

Reporte Informe 16

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



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.

2025

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

INTRODUCCIÓN

El Informe 16 del Observatorio Nacional de Salud (ONS) ofrece una mirada amplia y diferenciada sobre los retos actuales de la salud pública en Colombia, reconociendo la diversidad territorial y cultural del país como un elemento central en la formulación de políticas más justas y efectivas.

Este informe se construyó con la participación de cerca de 300 personas de distintas regiones, quienes compartieron sus experiencias, saberes locales y preocupaciones colectivas. A partir de mesas de diálogo con comunidades, expertos y actores clave, se identificaron retos estratégicos en 14 de las 25 regiones analizadas, dando voz a las realidades del territorio.

Además, el documento incluye un análisis crítico del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022–2026 y del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031, evaluando su pertinencia y alcance desde una perspectiva de equidad, participación ciudadana e inclusión social.

Principales aportes del informe:

- *Un diagnóstico regional* de los principales problemas de salud pública, sustentado en datos, testimonios y propuestas locales.
- *Recomendaciones construidas desde el territorio*, con enfoque diferencial y participativo, orientadas a incidir en las políticas nacionales.
- *Una reflexión sobre la necesidad de incluir* a poblaciones históricamente excluidas como mujeres, comunidades étnicas, víctimas del conflicto, población LGBTIQ+.
- *Una propuesta de visión a futuro* para los próximos 20 a 30 años, articulada con los desafíos globales y capacidades del país.

Este informe propone una nueva forma de generar conocimiento en salud pública: participativa, contextualizada y sensible a la realidad social de Colombia. Con ello, el ONS reafirma su compromiso de proporcionar evidencia para el diseño de políticas que respondan verdaderamente a las necesidades de la población, fortaleciendo el diálogo entre ciencia, territorio y comunidad.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022–2026

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022–2026 es la hoja de ruta del Gobierno colombiano que para orientar el desarrollo económico, social y ambiental del país en los próximos años. Aprobado mediante la Ley 2294 de 2023, propone un nuevo contrato social centrado en la protección de la vida, la justicia social, la sostenibilidad y la paz.

El Observatorio Nacional de Salud (ONS), a través de su Informe 16, analiza este plan desde una mirada crítica y territorial, destacando sus implicaciones en salud pública y bienestar poblacional.

Proceso de elaboración participativo

El PND reconoce las profundas desigualdades regionales y sociales del país, especialmente en zonas rurales, y busca responder a ellas con una propuesta de transformación estructural basada en *cinco ejes de cambio*: ordenamiento territorial, seguridad humana y justicia social, derecho a la alimentación, acción climática e internacionalización, y convergencia regional.

Se incluyen también ejes transversales como la paz total, el enfoque diferencial, la estabilidad macroeconómica y la política exterior con perspectiva de género.

Componentes y estructura

El plan se articula en torno a:

- *Tres elementos constitutivos*: ordenamiento territorial alrededor del agua, transformación productiva, y sostenibilidad con equidad.
- *Cinco ejes de transformación*: ordenamiento territorial, seguridad humana y justicia social, derecho a la alimentación, acción climática e internacionalización, y convergencia regional.
- *Cuatro ejes transversales*: paz total, enfoque diferencial, estabilidad macroeconómica y política exterior con enfoque de género.

Salud pública, protección social y derecho a la alimentación en el PND

Desde la salud pública, el PND propone:

- Un sistema de salud universal, preventivo, predictivo y resolutivo, centrado en la atención primaria y los determinantes sociales de la salud.
- El fortalecimiento del sistema de información en salud y de la rectoría institucional.
- La consolidación de un Sistema de Protección Social adaptativo, con equidad en el acceso a servicios de salud, medicamentos e infraestructura hospitalaria, especialmente en zonas rurales.
- El impulso a la ciencia, tecnología e innovación para mejorar la toma de decisiones en salud pública

También se destaca el reconocimiento del derecho humano a la alimentación con acciones dirigidas a mejorar la nutrición, el acceso a la tierra y el apoyo a pequeños productores.

Otras dimensiones relevantes

- **Ordenamiento territorial alrededor del agua**: propone un nuevo modelo de ocupación del territorio más justo y sostenible, basado en la protección ambiental y la participación ciudadana.
- **Sostenibilidad ambiental y transición energética**: impulsa una economía

baja en carbono, una transición energética justa y la protección de la biodiversidad, en línea con compromisos internacionales.

- **Convergencia regional y equidad territorial:** busca reducir las brechas entre regiones mediante acceso equitativo a bienes, servicios y oportunidades, con participación activa de comunidades marginadas.

- **Seguridad humana:** se entiende como el centro de las políticas sociales, promoviendo una vida digna, la prevención de riesgos y el fortalecimiento del cuidado como derecho.

- **La Paz total:** el PND propone una paz duradera como política de Estado, basada en el diálogo, el cumplimiento de acuerdos previos, el fortalecimiento institucional y la garantía de derechos en los territorios más afectados por el conflicto armado.

El análisis del PND desde la salud pública muestra una apuesta por la equidad, la inclusión y la transformación del vínculo entre el Estado y las comunidades. El documento propone que mejorar la salud y el bienestar de la población requiere una visión integral, territorial y participativa, que reconozca tanto los desafíos estructurales como las capacidades locales.

Análisis Crítico al PND desde la Salud Pública

El PND 2022–2026 propone una transformación profunda del modelo de desarrollo en Colombia. A diferencia de su antecesor (2018–2022), que priorizaba el crecimiento económico con enfoque de mercado, este nuevo plan promueve un modelo centrado en el desarrollo humano, la equidad territorial y la sostenibilidad, en respuesta al estallido social de 2021 y a los desafíos estructurales que enfrenta el país.

o Enfoque en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

El PND reconoce que factores como la violencia, el conflicto armado y la desigualdad de género, la pobreza y la exclusión territorial afectan directamente la salud de las personas. Retoma, aunque sin desarrollos teóricos explícitos, el enfoque de determinantes sociales propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Entre sus propuestas están:

- Abordar desigualdades estructurales como el acceso a educación, servicios básicos, nutrición y vivienda.
- Fortalecer la participación comunitaria y promover entornos saludables y sostenibles.
- Reconocer que la seguridad humana y la justicia social son condiciones necesarias para el bienestar.

o Sistema de protección social y salud basada en APS

El PND plantea avanzar hacia un modelo de salud con enfoque preventivo, predictivo y resolutivo, centrado en la Atención Primaria en Salud (APS). Además, propone:

- Consolidar un sistema de protección social universal y adaptativo.
- Fortalecer el sistema de cuidado como política pública.
- Promover una cultura de paz como base del bienestar colectivo.

Estas líneas de acción coinciden con recomendaciones previas del Observatorio Nacional de Salud (ONS), incluyendo la crítica al modelo extractivista.

o Ciencia, tecnología y evidencia para la salud

El PND reconoce el papel de la evidencia científica en la formulación de políticas, destacando la importancia de:

- Crear observatorios regionales de equidad y salud.
- Fortalecer el sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación (CTI).
- Impulsar la apropiación social del conocimiento.

Sin embargo, se identifica una contradicción entre estos objetivos y la reducción presupuestal en CTI para 2024, lo que limita su capacidad de implementación.

o Desigualdades que se profundizan en los territorios

El nuevo El nuevo plan busca corregir la falta de atención a las brechas regionales del pasado, promoviendo:

- Confianza ciudadana e institucional.
- Gobernanza multinivel y articulación entre municipios y ciudades núcleo.
- Diseñar mecanismos para integrar municipios pequeños con ciudades núcleo, aprovechando su capacidad de dinamizar la economía regional.

Ordenamiento territorial, agua, medio ambiente y salud

El PND incorpora el agua y la protección ambiental como ejes del ordenamiento territorial. Estas acciones impacto directo en la salud, al mejorar:

- Acceso a agua potable y saneamiento.
- Disponibilidad de agua para agricultura y alimentación.
- Reducción de la contaminación y huella de carbono.
- Transición hacia energías limpias y promoción de la bioeconomía.

Aunque el PND no define con claridad qué entiende por salud ambiental, adopta un enfoque integral que considera factores sociales, económicos, institucionales y ecológicos.

o Derecho humano a la alimentación y salud

El PND reconoce la alimentación adecuada como un derecho fundamental y propone acciones intersectoriales para garantizar la seguridad alimentaria. Sin embargo:

1. Falta claridad sobre cómo se implementarán estas estrategias.
2. No se establecen indicadores concretos para medir la reducción del hambre o la desnutrición.

o La paz como determinante de salud

El PND vincula la salud con la consolidación de la paz, reconociendo que el conflicto armado ha sido causa estructural de desigualdad. Plantea:

- Cumplir los acuerdos de paz existentes.
- Construir una paz territorial basada en la participación, la protección y la justicia social.

No obstante, se identifican rezagos en la implementación de estas políticas

y en la presencia efectiva del Estado en los territorios más afectados.

Actores diferenciales

El PND avanza en el reconocimiento de grupos históricamente excluidos, como el campesinado, mujeres, pueblos étnicos y población LGBTIQ+. Esta perspectiva supera enfoques epidemiológicos tradicionales al integrar dimensiones sociales y culturales de la salud.

Vacíos y desafíos

A pesar de sus avances, el PND presenta algunas limitaciones:

- Falta claridad sobre los mecanismos de implementación, seguimiento y evaluación.
- La estructura del documento es compleja y dispersa, lo que dificulta su comprensión y aplicación.
- No se abordan de forma suficiente los efectos de la pandemia de COVID-19 ni su impacto sobre la desigualdad y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).
- Hay dudas sobre la viabilidad financiera de muchas de sus propuestas.

Conclusión general del PND

El PND 2022-2026 presenta una propuesta ambiciosa e innovadora para articular la salud pública con el desarrollo sostenible, la equidad social y la justicia territorial. Sin embargo, su impacto dependerá de la capacidad del Estado para garantizar su implementación efectiva, con participación comunitaria, coherencia presupuestal y mecanismos claros de evaluación.

Plan decenal de salud pública (PDSP) 2022-2031

El PDSP 2022-2031 es la política nacional aprobada que define las prioridades, metas y estrategias en salud pública para la próxima década en Colombia. Fue aprobado mediante la Resolución 2367 de 2023 y liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Este plan busca garantizar el derecho a la salud desde una perspectiva de equidad y participación ciudadana, con un fuerte enfoque en la reducción de desigualdades sociales, étnicas, culturales y territoriales.

Enfoque y objetivos principales

El PDSP reconoce la salud como un derecho fundamental y propone una salud pública:

- Inclusiva y orientada por derechos humanos.
- Intercultural, reconociendo saberes locales y prácticas tradicionales.
- Participativa, con protagonismo de comunidades y actores sociales.
- Equitativa, enfocada en cerrar brechas que afectan a poblaciones vulnerables.

Además, destaca la adaptación territorial como principio clave, entendiendo

que cada territorio tiene condiciones particulares que deben guiar las acciones en salud.

Estructura del PDSP

El PDSP se organiza en siete ejes estratégicos, entre los que se destacan:

- Gobernanza en salud pública (Eje 1).
- Poblaciones diferenciales y vulnerables (Eje 2), con un avance importante al incluir por primera vez a campesinos y población LGBTIQ+.
- Determinantes sociales y ambientales de la salud (Eje 3).
- Atención primaria en salud con enfoque preventivo y resolutivo (Eje 4).
- Talento humano en salud (Eje 7), con estrategias para su dignificación y sostenibilidad.

Implementación territorial

La ejecución del PDSP se articula con los Planes Territoriales de Salud (PTS), orientados por la Resolución 100 de 2024. Su implementación es responsabilidad compartida de alcaldías, gobernaciones, asambleas y secretarías de salud, entre otros actores locales.

El plan establece evaluaciones bianuales hasta 2031 con el fin de hacer ajustes según los avances y necesidades emergentes.

Líneas operativas y estrategias

Las líneas de acción se basan en:

- Un enfoque preventivo, predictivo y resolutivo.
- La inclusión de saberes ancestrales y comunitarios en las intervenciones.
- El fortalecimiento del talento humano en salud, con condiciones laborales dignas.
- Acuerdos intersectoriales para mejorar la articulación entre sectores como educación, ambiente y protección social.

Financiamiento y participación

El plan será financiado con recursos del Sistema General de Participaciones, rentas territoriales y transferencias nacionales. Su éxito requiere:

- Participación activa de la ciudadanía, academia y organizaciones sociales.
- Rol de vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. para garantizar
- Transparencia en la ejecución y evaluación.

Conclusión

El PDSP 2022-2031 representa una apuesta ambiciosa por transformar la salud pública en Colombia, articulando derechos, equidad territorial, diversidad cultural y participación social. Para que esta visión se haga

realidad, será clave fortalecer la articulación entre niveles de gobierno, garantizar el compromiso de las comunidades y asegurar una financiación sostenible a lo largo del tiempo.

A continuación, se presenta un análisis comparado del PND y el PDSP por ejes temáticos.

Informe académico comparado: PND 2022–2026 y PDSP 2022–2031 desde una perspectiva de derechos humanos, salud pública y seguridad alimentaria

Este informe tiene como objetivo analizar comparativamente dos políticas públicas fundamentales para el sector salud en Colombia: el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022–2026 y el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031. La comparación se realiza desde una perspectiva basada en derechos humanos, con énfasis en el derecho a la salud, el derecho humano a la alimentación (DHA), y la incorporación de enfoques territoriales, diferenciales y de participación comunitaria. A través de este ejercicio, se identifican los avances, tensiones, desafíos y sinergias que estas políticas ofrecen para garantizar el bienestar de la población colombiana, especialmente en contextos históricamente excluidos.

Ejes Temáticos de Análisis

A continuación, se presenta un análisis comparado del PND y el PDSP por ejes temáticos.

1. Derecho a la Salud y Enfoque de Derechos Humanos

El PDSP se construye explícitamente desde una perspectiva de derechos humanos, posicionando el derecho a la salud como eje estructural de la política pública. Este enfoque atraviesa todos los ejes estratégicos del plan, promoviendo:

- La equidad territorial y poblacional, al abordar las brechas históricas que afectan a grupos excluidos.
- La diversidad cultural y de género, reconociendo la interculturalidad, los saberes ancestrales y las identidades diversas como dimensiones esenciales de la salud
- La participación social efectiva, al concebir a las comunidades no como beneficiarias pasivas, sino como agentes activos en el diseño, implementación y evaluación de las estrategias de salud pública.

Por su parte, el PND si bien incorpora la salud como parte de su eje de transformación social, lo hace dentro de un marco más amplio centrado en la seguridad humana y la justicia social, sin desarrollar con igual profundidad el derecho a la salud como derecho exigible. No obstante, el enfoque de derechos humanos aparece de forma más transversal que estructural, y

el documento carece de una ruta clara para su implementación frente a desafíos contextuales como el conflicto armado, la violencia estructural, las secuelas de la pandemia por COVID-19 y la limitada confianza institucional en muchos territorios.

2. Derecho Humano a la Alimentación (DHA)

El PND reconoce el derecho humano a la alimentación como un componente clave de la seguridad humana y propone su garantía a través de acciones intersectoriales que vinculan salud, desarrollo rural, equidad, sostenibilidad ambiental y justicia social. No obstante, enfrenta críticas por la falta de definiciones operativas claras, ausencia de indicadores cuantificables, enfoques fragmentados y escasa atención a la soberanía alimentaria. Por su parte, el PDSP, sin mencionar directamente el DHA, aporta de forma más sólida a su garantía desde la perspectiva de salud pública, a través de acciones territoriales, comunitarias y preventivas, orientadas por los determinantes sociales de la salud.

3. Enfoque Territorial y Diferencial

Ambos planes reconocen la importancia del territorio y la necesidad de adaptar las políticas a las condiciones locales. El PDSP 2022–2031 avanza de forma más coherente y sistemática en la territorialización de la política de salud pública, integrando el enfoque diferencial como componente esencial y ofreciendo instrumentos claros de planificación, ejecución y evaluación. El PND 2022–2026, si bien incorpora el territorio como eje estratégico, enfrenta limitaciones en su implementación práctica, debido a la fragmentación institucional, la falta de mecanismos de coordinación intergubernamental y la escasa operacionalización del enfoque diferencial.

4. Paz, Conflicto y Seguridad Humana

El PND 2022–2026 representa un avance importante al vincular la salud pública con la construcción de paz y la seguridad humana, lo que permite entender las desigualdades en salud como manifestaciones de violencia estructural. Sin embargo, su ejecución enfrenta barreras institucionales y presupuestales que pueden limitar su alcance en los territorios más afectados. El PDSP, aunque no incluye un eje específico sobre paz o conflicto armado, incorpora indirectamente herramientas útiles para el abordaje de la salud en contextos de violencia y exclusión, gracias a su enfoque diferencial y territorial.

5. Participación Comunitaria y Gobernanza

El PDSP 2022–2031 representa un avance significativo en la democratización de la salud pública, al institucionalizar la participación comunitaria como eje transversal de planeación, ejecución y seguimiento. Este enfoque reconoce a las comunidades como sujetas activas de transformación social y sanitaria, y no solo como receptoras de políticas.

Por el contrario, el PND 2022–2026, si bien destaca la importancia de la

participación en sus fundamentos, no desarrolla mecanismos suficientes para su materialización en el ciclo completo de la política pública. Su implementación corre el riesgo de reproducir esquemas centralistas y verticales, limitando el impacto transformador de la participación social.

6. Ejes Estratégicos e Intersectorialidad

El PDSP 2022–2031 presenta una estructura técnica y políticamente coherente, que facilita la articulación intersectorial y el abordaje integral de los determinantes de la salud. Su diseño permite avanzar hacia un modelo de salud pública resolutivo, inclusivo y territorializado, con una lógica preventiva y comunitaria. El PND 2022–2026, aunque ambicioso en su visión, no logra traducir con claridad su apuesta intersectorial en una arquitectura de implementación eficaz. Su dispersión temática y la falta de mecanismos concretos de coordinación entre sectores comprometen su capacidad de transformar estructuralmente las condiciones de vida y salud de la población.

7. Sostenibilidad Financiera y Evaluación

El PDSP 2022–2031 se destaca por una planificación financiera realista y una estrategia de evaluación participativa y continua. Esto le otorga mayor viabilidad técnica y política, al permitir un ajuste progresivo basado en resultados y una apropiación social sostenida.

En contraste, el PND 2022–2026, pese a su discurso de transformación estructural, no garantiza las condiciones financieras ni los mecanismos evaluativos necesarios para su implementación exitosa. Esta falta de correspondencia entre visión, recursos y seguimiento puede traducirse en una pérdida de eficacia e impacto, especialmente en territorios históricamente excluidos.

Conclusiones

El PDSP como el PND reflejan avances en la incorporación de enfoques basados de derechos humanos, territorialidad, e intersectorialidad. Sin embargo, su capacidad de transformación real depende de la articulación institucional, el aseguramiento de recursos y la participación efectiva de la ciudadanía.

El PDSP se destaca por su solidez técnica, planificación operativa clara y mecanismos de evaluación periódica, mientras que el PND requiere mayor coherencia entre sus objetivos y los medios para implementarlos, especialmente en salud, alimentación y sostenibilidad.

Ambos planes reconocen el derecho a la alimentación y a la salud, pero su garantía efectiva exige fortalecer la planificación, el seguimiento y la rendición de cuentas, así como traducir los principios discursivos en acciones concretas, sostenibles y participativas.

Recomendaciones

- Fortalecer la articulación entre el PND y el PDSP en los componentes

de salud, nutrición y seguridad alimentaria, con enfoque intersectorial y territorial.

- Definir indicadores específicos y medibles para el seguimiento del DHA y el derecho a la salud, asegurando su monitoreo continuo.
- Impulsar la gobernanza participativa y vinculante, que incorpore los saberes locales, la diversidad cultural y las prioridades comunitarias en la toma de decisiones.
- Asegurar la financiación adecuada y sostenible para la implementación de las estrategias territoriales e intersectoriales propuestas en ambos planes.
- Fomentar sinergias entre políticas de paz, salud y desarrollo, con el fin de reducir las desigualdades estructurales y avanzar hacia una transformación social inclusiva.

A continuación, se presenta la evaluación crítica del PDSP 2012-2021 y el nuevo análisis del PDSP 2022-2031.

El PDSP 2022–2031 se formula a partir de una evaluación crítica de su antecesor. Entre los principales avances del plan anterior se destacan la incorporación de enfoques diferenciales y territoriales, así como la promoción de la salud como bien público. No obstante, pero se identificaron limitaciones significativas, como la débil articulación institucional, la falta de recursos y capacidades técnicos y financieros, y la ausencia de un sistema robusto de información para la toma de decisiones.

El nuevo PDSP surge en un contexto profundamente transformado, marcado por la pandemia de COVID-19, la implementación del Acuerdo de Paz, y el reconocimiento constitucional del derecho fundamental a la salud. Frente a estos desafíos, el plan propone una perspectiva crítica y multidimensional, incorporando nociones como la interculturalidad, la acción sin daño, salud comunitaria y determinación social de la salud, lo cual representa un giro respecto al enfoque tradicional centrado únicamente en factores de riesgo individuales.

Sin embargo, el potencial transformador del PDSP 2022–2031 enfrenta diversos retos:

- *Desconexión entre la formulación conceptual y la implementación práctica*, especialmente en la aplicación territorial de los enfoques propuestos.
- *Débil capacidad de medición de inequidades en salud*, dado que persisten metodologías tradicionales que no capturan adecuadamente las dimensiones estructurales del proceso salud-enfermedad.
- *Metas e indicadores poco definidos o excesivamente ambiciosos*, lo que dificulta el seguimiento técnico y la evaluación del impacto real de las estrategias planteadas.
- *Insuficiencia del enfoque diferencial* para responder de manera efectiva a las necesidades específicas de grupos históricamente excluidos, como poblaciones étnicas, víctimas del conflicto y personas con identidades diversas.

En síntesis, aunque el PDSP 2022–2031 representa un avance conceptual

significativo en el campo de la salud pública, su eficacia dependerá de su capacidad operativa para alinear sus principios con la realidad territorial e institucional, así como de fomentar una participación comunitaria activa y sostenida. La reseña concluye que se trata de un paso importante hacia una política más inclusiva y equitativa, pero subraya la necesidad de desarrollar análisis más profundos sobre aspectos críticos como la reforma estructural del sistema de salud y las condiciones laborales en el sector.

Después de estos análisis argumentativos de política pública, a continuación,

se presenta el paso a paso de cómo se realizó el informe

¿Cómo se realizó el informe?

Entre enero y mayo de 2024, el Observatorio Nacional de Salud (ONS) sostuvo diálogos con 13 docentes e investigadores en salud pública para planear un informe estratégico. Estos encuentros sirvieron para debatir sobre el propósito, alcance y metodologías del informe, inicialmente concebido para proponer líneas estratégicas, retos y necesidades en salud pública de manera prospectiva y participativa.

Los expertos coincidieron en la relevancia del informe, aunque expresaron dudas sobre la competencia del ONS para establecer lineamientos estratégicos, dado el marco existente del PDSP y PND. Aun así, ofrecieron recomendaciones clave, entre ellas: abordar de manera explícita el concepto de salud pública; emplear un lenguaje cuidadoso; articularse con el PDSP y el PND; adoptar una visión territorial y regional; considerar horizontes de 20 a 30 años; incorporar perspectivas globales; y basarse en la misión del ONS.

En cuanto a metodología y participación, se propuso incluir una mayor variedad de actores, más allá del ámbito experto, como organizaciones sociales, comunidades, y actores territoriales, todo bajo un enfoque de equidad (género, etnicidad, discapacidad, entre otros.). Se sugirió utilizar métodos como estudios de caso, ensayos fotográficos, y enfoques participativos o deliberativos adaptados a las capacidades del ONS.

Estas discusiones contribuyeron a definir los objetivos, participantes y métodos del informe, y a orientar su desarrollo con una perspectiva regional, factible y en diálogo con las políticas nacionales existentes.

El *Informe 16 del ONS* tiene como objetivo identificar retos estratégicos en salud pública para los próximos 30 años, a través de diálogos participativos con actores institucionales, académicos y ciudadanos. En su fase inicial, se conformó un grupo facilitador que ayudó a delimitar el propósito y alcance del informe, incluyendo una revisión conceptual de términos clave como eje, dimensión, línea, pilar, foco, prioridad, acción, meta, desafío, reto y estrategia.

Estos conceptos fueron analizados desde diversas perspectivas nacionales e internacionales, con el fin de establecer un lenguaje común que guiara la discusión. En particular, se adoptó el término *reto estratégico* como una “apuesta ambiciosa y alcanzable” construida colectivamente, orientada a transformar la salud pública y no restringida exclusivamente al sector salud.

El enfoque del informe no busca reemplazar políticas ya existentes (como el PDSP o el PND), sino complementarlas desde una mirada renovada e incluyente. Por ello, se optó por usar expresiones como “líneas de trabajo” o “pilares” en vez de “líneas estratégicas”, para evitar tensiones políticas y favorecer una construcción más abierta y participativa. También se resalta la importancia de los enfoques intersectoriales, transdisciplinarios, territoriales y con enfoque de equidad.

El ONS llevó a cabo un ejercicio de regionalización del territorio colombiano

con el fin de analizar y abordar de manera más efectiva las desigualdades en salud pública. Se definieron 25 regiones compuestas por municipios contiguos con características similares en tres dimensiones: salud, conflicto armado y condiciones demográficas y económicas. Para ello, se utilizaron indicadores como acceso a servicios de salud, pobreza multidimensional, vulnerabilidad, proporción de población étnica y afectación por el conflicto, procesados mediante el algoritmo SKATER.

Posteriormente, se identificaron municipios estratégicos para realizar diálogos regionales utilizando un análisis de centralidad PageRank sobre redes de movilidad terrestre. En las regiones sin información suficiente, se recurrió a la validación de expertos. Estos diálogos con actores locales permitieron identificar desafíos específicos en salud pública desde las voces de los territorios.

El informe compara esta regionalización con otras iniciativas en Colombia, como las Regiones Administrativas de Planificación (RAP), los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y las divisiones propuestas por la Comisión de la Verdad (CEV), resaltando que cada ejercicio responde a distintos objetivos. Se identificaron como factores clave de segmentación las barreras geográficas y la concentración étnica, y se reconocieron también regiones metropolitanas alrededor de grandes y medianas ciudades.

Esta regionalización ofrece una herramienta útil para planificar y gestionar la salud pública con enfoque territorial, promoviendo mayor equidad y eficiencia. Aunque fue validada por actores locales, se reconocieron limitaciones como la falta de inclusión de variables relacionadas con cambio climático, envejecimiento y migraciones, aspectos fundamentales para futuros análisis.

Mapeo de actores

El mapeo de actores es una herramienta utilizada en investigación social y análisis de política pública para identificar y comprender los intereses, motivaciones e influencia de diversos actores frente a un problema social, permitiendo construir consensos, estrategias e intervenciones.

En este caso, el objetivo fue identificar y seleccionar actores clave para participar en los diálogos regionales sobre retos estratégicos en salud pública organizados por el ONS, con enfoque territorial y diferencial. Se entendió por actor a toda persona o entidad con incidencia en los determinantes sociales de la salud y con interés o relevancia en política pública.

El mapeo consideró enfoques pluralistas, institucionalistas e interpretativos, con el fin de incluir no solo actores institucionales, sino también representantes de la ciudadanía, poblaciones diversas (étnicas, LGBTIQ+, mujeres, víctimas del conflicto, migrantes, población rural, etc.) y movimientos sociales.

Proceso metodológico

El proceso se desarrolló en dos etapas:

1. *Identificación de actores*: se realizó una búsqueda documental y en línea de actores institucionales y sociales, complementada con consultas con expertos. Cada actor fue caracterizado con variables como tipo de entidad, misión, área de desempeño, vínculo con poblaciones diferenciales y nivel territorial. Esta información fue sistematizada en bases de datos regionales.
2. *Selección de actores*: con base en la caracterización, se priorizaron actores relevantes para los diálogos, siguiendo criterios de representatividad, pluralidad, y enfoque territorial y diferencial. Se establecieron cuotas por tipo de actor: 50% sociedad civil, 10% administración territorial, 10% academia, 10% sector salud, y 10% sector privado o cooperación internacional.

Se identificaron algunas limitaciones, como la dificultad de acceder a información actualizada de contacto, especialmente para actores comunitarios. Para superarlo, se recurrió a redes sociales y se diseñó una metodología flexible que asegurara una representatividad mínima adecuada.

El mapeo permitió estructurar un proceso participativo, representativo y contextualizado, que enriqueció el diseño y discusión de políticas públicas de salud, incorporando voces diversas desde lo territorial y social.

Desarrollo e implementación de los diálogos participativos regionales

El apartado 3.5, del informe describe el proceso de desarrollo e implementación de los diálogos participativos regionales en salud pública realizados por el ONS. Esta estrategia tuvo como propósito comprender los retos específicos de cada región del país y cocrear propuestas pertinentes para mejorar la salud pública desde un enfoque inclusivo, contextualizado y territorialmente situado.

El objetivo central fue generar espacios de encuentro, reflexión y escucha activa entre diversos actores sociales, con el fin de identificar problemáticas en salud pública y proponer soluciones adaptadas a contextos territoriales. Esta iniciativa buscó fomentar la participación social, así como la co-construcción de conocimiento entre el ONS y las comunidades.

Metodología

El enfoque metodológico integró tres corrientes conceptuales clave:

- Epistemología emocional
- Investigación acción participativa (IAP)
- Construcciónismo social

Estas corrientes permitieron desarrollar un proceso colaborativo basado en experiencias, emociones y saberes diversos. A través de esta perspectiva, el ONS aplicó tres técnicas cualitativas principales:

1. *Narrativas creativas*: expresión personal mediante formas artísticas y narrativas relacionadas con experiencias en salud pública.
2. *Mapeo de problemas (reto de estudio)*: identificación gráfica y colaborativa

de los retos territoriales mediante dibujos y discusiones orientadas.

3. Equipos reflexivos: espacios grupales para debatir problemáticas regionales y formular posibles soluciones desde distintas perspectivas.

Estructura de los diálogos

Cada sesión de diálogo participativo estuvo compuesta por tres momentos:

1. Preparación: incluyó la presentación del equipo facilitador, la firma del consentimiento informado, el establecimiento de acuerdos de participación y actividades iniciales de integración.

2. Coconstrucción del conocimiento: aplicación de las tres técnicas mencionadas con base en preguntas orientadoras como:

o ¿Qué se entiende por salud pública?

o ¿Qué retos tiene su territorio en salud pública?

o ¿Qué cambiaría y cómo?

3. Cierre: se realizó una síntesis colectiva de hallazgos, reflexión grupal y retroalimentación por parte de los participantes.

Participantes y roles

- Participantes territoriales: aportaron saberes experienciales, técnicos y contextuales desde su vivencia en los territorios.

- Equipo del ONS: cumplió roles de facilitador, observador, analista y en algunas ocasiones, comunicador.

Se promovió una relación horizontal entre los participantes, en la que todas las personas fueron reconocidas como expertas en sus propias experiencias validando el conocimiento situado y la pluralidad de perspectivas.

Resultados esperados

- Identificación profunda de desafíos regionales en salud pública.
- Recomendaciones basadas en experiencias, percepciones y conocimientos locales.
- Aportes significativos para la formulación de políticas públicas más inclusivas sensibles al contexto y coherentes con los retos territoriales.

En conclusión, el proceso fomentó la construcción colectiva del conocimiento, el reconocimiento de saberes locales y el empoderamiento comunitario. Además, contribuyó a la configuración de una ecología de saberes útil para el diseño de estrategias de salud pública más efectivas, justas y contextualizadas.

Análisis de la información

La información recolectada durante los diálogos participativos fue analizada mediante una metodología cualitativa, flexible y adaptativa, que combinó rigurosidad técnica con sensibilidad contextual.

Se aplicó un análisis temático que permitió identificar patrones y estructurar categorías emergentes a partir de las transcripciones de las sesiones. Estas fueron codificadas con base en criterios como problemas, necesidades, beneficios, actores clave y acciones propuestas.

Los temas emergentes fueron validados y consolidados en retos específicos

en salud pública. Posteriormente, se elaboraron mapas conceptuales que reflejan las interrelaciones entre los distintos retos a nivel regional y nacional, facilitando así la priorización de acciones estratégicas de mediano y largo plazo.

Cada informe regional incluyó una introducción contextual, los hallazgos principales, las percepciones locales de salud pública, y los retos y propuestas formuladas por la comunidad. Esta información fue complementada con fuentes secundarias y con el análisis técnico realizado por el equipo del ONS.

Escúchenos

Este apartado recoge un relato reflexivo sobre el ejercicio de intercambio de conocimientos entre el ONS y las comunidades colombianas. El proceso se centró en la escucha activa, priorizando el enfoque cualitativo para identificar retos en salud pública directamente desde las voces de los territorios.

A partir de una trayectoria de frustración por la imitada incidencia de investigaciones previas en decisiones de políticas pública, el ONS decidió transformar su metodología tradicional y acercarse directamente a las personas, reconociendo la validez de sus saberes, vivencias y propuestas.

Las mesas participativas revelaron múltiples dimensiones de exclusión y marginación, pero también pusieron en evidencia la resiliencia comunitaria y un fuerte compromiso con el cambio social. La participación fue activa, diversa y voluntaria, sin requerir incentivos materiales, y demostró que las comunidades comprenden profundamente los conceptos de salud pública porque los viven cotidianamente.

Además de expresar denuncias, los encuentros generaron propuestas concretas y una disposición a actuar colectivamente, incluso reconociendo la necesidad de transformaciones internas. Sin embargo, también se señaló que los problemas estructurales siguen siendo barreras significativas que limitan el bienestar y el ejercicio pleno del derecho a la salud.

Se concluye resaltando el valor de la participación ciudadana en salud, destacando que ha mostrado impactos positivos en otros países y que, aunque está normada en Colombia, requiere mecanismos más efectivos para su implementación. La inclusión de voces históricamente marginadas y la articulación entre saberes comunitarios y conocimientos técnicos permiten fomentar el diálogo crítico, la innovación social y una mayor equidad en salud pública.

Una aproximación desde las regiones

1. Región Central-Cafetero

La región Central-Cafetero está conformada por 69 municipios distribuidos en varios departamentos, ubicados principalmente en la cuenca media del río Magdalena. Aglutina una población de aproximadamente 1,6 millones de habitantes, de los que el 70% reside en zonas urbanas. Se caracteriza por una alta diversidad económica, cultural y turística, y cerca del 6% de su población pertenece a comunidades indígenas o afrodescendientes.

El acceso a servicios públicos es desigual entre municipios. Aunque la mayoría cuenta con buena cobertura de energía eléctrica rural, acueducto y alcantarillado, municipios como La Peña, Yacopí y Chaguaní presentan coberturas inferiores al 30%. En 2022, la región registró tasas elevadas de violencia intrafamiliar (140 por cada 100.000 habitantes) y de lesiones por accidentes de tránsito (125 por cada 100.000), ambas superiores a los promedios nacionales.

Concepciones de territorio y salud pública

Durante el diálogo regional, se evidenció que la idea de territorio varía entre los participantes. Para algunos, se relaciona con divisiones administrativas como ciudades o departamentos; para otros, con aspectos climáticos, productivos o culturales que trascienden los límites institucionales. Las instituciones lo interpretan como una jurisdicción bajo su responsabilidad, mientras que la sociedad civil lo entiende desde una perspectiva social, ambiental y cultural. Una visión destacada fue la de cuerpo, especialmente el de las mujeres, como el primer territorio, definido por la experiencia vivida.

Balance de los principales hallazgos

La mesa de diálogo se realizó en Ibagué, facilitando la participación de habitantes de la ciudad y municipios cercanos. Participaron representantes institucionales de sectores de salud, inclusión social y participación ciudadana, junto con delegados de Cundinamarca y una organización de la sociedad civil enfocada en equidad de género y economía popular.

En cuanto a la salud pública, los participantes la asociaron con bienestar, calidad de vida, vida comunitaria y responsabilidad estatal. Esta visión generó emociones encontradas: por un lado, satisfacción por los avances alcanzados; por otro, frustración frente a las barreras burocráticas y financieras en su implementación, que obstaculizan su implementación efectiva. También se enfatizó la necesidad de pasar del discurso conceptual a una política pública tangible.

Entre las principales preocupaciones se identificaron: el acceso desigual a servicios de salud en zonas rurales, afectando especialmente a personas con discapacidad o salud mental; déficit en los sistemas de información, con registros desactualizados o fragmentados, especialmente en violencia de género; impacto del saneamiento básico y el ambiente sobre el turismo; riesgos sociales derivados del turismo, como la explotación sexual de mujeres, niños y adolescentes; aumento del dengue, como reflejo de una respuesta estatal insuficiente; graves problemas de salud mental, incluyendo suicidio, consumo de sustancias y trastornos emocionales, con barreras de acceso por estigma, falta de recursos y ausencia de enfoque de género; y déficit presupuestal y deudas acumuladas en el sistema de salud, lo que profundiza las inequidades existentes.

Retos para la región

A partir de los diálogos se identificaron cuatro retos estratégicos en salud pública, vinculados a las condiciones territoriales y al sentimiento de abandono estatal:

1. Fortalecer la atención integral, integrada y humanizada en salud mental.

Se evidenciaron múltiples barreras, como el acceso desigual a servicios, el subregistro de trastornos mentales, el aumento de suicidios, la escasez de personal calificado y la ausencia de enfoque de género.

Las propuestas incluyen: crear espacios intersectoriales para la prevención y atención de salud mental; mejorar la caracterización de los casos mediante recolección de datos de calidad; ampliar la cobertura a través de telesalud y atención primaria con enfoque comunitario; garantizar una atención integral, articulada y centrada en la dignidad humana; e incorporar enfoque de género, edad, discapacidad y pertenencia cultural en la atención.

2.Prevenir y controlar el dengue, y fortalecer la infraestructura hospitalaria.

La incidencia del dengue en la región supera los promedios nacionales, y la capacidad de respuesta es limitada. Se identificaron problemas como baja efectividad de campañas, deficiencias en saneamiento básico y limitada implementación de la vacuna TAK-003.

Las propuestas abarcan: fortalecer campañas educativas adaptadas al contexto territorial; mejorar condiciones estructurales como el acceso al agua potable y al alcantarillado; incluir la vacuna contra el dengue en el PAI, o facilitar su adquisición local; ampliar la disponibilidad de UCI pediátricas; capacitar al personal médico y conformar equipos clínicos de respuesta; e incorporar ciencia, tecnología e innovación para enfrentar enfermedades transmitidas por vectores, considerando cambio climático y movilidad poblacional.

3.Incorporar enfoque de género y territorial en el desarrollo turístico

Aunque el turismo es una oportunidad de desarrollo, sin regulación puede agravar desigualdades y violencias. Se destacaron problemáticas como el acceso limitado a servicios básicos, la presión sobre los recursos hídricos y el aumento de la explotación sexual.

Se propone: integrar el enfoque de género y derechos en las políticas de turismo; adoptar criterios de sostenibilidad social y ambiental; priorizar el acceso al agua para las comunidades locales frente a la presión turística; y fomentar un turismo responsable que proteja a poblaciones vulnerables y respete el entorno natural.

4. Optimizar los sistemas de información en salud pública

Las decisiones en salud pública requieren datos precisos, oportunos y accesibles, lo cual hoy no se garantiza. Se señalaron: desarticulación entre plataformas institucionales (ej. SISPRO y RUAF); bajo nivel de interoperabilidad y subregistro; y falta de información confiable para toma de decisiones locales.

Las recomendaciones incluyen: integrar tecnológicamente las plataformas de información; estandarizar formatos, mejorar calidad y reducir el subregistro; modernizar los sistemas siguiendo lineamientos de la OPS; y utilizar los datos para planificación, vigilancia y acceso equitativo a servicios.

Los retos identificados por la Región Central-Cafetero reflejan una visión amplia de la salud pública como campo intersectorial, territorial y profundamente ligado a los derechos humanos. Las propuestas surgen de un conocimiento situado, plural y colaborativo, que interpela al Estado y a la sociedad en su conjunto a avanzar hacia políticas más inclusivas, eficaces y sostenibles.

2. Región Centro-Oriental

La Región Centro-Oriental está compuesta por 108 municipios (77 en Boyacá, 21 en Cundinamarca y 10 en Santander), ubicados principalmente en el altiplano cundiboyacense, una zona rica en biodiversidad que incluye páramos, ríos y bosques andinos. Esta riqueza natural sustenta sectores clave como el agrícola, hidroenergético, turístico e industrial, además de proveer servicios ambientales esenciales.

Con una población estimada en 1,3 millones de personas, el 40% en zonas rurales, y de estos, un 77,4% se identifica como campesino. En la región también habitan pueblos indígenas (Muiscas-Chibchas y U'wa) y comunidades afrocolombianas, cuya representación es menor al 1%, pero con alta relevancia cultural.

En términos de acceso a servicios básicos (vivienda, agua, energía, educación y salud), la región presenta mejores condiciones que el promedio nacional. No obstante, el 50% de sus municipios enfrenta pobreza, especialmente en áreas rurales, y existe una alta desigualdad económica (índice de Gini de 0,50 en 2023).

Durante una mesa de diálogo en Duitama, los participantes destacaron la riqueza natural, cultural y social del territorio, especialmente la importancia del agua y la identidad indígena-campesina. Para comunidades étnicas, feministas y ambientalistas, el territorio es más que un espacio geográfico: es un lugar de resistencia y construcción colectiva, donde cuerpo y territorio son uno solo.

Los actores sociales definieron la salud pública como un derecho colectivo e individual, relacionado con el bienestar, la comunidad y la prevención, cuya garantía corresponde al Estado, en articulación con las comunidades. Se propuso una visión de la salud pública que trascienda lo institucional, desde un enfoque participativo, comunitaria, pedagógico y holístico.

A pesar de su condición de derecho, la salud pública genera sentimientos de miedo, tristeza e indignación, particularmente en mujeres, jóvenes, comunidades rurales y personas con discapacidad, quienes enfrentan múltiples barreras. Se denunció que la salud pública ha sido instrumentalizada como negocio, alejándose de su función social.

Entre los retos identificados se destacan: transformación de las relaciones sociedad-naturaleza, cuestionando la explotación ambiental, especialmente del agua; violencias de género en el sistema de salud, como la violencia obstétrica y la negación de los derechos sexuales y reproductivos; necesidad de una descentralización crítica del sistema de salud, incorporando saberes locales, superando el enfoque morbicéntrico; precariedad laboral y mala formación insuficiente en salud pública del personal sanitario; afectaciones al bienestar emocional de los jóvenes, con exceso de medicalización y falta de acompañamiento empático; y barreras de acceso tecnológico y geográfico para personas con discapacidad y comunidades rurales.

Se enfatizó la necesidad de reconocer los recursos territoriales, saberes comunitarios e iniciativas locales como componentes clave de una salud pública sostenible.

Retos para la región

1. Preservar el territorio y nutrir las semillas (las personas)

El reto denuncia la explotación de los recursos naturales, la imposición del modelo agroindustrial, el deterioro ambiental y la escasez de alimentos saludables. Las problemáticas se originan en corporaciones externas enfocadas en la explotación de recursos, la imposición de dietas malsanas por la agroindustria y la deficiencia de infraestructura sanitaria básica, en zonas rurales.

A pesar de estas dificultades, existen resistencias locales activas: movimientos comunitarios, educación ambiental, cultivos agroecológicos, radios comunitarias y huertas colectivas.

Se propone: fortalecer alianzas comunitarias e institucionales en defensa del ambiente; impulsar debates públicos sobre el derecho al agua y alimentación saludable; denunciar la influencia de la industria de ultra procesados; involucrar activamente al sector salud en las condiciones socioambientales que afectan la salud; y promover procesos educativos alimentarios desde la niñez.

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

Este reto busca erradicar violencias naturalizadas en la vida cotidiana, en las relaciones sociales y en los servicios de salud. Se identifican tres formas de violencia prioritarias: violencia contra mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; violencia emocional hacia niños y jóvenes, con énfasis en el exceso de medicalización; y violencia en la relación paciente-profesional de salud.

Se propone: garantizar atención digna, equitativa y con enfoque diferencial; promover el reconocimiento constitucional del derecho a la salud sin barreras religiosas o morales; y crear espacios seguros de diálogo y apoyo emocional para jóvenes, cuidadores y profesionales.

Existen iniciativas locales valiosas como semilleros escolares, pedagogía popular y espacios de juego y la conexión con la naturaleza, que deben ser integradas por el sistema de salud para promover el bienestar colectivo.

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

Este reto propone transformar el sistema de salud para hacerlo territorial, equitativo, participativo, alejándose del modelo biomédico y centralista. Se critica la orientación excesiva hacia la atención individual y curativa, en detrimento de la prevención y el enfoque comunitario.

Se propone: reformar el sistema con descentralización real y participación comunitaria; planificar con base en Planes Territoriales de Salud (PTS) y los planes propios de comunidades étnicas; utilizar el Análisis de Situación de Salud (ASIS) como herramienta participativa y de equidad; e impulsar investigación local y tecnológica al servicio de la salud pública.

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

Este subraya la urgencia de dignificar el talento humano, tanto en condiciones laborales como en procesos formativos. Se identifican tres dimensiones clave: condiciones laborales entre las que figuran inestabilidad, baja remuneración y sobrecarga y migración profesional; procesos de formación con reproducción de prácticas discriminatorias, escasa formación en salud pública y diversidad cultural; y deshumanización del personal sanitario en el que se observa un trato distante y violento con pérdida de confianza en el sistema.

Se propone: mejorar condiciones laborales con estabilidad, meritocracia y salarios justos; reformar la formación con enfoques interculturales, empáticos y comunitarios; incluir asignaturas sobre empatía, salud mental, técnicas ancestrales y diversidad; y reconocer el rol transformador del personal de salud como actores clave del sistema.

La Región Centro-Oriental plantea una visión de salud pública profundamente vinculada al territorio, a la dignidad humana y a la equidad. Sus propuestas surgen de experiencias vividas y del compromiso colectivo por transformar las condiciones estructurales que afectan el bienestar. Los cuatro retos estratégicos permiten avanzar hacia políticas públicas sensibles, inclusivas y sostenibles, construidas desde y con las comunidades.

3. Región Llanos-Cordillera

La región Llanos-Cordillera está conformada por 52 municipios, principalmente en Tolima (51,9%), Huila (30,7%), y en menor proporción Cundinamarca y Quindío. Cuenta con una población de aproximada de 1,14 millones de habitantes, de los cuales el 60% reside en zonas urbanas. En términos étnicos, se destacan minorías indígenas (4,4%) y afrodescendientes (1,6%).

Condiciones socioeconómicas

- Sectores económicos predominantes: actividades inmobiliarias y comerciales.
 - Alta informalidad laboral, con menos del 5% de ocupación formal en la mayoría de los municipios, salvo excepciones como Neiva.
 - Elevada pobreza multidimensional, especialmente en municipios rurales como Coyaima (Tolima), afectando dimensiones como educación y empleo.
- Educación y salud
- Alta afiliación al régimen subsidiado de salud, superior a la media nacional.
 - Baja participación en el régimen contributivo.
 - Cobertura educativa (básica y media) y tasas de deserción escolar en condiciones mejores que la media nacional.

Percepciones desde el territorio

Durante la mesa de diálogo en Neiva, los actores locales, principalmente del Huila, expresaron una concepción del territorio profundamente ligada a la “madre tierra”, entendida fuente de vida, salud y sustento ancestral.

Entre los elementos destacados:

- El cuidado ambiental es considerado un pilar de la salud pública: proteger

los ríos y sembrar árboles y conservar la biodiversidad son vistos como actos de prevención.

- Adultos mayores del campo resaltaron el valor de los alimentos naturales del territorio frente a los productos industrializados.
- Se criticó la falta de enfoque geográfico en la organización del sistema de salud, lo que obstaculiza el acceso continuo en zonas dispersas.

En suma, el diálogo evidenció una región con desigualdades estructurales, desafíos en el acceso a salud y trabajo digno, pero también con una fuerte conexión cultural y ecológica con el territorio. Esta dimensión debe ser reconocida en las políticas públicas si se quiere avanzar hacia una atención más contextualizada, equitativa y efectiva.

Balance de los principales hallazgos

La mesa de diálogo contó con la participación diversa, incluyendo actores de la sociedad civil, Secretaría de Salud Departamental, asociaciones de usuarios de EAPB y la Defensoría del Pueblo. La mayoría son adultos mayores con experiencia en movilización social, educación, cuidado comunitario y gestión pública. Aunque muchas zonas urbanas, mantienen vínculos culturales y familiares con el campesinado.

Concepciones de salud pública

Los participantes conciben la salud pública como un proceso colectivo, relacionado con el entorno, los derechos, los deberes y la responsabilidad estatal. Destacan:

- La escucha comunitaria y la educación para la salud como pilares fundamentales.
- La protección del territorio como base del bienestar.
- La importancia del entorno familiar, ambiental, laboral y educativo en la salud.
- Críticas a la insuficiente acción estatal para garantizar el derecho a la salud.

Temas clave discutidos

- Inicialmente surgieron tensiones por el deseo de expresar posturas críticas, pero fueron superadas mediante metodologías participativas que favorecieron el respeto y la apertura.
- Temas como la maternidad y lactancia materna se abordaron como parte de la convivencia social y la humanización del sistema.
- Se hizo énfasis en la inequidad territorial en el acceso a los servicios de salud, especialmente en zonas rurales.
- Se reconocieron buenas prácticas de Atención Primaria en Salud (APS), centradas en la educación, prevención y autocuidado, y en la prevención del consumo de sustancias en jóvenes.

Saber ancestral y salud

Se destacó la necesidad de integrar la medicina tradicional y campesina con la alopática. Se critica la medicalización excesiva de la vida cotidiana y se propuso recuperar e incluir saberes ancestrales sobre alimentación, cuidado ambiental, salud familiar y comunitaria, reconociéndolos como valiosos y vigentes.

Retos

En diálogo surgieron tres retos estratégicos en salud pública:

1. Construir alternativas de cuidado que promuevan salud, convivencia y humanización, con enfoque de curso de vida.

El cuidado se plantea como un eje transversal de la vida física, emocional, social y espiritual. Se debilitamiento se refleja en:

- El deterioro de la relación médico-paciente.
- La pérdida de empatía en la atención.
- Las precarias condiciones laborales del personal sanitario.

Propuestas:

- Mejorar las condiciones laborales del talento humano en salud.
- Fomentar entornos basados en la solidaridad, la dignidad humana y el respeto.
- Incorporar el enfoque de curso de vida en la atención (desde infancia hasta vejez).
- Priorizar el cuidado materno-infantil como indicador clave del bienestar colectivo.

2. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud, con énfasis en la población rural

Si bien la Ley 100 de 1993 ha ampliado el aseguramiento, persisten barreras estructurales:

- Desigualdad territorial en la oferta: los servicios se concentran en grandes municipios, obligando a desplazamientos costosos desde zonas rurales.
- Altos gastos de bolsillo derivados de la fragmentación de del sistema.
- Judicialización del acceso: recurrencia a tutelas como vía para acceder a servicios básicos.

Propuestas:

- Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) con modelos como Salud en Casa: Huila crece contigo.
- Reactivar centros de salud rurales, acercando servicios a la población dispersa.
- Asegurar la designación meritocrática y técnica del personal en todos los niveles del sistema.
- Promover educación para la salud, autocuidado y conocimiento de derechos como estrategia comunitaria

3. Incluir modelos interculturales en la prestación de servicios

Se reafirma la necesidad de integrar saberes ancestrales y tradicionales en el sistema de salud:

- Valorar prácticas como la alimentación natural, el uso de leche materna o leche de cabra y el conocimiento de abuelas y curanderos.
- Criticar la sustitución de prácticas culturales por productos industrializados o tratamientos innecesarios.
- Promover diálogos de saberes entre médicos tradicionales, sabedoras y personal sanitario, validando el conocimiento empírico y científico.

Como conclusión, los participantes de la de la región Llanos-Cordillera demandan una transformación profunda del modelo de salud pública, basada en tres pilares: el cuidado humanizado y digno, el acceso equitativo

y la interculturalidad en salud.

Este enfoque integral requiere transformaciones no solo técnicas, sino también culturales, éticas y políticas que fortalezcan una visión de salud pública territorial, sostenible y respetuosa del y centrada en la vida.

4. Región Gran Santander Sur



