de 2021;186(1):15–24.
20. Yepes CE, Marín YA. The challenges of health situation analysis in Colombia. Biomédica. el 15 de junio de 2018;38(2):162–72.
21. Agudelo-Hernández F, García Cano JF, Salazar Vieira LM, Vergara Palacios W, Padilla M, Moreno Mayorga B. Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: barreras y desafíos. Revista Panamericana de Salud Pública. El 24 de octubre de 2023;47:1.



7
Recomendaciones

Las discusiones sostenidas en las mesas regionales de diálogo participativo permiten identificar recomendaciones clave para enfrentar los retos estratégicos más apremiantes en salud pública del país y, en particular, de sus regiones. Estas propuestas, fundamentadas en el conocimiento del territorio y las voces de las comunidades, trazan un camino claro hacia políticas públicas transformadoras. De manera específica, los participantes hacen un llamado a los tomadores de decisión para que adopten estas acciones con la urgencia, el compromiso y la visión necesaria de tal forma que se pueda garantizar una salud pública equitativa, inclusiva y sostenible.

Promover la participación en salud pública

·Diseñar y fortalecer mecanismos participativos inclusivos y permanentes: Garantizar la representación activa de todos los grupos poblacionales, incluidas comunidades rurales, mujeres, jóvenes, personas con discapacidad, población migrante, indígenas, afrodescendientes, población LGBTIQ+, y otros sectores vulnerables, en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud. Estos mecanismos deben ser culturalmente pertinentes y sensibles al contexto territorial y étnico.

· Fomentar la confianza y articulación entre entidades y comunidades: Promover relaciones colaborativas basadas en el diálogo continuo, la comprensión mutua y la construcción conjunta de soluciones adaptadas a las necesidades locales. Esto facilitará la optimización de estrategias de salud pública en los territorios.

· Incorporar enfoques participativos en la adaptación al cambio climático Involucrar a las comunidades en todas las fases de planificación y ejecución de políticas de salud ambiental, mitigación y adaptación al cambio climático, de tal forma que las estrategias respondan a las necesidades locales, especialmente en áreas donde los efectos climáticos son causa o agravan los problemas de salud pública.

· Crear espacios de diálogo intersectorial para el bienestar emocional: Establecer plataformas colaborativas para jóvenes, cuidadores y funcionarios de instituciones educativas y de salud. Estos espacios deben facilitar la transición de un enfoque individual hacia la construcción conjunta de entornos que promuevan el bienestar emocional colectivo.

· Impulsar estrategias de vigilancia comunitaria en salud pública: Desarrollar e implementar sistemas de vigilancia en salud pública, que incluyan a las comunidades con perspectivas étnicas y territoriales, desde un enfoque de promoción de la autogestión con el fin de ayudar a reducir y controlar factores de riesgo específicos de cada contexto, así como la detección y atención oportuna de potenciales emergencias.

Garantizar un enfoque diferencial en salud pública

· Incorporar enfoques de género y territorial en los planes de desarrollo: Garantizar que los proyectos y políticas de salud eviten perpetuar desigualdades existentes a través de la participación de la sociedad civil y organizaciones locales, además de instaurar un monitoreo de los impactos sociales, incluso de aquellos relacionados con el turismo.



Diseñar y fortalecer mecanismos participativos inclusivos y permanentes

Enfoque diferencial

- **Priorizar la inversión equitativa en zonas rurales y áreas de difícil acceso:** Asignar recursos basados en las necesidades poblacionales, no en criterios de rentabilidad. Debe priorizarse el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria y vial, la garantía del acceso al agua potable y alcantarillado, la mejora de los servicios de salud, y el desarrollo de capacidades del talento humano local para atender a comunidades vulnerables.
- **Garantizar la prestación de servicios de salud con enfoque diferencial:** Implementar mecanismos efectivos que promuevan el reconocimiento, por parte de los servicios de salud, de la diversidad humana. Estos deben venir acompañados de estrategias claras de monitoreo y evaluación continua para medir el impacto y la efectividad de las intervenciones.
- **Fortalecer la atención primaria en salud (APS) con un enfoque inclusivo:** Articular la implementación de la APS con las necesidades específicas de grupos étnicos, personas en condición de discapacidad y poblaciones rurales. Estas estrategias deben ser culturalmente pertinentes y geográficamente adecuadas.
- **Diseñar e implementar intervenciones integrales en áreas vulnerables:** Desarrollar estrategias de salud mental y física dirigidas a comunidades étnicamente diversas y afectadas por condiciones sociales precarias, que consideren las dinámicas del conflicto armado y su impacto en el bienestar comunitario.
- **Fomentar programas para el bienestar integral de la población:** Implementar políticas públicas que promuevan actividades ocupacionales para adultos mayores, por ejemplo, talleres culturales, aprendizaje tecnológico y prácticas de bienestar, con el objetivo de fortalecer su autonomía y conexión con la comunidad.
- **Garantizar la atención integral y diferencial de las violencias basadas en género:** Asegurar el acceso pleno a servicios de salud sexual y reproductiva libres de violencia, desde un enfoque en equidad y con atención diferenciada para cada grupo poblacional.
- **Formar en prevención de violencias:** Incorporar empatía y prevención de violencia en la formación del talento humano en salud, Al respecto, es importante que los programas educativos reconozcan los saberes ancestrales y territoriales.

Promover la intersectorialidad en salud pública

- **Articular la planificación intersectorial para el desarrollo sostenible** Impulsar una colaboración, liderada en los municipios por las alcaldías, que integre áreas clave como: planificación territorial, cuidado del agua, soberanía alimentaria, medioambiente, transporte, acceso a salud y educación. Esta coordinación debe buscar la mitigación de las desigualdades sociales, además de fomentar un desarrollo sostenible con impacto territorial.
- **Fortalecer las redes locales de salud mediante gobernanza descentralizada:** Coordinar esfuerzos entre el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), las entidades territoriales y otros sectores para descentralizar servicios de salud, mejorar la movilidad en zonas rurales, y garantizar condiciones laborales dignas para los profesionales de la salud.

• **Promover estrategias intersectoriales de salud pública con enfoque territorial**
Establecer acciones integradas de promoción de la salud, prevención de enfermedades e impacto sobre los determinantes sociales de la salud (DSS), desde una lógica territorial, de largo plazo, con mecanismos transparentes de monitoreo y evaluación de impacto.
• **Implementar políticas intersectoriales con continuidad y sostenibilidad:**
Diseñar e implementar políticas públicas que trasciendan ciclos administrativos, lo cual requiere que se asegure su sostenibilidad más allá de la finalización de los programas de gobierno. Asimismo, estas deben integrar planes de mejora progresiva y estar basadas un enfoque programático que promueva la salud pública integral y la intervención sobre los DSS.
• **Abordar problemáticas comunitarias clave:**
Incorporar en los planes de acción temas como el impacto de los deterioros ambientales en la salud y promover entornos saludables que incluyan alimentación adecuada en escuelas, hogares y lugares de trabajo.
• **Desarrollar estrategias para la protección del ambiente y los recursos naturales:**
Fortalecer mecanismos colaborativos y creativos, que cuenten con la participación de diversos sectores, en especial de la comunidad, con el objetivo de proteger el medio ambiente y los recursos naturales, particularmente el recurso hídrico.
• **Abordar integralmente la migración y sus determinantes sociales:**
Fortalecer la coordinación intersectorial para garantizar el acceso equitativo a la APS y abordar los DSS en población migrante y residente, especialmente en contextos de migración pendular.
• **Diseñar una estrategia integral de protección social:**
Articular los sistemas de pensiones, igualdad y equidad, salud y protección social con el fin de asegurar una mayor equidad y sostenibilidad fiscal. Esto incluye ampliar la cobertura y calidad del sistema de salud, priorizar la atención a enfermedades crónicas y salud mental, profesionalizar a los cuidadores y fomentar políticas sensibles a las desigualdades de género. Es fundamental implementar mecanismos de evaluación continua, además de adaptar las mejores prácticas internacionales al contexto colombiano.
• **Transformar la mirada sectorial de los problemas y de la formulación e implementación de políticas públicas:**
Diseñar mecanismos de planificación basados en acciones que superen la mirada sectorial de los problemas e incorporen mecanismos de ejecución del presupuesto con el objetivo de integrar actividades de trabajo intersectorial.



Diseñar y fortalecer mecanismos participativos inclusivos y permanentes

Lograr la interculturalidad en salud

• **Fortalecer la integración entre saberes ancestrales y médicos:**
Establecer programas de formación y trabajo conjunto entre personal de salud, parteras, promotores y médicos tradicionales. Estas iniciativas deben promover el respeto mutuo y la inclusión de conocimientos tradicionales en la atención en salud, particularmente en comunidades indígenas y afrodescendientes.
• **Impulsar la complementariedad de sistemas de salud indígena y no indígena:**
Promover la armonización de modelos interculturales, alineados con el

Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI). Esto incluye definir estrategias de integración, rutas de acción y mecanismos de participación, que permitan articular el saber médico convencional con los saberes ancestrales.

• **Incorporar a las parteras tradicionales en el sistema de salud:**
Diseñar políticas públicas que reconozcan y formalicen laboralmente a las parteras tradicionales como personal esencial en la atención materna. Se espera, así, fomentar su participación en el sistema de salud, mientas que se contribuye al rescate y preservación de saberes ancestrales.

• **Reconocimiento de autonomía y protección de comunidades étnicas:**
Transitar hacia comprensiones en las que el Estado brinde mayor autonomía y protección urgente a las comunidades indígenas y afrodescendientes, en general a todos los territorios étnicos. Esto incluye reconocerlos como actores políticos legítimos, hacer cumplir lo establecido en la Constitución Política y priorizar, como interés superior, el bienestar y la pervivencia multicultural.

• **Desarrollar programas de salud mental con enfoque cultural:**
Implementar iniciativas educativas y terapéuticas sensibles a las dinámicas culturales, que incorporen elementos de los saberes ancestrales, con el objetivo de atender la salud mental de poblaciones afectadas por el conflicto armado y a reducir el consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

• **Establecer mecanismos alternativos para la contratación pública:**
Actualizar la normatividad de contratación pública de manera que se amplíen las posibilidades de vincular personal e invertir en actividades aún no consideradas, pero que resultan cultural y territorialmente pertinentes.

• **Reconocer otras formas de cuidado:**
Rescatar e incorporar saberes campesinos y ancestrales en el cuidado mutuo y del medio ambiente.

Avanzar en salud mental y la construcción de Paz y salud

Avanzar en salud mental y la construcción de Paz y salud

• **Implementar estrategias integrales y culturalmente pertinentes:**
Diseñar programas de atención psicosocial, priorizando enfoques comunitarios y sensibles a los contextos culturales, que fortalezcan el tejido social, especialmente para personas afectadas por el conflicto armado y economías ilícitas.

• **Humanizar la atención en salud mental:**
Adoptar un enfoque integral, fundamentado en una atención más empática y contextualizada, que considere no solo las enfermedades mentales, sino también las condiciones de vida de los individuos y sus comunidades.

• **Establecer centros comunitarios de salud mental:**
Crear centros de atención barriales equipados con equipos multidisciplinarios para proporcionar acompañamiento, orientación y apoyo, tanto a individuos como a familias, que promueva una cercanía efectiva con las comunidades.

• **Optimizar estrategias existentes con evaluación constante:**
Fortalecer iniciativas en marcha, por ejemplo, los centros de escucha, a partir de la incorporación de profesionales en salud mental, la realización de evaluaciones periódicas de su impacto, y la promoción de un diálogo continuo con las comunidades para ajustar los programas, acorde con sus necesidades.

• Consolidar la paz como eje transformador de la salud pública:
Promover la paz como un factor clave para superar las vulnerabilidades históricas de los municipios afectados por el conflicto armado, mejorando sus condiciones de vida y garantizando un acceso equitativo a la salud.
• Fomentar estrategias socioeducativas en salud y paz:
Implementar programas enfocados en la promoción del ejercicio del derecho a la salud en las comunidades más vulnerables, que sensibilicen sobre la interdependencia entre la salud y la paz duradera.

Estrategias de infraestructura en salud pública

• Reactivar y fortalecer redes locales de salud:
Priorizar la reactivación de centros de salud municipales, especialmente en áreas rurales y basados en criterios técnicos, como puerta de entrada al sistema de salud y herramienta clave para mejorar la cobertura y el acceso real.
• Fortalecer las capacidades institucionales para infraestructura hospitalaria:
Incrementar el financiamiento de proyectos orientados al fortalecimiento de la infraestructura sanitaria y a la ejecución de acciones colectivas en salud, alineados con los lineamientos del nivel central y las necesidades locales.
• Ampliar la inversión en infraestructura básica y vial:
Priorizar proyectos para mejorar vías terciarias y el saneamiento básico en zonas rurales dispersas, mediante un análisis participativo de necesidades con las comunidades locales y étnicas. Garantizar mecanismos de veeduría ciudadana que aseguren la transparencia y el manejo adecuado de los recursos.

Materializar la descentralización y avanzar en transparencia

• Visibilizar las necesidades regionales:
Crear mecanismos que permitan articular los aportes y demandas de las regiones con los lineamientos nacionales que garanticen de una retroalimentación constante y adaptada a las realidades locales.
• Fortalecer la planificación territorial participativa:
Descentralizar la salud mediante la construcción conjunta de Planes de Desarrollo Territorial y Planes Territoriales de Salud, que se alineen con los Planes de Etnodesarrollo de comunidades afrocolombianas, los Planes de Vida de pueblos indígenas y el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI).
• Fortalecer los programas anticorrupción:
Promover la colaboración entre academia, comunidades e instituciones para prevenir la corrupción, optimizar la eficiencia en salud y reducir desigualdades con un enfoque en la transparencia en la asignación y uso de recursos.
• Garantizar una supervisión efectiva:
Implementar mecanismos de planificación, monitoreo y control rigurosos en la ejecución de políticas públicas en salud, en donde se priorice la transparencia como eje central.

Necesidades regionales



Fortalecer sistemas de información modernos

Mejorar la formación y garantizar las condiciones laborales del talento humano en salud

- **Actualizar los currículos educativos:**
Revisar los programas de formación de pregrado y posgrado en salud para incluir herramientas de salud pública y enfoques territoriales, que fortalezcan la atención humanizada y centrada en las personas.
- **Promover condiciones laborales dignas en el sector salud:**
Garantizar empleo digno en todas las instituciones del sector salud y asignar cargos con base en criterios técnicos y meritocráticos.

Fortalecer los sistemas de información y la investigación en salud pública

- **Consolidar sistemas de información modernos:**
Crear una plataforma nacional unificada que integre datos clínicos, ambientales y sociales, que aproveche las tecnologías emergentes, para una toma de decisiones más precisa, transparente y con respeto a la privacidad.
- **Fortalecer los análisis territoriales de salud:**
Proveer recursos y capacidades técnicas a los equipos responsables del análisis situacional de salud. Estos deben incluir enfoques contextualizados y participativos que incorporen formas alternativas para comprender las realidades locales.
- **Fortalecer alianzas para investigaciones locales:**
Estimular la colaboración entre academia, gobiernos locales y comunidades para financiar investigaciones que respondan a las necesidades regionales, mejoren la calidad de vida y reduzcan inequidades.
- **Articular ciencia y políticas públicas:**
Vincular investigaciones científicas con la toma de decisiones en salud pública para garantizar la efectividad de las estrategias implementadas.
- **Avanzar en desarrollo tecnológico e innovación:**
Desarrollar proyectos de ciencia, tecnología e innovación que ayuden a afrontar los cambios en el ambiente y sus posibles impactos en salud, particularmente en las enfermedades transmitidas por vectores (ETV), así como para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.



8

Metodos

8.1 Método de regionalización SKATER y análisis de centralidad en la red de movilidad



Luis Eduardo Olmos-Sánchez, Valery Jiménez, Juan Felipe Cifuentes-Calderón, Valery Jiménez, Diana Santana, Carlos Castañeda-Orjuela

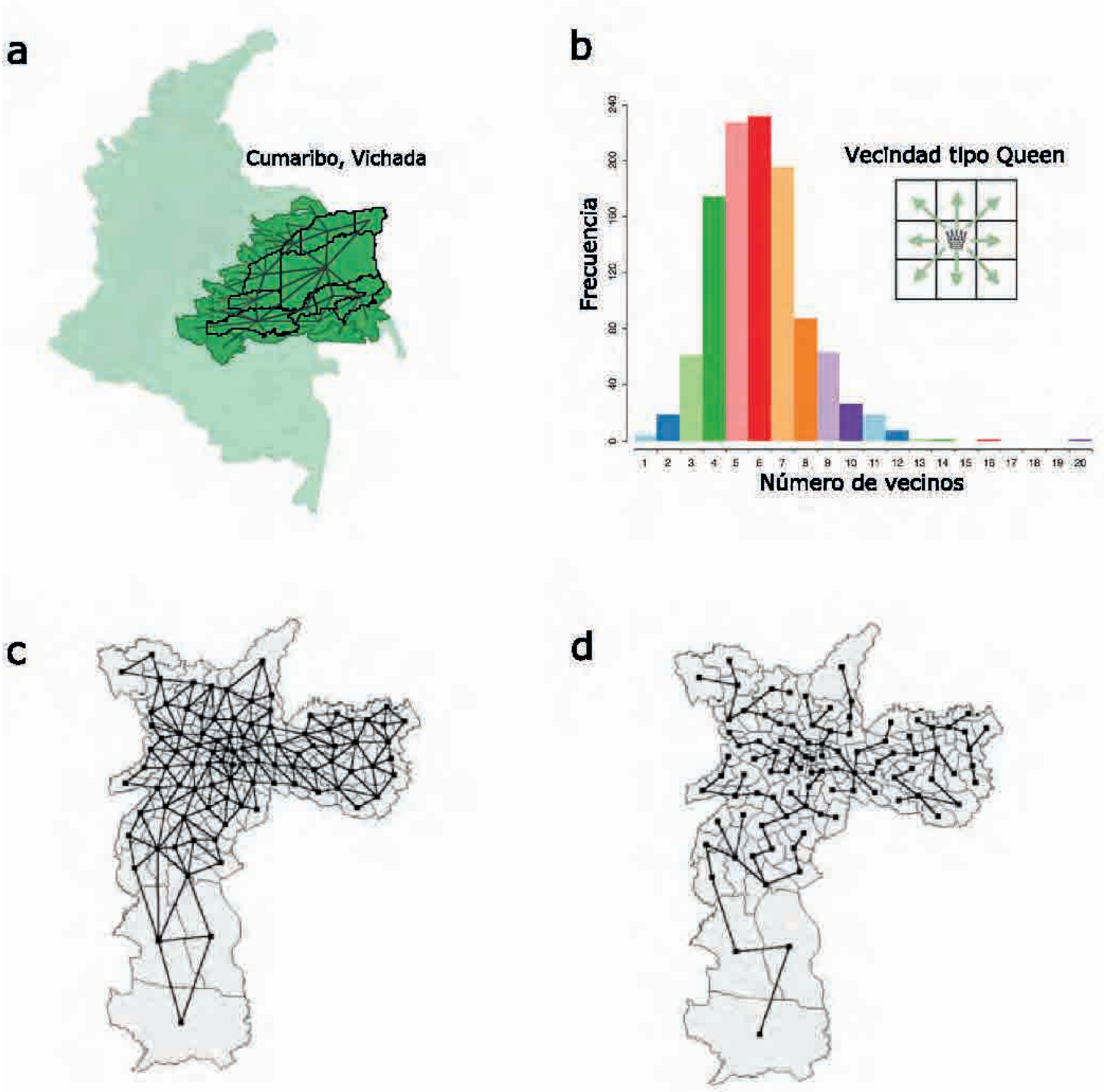
Esta sección describe la metodología de regionalización y definición de los municipios de encuentro implementada por el Observatorio Nacional de Salud (ONS) en el marco de este Informe. El razonamiento detrás de la regionalización es que municipios con características similares compartirán problemáticas parecidas. Además, según la primera ley de la geografía (1), la proximidad geográfica implica que los municipios contiguos estarán más relacionados entre sí como consecuencia de la accesibilidad. La interpretación de esta accesibilidad es crucial, ya que no solo depende de vecindad o cercanía, sino que está sujeta a la infraestructura vial, que a su vez es determinada por los accidentes geográficos.

En una regionalización, cada unidad espacial i (en este caso el municipio) está definido por $x_{i.}$, el vector de sus atributos. Es decir, el vector tiene componentes x_{il} (con l=1,2,...,n) que corresponden a los indicadores (por ejemplo, acceso a la salud, pobreza) que caracterizan cada unidad. El objetivo era agrupar óptimamente unidades contiguas con vectores similares.

Existen varios métodos de regionalización, para este ejercicio se utilizó el algoritmo *Spatial Kluster Analysis by Tree Edge Removal* (SKATER) (2,3). Este método convierte la regionalización en un problema de partición de grafos. Comienza con la creación de un grafo de conectividad que representa las relaciones de vecindad entre municipios, representados por nodos en el grafo. La definición de vecindad se escoge de antemano, representada por enlaces

(Gráfico 1). A cada enlace del grafo se le asigna un costo que es proporcional a la disimilitud entre los objetos que conecta, esto es $d(i,j) = d(x_i, y_j) = \sqrt{\sum_l^n (x_{il} - y_{jl})^2}$, donde $d(i,j)$ es la disimilaridad y x_{il} es la componente l del vector de atributos del nodo i.

Gráfico 1. Pasos principales del método SKATER



a) Definición de vecindades usando como ejemplo al municipio de Cumaribo.
b) Histograma de vecinos. Se usa una modificación de la vecindad tipo Queen, son vecinos quienes compartan frontera y que ésta corresponda a más del 3% del perímetro del municipio.
c) Grafo de vecindades.
d) Árbol de expansión mínima, MST. Estas últimas imágenes son modificaciones de (2)

Fuente: elaboración equipo ONS

Para reducir la complejidad del problema de particionamiento, SKATER encuentra el árbol de expansión mínima - MST (por sus siglas en inglés, de *minimum spanning tree*) dentro del grafo de conectividad. Este árbol conecta todos los nodos del grafo original sin ciclos y con el costo mínimo, siendo el costo total la suma de las disimilitudes de los enlaces incluidos en el árbol. La eliminación sucesiva de enlaces con altas disimilitudes en el MST lleva a la formación de clústeres espaciales conectados pero homogéneos internamente. El particionamiento del MST es un problema complejo (2). Para ello, SKATER usa un criterio heurístico de eliminación de enlaces que se basa en maximizar la homogeneidad interna dentro de cada subgrafo resultante y, por lo tanto, dentro de cada región geográfica. La heurística evalúa la calidad de los clústeres basándose en la suma de las desviaciones cuadradas intraclúster, que deben minimizarse. Esta heurística permite un balance efectivo entre calidad de la partición y eficiencia computacional.

Si bien el método SKATER se puede implementar fácilmente (8), en este ejercicio se usó el software libre GeoDa (9) para su despliegue. Como atributos se usaron los índices mencionados en la sección de regionalización, estandarizados por el método mínimo–máximo para evitar que ciertos índices tengan un peso desproporcionado en el análisis por sus escalas originales. Para construir el grafo de conectividad, se asumió que dos municipios son vecinos si comparten frontera y si la longitud de su frontera corresponde a más del 3% del perímetro del municipio. Lo anterior, para acotar la cantidad de vecinos por municipio. Municipios con muchos vecinos producen regiones muy pequeñas o grandes.

El método recibe como entrada el número mínimo de municipios por región (N_{min}) y el número total de regiones que se buscan delimitar (N_{total}). Para el despliegue de los diálogos, en cuestión de logística y presupuesto. Se estimó que un máximo de 30 regiones y un promedio de 50 municipios por región era aceptable para su manejo. Los parámetros de entrada que mejor cumplían con estas condiciones fueron N_{min}=12 y N_{total}=25. Más específicamente N_{total}=24+1, ya que el archipiélago de San Andrés y Providencia fue definido de antemano como región y no se incluyó dentro del algoritmo SKATER.

Colombia es un país con muchos accidentes geográficos (serranías, parques naturales, zonas selváticas, ciénagas) que restringen la accesibilidad entre municipios vecinos. El tiempo de viaje entre estos puede resultar muy largo. Debido a esto, superponiendo el resultado de regionalización de SKATER con la capa de accidentes geográficos de Colombia (10), se identificaron aquellos municipios de baja accesibilidad dentro de sus regiones. De manera manual, estos municipios se reasignaron a regiones vecinas.

En cada uno de los pasos de este proceso, expertos validaron y mejoraron la división de acuerdo con su conocimiento de la dinámica del país. Esta retroalimentación aseguró que las nuevas regiones fueran relevantes y útiles para la planificación y toma de decisiones.

Denominación de las regiones

Las regiones fueron nombradas de acuerdo con su ubicación geográfica, basándose en las macroregiones naturales de Colombia: Caribe, Pacífico, Llanos, Amazonía, Andina e Insular. Debido a su alta densidad de población, la macroregión Andina se subdividió en cinco áreas más específicas: Cordillera, Centro, Cafetero, Gran Santander y Magdalena Medio. El nombre principal de cada región indica a cuál de estas diez macroregiones pertenece. Para distinguir las regiones dentro de una misma macroregión, se añadió un segundo nombre, que puede ser una dirección cardinal (como Norte, Sur, Oriente) o una referencia a un lugar específico (por ejemplo, Cordillera-Macizo). Si una región se superpone entre dos macroregiones, se nombró combinando ambas para reflejar su composición.

Esta nomenclatura está alineada con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación (DNP), que también se utilizan en la designación de las Regiones Administrativas y de Planificación (RAP)(11). Estas buscan coordinar esfuerzos y planificar el desarrollo regional de manera más eficiente y equitativa.

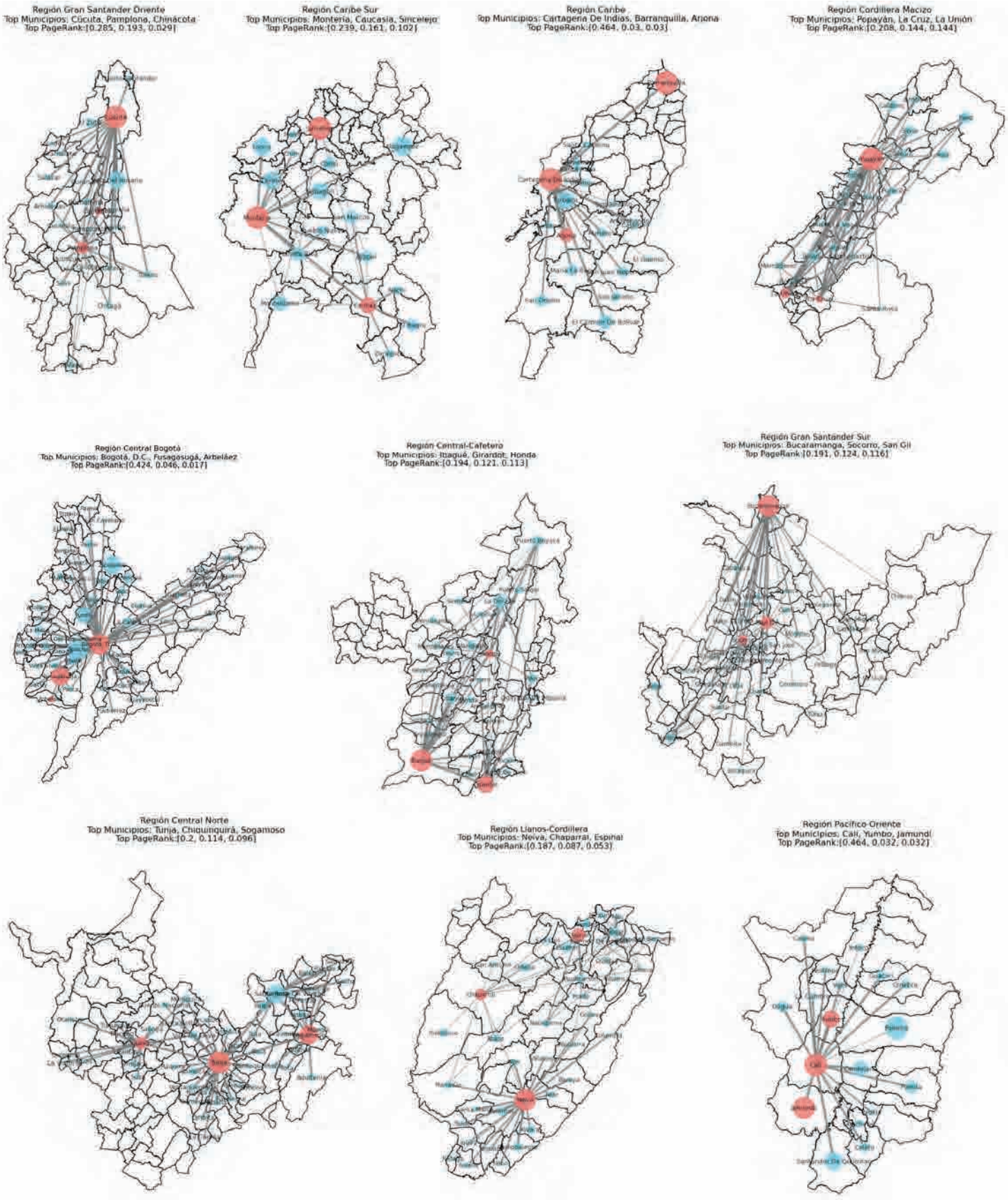
Análisis de centralidad en la red de movilidad

Para identificar estos municipios más accesibles, se construyó la red de movilidad intrarregional usando los datos de operación y despacho de vehículos de transporte terrestre habilitados por el Ministerio de Transporte (12). Esta base contiene registros desde el primero de enero de 2021, que traen información de fecha, hora, municipio origen, municipio destino y pasajeros movilizados. La red de movilidad se construyó agregando los pasajeros por origen y destino, desde la asunción de la simetría de flujos entre los municipios. El resultado es una red no dirigida, donde los nodos son los municipios y los enlaces corresponden a la suma total de pasajeros que viajan entre los municipios.

En las redes complejas, el concepto de centralidad se refiere al nivel de influencia o la importancia de los nodos dentro de la red. Existen varias medidas de centralidad (13) para determinar y comparar cuantitativamente la importancia relativa de un nodo dentro de la estructura definida por la red. Se utilizó la centralidad de vector propio o de *PageRank* (14). El supuesto subyacente es que los nodos con un valor alto de esta medida de centralidad están conectados a otros relevantes, según la misma medida o a muchos otros nodos, quizá menos relevantes. Por el contrario, los nodos conectados a otros nodos poco relevantes tendrían una baja centralidad de *PageRank*. Los nodos con un alto valor para esta medida son buenos candidatos para difundir información, divulgar rumores o enfermedades, etc. Los nodos más centrales en este sentido corresponden a centros de grupos altamente conectados.

El gráfico 2 presenta los resultados para diez regiones diferentes a las mostradas en el documento principal. Los municipios se representan como nodos, y los enlaces indican el flujo total de pasajeros, con el grosor proporcional a este valor. El tamaño de los nodos refleja la población de cada municipio. Además, los tres municipios con mayor centralidad de *PageRank* se destacan en color rojo, y su valor se muestra en el gráfico.

Gráfico 2. Redes de movilidad de transporte terrestre para diez regiones



Fuente: elaboración equipo ONS

Referencias

1. Miller HJ. Tobler's First Law and Spatial Analysis. Ann Assoc Am Geogr. 2004;94(2):284-9.
2. AssunÇão RM, Neves MC, Câmara G, Da Costa Freitas C. Efficient regionalization techniques for socio-economic geographical units using minimum spanning trees. Int J Geogr Inf Sci. 1 de agosto de 2006;20(7):797-811.
3. Aydin O, Janikas MV, Assunção R, Lee TH. SKATER-CON: Unsupervised Regionalization via Stochastic Tree Partitioning within a Consensus Framework Using Random Spanning Trees: Research Paper. En: Proceedings of the 2nd ACM SIGSPATIAL International Workshop on AI for Geographic Knowledge Discovery [Internet]. New York, NY, USA: Association for Computing Machinery; 2018 [citado 14 de agosto de 2024]. p. 33-42. (GeoAI '18). Disponible en: https://doi.org/10.1145/3281548.3281554
4. WHO. Integrating health in urban and territorial planning: a sourcebook [Internet]. [citado 16 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240003170
5. Gulati R, Nohria N, Zaheer A. Strategic Networks. En: Hahn D, Taylor B, editores. Strategische Unternehmungsplanung — Strategische Unternehmungsführung [Internet]. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag; 2006 [citado 19 de junio de 2024]. p. 293-309. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/3-540-30763-X_15
6. Gu Q, Zhang H, Chen M, Chen C. Regionalization Analysis and Mapping for the Source and Sink of Tourist Flows. ISPRS Int J Geo-Inf. julio de 2019;8(7):314.
7. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal [Internet]. [citado 16 de abril de 2024]. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/85763
8. Cluster Analysis (3) [Internet]. [citado 14 de agosto de 2024]. Disponible en: https://geodacenter.github.io/tutorials/spatial_cluster/skater.html
9. GeoDa on Github [Internet]. [citado 14 de agosto de 2024]. Disponible en: https://geodacenter.github.io/
10. Mapas Parques Nacionales Naturales de Colombia [Internet]. [citado 1 de marzo de 2024]. Parques Nacionales Naturales de Colombia. Disponible en: https://mapas.parquesnacionales.gov.co/
11. Departamento Nacional de Planeación. Regionalización administrativa en Colombia [Internet]. [citado 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Regionalizaci%C3%B3n_administrativa_en_Colombia
12. Superintendencia de Transporte. Operación de pasajeros y despacho de vehículos en la modalidad de transporte de pasajeros por carretera [Internet]. [citado 11 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.datos.gov.co/Transporte/Operaci-n-de-pasajeros-y-despacho-de-veh-culos-en-/eh75-8ah6/about_data
13. Coscia M. The Atlas for the Aspiring Network Scientist. ArXiv [Internet]. 4 de enero de 2021 [citado 25 de julio de 2024]; Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/The-Atlas-for-the-Aspiring-Network-Scientist-Coscia/3f76045329d4e9727ea4a24fc6515315bcd4731b
14. PageRank. En: Wikipedia [Internet]. 2024 [citado 14 de agosto de 2024]. Disponible en: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=PageRank&oldid=1230496656

8.2 Metodología de las fichas

Fichas de caracterización

Región

1. Descripción general

La región Pacífico Oriente está conformada por 27 municipios dentro de los departamentos de Cauca (8) y Valle del Cauca (19).



Fuente: elaboración propia ONS con datos de (1)

En la región Pacíf… poco más del 80% de la población reside en cabeceras municipales, en lí… con la mediana …ión de personas que viven en á… …s es menor a la m… …anzando …erte tendencia hacia la u…

Luis Eduardo Olmos-Sánchez, Jean Carlo Pineda-Lozano

Las fichas de caracterización fueron diseñadas para analizar y visualizar indicadores estandarizados y comparables que reflejan los resultados en nueve dimensiones clave de cada región (Tabla 1). Estas fichas se construyeron a partir de datos recopilados a nivel municipal, que luego fueron agregados a nivel regional. La información se presenta mediante gráficos de cajas y bigotes (boxplots), tendencias temporales, diagramas de barras y tablas resumen, proporcionando un análisis integral y visualmente accesible.

Para enriquecer la interpretación de estas visualizaciones, se usó un modelo de lenguaje (LLM, por sus siglas en inglés) basado en inteligencia artificial. Este modelo generó descripciones iniciales para cada figura y tabla. Estas salidas fueron revisadas por un equipo técnico con el fin de asegurar su consistencia y calidad antes de incluirlas como parte del reporte de cada región. Las descripciones generadas complementaron los análisis presentados, integrándose en la sección que sucede a la identificación de los retos estratégicos en salud pública.

Este es un insumo valioso para el desarrollo de las mesas del diálogo, pues sirvieron de base del mapeo de actores y ayudaron a contextualizar al grupo que coordinó las mesas. Además, constituye una herramienta clave para validar los desafíos estratégicos definidos durante el desarrollo de las mesas.

Tabla 1. Dimensiones de la ficha de caracterización regional y sus indicadores

Dimensiones	Indicadores
Descripción general	En esta sección, encuentra la ubicación de la región en el mapa, área, mu-nicipios que lo conforman, población total, población en cabeceras muni-cipales y población rural.
Demografía y población	Distribución de la pertenencia étnica a nivel región.
Vivienda y servicios públicos	Cobertura de servicios públicos y privados. Esta información es un indi-ca-dor de las condiciones de calidad de vida de la región.
Educación	Coberturas y tasas netas de deserción escolar básica y media.
Convivencia y seguridad ciuda-dana	Tasas de homicidios, violencia intrafamiliar y lesiones por accidente de tránsito.
Ambiente	Vulnerabilidad y riesgo del cambio climático y el número de eventos en de-sastres en la región.
Pobreza	Índice de Pobreza Multidimensional– IPM, por cabeceras municipales y zona rural.
Mercado laboral	Tasa de ocupación formal.
Salud	Indicadores sobre aseguramiento al sistema de salud, tasas de fecundidad, de mortalidad, morbilidad y tasas de notificación de eventos vigilados y re-portados a nivel de individuos. Estos indicadores permiten un análisis en términos epidemiológicos.

Fuente: elaboración equipo ONS

Fuentes de información utilizadas para la caracterización

Plataforma Terridata

Es un repositorio de datos del Departamento Nacional de Planeación (DNP) que ofrece acceso abierto a información social, económica, ambiental y de gestión pública en los niveles nacional, regional y municipal (1). Esta plataforma agrupa datos provenientes de fuentes oficiales, permitiendo realizar análisis integrales y facilitando la toma de decisiones informadas para la planificación territorial y la formulación de políticas públicas.

Los indicadores disponibles están estandarizados y, en muchos casos, se presentan desglosados por año. Esto posibilita su comparación a lo largo del tiempo. Cuando no se requería analizar la evolución temporal, se seleccionaron los datos más recientes para garantizar la relevancia de la información. Para este propósito, fue necesario descargar la base completa (2).

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila)

Coordinado por el Instituto Nacional de Salud (INS), fue creado para proporcionar de manera sistemática y oportuna información sobre la evolución de los eventos que afectan la salud de la población colombiana (3). A través del portal WEB Sivigila, se accedió a la información de 51 eventos vigilados de manera individual, con información disponible entre 2018 y 2022 a nivel municipal. Esta fue agregada al nivel de las 25 regiones definidas y se ajustaron tasas de notificación por edad y sexo, utilizando el método directo y la población de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2001 (4). Se comparó la variación entre el primer y último año, si esta fue menor o mayor de 10% se consideró como variación del evento vigilado.

Mortalidad

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) es el consolidador oficial de la mortalidad en el país. Por medio de su micrositio, se obtuvo la mortalidad general de Colombia entre 1998 y 2022. Se agruparon las muertes a nivel de regiones, según municipio de ocurrencia, y se ajustaron tasas de mortalidad de acuerdo con la causa de la lista 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por edad y sexo mediante el método directo, utilizando la población de referencia de la OMS (4). Se comparó la variación entre el promedio de las tasas ajustadas del primer y último quintil, si esta fue menor o mayor de 10% se consideró como variación de la causa de muerte.

Proyecciones de población

Los indicadores municipales fueron agregados a nivel regional, convirtiendo primero las proporciones y porcentajes en valores absolutos (conteos). Luego, se agruparon estos valores, utilizando la población total de cada región, basada en las proyecciones de población del DANE (5).



¿Cómo se realizó el procesamiento de la información?

Se integraron los municipios en las regiones definidas, previamente, a partir de la base de datos de Territdata, a nivel municipal. Para los *boxplots*, se usaron los indicadores más recientes, destacando los valores extremos con el nombre de su municipio. En las series temporales, se calculó la mediana anual con el fin de mostrar la tendencia regional. Todas las visualizaciones, incluidos los mapas de las regiones, se generaron dentro de un único notebook de Python (versión 3.12.4), que facilitó la centralización y el manejo de todo el proceso de análisis y creación de gráficos.

Se identificaron las diez principales causas de mortalidad y los diez eventos de notificación más frecuentes en cada región, seleccionando aquellos con los promedios más altos a lo largo del periodo, para el análisis de notificación de eventos de notificación obligatoria al sistema de vigilancia y la mortalidad según causas de la lista 6/67 de la OPS, tras agrupar los registros a nivel de regiones y estimar tasas ajustadas de notificación o mortalidad, por edad y sexo para cada año. En el caso de mortalidad, dado que se contaba con 25 años de registro, se comparó la variación entre el primer y último quinquenio (promedio de tasa ajustada entre 1998:2002 vs. el promedio entre 2018:2022) y, en los eventos de Sivigila, se contrastó la variación del primer año (2018) contra el último (2022). Esta variación se clasificó en tres categorías: “aumentó” (incremento ≥10%), “disminuyó” (reducción ≤-10%) y “no diferencia” (variación <10%). El procesamiento de datos, análisis y construcción de tablas para esta sección de la ficha se realizó en R versión 4.4.0.

Prompt para el modelo de lenguaje

Se usaron dos tipos de solicitudes a la inteligencia artificial con el fin de generar salidas de gráficas y tablas de caracterización. Para las gráficas, se proporcionaban instrucciones junto con las figuras de cada región, esto resultaba en dos o tres iteraciones con el modelo de lenguaje por región. En cuanto a las tablas, se consolidaron todas las regiones en una sola y se emitió una única instrucción para todas estas, obteniendo así una respuesta directa. A continuación, se presentan las instrucciones utilizadas.

Prompt para el análisis de las gráficas

El siguiente fue el texto de la solicitud realizada a la inteligencia artificial: como investigadora del Instituto Nacional de Salud de Colombia, experta en análisis de datos e indicadores, estás interpretando fichas técnicas de diversas regiones de Colombia. Cada ficha contiene 10 gráficos y cada análisis debe incluir:

1. Descripción general de la figura.
2. Sugerencias de mejora para la presentación de los datos.
3. Título y leyenda detallados.
4. Párrafo de resultados con valores cuantitativos, asegurándote de mencionar:
    a. Comparación con la mediana nacional (representada por una línea punteada negra en las figuras).
    b. Identificación y mención de *outliers* (municipios que se desvían notablemente de la mediana).

El análisis se compila en un archivo JSON estructurado con la siguiente plantilla:

```
{ “Nombre_Figura.png”: {
        “descripción”: “Descripción de la figura...”,
        “mejoras”: “Sugerencias...”,
        “titulo”: “Título sugerido”,
        “leyenda”: “Leyenda sugerida...”,
        “resultados”: “Párrafo de resultados...” }, ...
}
```

Se tuvo en cuenta las instrucciones específicas para cada figura:

• **Region_Figura2.png:** Análisis de la urbanización de la región en comparación con los valores nacionales de cabeceras y zonas rurales. (150 palabras, Etiqueta: TextoFig2)
• **Region_Figura3.png:** Comparación de la distribución de pertenencia étnica de la región con la media nacional. (150 palabras, Etiqueta: TextoFig3)
• **Region_Figura4.png:** *Boxplots* de servicios públicos y privados. Compara la mediana de la región con la nacional y analiza la variabilidad, mencionando *outliers* específicos. (300 palabras, Etiqueta: TextoFig4)
• **Region_Figura5.png:** *Boxplots* de cobertura educativa y tasas de deserción escolar. Menciona diferencias con la mediana nacional y destaca *outliers*. (200 palabras, Etiqueta: TextoFig5)
• **Region_Figura7.png:** Perfil temporal de convivencia y seguridad ciudadana, comparando con el comportamiento nacional. (150 palabras, Etiqueta: TextoFig8)
• **Region_Figura9.png:** *Boxplots* de vulnerabilidad y riesgo climático. Analiza la variabilidad, menciona la mediana nacional y destaca *outliers*. (300 palabras, Etiqueta: TextoFig9)
• **Region_Figura10.png:** *Boxplots* de pobreza. Compara con la mediana nacional y analiza la variabilidad, destacando *outliers*. (150 palabras, Etiqueta: TextoFig10)
• **Region_Figura11.png:** *Boxplots* de empleo formal. Menciona la mediana nacional, analiza la variabilidad y destaca *outliers*. (150 palabras, Etiqueta: TextoFig11)
• **Region_Figura6.png:** Perfil temporal de indicadores de salud, alineando los años en el eje X y comparando con la mediana nacional. (150 palabras, Etiqueta: TextoFig6)
• **Region_Figura13.png:** *Boxplots* de cobertura de salud. Compara la mediana regional con la nacional y menciona *outliers*. (150 palabras, Etiqueta: TextoFig7)

Instrucciones para el análisis de las tablas:

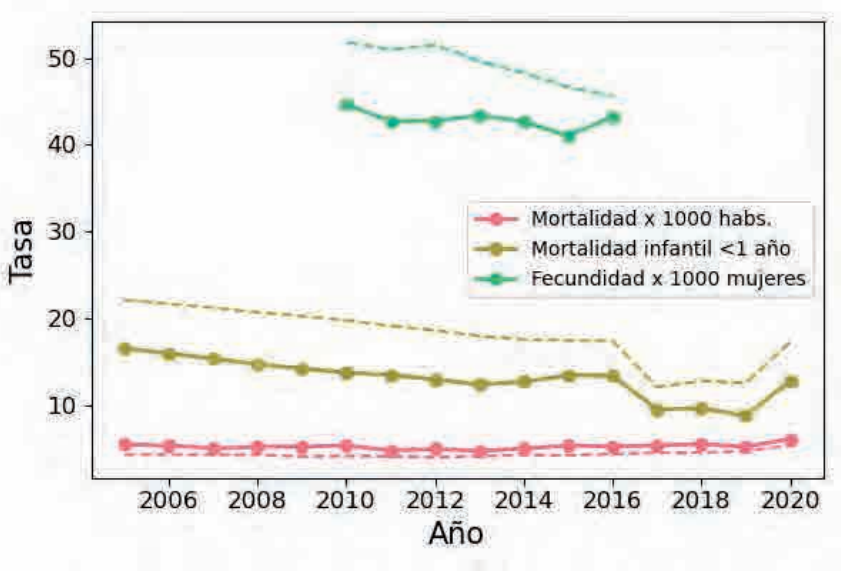
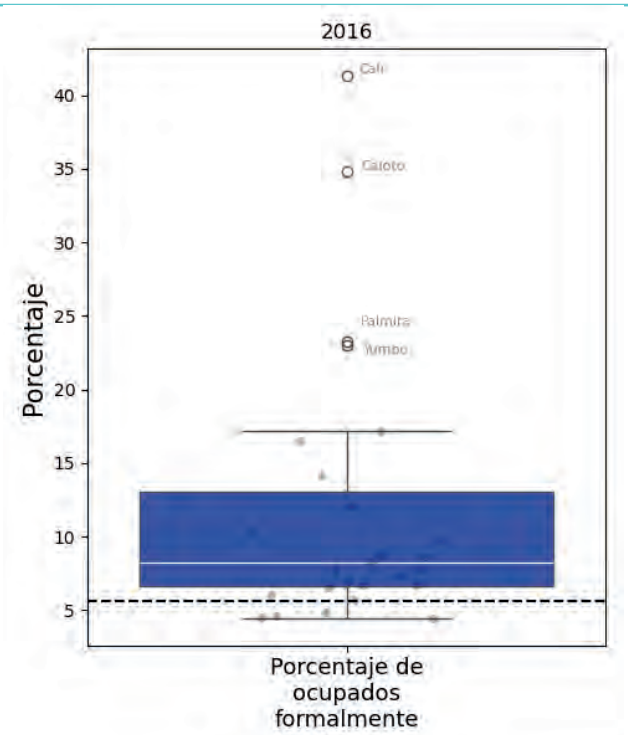
La siguiente es una tabla de tasas de mortalidad para distintas regiones de Colombia. Debe:
1. Identificar regiones únicas: Extrae las regiones únicas de la columna “Región”.
2. Filtrar por región: Crea subconjuntos de la tabla para cada región.
3. Calcular diferencias de tasas: Determina la diferencia entre “1998:2002” y “2018:2022” para cada causa de muerte.
4. Comparar con medias nacionales: Compara las tasas de la región con las medias nacionales de ambos periodos.
5. Identificar causas destacadas: Encuentra las tres causas de muerte con mayores diferencias en 2018:2022 respecto a la media nacional.
6. Redactar un resumen de 150 palabras que incluyan:
a. Comparación de la tasa regional con la media nacional para las tres causas con mayor variación.
b. Indicación de si la región está por encima o por debajo de la media y las implicaciones (mejoras o empeoramientos).
c. Descripción de la variación entre los periodos, con valores numéricos y la media nacional.

Esta nueva tabla resume los eventos en salud reportados por el Sivigila. *Haz lo mismo que con la tabla anterior. En lugar de “1998:2002” y “2018:2022”, vamos a tener dos periodos Tasa 2018 y Tasa 2022. En lugar de causas de muerte, vas a usar eventos (mira la columna) y usa la columna variación para describir la diferencia entre los dos periodos. No olvides describirlos numéricamente, coloca el valor de las medias nacionales.*

Instructivo de interpretación de las gráficas
Las descripciones generadas por el modelo LLM suelen ser bastante generales. Para complementar estas interpretaciones y fortalecer el análisis de los datos, se desarrolló una guía breve que facilita su comprensión y el uso de las visualizaciones. Este instructivo (Tabla 2) permitió al equipo mejorar su capacidad de análisis de los indicadores, identificar patrones y tendencias, y abordar preguntas y objetivos específicos en cada región. Esto es crucial para comprender tanto la situación actual como los retos futuros.

La guía sirvió como un recurso práctico para interpretar de manera consistente las representaciones gráficas y estadísticas, ayudando a responder interrogantes relevantes sobre las realidades regionales. Al combinar las descripciones del LLM con el enfoque guiado del instructivo, el análisis de las fichas se enriqueció al lograr un balance entre el apoyo automatizado y la revisión crítica por parte del equipo humano.

Tabla 2. Instructivo de interpretación de las fichas técnicas regionales

Representación	Ejemplo
Gráficas de líneas Muestran la evolución de uno o más indicadores a lo largo del tiempo. Observe si la línea asciende o desciende. Una línea as-cendente indica un aumento en el valor del indicador, mientras que una línea descendente señala una disminución. Identifique puntos donde la línea cambia abruptamente, lo que podría indi-car un evento significativo o un cambio en la tendencia. Como medida de comparación, los datos correspondientes a una escala nacional se muestran en líneas punteadas. Compáre-las para ver cómo ambas variables se comportan a lo largo del tiempo.	
Boxplots Los diagramas de cajas muestran la distribución de un conjunto de datos, resaltando la mediana, los cuartiles y los valores atípi-cos. ***Mediana:*** la línea dentro de la caja representa la mediana del conjunto de datos. Para comparar, la mediana nacional se mues-tra en línea punteada. ***Rango Intercuartílico (IQR):*** la caja que abarca el rango entre el primer y tercer cuartil muestra dónde se concentra la mitad de los datos. ***Valores Atípicos:*** los puntos fuera de los "bigotes" del *boxplot* son valores atípicos y pueden indicar municipios o situaciones excepcionales. ***Simetría:*** compare la simetría de la caja y los bigotes para identi-ficar sesgos en la distribución de los datos.	
Elementos comunes en las gráficas Preste atención a las unidades y la escala, especialmente en *boxplots*, para una interpretación precisa.	

Fuente: elaboración equipo ONS

Referencias

1. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. [citado 1 de mayo de 2024]. Terridata Sistema de Estadísticas Territoriales. Disponible en: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/acercade
2. Departamento Nacional de Planeación. Terridata Descargas. https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/descargas; 2020.
3. Instituto Nacional de Salud. SIVIGILA. 2024 [citado 22 de septiembre de 2024]. SIVIGILA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx
4. Ahmad OB, Ahmad OB, Boschi-pinto C, Lopez AD. Age Standardization of Rates : A New WHO Standard AGE STANDARDIZATION OF RATES : A NEW WHO STANDARD Christopher JL Murray Rafael Lozano Mie Inoue GPE Discussion Paper Series : No . 31 EIP / GPE / EBD World Health Organization 2001. 2001;(January).
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/



9
Agradecimientos

Lograr este informe ha sido el mejor ejemplo de trabajo colectivo, tanto del equipo del Observatorio Nacional de Salud, como de todas las personas e instituciones que participaron de alguna manera en la concepción e implementación del presente trabajo. Así, además de agradecer profundamente a todos los participantes de las mesas, el siguiente es un reconocimiento, no exhaustivo, a quienes aportaron para que este informe fuera posible y viera la luz.

Región Central–Cafetero
- Agustín Núñez Rosales y Hernán Vargas Dirección de Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental del Tolima
- Hospital Federico Lleras Acosta ESE - Sede Limonar

Región Central-Oriental

-María Teresa Melo, directora del CEAD, Duitama, Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)
-Secretaría de Salud de Boyacá
-Secretaría de Salud de Duitama
-Grupo Feminista Chinas Berriondas
- Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)
- Urdimbre Radio
- Comunidad Muisca Chibcha
- Colegio Salesiano de Duitama
- Asociación Afrodescendiente Colombia Unida (ASAFROCU),
- Fundación Taller Sembrando Amor
- Programa de Tuberculosis de la Secretaría de Salud de Boyacá
- Hospital Intercultural de Cubará
- Minerva Centro de Psicología
- Alimentando Futuro
- Proyectos de Montecava SAS BIC

Región Llanos–Cordillera
- Luis Gerardo Franco, Programa de Antropología de la Universidad Surcolombiana, Neiva

Región Caribe-Norte
- Antonio Rafael Campo Carey, Universidad de Santander – Sede Valledupar
- Cabildo del Pueblo Indígena Arahuaco
- Universidad Popular del Cesar
- Secretaría de Salud de Valledupar
- Wintukwa IPSI
- Fundación Baylor Colombia
- UNICEF
- Consejo municipal de Juventud

Región Cafetero
- Nohelia Bedoya, administrativa, Rectoría de la Universidad Tecnológica de Pereira
- Patricia Granada, docente de pediatría social, Universidad Tecnológica de Pereira
- Programa de migrantes, Alcaldía de Pereira
- Institución Educativa Escuela de la Palabra
- E. S. E. Hospital San José de Marsella
- Alexandra Giraldo, directora de la Maestría en Salud Pública, Universidad de Caldas
- Gloria Amparo Murillo, lideresa afro, Grupo Umoja
- Andrea Romero, gestora comunitaria programa ITS, Gobernación de Risaralda
- Resguardo Unificado Emberá, Mistrató
- Dirección de Sanidad de la Policía Nacional

Región Cordillera
- Yessenia Leyton David, Hospital José María Hernández ESE, Mocoa
- Jennifer Carolina Echeverry Vélez, Secretaría Departamental de Salud de Putumayo
- Catalina Ruano Daza, Secretaría Municipal de Salud de Mocoa
- Instituto Departamental de Salud de Nariño
- Secretaría Departamental de Salud de Putumayo

Región Central-Bogotá
- Personería Municipal de Zipaquirá
- Biblioteca Regional de Zipaquirá José María Triana Algarra
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
- Gobernación de Cundinamarca
- Secretaría de Salud Municipal de Chía
- Secretaría de Salud Municipal de Cota
- Secretaría de Salud Municipal de Zipaquirá
- Hospital Regional de Zipaquirá
- Consejo de Juventud de Zipaquirá
- Instituto Nacional de Salud

Región Caribe
- Nelson Rafael Alvis Guzmán (Grupo de Investigación en Economía de la Salud –GIES, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Cartagena)
- Nelson Rafael Alvis Zakzuk, Alzak Foundation

Región Cordillera-Macizo
- Andrea Calderón, Programa de Comunicación Social, Universidad del Cauca
- Edgar Camacho Godoy, Decano, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales
- Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca
- Secretaría Departamental de Salud del Cauca
- Alejandro Almenda, líder juvenil – Patrimonio Cultural
- Alcaldía de Suárez
- Alcaldía de Páez
- Alcaldía de Inzá
- Secretaría de Salud de Timbío
- E.S.E Centro 1 UAS Morales
- Iverly Aracely Bello - Representante legal, Asociación de Recicladores de Oficio del municipio de Totoró
- Alpha Solution APS SAS
- Sanidad Militar
- Fundación para la comunicación popular FUNCOP

Región Gran Santander-Oriente
- Instituto Departamental de Norte de Santander
- Secretaría de Salud de Los Patios
- Secretaría de Salud de Villa del Rosario
- Universidad Industrial de Santander
- Universidad Francisco de Paula Santander
- A las organizaciones de cooperación internacional
- A los lideres comunitarios participantes
- Alcaldía Municipal del Zulia
- Alcaldía Municipal de Gramalote
- Alcaldía Municipal de Toledo
- Alcaldía Municipal de Bochalema

- Defensoría del Pueblo de Norte de Santander
- Personería Municipal de San José de Cúcuta
- Caja de Compensación Familiar - ComfaOriente EPS-S
- Fundación Unimedicos
- Juntas de Acción Comunal de Cúcuta
- Coosalud Cúcuta

Región Pacífico
- Elsa Paselia Delgado Rosero, presidenta ejecutiva, Cámara de Comercio del Chocó
- Fundación Mujer y vida
- Asociación de la Red interétnica de Parteras y Parteros del Chocó - Asorredipar
- Yulissa Mosquera - Secretaría Departamental de Salud – Oficina de Salud Mental
- Asociación de Mujeres Afro y Desplazadas Edificando Redes - Asomadere
- Chocoanizando
- Secretaría de Salud Municipal de Quibdó
- Fundación Preparms
- Cooperativa Agroturística de Tutunendo

Región Caribe–Sur
- Departamento de salud pública de la Universidad de Córdoba

22. Región Pacífico–Oriente
- María Janeth Mosquera Becerra, Coordinadora Maestría en Salud Pública, Universidad del Valle
- Gobernación del Valle del Cauca
- Secretaria de Local de Salud de Florida
- Alcaldía de Candelaria
- A los líderes comunitarios

Región Cafetero – Norte
- Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia

Al grupo facilitador
- Esperanza Echeverry, profesora pensionada de la Universidad de Antioquia
- Deisy Arrubla, investigadora
- Fernando de la Hoz, profesor de la Universidad Nacional de Colombia
- Gabriel Jaime Otálvaro, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia
- Jaime Ramírez, profesor de la Pontifica Universidad Javeriana
- Janeth Mosquera, profesora de la Universidad del Valle
- Javier Narváez, profesor de la Universidad Nacional de Colombia
- Joan Benach, Universidad Pompeu Fabra
- Juan Carlos Eslava, profesor de la Universidad Nacional de Colombia
- Mario Hernández, coordinador del doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional
- Nelson Alvis Guzmán, profesor de la Universidad de Cartagena
- Román Vega, coordinador del Movimiento de la Salud de los Pueblos
- Yadira Borrero, profesora de la Universidad de Antioquia