



Plan Territorial en Salud



Instituto
Departamental
de Salud de Nariño

LUIS ALFONSO ESCOBAR JARAMILLO
Gobernador de Nariño

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
Directora - IDSN

ÓSCAR FERNANDO CERÓN ORTEGA
Subdirector de Salud Pública - IDSN

EDGAR FERNANDO CASANOVA ESCOBAR
Jefe Oficina Asesora de Planeación - IDSN

JOSE LUIS OCAMPO GUERRERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica - IDSN

ATRIZ INÍRIDA ROSERO MEJÍA
Jefe de Control Interno de Gestión - IDSN

MILTON GUILLERMO JARAMILLO ROSERO
Secretario General - IDSN



@idsnestacontigo
@IDSNcontigo

TABLA DE CONTENIDO

	Página
1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN SALUD	5
1.1 Generalidades	5
1.2 Contexto poblacional y demográfico	10
1.3 Contexto institucional de protección social en salud	11
2. CAPITULO II. PROCESOS ECONÓMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL	13
2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo en el territorio	13
2.3 Necesidades Básicas Insatisfechas	13
2.4 Determinantes intermedios de salud	14
3. 3 CAPÍTULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES	15
3.1 Morbilidad en Nariño	15
3.2 Mortalidad en Nariño	16
3.3 Índice de necesidades en salud – INS	18
3.4 Construcción de los núcleos de inequidad sociosanitaria y principales problemáticas	19
3.5 Priorización de los problemas y necesidades sociales en salud.	20
3.6 Lectura departamental de priorización de necesidades integrando la información cuantitativa y cualitativa desde el equipo departamental de plan territorial de salud	26
3.7 Recomendaciones frente al ejercicio de análisis de problemas, priorización y comportamiento de indicadores en salud del Departamento de Nariño	45
4. CAPITULO IV. COMPONENTE ESTRATÉGICO Y DE INVERSION PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	46



LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación por tipos de amenazas posibles generadoras de emergencias y desastres. Departamento de Nariño 2023.	7
Tabla 2. Pertenencia étnica en Nariño. 2023	9
Tabla 3. Matriz de priorización Hanlon-OPS. Nariño 2024 20	
Tabla 4. Listado de las problemáticas a intervenir desde el departamento de Nariño. ASIS 2024	28
Tabla 5. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de gobernanza y gobernabilidad en salud pública	31
Tabla 6. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de determinantes sociales en salud.	34
Tabla 7. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de Atención Primaria en Salud.	36
Tabla 8. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de cambio climático, emergencias, desastres y pandemias.	37
Tabla 9. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria.	39
Tabla 10. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	41
Tabla 11. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de personal de salud.	43
Tabla 12. Recomendaciones frente a los problemas establecidos en el análisis cualitativo/cuantitativo. Departamento de Nariño.	45
Tabla 13. Matriz gestión estratégica Plan territorial de salud	46
Tabla 14. Plan de inversiones 2024-2027	47



LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional Nariño. 2015, 2023 y 2030.	10
Figura 2. Mapa temático índice de necesidades en salud. Nariño 2023	19
Figura 3. Distribución de estrategias por niveles de selección, ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.	30



@idsnestacontigo
@IDSNcontigo

1. CAPITULO I ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN SALUD

1.1 Generalidades

Configuración del territorio

Localización y condiciones geográficas

La población humana es entendida como un conjunto orgánico de sujetos que interactúan entre sí y con el ambiente sobre un territorio. El departamento de Nariño está localizado en el extremo suroccidental de la República de Colombia en la frontera con la República del Ecuador, su territorio hace parte de tres zonas geográficas de Colombia:

- La llanura del Pacífico en el sector oriental del departamento (52% aproximadamente).
- Región Andina colombiana que atraviesa al departamento por el centro de norte a sur (40%).
- Amazonía al suroriente de este (8% del total del área del Departamento).

Su posición astronómica está entre los 0°21' y 2°40' (Desembocadura del Río Iscuandé de latitud Norte, y entre los 76°50' (Cerro Petacas y Animas) y 79°02' (Cabo Manglares) de longitud oeste del meridiano de Greenwich.

El departamento tiene una extensión de 33.268 km² que equivale al 2.91 % del área total del país. Limita por el norte con el Departamento del Cauca, al oriente con el Departamento del Putumayo, al sur con la República del Ecuador y al occidente con el Océano Pacífico.

División político administrativa

Está dividido en 64 municipios, 230 corregimientos, 416 inspecciones de policía, así como numerosos caseríos y sitios poblados.

El 95% de los municipios del Departamento de Nariño se encuentran en la categoría quinta y sexta y sólo el 5% están clasificados en las categorías primera y cuarta; evidenciando que los ingresos propios (tributarios y no tributarios) pesan poco en los municipios de categoría de menor tamaño poblacional y menores ingresos, mientras que son más importantes en los municipios de categorías de mayor tamaño poblacional y mayores ingresos.



Se divide en 13 subregiones de la siguiente manera: Sanquianga, Pacífico Sur, Telembí, Pie de Monte Costero, Ex provincia de Obando, Sabana, Abades, Guambuyaco, Occidente, Cordillera, Centro, Juanambú y Río Mayo.

Economía

El departamento presenta en forma general y a lo largo de la historia, una economía tradicional, es decir, una economía basada en el sector primario y que posee mayor actividad en el sector rural. Los demás sectores económicos, el secundario (industria manufacturera) y el terciario (servicios), presentan un menor grado de desarrollo. El principal sector productivo de la región es el sector primario, sobresaliendo el agropecuario cuyo aporte al PIB departamental es de aproximadamente 24%. En general la actividad agropecuaria del departamento se realiza en condiciones de atraso tecnológico; la mayor parte de los procesos productivos y los instrumentos de trabajo son de carácter tradicional, lo cual se expresa en el uso intensivo de fuerza de trabajo no calificada y la escasa mecanización atribuida, entre otros factores, al predominio del minifundio y las economías de ladera.

El sector agropecuario es el principal generador de empleo en el departamento con un 51% del total. El 71% de la producción y el 62% del área cosechada agrícola corresponden a los cultivos temporales, entre los cuales se destaca la papa con más de la mitad de la producción y la cuarta parte del área cosechada. Otros productos temporales importantes son el maíz, trigo, cebada, cebolla, zanahoria y frijol. Los cultivos permanentes constituyen el 29% de la producción y el 38% del área sembrada. Se destaca la caña panelera con el 44% y el 26% respectivamente. Otros cultivos importantes son el coco, plátano, palma africana y café.

El peso de la industria dentro del producto regional es bastante modesto pues apenas alcanza un 9%, incluyendo a la industria manufacturera con el 6%, el restante 3% corresponde al llamado sector artesanal. La mayor parte de los establecimientos industriales son pequeñas empresas. En general la actividad económica del departamento es de carácter microempresarial, casi el 65% de la población ocupada se concentra en empresas hasta de nueve personas. En el sector industrial sobresale el subsector de alimentos y bebidas que representa más del 73% de la producción industrial. Otros subsectores importantes son confecciones, maderas de aserríos y talleres, cuero en curtiembre y marroquinería y calzado.



El mayor dinamismo de la economía nariñense se concentra en el sector terciario, especialmente en el comercio, restaurantes y hoteles, sí como los servicios personales, principalmente los de gobierno, sector financiero y de alquileres. Estos subsectores aportan el 53% del PIB regional.

Densidad poblacional

El departamento de Nariño con una extensión de 33.268 kilómetros cuadrados tiene una densidad poblacional promedio de 49 habitantes por km cuadrado, sin embargo, dada la diversidad geográfica y la extensión disímil de sus 64 municipios se presentan diferencias importantes entre ellos, así Pasto tiene la mayor densidad con 347,9 habitantes por km cuadrado, La Unión y Gualmatán con 226,3 y 210,1 Habitantes por km. Cuadrado, opuestos a El Charco, y Roberto Payan con 9 Habitantes por km. Cuadrado, Ricaurte y Magüí Payán con 8 por km cuadrado.

Accesibilidad geográfica

Una de las principales vías del Departamento de Nariño, es la que comunica a la República del Ecuador con el resto del país; la carretera del mar une a Tumaco con la cabecera del municipio de Túquerres y con la capital del Departamento; otras poblaciones conectadas por carreteras secundarias son Pasto – La Unión y Pasto – Consacá, Sandoná, Yacuanquer. Cuenta con un aeropuerto nacional, Antonio Nariño, ubicado en el municipio de Chachagüí, a 35 km de Pasto, y otro nacional, San Luis, en el municipio de Ipiales. Mucha vereda localizada en la parte baja de los ríos Mira y Patía realizan su transporte a través de lanchas a motor y pequeñas embarcaciones.

Relaciones de la sociedad y el ambiente en el territorio

En el departamento de Nariño se han identificado como principales amenazas: las de origen natural, donde se encuentran las de tipo geológico y las de tipo hidro meteorológico; seguido de las amenazas de tipo tecnológico que agrupan las asociadas con actividades industriales y asociados a transporte de sustancias peligrosas y por último las socio naturales, donde están las inducidas por el ser humano y las biosanitarias, como se muestra en la siguiente tabla:



Tabla No 1. Clasificación por tipos de amenazas posibles generadoras de emergencias y desastres. Departamento de Nariño 2023.

Origen	Tipo	Fenómeno
Amenazas naturales	Geológicas	Amenaza Sísmica
		Amenaza Volcánica
		Tsunami
		Movimientos en masa
	Hidrometeorológicas	Avenidas Torrenciales
		Vendavales
		Heladas
		Granizadas
Tecnológicos	Asociada con actividades industriales y de transporte de sustancias peligrosas	Sequía
		Derrame de hidrocarburos
Amenazas Naturales Socio	Inducidos por la acción del ser humano	Incendios Estructurales
		Incendios de cobertura vegetal
		Movimientos en masa
	Biosanitarios	Amenaza por Inundación
		Pandemia
		Enfermedades Transmisibles

Fuente: Plan Departamental para la Gestión del Riesgo de Desastres - PDGRD del Departamento de Nariño 2021 – 2031

1.2 Contexto poblacional y demográfico

El crecimiento poblacional del departamento de Nariño ha tenido una tendencia progresiva lineal, como lo demuestran las estimaciones del CNPV 2018 y su actualización post COVID. Al comparar el año 2005 con el año 2023, se evidenció un incremento del 5.9% su población, esto corresponde a 189.773 habitantes más.

El departamento está conformado por 64 municipios organizados actualmente en 13 subregiones, cuenta con una población para el año 2023 con 1.699.750 de la cual el 56,1% (952.822) es rural y el 43.9% (746.748) urbana, del total de la población el 48,7% (828.257) son hombres y el 51,3 % (871.313) son mujeres La condición de ruralidad caracteriza a Nariño, y son las actividades agropecuarias y extractivas las que soportan esta condición.

Densidad poblacional y distribución por extensión territorial

En Nariño tiene un área de 33.268 Km², y con una población total de 1.699.750 habitantes para el año 2023, alcanzando una densidad poblacional aproximada de 51.1 habitantes/Km², aumentando en cerca de 2 habitantes/Km² con respecto al año 2022.

En cuanto a la distribución de la población por áreas para el año 2023, el 56.1% (952.822) en el área rural (Centro Poblado y Rural Disperso) y el 43.9% (746.748) está localizada en las cabeceras municipales, según las proyecciones del CNPV 2018.



En el departamento de Nariño, sólo 10 municipios tienen mayoría de población urbana: Pasto (78%), Ipiales (67%), Nariño (61%), Belén (52%), Sandoná (51%), La Llanada (49%), Los Andes (47%), Funes (43%), Olaya Herrera (43%) y La Cruz (43%). De manera contraria, los municipios con más del 80% de la población en área rural son: El Tablón (89%), Ricaurte (88%), Cartago (88%), San Lorenzo (88%), Colon Génova (87%), Arboleda (86%), Santacruz (86%), Mallama (85%), El Rosario (85%) y Guachucal (85%).

Población con pertenencia a pueblos y comunidades étnicas

Como se muestra en la tabla No 2, el 61 % de la población en Nariño dijo no pertenecer a ningún grupo étnico o racial; el 22% son afrocolombianos; el 15.85% pertenece a grupos indígenas y raizales y palenqueros aportan el 0.01% cada uno de ellos.

Tabla No 2. Pertenencia étnica en Nariño. 2023

Grupo étnico	Casos	%
Indígena	269408	15,85
Gitano(a) o Rrom	180	0,01
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	167	0,01
Palenquero(a) de San Basilio	177	0,01
Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)	388111	22,84
Ningún grupo étnico-racial	1041527	61,28
Total	1699570	100

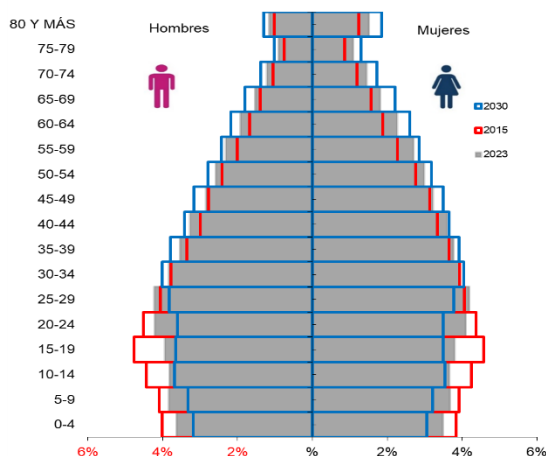
Fuente: Censo DANE

Estructura demográfica

La pirámide poblacional del departamento de Nariño presenta una distribución equilibrada y regresiva. Al comparar las vigencias 2015, 2023 y 2030 se observa un estrechamiento de la base, posteriormente muestra un crecimiento que se mantiene hasta los 25 a 29 años y se va estrechando hacia el ápice en los años siguientes. Es importante resaltar que esta dinámica muestra una disminución en la población joven y un incremento de la población envejecida.



Figura No. 1 Pirámide poblacional Nariño. 2015, 2023 y 2030.



Fuente: DANE actualización post covid-19. proyecciones de población departamental 2020-2050

Esperanza de vida

El departamento de Nariño entre el periodo 2.005-2023 paso de una esperanza de vida total de 73.27 años, a 77 años, ganando 3.73 años valor relativamente alto dado el corto período transcurrido, sin embargo, nuevamente el departamento presenta una diferencia mínima frente al nivel nacional que para el período está en 76.98 años, vivimos 0.02 años menos que el promedio de los colombianos.

La población nariñense presenta una tendencia ascendente en la esperanza de vida con un valor para 2023 de 77 años, siendo para las mujeres de 80.61 y 73.56 para hombres, es decir la esperanza de vida al nacer de las mujeres es 7.05 años superior que la de los hombres.

Movilidad forzada

En el contexto general en Nariño se identificaron las víctimas de acuerdo a tipo de hechos victimizaste. Se encuentran el desplazamiento forzado con 557.677 víctimas, seguido de los homicidios con 44.364 víctimas, Amenaza con 47.885 víctimas, Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles con 16.945 víctimas, Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos con 16.730 víctimas. De acuerdo con la información del departamento presentando por los municipios con mayor número de desplazados, donde se encuentran Pasto, Barbacoas, el Charco, Francisco Pizarro, Linares, La Tola, Mosquera, Magüí Payan, Olaya Herrera, Policarpa, Ricaurte, Roberto Payan, Samaniego, Santa Bárbara, Ipiales y Tumaco. En el departamento de Nariño con corte a 30 de noviembre de 2023, se presentaron 727.079 víctimas. De estas, 616.512 corresponden a casos de víctimas con declaraciones, 464.862 sujeto de atención y 878.273 eventos victimizantes.



1.3 Contexto institucional de protección social en salud

Disponibilidad de alimentos

Nariño, junto a Boyacá, Cundinamarca, Antioquia y Nariño representan el 44% de las Unidades de Producción Nacional ocupando el cuarto lugar en número de unidades de producción (254.569 Unidades) de las cuales el 16.2% son destinadas a uso agrícola, el 45.7% destinadas a uso pecuario y el 38.1% restante destinadas a Bosques Naturales. La disponibilidad de alimentos del Departamento de Nariño se refleja básicamente en la producción agropecuaria, destacándose los cultivos de papa con una participación acumulada del 33.9% del total nacional, seguido de la caña panelera 33.2%, plátano 5,6%, coco 2.8% y la palma de aceite 2,2%. La explotación pecuaria es vacuna, con fines principalmente lecheros, también existe el ganado ovino y la cría de curíes., algunos ingresos dependen de la explotación forestal y la pesca (cultivo de camarón para exportación) en el litoral Pacífico. El sector primario es explotado de forma tradicional, con énfasis en economías de subsistencia, en una estructura de tenencia de la tierra mayoritariamente minifundista, donde el 80% de los predios son menores de 5 hectáreas y ocupan el 32 % de la superficie total del Departamento. El uso y tenencia actual de suelo en producción agrícola ocupa únicamente el 6 % que corresponde a 208.000 hectáreas de 3'326.800 hectáreas del territorio departamental. La participación del Producto Interno Bruto entre 1995 y 2.001 fue de 1.62 % del PIB nacional.

Con respecto a hectáreas sembradas de frutas en el departamento el mayor potencial está en el banano común (37.159 has), Chontaduro (10.045 has), Coco (23.643 has), el aguacate (9.169 has), la papaya (1735 has), la mora, el lulo, el tomate de árbol aportando con más del 6% de los cultivos sembrados a nivel nacional.

Oferta de servicios en salud

En las tablas de oferta de servicios habilitados podemos concluir que en el departamento de Nariño durante 2015 y 2022, tiene 2.388 instituciones habilitadas prestan el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, 4.571 instituciones habilitadas prestan el servicio de consulta externa, 241 instituciones habilitadas prestan el servicio de internación, instituciones habilitadas prestan el servicio de protección específica y detección temprana, en promedio 344 instituciones habilitadas prestan el servicios quirúrgicos, en promedio 139 instituciones habilitadas prestan el servicio de transporte asistencial y en promedio 95 instituciones habilitadas prestan el servicio de urgencias.

Cobertura de afiliación en salud

De acuerdo con la información de BDUA bodega SISPRO para el año 2022, del total de afiliados hay una cobertura de afiliación al SGSSS de 91,29%, donde corresponde al régimen contributivo 18,7%, excepción del 2,5% y al subsidiado 79%. Los municipios



con menor cobertura son Consacá, El Rosario, Francisco Pizarro, Magui Payan, Mosquera y Santa Barbara con valores menores al 65%. Por el contrario, los municipios con mayores coberturas son Pasto, Aldana, Cuaspud Carlosama, Cumbitara, El Charco, Ipiales, Policarpa, Potosí, Ricaurte, Samaniego, con porcentajes del 100%. El resultado mayor a 100% es atribuido a la proyección de la población de 2022, aparentemente inferior a la población real.



@idsnestacontigo
@IDSNcontigo

2. CAPITULO II. PROCESOS ECONÓMICOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA SOCIAL

Según el Censo Nacional Agropecuario DANE 2014, el 61,6% de las Unidades Productivas Censadas en Nariño cuentan con lotes para el autoconsumo, elemento clave para garantizar disponibilidad y acceso a los alimentos en las familias de las ruralidades y ruralidades dispersas.

La economía se caracteriza por un nivel de competitividad calificado como Medio Bajo que la coloca en el puesto 20 entre 32 departamentos con una calificación de 4.54, lo cual se relaciona con los bajos niveles de inversión en ciencia y tecnología. Según el Censo Nacional 2018, el porcentaje de personas con NBI es de 21.98 para Nariño y de 14.28 para Colombia, en los 10 municipios de la Costa Pacífica el porcentaje de personas con NBI se ubica 37.62% y 82.51%. El empleo es una determinante que incide en forma directa en la seguridad alimentaria y presenta un ritmo lento de crecimiento, según cifras oficiales del DANE, en 2021 la tasa de desempleo en Nariño fue del 7.3% comparado con el 13,6% del consolidado nacional por departamento.

2.1 Procesos económicos y condiciones de trabajo en el territorio

A partir de la alimentación anual de la línea de base poblacional, a 2022 según DANE 2022, el departamento cuenta con una población trabajadora del sector informal de 458.494 que corresponden al 69.66 % de la población trabajadora ocupada de dicha población se identifica por oficio u ocupación 37.787 trabajadores correspondiendo al 27.20 % de la población informal identificada. A su vez a partir del año 2007 esta última población identificada con aplicación de un Modelo de caracterización de condiciones de salud y ámbito laboral en actividades u oficios se alcanza una cobertura del 30.29% de trabajadores identificados, que ha permitido, identificar, prevenir con enfoque de riesgo el accidente de trabajo y enfermedad laboral en el sector de la informalidad.

Paralelamente, el sector formal de acuerdo con el sistema de seguridad social en salud, está constituido por 199.647 trabajadores formales correspondiente al 30.34 % de la población trabajadora ocupada; constituida por el 74.71% régimen Contributivo y el 25.29 % régimen de excepción; sin embargo, es preocupante que del total de la población trabajadora formal correspondiente a régimen contributivo solo el 37.23 % se encuentra afiliado al sistema general de riesgos laborales, mostrando una preocupante desprotección de los trabajadores en el 62.77 %.

2.3 Necesidades Básicas Insatisfechas

En departamento de Nariño observamos que el porcentaje de la población con NBI es de 21,59, importante dato si lo comparamos con el de la nación que es de 14,13, lo que deja ver la amplia brecha de inequidad existente.



En 2018 todos los municipios presentaron un notable descenso en sus NBI, los municipios que presentaron los más altos valores fueron Magüí Payán, La Tola, Mosquera, Olaya Herrera, Santa Barbara, Barbacoas, Ricaurte, El Charco, Francisco Pizarro y Roberto Payán.

2.4 Determinantes intermedios de salud

El departamento de Nariño respecto a Colombia presenta coberturas de acueducto de 61,80% respecto a 62,17%, coberturas de alcantarillado 39,5% respecto a 46,3% y coberturas de servicio de electricidad 96,81% respecto a 92,81%, por otro lado observamos en cuanto índice de riesgo de calidad de agua en Nariño con 22,50 con respecto a Colombia 18,9, esta diferencia constituye en un signo de alarma ya que se encuentra en un nivel de riesgo alto, en referencia de la calidad de agua para consumo humano, Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada 11,5% respecto a 23% y Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas 11% respecto a 16,90%.

La tendencia del índice de riesgo de calidad del agua - IRCA en Nariño muestra en los últimos 5 años que este indicador ha ido disminuyendo de 48.38 en el 2017 a 21.17 en el 2022. La información se consolida directamente en la plataforma SIVICAP del Instituto Nacional de salud, con los resultados de las muestras de la vigilancia de la calidad del agua que realiza el Instituto Departamental de Salud de Nariño.



3. CAPÍTULO III. DESENLACES MÓRBIDOS Y MORTALES.

A continuación, se presentan las conclusiones de las causas de morbilidad agrupada, los eventos de alto costo, los eventos precursores, los eventos de notificación obligatoria y las conclusiones de las principales causas de mortalidad en la población del departamento de Nariño.

3.1 Morbilidad en Nariño

Para el análisis de la morbilidad agrupada, los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria (ENOS), también conocidos como Eventos de Interés en Salud Pública (EISP), se utilizaron como fuentes de información los Registros de la base de datos SISPRO, la cual usa la base de datos de alto costo y del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – SIVIGILA.

- La morbilidad por grandes causas en el departamento de Nariño, de acuerdo con los ciclos vitales, establece que las condiciones transmisibles y nutricionales ocupan el primer lugar en la primera infancia y las enfermedades no transmisibles en la infancia, adolescencia, juventud, adultez y personas mayores de 60 años, seguido de las lesiones y condiciones maternas.
- Por subgrupos de causas en Nariño las condiciones transmisibles y nutricionales se encuentran las infecciones respiratorias, en las condiciones materno perinatales se encuentran en primer lugar las condiciones maternas, de las enfermedades no transmisibles la principal causa de morbilidad son las enfermedades cerebro vasculares, las condiciones neuropsiquiátricas, las enfermedades musculo-esqueléticas, y en las causas por lesiones se encuentran los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas.
- En el comportamiento de Salud mental la principal causa en el ciclo vital de la primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y personas mayores de 60 años se muestra los trastornos mentales y del comportamiento, la segunda causa son la epilepsia, con tendencia variada y los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas.
- En el año 2022 se registraron 121.924 consultas en la población afrodescendiente, 36 en la etnia palenquera y 761 en raizales. Con relación a las patologías, fueron las consultas por enfermedades del sistema circulatorio las más prevalentes en la etnia afrodescendiente dentro de las cuales las más frecuentes fueron las enfermedades hipertensivas, en la etnia raizal la hipertensión. En las etnias de palenquero se encuentran los trastornos mentales y del comportamiento las consultas en este grupo poblacional.



- En la población indígena En el año 2022 se registraron 302.879 consultas por enfermedades del sistema digestivo y las enfermedades de la cavidad bucal. El segundo grupo de causas con mayor prevalencia fueron las causas externas consultas por traumatismo de cabeza, seguido de las enfermedades respiratorias y el embarazo parto y puerperio.
- En la población ROM en el año 2022 se registraron 450 consultas por tumores, los tumores malignos de los tejidos mesoteliales y de los tejidos blandos, el segundo grupo de causas con mayor prevalencia fueron las enfermedades del sistema genitourinario, las enfermedades del sistema digestivo, las enfermedades de la cavidad bucal.
- Las enfermedades de alto costo en el departamento de Nariño, se registran casos de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal y la tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados se encuentra información para los años 2016 al 2021, presentan una diferencia relativa es menor de uno y el intervalo de confianza 95%, indica que el indicador es significativamente más bajo frente al indicador nacional.
- Para el año 2021 la prevalencia de hipertensión arterial estimada para Colombia es de 8,75% y para el departamento de Nariño de 4,68%, significativamente más baja, sin embargo, este evento se constituye como uno de los principales factores de riesgo determinantes de la mortalidad cardiovascular.
- La prevalencia de diabetes mellitus en el año 2021 la prevalencia de diabetes mellitus estimada para Colombia es de 2.94% y para el departamento de Nariño de 1.50%, significativamente más baja, sin embargo, este evento se constituye como uno de los principales factores de riesgo determinantes de la mortalidad cardiovascular.
- Finalmente se incluye en el cuadro de priorización el componente de intervención en grupos vulnerables, es el caso de la discapacidad, especialmente la dejada por las limitaciones del movimiento de miembros (Amputaciones, hemiplejias etc.), ceguera y alteraciones del sistema nervioso.

3.2 Mortalidad en Nariño

Al analizar el comportamiento de las causas de muerte en la población nariñense, se identificaron las siguientes como conclusiones principales de esta variable.

- El comportamiento de las causas de mortalidad en Nariño presenta variación para las tres primeras causas de mortalidad en su orden: enfermedades del



@idsnestacontigo
@IDSNcontigo

sistema circulatorio, seguido de las demás causas y las causas externas con comportamiento oscilante en los años analizados.

- En el departamento de Nariño registro 53.271 años potencialmente perdidos debido a causas externas, en el grupo de las demás causas con 34.834 AVPP, le siguen las enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias, las enfermedades transmisibles, las afecciones del periodo perinatal y signos y síntomas mal definidos.
- En Nariño se presenta con mayor causa de mortalidad en los subgrupos se encuentran las infecciones respiratorias aguda, Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, enfermedades isquémicas del corazón, trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, las demás causas externas y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.
- La mortalidad en el departamento de Nariño de acuerdo a comparados con el nivel nacional están por debajo del datos presentado para el país, lo cual los ubica en la semaforización en color amarillo, al organizar los subgrupos de causas según el valor de la tasa ajustada presentada, observamos que las agresiones (homicidios) el mayor valor, ocupando el primer lugar, seguidos accidentes de transporte terrestre, diabetes mellitus, tumor maligno de estómago, tumor maligno de mama y tumor de próstata.
- En el grupo de menores de 5 años encontramos que las causas de mortalidad se presentaron por afecciones del periodo perinatal, seguido de las malformaciones congénitas, las causas externas de mortalidad, mortalidad, enfermedades del sistema respiratorio, tumores, su tendencia es similar tanto para hombres como para mujeres se presentan con mayor frecuencia.
- Se evidencia que la mortalidad relacionada con salud mental se presentó por trastornos mentales y del comportamiento, sustancias psicoactivas y epilepsia presentando mayor proporción en el sexo masculino frente al femenino.
- En Nariño en la mortalidad materno infantil se presenta en indicador superior que Colombia con una razón de mortalidad materna con 25,91% por encima del valor nacional lo que implica diferencias estadísticamente significativas, contrariamente a los otros indicadores como la tasa de mortalidad neonatal, infantil, niñez, IRA, EDA y desnutrición en menores de cinco años en los que se observa que los valores en algunos casos no superan al nivel nacional son de gran importancia para su intervención y toma de decisiones.
- En la población étnica para el año 2021 se presentaron 1 muerte en comunidad palenquera y 330 en la población afrodescendiente presentando en ella la mayor causa de muertes: las enfermedades del sistema circulatorio enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares, continúan las agresiones, por traumatismos de accidentes y



accidentes de transportes terrestre, continúan los tumores. Para la población indígena el año 2021 con 267 muertes en población indígena, las enfermedades del sistema circulatorio fueron las más frecuentes, posteriormente los tumores y las causas externas de morbilidad, mortalidad y las enfermedades del sistema respiratorio. En la población ROM (gitano) para el año 2021 no se presentó ningún evento.

3.3 Índice de necesidades en salud - INS

Este es un aspecto que permite a los tomadores de decisiones orientar las acciones para el mejoramiento de las condiciones en salud de la población.

Para estimar el INS, es necesario primero identificar las variables que serán analizadas en su conjunto para establecerlo. Para el caso del departamento de Nariño, se seleccionaron 24 indicadores, de ellos 3 son de tipo social, 4 de tipo demográfico, 11 corresponden a medición de la morbimortalidad, y 6 a respuesta social organizada.

Al efectuar el cálculo, Magüí Payan (24,15) fue el municipio con INS más altas y Pasto es el que presenta la mejor calificación (-21,03).

Como se observa en el mapa temático, en rojo están los municipios de Nariño que tienen mayores necesidades, así: 1. Magüí Payan, 2. La Tola, 3. Olaya Herrera 4. Roberto Payán 5. Barbacoas 6. El Charco 7. Tumaco 8. Santa Bárbara 9. Ricaurte 10. Francisco Pizarro 11. Colón Génova 12. Leiva 13. Arboleda 14. Santacruz 15. Iles 16. Consacá. Como se observa los nueve municipios de la costa pacífica Nariñense, se encuentran en esta categoría.

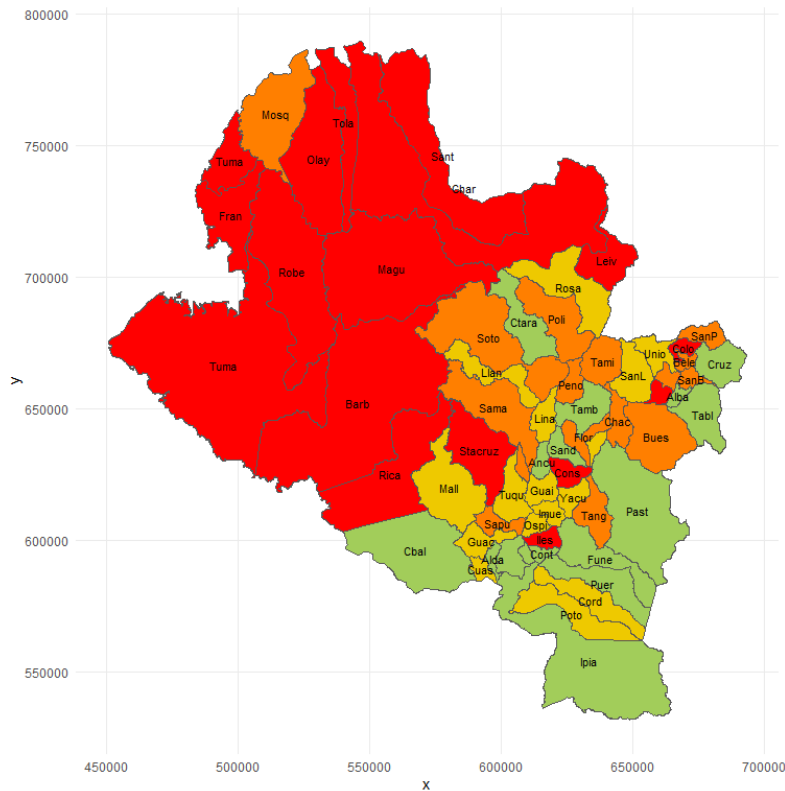
En naranja, se encuentran: 1. Los Andes 2. Taminango 3. Sapuyes 4. Policarpa 5. Mosquera 6. San Bernardo 7. Tangua 8. San Pablo 9. Samaniego 10. El Peñol 11. Belén 12. Cartago 13. Providencia 14. Chachagüí 15. Buesaco 16. La Florida.

En Amarillo se encuentran: 1. Nariño 2. Ospina 3. La Unión 4. Cuaspud 5. Imués 6. Mallama 7. Potosí 8. Guachucal 9. El Rosario 10. Yacuanquer 11. Linares 12. Córdoba 13. La Llanada 14. San Lorenzo 15. Túquerres 16. Guaitarilla.

En verde y con menores necesidades se encuentran: 1. Aldana 2. Funes 3. Puerres 4. Cumbitara 5. Pupiales 6. Cumbal 7. El Tambo 8. El Tablón de Gómez 9. Contadero 10. Ancuya 11. Gualmatán 12. La Cruz 13. Albán 14. Sandoná 15. Ipiales y 16. Pasto.



Figura 2. Mapa temático índice de necesidades en salud. Nariño 2023



Fuente: IDSN/ Oficina de epidemiología, Sistemas de información

3.4 Construcción de los núcleos de inequidad sociosanitaria y principales problemáticas.

A continuación, se presenta el consolidado de las problemáticas identificadas para el Departamento de Nariño y su priorización en consecuencia a la percepción y valoración de los 63 municipios que integraron las mesas de trabajo para construcción de ASIS Comunitario. Se destaca que el diálogo entre las entidades territoriales y los agentes comunitarios permitió comprender las problemáticas desde una perspectiva ampliada, que retoma el sentir de las comunidades, así como la identificación de las respuestas que se han brindado tras la búsqueda de garantía a las necesidades planteadas.



Una vez identificados los problemas de salud a partir de los determinantes sociales en los diferentes nodos, se procedió a realizar el ejercicio de consolidación de problemas referidos a nivel departamental, ampliando el listado inicial de 13 problemas a 18 problemas.

3.5 Priorización de los problemas y necesidades sociales en salud.

Para la priorización de problemas a nivel departamental se retomó el trabajo desarrollado por cada mesa según nodo en lo correspondiente a las matrices de HANLON-OPS. Los puntajes obtenidos en cada uno de los criterios consolidados permiten su ordenamiento según importancia de acción, permitiendo así dirigir de manera más efectiva acciones, recursos y esfuerzos hacia aquellas problemáticas que, según los representantes de la comunidad y delegados de las Administraciones Locales participantes requieren mayor intervención, a fin de maximizar el impacto de las intervenciones en salud pública relacionadas por las instituciones y comunidad.



@idsnestacontigo
@IDSNcontigo

Tabla 3. Matriz de priorización Hanlon-OPS. Nariño 2024

Problema	Orden	[Capte la atención de los lectores mediante una cita importante extraída del documento. No utilice este espacio para resaltar un punto clave. Para colocar el cuadro de texto en cualquier lugar de la página, solo tiene que	Promedio de A = IT, MA, UD	Promedio de B1 = URG, IA	Promedio de B2 = Serie de las consecuencias	Promedio de B3 = pérdida económica	Promedio de B4 = repercusión negativa en otros	Promedio de C = Eficacia de las intervenciones	Promedio de E = inequidad	Suma de Factor de posicionamiento [Gobierno y Gobernanza]	Suma de Factor de posicionamiento [Pueblos y comunidades]	Promedio de Factor de posicionamiento [Determinantes sociales]	Promedio de Factor de posicionamiento [Atención primaria en salud]	Promedio de Factor de posicionamiento [Cambio climático, emergencias]	Promedio de Factor de posicionamiento [Gestión conocimiento]	Promedio de Factor de posicionamiento [Personal de salud]	2. Promedio de Cálculo Hanlon
			P10	1	Aumento en los lesiones autoinfligidas, consumo, intoxicaciones con sustancias psicoactivas y de todo tipo de violencias,	7,38	4,43	3,79	4,05	4,33	5,56	3,44	9,54	10,39	0,16	0,15	0,17
P13	2	Desigualdades en la garantía del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas	7,35	3,85	3,81	3,61	4,11	5,21	3,40	9,14	9,77	0,15	0,15	0,17	0,15	0,16	20,6
P2	3	Las desigualdades en el acceso a la atención en salud, la discriminación y la falta de acceso a recursos y servicios sociales contribuyen al aumento de las vulnerabilidad	6,59	3,43	3,34	3,77	3,59	5,13	3,47	10,55	11,42	0,16	0,16	0,17	0,16	0,16	19,9

		s de grupos de especial protección																
P1	4	La deficiencia en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de los determinantes sociales en salud,	6,25	3,41	2,92	3,22	3,62	5,37	3,41	11,23	12,09	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,17	19,5
P1	5	La baja movilidad segura terrestre y fluvial, resalta la necesidad de fortalecer la movilidad sostenible	6,93	3,64	3,60	3,96	3,69	5,31	3,16	6,70	7,73	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	19,3
P1	2	Debilidad en la gobernanza en salud, evidenciado en: fragmentación del sistema de salud y sus actores	6,63	3,68	3,27	4,02	3,98	5,61	3,27	8,27	8,92	0,16	0,15	0,17	0,15	0,16	19,1	

P17	7	El bajo reconocimiento y articulación del enfoque intercultural del sistema de salud	5,86	2,98	2,90	3,26	3,00	4,86	3,24	6,44	6,81	0,17	0,16	0,17	0,16	0,17	18,9
P18	8	Insuficientes oportunidades de acceso adecuado a la educación superior tienen consecuencias significativas en la calidad de vida	6,80	3,13	3,00	3,53	3,20	4,77	3,20	4,44	4,63	0,17	0,16	0,16	0,17	0,17	17,9
P7	9	Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (HTA, DM, Ca, obesidad, etc.).	6,48	3,55	3,26	3,52	3,55	5,66	3,29	9,43	9,97	0,15	0,15	0,16	0,15	0,16	17,8
P3	10	Alta carga de morbilidad asociada a determinantes socioambientales y sanitarios de la salud.	7,05	3,71	2,88	3,09	3,65	5,70	3,02	10,12	11,03	0,16	0,16	0,17	0,16	0,15	17,8
P11	11	Aumento de la malnutrición en el departamento de Nariño	6,36	3,41	3,33	4,00	3,69	5,40	3,02	8,76	9,09	0,15	0,15	0,16	0,16	0,16	17,6

P4	12	La debilidad en los procesos de vigilancia basada en comunidad	6,4 1	3,77	3,16	3,70	3,89	5,30	3,09	9,36	10,01	0,16	0,15	0,16	0,16	0,15	17,4
P8	13	Debilidad en la gestión del riesgo comunitario ante la ocurrencia de eventos de emergencias y desastres	5,7 4	3,26	2,88	3,47	3,31	5,88	3,31	8,36	9,12	0,15	0,15	0,16	0,15	0,15	17,4
P6	14	La inequidad y las condiciones laborales inseguras representan desafíos para los trabajadores informales.	6,6 3	3,39	2,78	3,67	3,27	4,81	3,06	9,67	10,26	0,16	0,15	0,16	0,16	0,15	16,3
P9	15	El mal uso y desabastecimiento de medicamentos conlleva una carga significativa de morbilidad	5,8 2	3,48	2,86	3,52	3,18	5,57	2,89	8,33	8,58	0,16	0,15	0,16	0,15	0,15	15,7
P5	16	Persistencia de carga de morbilidad asociada a enf. transmisibles	6,6 4	2,76	2,90	3,36	3,56	5,54	2,76	8,10	9,07	0,14	0,15	0,16	0,15	0,15	14,2

P1 6	17	El cambio climático afecta la salud pública al intensificar eventos extremos	6,7 8	3,48	2,74	3,74	3,91	4,91	2,57	3,28	3,34	0,14	0,16	0,14	0,16	0,16	13,9
P1 7	18	Lesiones por pólvora representan un desafío significativo en términos de salud pública y seguridad.	5,0 0	2,53	2,50	2,72	2,69	5,75	2,31	4,58	4,76	0,16	0,15	0,17	0,16	0,15	12,4

Fuente. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2024.

Dentro del análisis de los resultados consolidados para el departamento, de la priorización realizada desde los nodos, a continuación, se presentan los elementos principales de síntesis:

La problemática 10 referida a las lesiones autoinfligidas, consumo de sustancias psicoactivas y los diferentes tipos de violencia tuvieron la mayor calificación desde el análisis de Hanlon con un valor total de 22,70, coincidiendo con la lectura realizada desde los diferentes nodos, en donde esta problemática ocupó las posiciones uno a la cinco en el análisis por nodos.

A continuación, fue priorizado en el orden departamental las desigualdades en la atención en las poblaciones rurales y rurales principalmente asociadas a las dificultades de acceso a la atención y la calidad de los servicios actualmente disponibles con un 20, 55 de calificación general, en la lectura desde los nodos, esta problemática posiciones de priorización entre la 1 y la 9.

Finalmente, las barreras y desigualdades en la atención en salud en la población de especial protección, ocupó el tercer lugar de priorización con una valoración total de 19,98 coincidiendo con la lectura de priorización por nodos en donde ocupó posiciones entre la 2 y la 7. Este análisis consolidado departamental refuerza la lectura heterogénea que se tiene de las problemáticas priorizadas desde los nodos y la importancia de adaptar los planes de acción territoriales desde una perspectiva local y una complementariedad de esfuerzos desde el orden departamental y otros sectores clave en la solución de los mismos.

3.6 Lectura departamental de priorización de necesidades integrando la información cuantitativa y cualitativa desde el equipo departamental de plan territorial de salud

Para el análisis de las problemáticas desde el equipo de Plan Territorial de Salud del orden departamental, se consideró importante retomar los ejercicios institucionales de apuestas por la salud, surgidas desde las mesas de trabajo convocadas por el Instituto Departamental de Salud en las que participaron representantes de las EAPB, Despachos de Alcaldes y Gerentes de Empresas Sociales del Estado; se desarrollaron dos espacios de



trabajo, uno con la zona Pacífico del Departamento de Nariño y otra más con el resto de municipios del departamento.

Por otra parte, retomando el ejercicio de análisis cualitativo a continuación se conjugaron las problemáticas, se analizaron y se consolidaron como se enuncia a continuación.

Con el trabajo desarrollado junto a los representantes institucionales, y comunitarios, junto al comportamiento cuantitativo de los indicadores de interés en salud pública en el departamento, el equipo territorial de salud identificó oportunidades de articular las 18 problemáticas priorizadas por la comunidad en 14 problemáticas, con el fin de abordarlas de manera integral desde la planificación territorial en salud. En este orden de ideas, el equipo territorial en salud planteó el ajuste de la redacción y agrupación de problemáticas así:

La problemática número 8, relacionada con “Las insuficientes oportunidades de acceso adecuado a la educación superior tienen consecuencias significativas en la calidad de vida y en la capacidad de construir sociedades equitativas”, requiere de fortalecer la gobernanza a nivel departamental con el liderazgo del sector educación, por lo cual se trasladará a través de acto administrativo a la secretaria de educación departamental y se generarán espacios de coordinación intersectorial para realizar las intervenciones necesarias desde el sector educación con el acompañamiento permanente desde el Instituto Departamental de Salud.

Por otra parte, la problemática No 5 “La baja movilidad segura terrestre y fluvial, resalta la necesidad de fortalecer la movilidad sostenible, que implica desplazar personas y bienes de manera que se reduzca a la mínima generación de impacto negativo al medio ambiente” por lo cual se integra a la problemática No 10 relacionada con “Alta carga de morbimortalidad asociada a determinantes socio ambientales y sanitarios en todos los cursos de vida” con el fin de realizar un abordaje integral desde las competencias del sector salud contempladas en las líneas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública.



Adicionalmente, las problemáticas No 17: “El cambio climático afecta la salud pública” y No 13 relacionada con la “debilidad en la gestión del riesgo comunitario ante la ocurrencia de eventos de emergencias y desastres, asociados a: falta de recursos, educación y concientización limitadas, fragmentación institucional, desigualdades sociales, cambio climático” hacen referencia al mismo factor desencadenante “cambio climático”, por lo cual se agruparán en la problemática número 11 relacionada con la atención de emergencias y desastres y las estrategias propuestas en el Plan Decenal de Salud Pública frente a las líneas estratégicas relacionadas a esta problemática.

Tabla 4. Listado de problemáticas a intervenir desde el departamento de Nariño. ASIS 2024

No	Descripción de la problemática y/o núcleo de inequidad agrupado desde la lectura de priorización Hanlon.
1	Aumento en los casos de: lesiones autoinfligidas, consumo, intoxicaciones con sustancias psicoactivas y de todo tipo de violencias, asociados a una serie de factores interrelacionados: problemáticas de salud mental, factores sociales y económicas (pobreza, desempleo, falta de acceso a derechos fundamentales), entornos culturales situados desde la violencia, acceso a armas y
2	Desigualdades en la garantía del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas, principalmente en cuanto a prestación de servicios, influyendo en la baja cobertura de aseguramiento, debilidad en la prestación de servicios en salud especializados y sub especializados, baja capacidad instalada en las IPS pública, falta de infraestructura, falta de vías de acceso, altos niveles de corrupción, falta de acceso a servicios de internet
3	Las desigualdades en el acceso a la atención en salud, la discriminación y la falta de acceso a recursos y servicios sociales contribuyen al aumento de las vulnerabilidades de grupos de especial protección: población con discapacidad, étnica, víctima de conflicto armado, personas adulto mayor, niños y niñas, habitantes de calle, migrante, entre otros
4	La deficiencia en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva está asociada a la débil comprensión del problema desde la perspectiva de los determinantes sociales en salud, y la persistencia de una cultura patriarcal dominante. Hecho que repercute en diversos aspectos como: la elevada tasa de mortalidad materna , el aumento de emergencias obstétricas, el escaso uso de métodos de planificación familiar, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos especialmente entre la población adolescente, la falta de reconocimiento de las violencias basadas en género, barreras para el acceso a las pruebas rápidas de tamizaje de ITS/VIH y el desconocimiento de la normatividad vigente por parte del personal de salud, entre otros.



5	Debilidad en la gobernanza en salud, evidenciado en: la fragmentación del sistema de salud y sus actores, débil participación de la comunidad en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, recursos insuficientes para la prestación de servicios, y limitada capacidad de inspección, vigilancia y control, y falta de sistemas de información.
6	El bajo reconocimiento y articulación del enfoque intercultural del sistema de salud, ha llevado a un aumento en la estigmatización de los usos y costumbres de los pueblos étnicos y la comprensión de su sistema de valores.
7	Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento, e insuficiente cobertura de los programas de tamizaje (HTA, DM, Ca, obesidad, etc.).
8	Alta carga de morbilidad asociada a determinantes socioambientales y sanitarios de la salud derivados de situaciones relacionadas con: la contaminación del agua, el aire, los alimentos, el uso inadecuado e indiscriminado de plaguicidas y pesticidas, falta de vacunación antirrábica de caninos y felinos, tenencia inadecuada e irresponsable de animales y presencia de otras zoonosis, adicionalmente, ausencia de procesos de promoción para la movilidad segura y los desafíos asociados a las emergencias de origen natural y antrópico y los efectos adversos a la salud desencadenados por el cambio climático; en todos los cursos de vida en el departamento.
9	Aumento de la malnutrición en el departamento de Nariño que afecta en los grupos poblacionales de primera infancia, infancia, adolescencia y población adulta, con especial repercusión en niños y niñas menores de 5 años con diagnósticos de desnutrición aguda, en muchos casos por uso de agroquímicos en los cultivos.
10	La debilidad en los procesos de vigilancia basada en comunidad tiene un impacto considerable, particularmente en la población no organizada en zonas rurales y en los liderazgos comunitarios.
11	Debilidad en la gestión del riesgo comunitario ante la ocurrencia de eventos de emergencias y desastres, asociados a: falta de recursos, educación y concientización limitadas, fragmentación institucional, desigualdades sociales y cambio climático que genera olas de calor, inundaciones y sequías, causando lesiones, enfermedades y muertes, desplazamientos de población y daños a la infraestructura sanitaria.
12	La inequidad y las condiciones laborales inseguras representan desafíos para los trabajadores informales, quienes a menudo carecen de protección social y derechos laborales, y se enfrentan a un mayor riesgo de explotación, accidentes laborales, enfermedades ocupacionales por uso de pesticidas.
13	El mal uso y desabastecimiento de medicamentos conlleva una carga significativa de morbilidad, sumado a una baja implementación del programa de farmacovigilancia.
14	Las lesiones por pólvora representan un desafío significativo en términos de salud pública y seguridad, y presentan consecuencias que van más allá de las lesiones físicas.
15	Insuficiente talento humano en salud y difíciles condiciones laborales (informalidad, contratación por OPS, alternativas de formación continua,



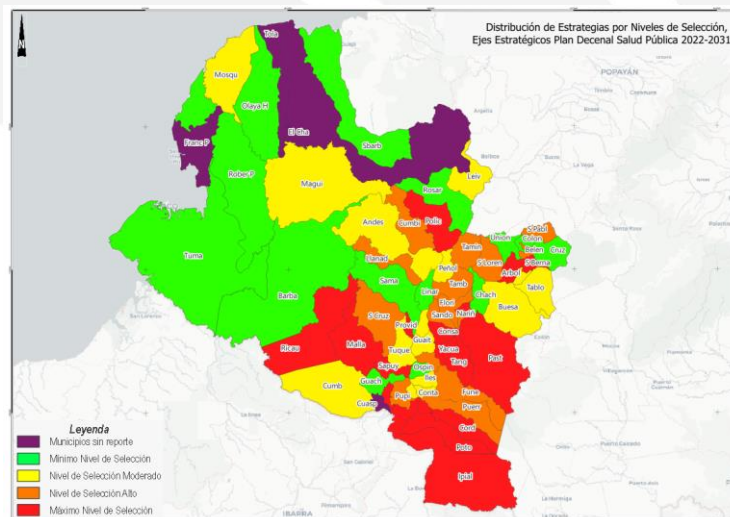
	permanencia, estímulos e incentivos a los trabajadores de la salud) que no garantizan unas condiciones dignas.
16	Debilidad en la implementación del modelo de Atención Primaria en salud dificultando la atención integral en salud, en particular en zonas rurales y rurales dispersas
17	Dificultades para garantizar la sostenibilidad y mejoramiento de la red pública hospitalaria debido a los retos presentados en financiamiento, acceso desigual a los servicios de salud, escasez de personal cualificado e infraestructura obsoleta.

Fuente. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2024.

Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del PDSP 2022-2031 y el modelo de salud preventivo-predictivo fundamentado en la atención primaria en salud

Respecto al análisis de los problemas identificados y priorizados por parte de los 63 municipios participantes del proceso de construcción participativa de ASIS comunitario, se posibilita alternativas de respuesta en correspondencia con los Ejes Estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, en conexión a su vez con las estrategias que integran cada eje y retomando como elemento fundamental y orientador, el porcentaje de frecuencia que indica la prioridad de un determinado eje y sus cinco principales estrategias para ofrecer respuesta a las problemáticas identificadas.

Figura 3. Distribución de estrategias por niveles de selección, ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.



Fuente. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2024.



@idsnestacontigo
@IDSNcontigo

El mapa muestra la distribución territorial de la selección de estrategias de los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) en el departamento de Nariño. Utilizando cuartiles del mayor al menor número de estrategias seleccionadas, se visualiza el nivel de implementación propuesto del PDSP en cada municipio.

Máximo Nivel de Selección: Representa los municipios que han identificado el mayor número de estrategias para abordar los problemas de salud de manera integral y prioritaria.

Nivel de Selección Alto: Indica los municipios que han identificado un buen número de estrategias para abordar los problemas de salud.

Nivel de Selección Moderado: Muestra los municipios que han identificado estrategias de forma moderada para abordar los problemas de salud.

Nivel Mínimo de Selección: Representa los municipios que han identificado y seleccionado un número menor de estrategias en comparación con los anteriores niveles de selección.

Esta representación semaforizada permite identificar el nivel de implementación de los ejes estratégicos del PDSP en el departamento de Nariño, tanto de manera total como por cada uno de los ejes, permitiendo reconocer los mecanismos para brindar respuestas a las problemáticas y necesidades sociales en salud del departamento de Nariño. Además, permite identificar patrones frente a las estrategias que requieren un enfoque particular en la planificación de la respuesta o intervención.

A continuación, se ofrece la interpretación que corresponde a coligar eje de plan Decenal, con el porcentaje de frecuencia y sus estrategias, estableciendo la narrativa según orden de prioridad por eje.



Tabla 5. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de gobernanza y gobernabilidad en salud pública.

Eje del PDSP	Estrategias priorizadas
Gobernanza y gobernabilidad de la salud pública	Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.
	Desarrollo de capacidades institucionales y sectoriales para el ejercicio de la participación social y comunitaria en salud como derecho en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, incluido el reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio y los saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas acordes con el marco normativo.
	Diseño e implementación de estrategias para la transversalización de los enfoques diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria y psicosocial para pueblos y comunidades.
	Generación y adecuación de estrategias que promuevan capacidades institucionales para la garantía del derecho a la salud de la población de la economía popular y comunitaria en el territorio.
	Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.

Fuente. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2024.

El eje de Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública, se identificó como núcleo central para el establecimiento de estrategias y alternativas de solución, aspecto que permite reconocer el énfasis necesario para los procesos en salud centrado en la toma de decisiones a nivel administrativo y gubernamental, sin perder de vista aquello que vincula la capacidad de participación y agenciamiento político de la ciudadanía y los agentes civiles que integran el ámbito social.



@idsnestacontigo
@IDSNcontigo

En suma, a lo mencionado con anterioridad, se evidencia la necesidad de establecer escenarios de participación comunitaria de manera activa en aquello que respecta a la toma de decisiones, en espacios que faciliten el reconocimiento de necesidades poblacionales y comunitarias guardando coherencia con las respuestas institucionales efectivas.

La priorización de este eje indica además la debilidad en aquello que respecta a la intersectorialidad, como principio y ejercicio que posibilita la garantía y satisfacción del derecho a la salud en el marco de la multiplicidad de sectores que comparten una visión resolutive de los problemas. Es fundamental reconocer que la gobernanza implica la coordinación entre sectores que aportan a la garantía y resolución de necesidades en salud, en coherencia con la garantía en la distribución efectiva de recursos e incluir políticas que soporten la garantía y respuesta efectiva a las necesidades

En consecuencia, a la relación del eje con las cinco estrategias priorizadas, como principio orientador de respuesta a las situaciones referidas, se identifica la necesidad de construir acciones en el marco de:

1. El mejoramiento en la planificación y gestión de la salud que establezca relación, coherencia y efectividad con el abordaje oportuno de factores de riesgo, acorde al debido y oportuno reconocimiento de las necesidades poblacionales situadas en un contexto específico, con el fin de brindar alternativas y soluciones que asuman las particularidades de las poblaciones y territorios.
2. La necesidad de promover la participación social y comunitaria como espacios de aporte y garantía de participación comunitaria, para la toma de decisiones en salud acorde a un respectivo respeto y reconocimiento de saberes. En coherencia con la adecuada implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
3. La importancia de construir apuestas y estrategias que retomen la diferencia como un principio fundamental, para brindar garantía en el acceso y prestación de servicios de salud adecuados a las necesidades de las personas en términos de género, edad, diversidad sexual y demás aspectos que se remiten a la aplicación efectiva del enfoque diferencial.



4. La correspondencia con la construcción y desarrollo de estrategias que ofrezcan garantía al acceso a servicios de salud para poblaciones históricamente vulneradas, que guarden coherencia con las características y demandas específicas.
5. El mejoramiento de la capacidad de vigilancia en salud pública a nivel territorial en aquello que respecta al personal de salud, infraestructura y equipamiento de espacios, que en suma garanticen una respuesta efectiva a las necesidades en salud de las poblaciones y en coherencia con lo anterior la posibilidad de asumir respuesta adecuadas a los desafíos que involucran el proceso de salud.

Tabla 6. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de determinantes sociales en salud.

Eje del PDSP	Estrategias priorizadas
Determinantes Sociales de la Salud	Gestionar los mecanismos técnicos, administrativos y políticos para mejorar de las condiciones de trabajo u ocupación que deterioran la salud, en el marco de la política de trabajo decente y para la generación de ingresos a las comunidades con atención particular en las mujeres rurales y de pueblos y comunidades étnicas, población LGTBIQ+, personas con discapacidad y personas de 60 y más años, independiente de la nacionalidad.
	Fortalecimiento de acciones dirigidas a la prevención y atención de problemas y trastornos mentales de la población en todos los entornos y momentos del curso de vida (familia, escuela, trabajo y otros escenarios de protección social)
	Gestionar los mecanismos administrativos, financieros y de pertinencia sociocultural, para disminuir las barreras de acceso en salud respecto a la atención a los niños, niñas y adolescentes, en particular en escenarios de vulnerabilidad socioeconómica para la permanencia escolar que incluya los pueblos y comunidades de acuerdo con sus planes de vida o el que haga sus veces.
	Gestión de la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación, a partir de acuerdos en espacios intersectoriales.
	Generación de procesos de formación intersectorial y territorial en DDHH con énfasis en el respeto a la Misión Médica.

Fuente. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2024.



@idsnستاcontigo
@IDSNcontigo

La identificación prioritaria de los determinantes sociales en salud denota la necesidad de avanzar en la comprensión integral del proceso salud-enfermedad-atención y las diferentes dimensiones proximales, intermedias y estructurales que determinan las formas en que entendemos la salud territorialmente, y por ende, nacemos, vivimos, trabajamos, envejecemos, enfermamos y morimos. También guarda estrecha relación, desde la visión estructural principalmente, con la configuración de los sistemas de salud y la generación y perpetuación de las desigualdades en salud.

De esta manera, entre los determinantes se incluyen aspectos diversos, desde el acceso a la atención médica, la educación, el empleo, las redes de apoyo social, hasta las percepciones y respuesta que pueden desarrollar nuestros cuerpos frente a una situación problema en salud. En este sentido, la identificación de estrategias de este eje de manera prioritaria nos permite acercarnos a las realidades complejas que se viven en los diferentes territorios del departamento.

Tomando como referencia las cinco estrategias priorizadas por los municipios en este eje, se identifica la necesidad de construir acciones dentro del marco de estas prioridades:

1. Garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad para todas las personas, incluyendo la expansión de la cobertura de salud universal, la eliminación de barreras económicas y geográficas, y la promoción de la atención primaria de salud.
2. Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dirigidas a la población vulnerable.
3. Promover la creación y fortalecimiento de redes de apoyo social, incluyendo el apoyo familiar, comunitario y social, así como el acceso a servicios de apoyo psicosocial y de salud mental.



Tabla 7. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de Atención Primaria en Salud.

Eje del PDSP	Estrategias priorizadas
Atención Primaria en Salud	Implementación de mecanismos para la coordinación y gestión de la operación de las redes integrales e integradas territoriales de salud en el marco de un modelo preventivo, predictivo y resolutivo basado en la APS.
	Establecimiento de acuerdos sectoriales, intersectoriales y comunitarios para la concurrencia de recursos orientados a garantizar el acceso de la población, la longitudinalidad, la integralidad y continuidad de la atención en salud.
	Conformación y operación de equipos básicos de salud o equipos de salud territoriales.
	Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud.
	Conformación y puesta en funcionamiento de los centros de atención primaria en salud -CAPS.

Fuente. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2024.

Las estrategias propuestas para fortalecer el eje de Atención Primaria en Salud subrayan la importancia de una mejora integral y coordinada en territorios. El eje refleja la necesidad de abordar de forma sistemática las brechas y debilidades históricas relacionadas con la fragmentación de los servicios de salud, la desarticulación intersectorial y la baja participación comunitaria. Asimismo, las estrategias planteadas sugieren una voluntad por establecer un modelo de atención centrado en la prevención, la predicción y la resolución de problemas de salud, basado en un enfoque territorial y comunitario, reconociendo la necesidad de coordinar esfuerzos intersectoriales, promover la participación activa de las comunidades y empoderar a los equipos de salud territoriales para comprender y atender las necesidades locales de manera efectiva y contextualizada.

Así, las orientaciones estratégicas planteadas, responden directamente al objetivo del eje de Atención Primaria en Salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública, pues se entiende que desde el eje se busca no solo abordar las enfermedades una vez que han



@idsnestacontigo
@IDSNcontigo

surgido, sino también prevenir su aparición y promover la salud en su sentido más amplio; lo cual implica intervenir también en lo social, económico y ambiental, reconociendo la complejidad de los determinantes de la salud. De igual manera, el desarrollo de acciones, tanto sectoriales como intersectoriales, buscan no solo mejorar la calidad de vida de las personas, sino también reducir las desigualdades en salud y promover la equidad en el acceso a los servicios y recursos sanitarios.

De esta manera, en relación con las cinco estrategias priorizadas por los municipios para este eje, se identifica la necesidad de construir acciones dentro del siguiente marco:

1. Procurar que los equipos de salud, consulten y puedan alinear sus acciones con las políticas, planes estratégicos y planes de acción en salud específicos para abordar situaciones o problemáticas particulares. Además, se debe garantizar que los mismos tengan una comprensión de las condiciones de vida y salud en ámbitos micro territoriales para una intervención más efectiva.
2. Fomentar la participación social y la restauración de los lazos de confianza entre las comunidades y las instituciones de salud. Esto implica la incorporación de perspectivas de intervenciones basadas en la comunidad, que permitan una mayor implicación y empoderamiento en la gestión de su propia salud.
3. Facilitar el acceso y la continuidad de la atención en salud mediante la implementación de modalidades de prestación de servicios complementarias, como unidades móviles, atención domiciliaria, jornadas de salud y telemedicina, garantizando la habilitación de estos servicios, su disponibilidad y accesibilidad.

Tabla 8. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de cambio climático, emergencias, desastres y pandemias.

Eje del PDSP	Estrategias priorizadas
Cambio climático, emergencias,	Participación en las instancias de orientación y coordinación del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, e incorporar las acciones del sector salud en los instrumentos de



desastres y pandemias	planificación, tales como, Planes de Gestión del Riesgo y Estrategias de Respuesta a Emergencias
	Formulación de políticas que permitan la planeación de la gestión integral del riesgo de desastres en salud y el fortalecimiento de la capacidad sectorial y comunitaria para responder a eventos de crisis, emergencias y desastres de importancia nacional e internacional.
	Socialización e Implementación del Plan de gestión integral de riesgos de emergencia y desastres en salud (PGIRED) en las Entidades Territoriales
	Fortalecimiento en todos los niveles las capacidades técnicas operativas de alerta y respuesta
	Fortalecimiento de la capacidad sectorial, transectorial y comunitaria para detectar y responder a eventos inusuales en salud pública que afecten la salud de la población

Fuente. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2024.

La gestión integral en emergencias y desastres tiene como objetivo proteger tanto a individuos como a colectivos ante los riesgos que puedan impactar en la salud pública. Esto se logra a través de acciones de adaptación para enfrentar los efectos del cambio climático, así como contribuir a la reducción de emisiones de gases de efecto invernadero para mitigar las causas subyacentes del problema. Además, en el marco del actual Plan Decenal de Salud Pública, esta gestión integral se amplía para incluir la preparación frente a futuras pandemias, fortaleciendo la estructura necesaria para una respuesta efectiva ante nuevos eventos de este tipo.

El eje de cambio climático, emergencias, desastres y pandemias tiene como objetivo reducir los impactos de emergencias, desastres y cambio climático en la salud humana y ambiental mediante la gestión integral del riesgo, promoviendo la seguridad sanitaria y el bienestar. Es importante tener en cuenta que para el Plan Decenal de Salud Pública es prioritario fomentar la participación responsable de todos los sectores de la comunidad, además, es crucial abordar las necesidades y propuestas de los diferentes grupos étnicos y comunidades geográficamente dispersas en la implementación de acciones de desarrollo comunitario, así como identificar y evaluar el papel de los actores en la gestión del cambio



climático en el territorio, la respuesta de salud en los planes territoriales de la salud y la vulnerabilidad de la población y el sistema de salud frente al cambio climático desde una perspectiva territorial.

En consonancia con las disposiciones del Plan Decenal de Salud Pública, las estrategias priorizadas para incorporar acciones desde los Planes Territoriales de Salud desde los municipios participantes incluyen la participación en instancias de coordinación del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, la incorporación de acciones de salud en instrumentos de planificación, la formulación de políticas para la gestión integral del riesgo de desastres; la socialización e implementación del Plan de Gestión Integral de Riesgos de Emergencia y Desastres en Salud y el fortalecimiento de capacidades técnicas y operativas de alerta y respuesta, así como la capacidad comunitaria para detectar y responder a eventos de salud pública inusuales.

Es así como, tomando como referencia las cinco estrategias priorizadas por los municipios en este eje, se identifica la necesidad de construir acciones en el marco de:

1. Fortalecer la acción interinstitucional para intervenir en salud integral, seguridad humana y justicia social, con especial atención en territorios afectados por el conflicto armado, restableciendo el derecho a la salud en zonas rurales y afectadas por esta condición. Priorizar el cumplimiento del acuerdo final de paz, centrado en los derechos de las víctimas y la reconciliación nacional en salud.
2. Reducir la vulnerabilidad de la infraestructura hospitalaria y en salud ante múltiples amenazas, adaptándose a desafíos técnicos, ambientales y territoriales.
3. Promover la participación social y comunitaria como espacios para la toma de decisiones en salud con respeto y reconocimiento de saberes.
4. En el marco de la adecuada implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, propiciar condiciones para fortalecer la respuesta a emergencias mediante la implementación de iniciativas como COE Salud, ERI, y EMT.
5. Garantizar la regulación de servicios de urgencia y coordinar la atención de poblaciones afectadas por desastres a través del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres.



6. Establecer sistemas de alerta temprana y respuesta en salud pública.
7. Evaluar y monitorear capacidades territoriales para la preparación y respuesta a emergencias y desastres.

Tabla 9. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria.

Eje del PDSP	Estrategias priorizadas
Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria	Fortalecer el papel de la Comisión Intersectorial para el Desarrollo y Producción de Tecnologías Estratégicas en Salud (CIDPTES) como ente de gobernanza que guíe las acciones que lleven a Colombia a convertirse en un centro de desarrollo y producción de TES, a través de la articulación de las propuestas que, desde los diferentes sectores (gobierno, industria, academia y sociedad), puedan aportar para este fin
	Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para la generación de conocimiento con enfoques diferenciales, de género y diversidad y para pueblos y comunidades étnicas
	Construcción de forma colectiva e intercultural los saberes que aporten a la producción y análisis de la información en salud pública
	Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para un adecuado proceso de producción, organización, depuración y reporte de la información en salud pública
	Desarrollo e implementación de otras estrategias para la generación de conocimiento acerca de las condiciones de salud de la población y sus determinantes sociales a nivel territorial tales como observatorios, ASIS, unidades de análisis, seminarios, evaluaciones de riesgo ambientales de la salud, entre otras

Fuente. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2024.

El conocimiento en salud pública se encuentra inmerso dentro de la gestión del conocimiento, como un proceso dinámico, analítico y contextualizado a los diferentes escenarios comunitarios e institucionales. De esta manera, incluye el estudio de procesos de enfermar y morir, políticas de salud, programas de intervención, entre otros. Esto se concatena con la soberanía sanitaria, vista como el derecho y la capacidad de los países y comunidades para determinar sus propias políticas y acciones en materia de salud, de



@idsnestacontigo
@IDSNcontigo

acuerdo con sus necesidades, valores y recursos disponibles. La soberanía sanitaria reconoce la importancia de la autonomía y la participación de las comunidades en la toma de decisiones sobre su salud, así como la necesidad de abordar las inequidades y desigualdades en salud a nivel local, nacional e internacional.

De esta manera, desde el análisis relacional del eje con las estrategias priorizadas, se destaca la importancia de llevar a cabo acciones en el contexto de:

1. Desarrollar políticas de salud que reflejen las necesidades y prioridades específicas de la población, basadas en evidencia científica y en consulta con las comunidades locales
2. Fomentar la participación y significativa de las comunidades en la toma de decisiones sobre su salud, involucrándose en la planificación, implementación y evaluación de programas y políticas de salud
3. Implementar acciones dirigidas a reducir las desigualdades en salud, abordando los determinantes sociales de la salud y asegurando el acceso equitativo a servicios de salud de calidad para todos los grupos de la población
4. Invertir en la formación y capacitación de profesionales de la salud, así como en el fortalecimiento de la infraestructura y tecnología necesarias para garantizar la prestación de servicios de salud adecuados

Tabla 10. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.

Eje del PDSP	Estrategias priorizadas
Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Desarrollo de acciones que promuevan la transversalización de los enfoques para la implementación de políticas públicas, planes, programas y proyectos en salud.
	Identificación, reconocimiento, fortalecimiento, promoción y garantía de la participación como derecho e incidencia de personas y colectivos en los procesos



	de planeación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud
	Identificación, disminución y superación de barreras de acceso a la atención integral en salud de personas y colectivos
	Caracterización de actores comunitarios, estructuras organizativas, y recursos humanos propios entre otros, para la organización y adecuación de los protocolos propios interculturales en el marco de la atención integral
	Establecimiento de mecanismos institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarios que garanticen la participación de las diferentes formas y expresiones organizativas de los pueblos y comunidades

Fuente. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2024.

La salud en los pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación aborda las necesidades específicas de estas poblaciones en términos de salud física, mental, emocional y social. Se reconoce que estas poblaciones pueden enfrentar desafíos únicos en el acceso a servicios de salud, así como en la prevención y el tratamiento de enfermedades, debido a factores como la discriminación, la marginalización, la pobreza, la falta de acceso a recursos y servicios, y las barreras culturales y de género.

De esta manera, desde el análisis relacional del eje con las estrategias priorizadas, se destaca la importancia de llevar a cabo acciones en el contexto de:

1. Valorar y respetar los conocimientos, prácticas y cosmovisiones de estas poblaciones en relación con la salud, así como reconocer y abordar las desigualdades y discriminaciones que enfrentan en el acceso a la salud debido a su identidad étnica, de género o sexualidad.



@idsnestacontigo
@IDSNcontigo

2. Implementar políticas y programas que promuevan la equidad de género y empoderen a las mujeres y niñas, incluyendo el acceso a la educación, la participación en la vida política y económica, y la prevención de la violencia de género.

Tabla 11. Estrategias priorizadas a nivel departamental: eje de personal de salud.

Eje del PDSP	Estrategias priorizadas
Personal de salud	Concertación de los mínimos de formación del THS y las prácticas pedagógicas a nivel técnico, tecnológico, universitario, posgradual y formación de formadores con relación a: territorio, territorialidad, interculturalidad en salud, atención primaria en salud, salud pública y salud colectiva.
	Caracterización del talento humano en salud pública
	Fortalecimiento de las capacidades institucionales y sociales para la gestión territorial de la salud pública, en el marco de la Estrategia Nacional de Formación Territorial, Intercultural de Atención Primaria en Salud, Salud Pública y Salud Colectiva.
	Definición de estrategias territoriales e intersectoriales para la mejora de la disponibilidad y distribución del THS con énfasis en los que realizan acciones y gestión de la salud pública.
	Gestión de la apertura territorial de las Instituciones de Educación del THS con los actores de la región para ser parte de la transformación requerida a escala mayor: con prácticas académicas y participación de las comunidades

Fuente. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2024.

La priorización del personal de salud refleja un enfoque integral y multidimensional para abordar los desafíos dentro de la prestación de servicios en salud a lo largo del territorio. Mediante la concertación de los equipos de Talento Humano en Salud (THS) y la implementación de prácticas adaptadas a diferentes niveles educativos, sociales y culturales se garantiza que la atención en salud, sea debidamente implementada y actualizada en las áreas mencionadas dentro del Plan Decenal de Salud Pública donde se asumen aspectos estructurales de lo humano, el curso de vida, la perspectiva de género, así como también el reconocimiento en la atención para los pueblos y comunidades étnicas, sustentada en su identidad milenaria y cosmovisiones.



@idsnestacontigo
@IDSNcontigo

Por lo tanto, se comprende la importancia del personal de salud en la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y la Salud Pública. Su papel es fundamental para garantizar la provisión de servicios integrales, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en todas las comunidades, especialmente aquellas más vulnerables. La presencia y el compromiso del personal de salud en estas áreas no solo mejoran los resultados de salud a nivel comunitario, sino que también contribuyen a la equidad y la justicia en el acceso a la atención médica.

Al analizar cómo el eje se relaciona con las estrategias priorizadas, se destaca la importancia de llevar a cabo acciones en el contexto de:

1. La aplicación del enfoque diferencial en las acciones y gestión de la salud pública, con el objetivo de abordar las disparidades en la distribución de recursos humanos en salud y garantizar una cobertura equitativa en todas las áreas geográficas. Esto implica una planificación estratégica que tenga en cuenta las necesidades y características específicas de la región.
2. La gestión de la apertura educativa del personal de salud con los actores regionales y la participación activa de las comunidades apunta a fomentar una colaboración más estrecha entre la academia y el entorno local, promoviendo así la innovación, la adaptación a las necesidades locales y la mejora continua en la prestación de servicios de salud. En conjunto, estas estrategias son fundamentales para fortalecer el sistema de salud y mejorar los resultados de salud a nivel comunitario y nacional.
3. La formación y desplazamiento de atención equipos en salud que brinden atención a las comunidades dentro de zonas rurales aisladas, así como la protección del estado para la llegada de estos servicios.



3.7 Recomendaciones frente al ejercicio de análisis de problemas, priorización y comportamiento de indicadores en salud del Departamento de Nariño

Una vez recopilada la información de los actores clave a nivel territorial, además de la situación de indicadores en salud, desde el análisis del equipo territorial del nivel departamental surgen las siguientes recomendaciones para el abordaje de los problemas que darán sustento a la formulación del plan territorial de salud, así:

Tabla 12. Recomendaciones frente a los problemas establecidos en el análisis cualitativo/cuantitativo. Departamento de Nariño.

Problemáticas	Recomendaciones
<p>1. Aumento en los casos de: lesiones autoinfligidas, consumo, intoxicaciones con sustancias psicoactivas y de todo tipo de violencias, asociados a una serie de factores interrelacionados: problemáticas de salud mental, factores sociales y económicas (pobreza, desempleo, falta de acceso a derechos fundamentales), entornos culturales situados desde la violencia, acceso a armas y</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Es necesario fortalecer los escenarios de articulación inter y trans sectorial a través de los comités y salas situacionales direccionando planes de acción con el seguimiento a indicadores trazadores en salud mental. ✓ Se identificó la necesidad de mejorar los procesos de asistencias técnicas a entes territoriales que permitan la incorporación de la Política de Salud Mental. ✓ Incrementar los espacios de atención Psicosocial para la población del departamento de Nariño a través de una plataforma integral de atención en salud mental. ✓ Mantener las acciones de inspección de vigilancia en salud pública en la implementación de las políticas de salud mental y sustancia psicoactivas, así como el seguimiento de indicadores de salud mental. ✓ Aumentar las acciones para la implementación de rutas de atención en salud, aplicación de tamizajes de salud mental, estrategias para la prevención, atención integral de la salud mental como son los dispositivos comunitarios en salud y el desarrollo de tecnologías contempladas en el Plan de intervenciones colectivas.
<p>2. Desigualdades en la garantía del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas, principalmente en cuanto a prestación de servicios, influyendo en la baja cobertura de aseguramiento, debilidad en la prestación de servicios en salud especializados y sub</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Invertir en el mejoramiento de la infraestructura de centros de salud en áreas rurales, incluyendo la construcción y modernización de instalaciones, la adquisición de equipos médicos y la mejora del acceso a servicios básicos como agua potable, electricidad e internet en estas instituciones. ✓ Desarrollar programas de incentivos para atraer y retener personal de salud en zonas rurales y rurales dispersas, que incluya beneficios financieros y oportunidades de formación continua para el talento humano en salud que trabaje en estas áreas. ✓ Establecer unidades móviles de salud para brindar servicios médicos y de enfermería a las comunidades rurales dispersas, que facilite la atención en salud en



<p>especializados, baja capacidad instalada en las IPS pública, falta de infraestructura, falta de vías de acceso, altos niveles de corrupción, falta de acceso a servicios de internet</p>	<p>áreas de difícil acceso y mejorando así la cobertura de servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crear programas de atención domiciliaria para poblaciones vulnerables, como adultos mayores, personas con discapacidad y víctimas del conflicto armado que permita mejorar la calidad de vida de estas poblaciones especiales de protección. ✓ Desarrollar estrategias para la descentralización de los procesos administrativos relacionados con la atención en salud, como la asignación de citas, referencias y contrarreferencias, autorizaciones y suministro de medicamentos. ✓ Trabajar con otras entidades gubernamentales para mejorar las vías de acceso a las zonas rurales y rurales dispersas. Para facilitar el transporte de pacientes y personal médico, así como el suministro de medicamentos y otros recursos necesarios para la atención en salud. ✓ Desarrollar mecanismos efectivos de supervisión y vigilancia para monitorear la prestación de servicios de salud en zonas rurales, que permita identificar y abordar problemas relacionados con corrupción, falta de recursos y deficiencias en la atención al usuario. ✓ Establecer mecanismos de trabajo comunitarios para recoger las inquietudes y necesidades de las comunidades rurales y rurales dispersas, para el diseño de estrategias de salud más efectivas y centradas en las necesidades reales de estas poblaciones ✓ Fomentar diálogos transparentes entre autoridad departamental y municipal que permitan establecer un diagnóstico claro de los puestos de salud rural en el marco del Modelo de Salud Preventivo-Predictivo-Resolutivo para establecer necesidades de infraestructura, dotación y talento humano que permita la puesta en marcha (o reapertura) de CAPS rurales para descongestionar los servicios de salud urbanos. ✓ Descentralizar la atención en salud, en particular en los municipios más pequeños, pues progresivamente han cerrado servicios de salud rurales que durante años permitieron brindar acciones de promoción y mantenimiento de la salud en las veredas. ✓ Fortalecer las acciones de participación ciudadana en los servicios de salud. Fomentar el seguimiento a las peticiones, quejas y reclamos que los usuarios hacen y retroalimentar las mejoras que se hacen en respuesta a estas quejas.
---	--



	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecer estrategias que permitan a las comunidades el agendamiento de servicios sin necesidad de filas desde la madrugada.
<p>3.Las desigualdades en el acceso a la atención en salud, la discriminación y la falta de acceso a recursos y servicios sociales contribuyen al aumento de las vulnerabilidades de grupos de especial protección: población con discapacidad, étnica, víctima de conflicto armado, personas adulto mayor, niños y niñas, habitantes de calle, migrante, entre otros</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se requiere promover la equidad en el acceso a la atención en salud, implementando Iniciativas administrativas y comunitarias que garanticen un acceso y trato equitativo a los servicios de salud, especialmente para aquellos grupos poblacionales identificados en condición de especial protección por su condición histórica y sostenida de vulnerabilidad. Entre las iniciativas requeridas se identifica la atención no discriminante y equitativa y la eliminación de barreras geográficas y actitudinales que se establecen como barreras para la atención en sectores y poblaciones marginadas. ✓ Se identifica la necesidad de generar procesos con el personal de salud para capacitarle en torno a la atención a poblaciones de especial protección, retomando elementos fundamentales como sus habilidades interculturales y reconocimiento de necesidades específicas de las personas con discapacidad, comunidades étnicas, víctimas del conflicto armado, adultos mayores, niños y niñas, habitantes de calle y migrantes. ✓ Se requiere acordar espacios de dialogo y coordinación intersectorial y comunitaria, que permitan animar la colaboración entre diferentes actores, incluyendo entidades gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, comunidades locales y grupos de especial protección, para desarrollar estrategias integrales de abordaje de las desigualdades en salud. Aportando desde la constitución de espacios y acciones en torno a la garantía del derecho a la salud en su calidad de interdependencia con todos los derechos, orientadas a reducir las inequidades manifiestan en la atención a las poblaciones en referencia. ✓ Es fundamental reconocer y abordar como situaciones históricas ligadas a los Determinantes Sociales de la Salud contribuyen a la comprensión de las desigualdades en el acceso a la atención en salud, como la pobreza, la violencia, la discriminación y la falta de acceso a servicios básicos, que deben ser reconocidos y comprendidos desde cada grupo poblacional situado en un territorio específico con una historia particular. Reconocer las situaciones y características de las poblaciones vulnerables, implica la promoción de procesos y acciones que impulsen la equidad de género, la prevención de la



	<p>violencia y el fortalecimiento de las organizaciones sociales y comunitarias en comunidades marginadas en torno a la garantía de sus derechos en respuesta a sus necesidades sociales en salud específicas.</p> <p>Reconocer la efectividad de las acciones y medidas en torno al abordaje a poblaciones vulnerables requiere establecer acciones de monitoreo y evaluación de intervenciones implementadas en torno a la reducción de las desigualdades en salud, acciones que permitirá ajustar acciones y estrategias según sea necesario, a fin; de garantizar que las iniciativas implementadas sean efectivas y estén orientados a generar aporte a la garantía del derecho a la salud. Justicia y equidad para las poblaciones en condiciones históricas de opresión.</p>
<p>4. La deficiencia en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva está asociada a la débil comprensión del problema desde la perspectiva de los determinantes sociales en salud, y la persistencia de una cultura patriarcal dominante. Hecho que repercute en diversos aspectos como: la elevada tasa de mortalidad materna, el aumento de emergencias obstétricas, el escaso uso de métodos de planificación familiar, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos especialmente entre la población adolescente, la falta de reconocimiento de las violencias basadas en género, barreras para el acceso a las pruebas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se requiere una adecuada promoción y constitución de la educación sexual integral, implementando procesos y acciones de educación en sexualidad en las personas, comunidades e instituciones para promover el conocimiento acerca de los derechos sexuales y reproductivos, el cuidado de sí, la prevención de infecciones de transmisión sexual, consentimiento y prevención de la violencia de género. Las acciones y procesos pedagógicos deben orientarse desde el reconocimiento de las desigualdades que permea las estructuras de poder y la identificación de cómo el sistema patriarcal por herencia histórica ha legitimado formas de opresión social que han contribuido a la marginalización y exclusión de grupos poblacionales. Reconociendo que todo proceso en torno a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos se liga a proceso de agencia y empoderamiento individual y colectivo. ✓ Se requiere fortalecer la atención integral en salud sexual y reproductiva, afianzando con apoyo interdisciplinario los procesos de capacitación del personal de salud, que les permita fortalecer sus conocimientos desde perspectivas que coligan las afectaciones con elementos como la inequidad socioeconómica, la discriminación y la violencia de género. Se reconoce como aspecto fundamental que el personal de salud esté sensibilizado y capacitado para brindar una atención respetuosa, libre de discriminación y basada en derechos. ✓ Se reconoce fundamental y prioritario, la Inclusión y respeto a la diversidad sexual y de género, garantizar la inclusión y el respeto a los derechos de la comunidad LGBTIQ+ en la prestación de servicios de salud sexual y



<p>rápidas de tamizaje de ITS/VIH y el desconocimiento de la normatividad vigente por parte del personal de salud, entre otros.</p>	<p>reproductiva, reconociendo su autonomía en la toma de decisiones sobre su cuerpo como primer escenario de derechos y agencia política, y su derecho a recibir atención de calidad sin discriminación ni estigmatización. Prioridad, que implica la capacitación del personal de salud en enfoques de género y diversidad sexual, que les permita reconocer los conocimientos, experiencias y necesidades especificar, para ofrecer garantías en diversidad de ámbitos a los cuales se integra la adaptación de los servicios para atender las necesidades específicas de esta población.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se reconoce como fundamental reducir las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, garantizando que todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica o condición socioeconómica, puedan acceder a servicios como la provisión de métodos anticonceptivo gratuitos y de calidad, pruebas rápidas de tamizaje de ITS/VIH; de manera equitativa. ✓ Se requiere la promoción de una cultura de igualdad y respeto, partiendo de iniciativas, acciones, procesos y/o campañas educomunicativa que impulsen la constitución de una cultura de igualdad, respeto y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, así como la prevención de la violencia de género y la discriminación. Toda iniciativa pedagógica o comunicativa debe ser eminentemente inclusiva, participativa y congruente con el reconocimiento de las necesidades específicas y condiciones de inequidad estructurales que rodean a estas poblaciones, reconociendo arraigo, comprensión cultural y legitimación de su lenguaje propio. ✓ Es fundamental establecer procesos de monitoreo y evaluación, que permitan avizorar el impacto de los programas y procesos implementados en el marco de todas las políticas que legitiman la garantía de derechos sexuales y reproductivos, así como en la reducción de las desigualdades y la discriminación. Iniciativas que permitirán garantizar que las intervenciones sean culturalmente apropiadas, efectivas y sostenibles a largo plazo
<p>5. Debilidad en la gobernanza en salud, evidenciado en: la fragmentación del sistema de salud y sus actores,</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollar mecanismos de coordinación entre los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud, asegurando el liderazgo del ente territorial que facilite la cohesión. Esto implica conformar un comité para la gobernanza en salud departamental que incluyan representantes de entidades de salud, gobiernos locales,



<p>débil participación de la comunidad en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, recursos insuficientes para la prestación de servicios, y limitada capacidad de inspección, vigilancia y control, y falta de sistemas de información.</p>	<p>Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Administradora de Riesgos Laborales (ARL), organizaciones de cooperación internacional, organizaciones comunitarias y otros actores clave para fomentar la cooperación y la toma de decisiones conjunta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover y fortalecer espacios donde las comunidades puedan participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con la salud pública. Esto podría incluir comités de salud comunitarios, foros de participación ciudadana y programas de educación y sensibilización para aumentar la participación en actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. ✓ Asegurar un mayor financiamiento por parte del Ente Territorial que permita un mayor fortalecimiento de la capacidad de inspección, vigilancia y control. Esto incluye la contratación de personal calificado, la adquisición de equipos necesarios y el acompañamiento continuo a los municipios. ✓ Desarrollar e implementar sistemas de información en salud que permitan el seguimiento y análisis de datos relacionados con la prestación de servicios, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Sistemas que deben ser accesibles para los actores clave del sistema de salud y servir como herramientas para la toma de decisiones basadas en evidencia. ✓ Proporcionar espacios que permita la capacitación y formación continua para el personal de salud, especialmente en áreas relacionadas con la inspección, vigilancia y control, así como en promoción de la salud y prevención de enfermedades. Esto ayudará a garantizar que el personal esté equipado con las habilidades necesarias para abordar la fragmentación del sistema de salud. ✓ Fortalecer los mecanismos de articulación intersectorial, para abordar los determinantes sociales que inciden negativamente en la salud de las poblaciones. Siendo la articulación intersectorial clave para romper la fragmentación y desarrollar estrategias integradas que aborden la salud desde múltiples perspectivas.
<p>6. El bajo reconocimiento y articulación del enfoque intercultural del sistema de salud, ha llevado a un aumento en la</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollar programas de sensibilización y capacitación al personal sanitario sobre la diversidad cultural y la importancia de respetar y valorar las prácticas y creencias de los diferentes grupos étnicos. Esto ayudará a reducir la estigmatización y a fomentar una mayor comprensión y aceptación de las diferencias culturales.



<p>estigmatización de los usos y costumbres de los pueblos étnicos y la comprensión de su sistema de valores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover políticas y prácticas que incorporen de manera activa y consciente el enfoque intercultural en el sistema de salud. Esto incluye la adaptación de los servicios de salud para que sean culturalmente sensibles y respetuosos de las tradiciones y creencias de los grupos étnicos, así como la inclusión de personal sanitario perteneciente a estas comunidades. ✓ Fortalecer la participación comunitaria a través del involucramiento de los liderazgos de comunidades étnicas en el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas de salud que les afecten directamente. Esto garantizará que las intervenciones sean culturalmente apropiadas y tengan en cuenta las necesidades y preferencias de las comunidades. ✓ Generar espacios de encuentro y diálogo intercultural entre los diferentes grupos étnicos y los actores institucionales del sistema de salud. Esto permitirá construir relaciones de confianza facilitando la colaboración en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud que afectan a estas comunidades. ✓ Realizar investigaciones que aborden las necesidades de salud específicas de los diferentes grupos étnicos y que recolecten datos desagregados por etnicidad. Esto ayudará a identificar las disparidades en salud y a diseñar intervenciones más efectivas y equitativas.
<p>7. Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento, e insuficiente cobertura de los programas de tamizaje (HTA, DM, Ca, obesidad, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollar estrategias para ampliar y mejorar la cobertura y el acceso a programas de tamizaje para enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer y obesidad, que incluya el desarrollo de acciones de sensibilización comunitaria con el objetivo de incrementar la participación en este tipo de programas. ✓ Liderar los espacios de reflexión frente a las nuevas normas que protegen a los consumidores de alimentos no saludables, como por ejemplo, avanzar en los procesos de educación sobre etiquetado nutricional y su significado, tiendas escolares saludables y fomento de las prácticas alimentarias que disminuyen los riesgos asociados a estas enfermedades (exposición a sal, sal de nitro, azúcares ocultos en los alimentos, tiempo excesivo en pantallas) ✓ Incrementar los kilómetros de ciclo rutas – ciclovías para crear ambientes favorables con las personas y familias que quieren usar la bicicleta como medio de transporte sostenible. No hay infraestructura que favorezca esta práctica a nivel poblacional limitando el impacto que esta práctica tendría a nivel de salud individual, pero también ambiental.



	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollar campañas informativas y educativas dirigidas a la comunidad, que permitan reconocer la importancia de incorporar hábitos y estilos de vida saludable que orienten hacia promoción de espacios saludables, la prevención y el tamizaje que permita la intervención oportuna a de estas enfermedades, así como mejorar la detección oportuna. ✓ Fomentar el trabajo sinérgico entre sectores, incluyendo el sector educativo, las organizaciones comunitarias y las instituciones de salud, para la creación de un enfoque integral hacia la promoción, prevención y control de enfermedades no transmisibles. A partir del desarrollo de actividades conjuntas, proyectos y la creación de escenarios para la toma de decisiones compartidas. ✓ Implementar Políticas Públicas para la promoción de Estilos de Vida Saludables, como por ejemplo fomento de la actividad física, la alimentación equilibrada y la reducción en el consumo de tabaco y alcohol en entornos específicos de tal manera que la continuidad en procesos permita a los entes municipales y departamental medir el impacto de los recursos invertidos y los compromisos asumidos por los actores involucrados, incluyendo la comunidad.
<p>8. Alta carga de morbilidad asociada a determinantes socioambientales y sanitarios de la salud derivados de situaciones relacionadas con: la contaminación del agua, el aire, los alimentos, el uso inadecuado e indiscriminado de plaguicidas y pesticidas, falta de vacunación antirrábica de caninos y felinos, tenencia inadecuada e irresponsable de animales y presencia de otras zoonosis, adicionalmente, ausencia de procesos de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecer los procesos de articulación intersectorial para incidir sobre los determinantes socioambientales de la salud, elaborando acciones desde lo singular, particular y general para garantizar el saneamiento básico y calidad de agua, así como su cuidado y preservación para reducir la morbilidad en poblaciones vulnerables. ✓ Implementar la estrategia de entornos saludables a través de la estrategia CERS, a partir del reconocimiento de las necesidades sociales de salud del territorio y las poblaciones, el cual integre acciones que permitan la intervención integral sobre los riesgos ambientales que afectan la disponibilidad de recursos importantes para la salud, como es el agua, el aire, los alimentos, el saneamiento básico y el ambiente. ✓ Consolidar un plan operativo para el desarrollo de Estrategia de Gestión Integral para la vigilancia y control de zoonosis, para lograr condiciones de eliminación de la rabia transmitida por perros y desarrollar acciones de control relacionadas con la rabia humana asociada a los linajes del ciclo silvestre y de otras zoonosis.



<p>promoción para la movilidad segura y los desafíos asociados a las emergencias de origen natural y antrópico y los efectos adversos a la salud desencadenados por el cambio climático; en todos los cursos de vida en el departamento.</p>	
<p>9. Aumento de la malnutrición en el departamento de Nariño que afecta en los grupos poblacionales de primera infancia, infancia, adolescencia y población adulta, con especial repercusión en niños y niñas menores de 5 años con diagnósticos de desnutrición aguda, en muchos casos por uso de agroquímicos en los cultivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Es fundamental mantener articuladas las acciones transectoriales orientadas a prevenir, intervenir, tratar los casos de desnutrición aguda en el departamento, al ser un departamento productor de alimentos, se identifican oportunidades de mejora en este sentido con una perspectiva integral de garantía del Derecho Humano a la Alimentación DHANA, más allá de las expectativas de una u otra dependencia misional de la Gobernación. ✓ Es necesario ampliar la cobertura y articulación de las acciones de la oficina de Soberanía y Seguridad Alimentaria teniendo en cuenta las debilidades que tienen los municipios en incorporar el Derecho Humano a la Alimentación en la planificación y acción territorial en aspectos clave de gestión como recursos, proyectos y aspectos clave de formación. ✓ Es importante tener en cuenta, que las actualizaciones nacionales respecto del abordaje de las problemáticas en aspecto de seguridad alimentaria y nutricional avancen a instancias de coordinación a través de Comisiones Departamentales de DHANA ✓ Las dinámicas asociadas al conflicto armado y la presencia de cultivos ilícitos están condicionando la producción y disponibilidad de alimentos en el territorio, en particular, en los nodos occidente, centro occidente y norte, municipios que concentran la mayoría de casos de malnutrición. ✓ Es importante ampliar la lucha contra la malnutrición debido a que Nariño presenta doble carga de morbilidad por causas asociadas a la alimentación/nutrición ✓ El papel de la mujer, de las asociaciones campesinas, de las comunidades indígenas respecto de las decisiones que afectan el DHANA debe garantizarse, incorporarse y tenerse en cuenta al momento de rendir cuentas en el orden departamental ¿Cuántas apuestas de estos actores



	<p>clave en el derecho a la alimentación se han incorporado?, ¿Qué se está haciendo para atender estas necesidades?</p>
<p>10. La debilidad en los procesos de vigilancia basada en comunidad tiene un impacto considerable, particularmente en la población no organizada en zonas rurales y en los liderazgos comunitarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar capacitaciones regulares y sesiones de sensibilización sobre la importancia de la vigilancia comunitaria en la detección temprana de problemas y la promoción de la salud. Esto puede incluir talleres, charlas comunitarias y material educativo fácil de entender, teniendo en cuenta además la necesaria adaptación cultural y lingüística de acuerdo con el público objetivo. ✓ Desarrollar capacitaciones técnicas en métodos de vigilancia, reporte de datos y uso de tecnologías simples (como teléfonos móviles) para recopilar y compartir información relevante. Esto empodera a los líderes comunitarios para desempeñar un papel más activo en la vigilancia de la salud pública. ✓ Facilitar la colaboración entre diferentes grupos comunitarios, organizaciones no gubernamentales (ONG), autoridades locales y servicios de salud. Esto puede promover un enfoque integral para abordar las necesidades de vigilancia y garantizar que los recursos y conocimientos se compartan eficazmente. ✓ Identificar y trabajar con líderes comunitarios respetados y personas influyentes en áreas rurales para que actúen como defensores de la vigilancia basada en la comunidad. Su participación puede aumentar la confianza en el proceso y motivar la participación de más miembros de la comunidad. ✓ Reconocer el papel de la vigilancia comunitaria en los sistemas de salud más amplios, mediante la integración de datos de vigilancia comunitaria en sistemas de información de salud a nivel local y nacional, así como el apoyo financiero para iniciativas de vigilancia comunitaria. ✓ Establecer mecanismos para monitorear la efectividad de los programas de vigilancia comunitaria, esto para ajustar las intervenciones según sea necesario.
<p>11. Debilidad en la gestión del riesgo comunitario ante la ocurrencia de eventos de emergencias y desastres, asociados a: falta de recursos, educación y concientización limitadas, fragmentación institucional,</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecer desarrollo de capacidades para la gestión del riesgo de salud pública con enfoque de emergencias y desastres dirigido a autoridades locales y comunidad del departamento. ✓ Desarrollar y/o actualizar planes de gestión del riesgo con participación comunitaria que además de la identificación de amenazas asentadas a una realidad sentida, confluyan las acciones para su gestión desde la comunidad y las instituciones para responder de manera efectiva a eventos de crisis, emergencias y desastres en el territorio.



<p>desigualdades sociales y cambio climático que genera olas de calor, inundaciones y sequías, causando lesiones, enfermedades y muertes, desplazamientos de población y daños a la infraestructura sanitaria.</p>	
<p>13.La inequidad y las condiciones laborales inseguras representan desafíos para los trabajadores informales, quienes a menudo carecen de protección social y derechos laborales, y se enfrentan a un mayor riesgo de explotación, accidentes laborales, enfermedades ocupacionales por uso de pesticidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementar los lineamientos técnicos y administrativos en aplicación de la política pública en seguridad y salud en el trabajo con énfasis en el sector de la economía informal en el departamento de Nariño. ✓ Fomentar estrategias de formalización laboral en las instituciones y organizaciones, así como fortalecer estrategias de incorporación de nuevos talentos en empresas y entidades del estado. ✓ Articular las acciones de caracterización la situación de salud del trabajo informal en zona urbana, periurbana, rural y rural dispersa con los planes de respuesta intersectoriales que permita incrementar los niveles de calidad y buen vivir de acuerdo al reconocimiento la dinámica socioeconómica de los territorios y su cultura e incorporarlos en los planes de cuidado que desarrollan los equipos de Básicos en Salud. ✓ Destinar recursos municipales y departamentales para apoyar las acciones de seguridad y salud en el trabajo a los trabajadores informales de tal manera que se generen entornos laborales seguros partiendo de una adecuada caracterización, un plan de intervención acorde a sus necesidades y una arquitectura institucional que garantice sus condiciones y atenciones requeridas.
<p>14.El mal uso y desabastecimiento de medicamentos conlleva una carga significativa de morbimortalidad, sumado a una baja implementación del programa de farmacovigilancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El uso de medicamentos representa una de las actividades más frecuentes en el sector salud como la principal herramienta con efectos preventivos o terapéuticos en la salud de la población. Es por esto que el uso seguro y adecuado de medicamentos requiere del fortalecimiento de la autoridad sanitaria, que a su vez permita fortalecer a los establecimientos farmacéuticos como droguerías, farmacias – droguerías, depósitos, servicios farmacéuticos de baja, mediana y alta complejidad mediante herramientas que busquen el cumplimiento normativo de la política farmacéutica nacional que establece los lineamientos necesarios para ejecutar una ruta de los medicamentos desde su selección



	<p>y adquisición, pasando por el almacenamiento, dispensación y distribución, hasta la administración y vigilancia post-administración de manera segura, mitigando el riesgo de ocasionar efectos adversos no deseados que tengan repercusiones en la morbi-mortalidad y que se logre el objetivo terapéutico, obteniendo como consecuencia disminuir tiempos de atención, evitar complicaciones y generando un impacto positivo en los costos directos e indirectos del sistema de salud y en el desabastecimiento de medicamentos por su uso innecesario y/o indiscriminado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Es importante promover estrategias comunitarias que empoderen a la población en temas como el uso seguro de medicamentos, la NO automedicación, adherencia farmacología, entre otros, mediante acciones de generen conocimiento útil a las personas para que obtengan herramientas que garanticen el cumplimiento de los objetivos planteados al momento de formular un tratamiento farmacológico, evitar pérdidas por inadecuada manipulación y disminuir el riesgo de complicaciones por prácticas inseguras como la automedicación, uso indiscriminado de antibióticos, inadecuada disposición de residuos medicamentosos que no solo impactan en la morbimortalidad, sino también en la salud ambiental. ✓ Se requiere una interacción permanente entre la autoridad sanitaria, los actores del sistema de salud y la comunidad en general mediante un sistema de monitoreo de abastecimiento de medicamentos críticos y de alta demanda con el objetivo de prever y evitar el desabastecimiento de productos y la búsqueda de alternativas terapéuticas coste-efectivas de manera temprana evitando la aparición de problemas de necesidad. ✓ El programa de farmacovigilancia es la mejor herramienta para la búsqueda, análisis, monitorización y en especial para la toma de decisiones frente a los eventos adversos relacionados con medicamentos, es por esta razón que la implementación del programa en toda la red de prestadores de salud es una necesidad prioritaria. Mediante el fortalecimiento y la solidez del programa de Farmacovigilancia es posible determinar riesgos y tomar acciones individuales y colectivas y la implementación de barreras de seguridad que eviten la aparición de eventos adversos en el uso de medicamentos que afecten la morbi-mortalidad de la población del departamento de Nariño.
--	--



<p>15. Las lesiones por pólvora representan un desafío significativo en términos de salud pública y seguridad, y presentan consecuencias que van más allá de las lesiones físicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementar una estrategia de Información, educación y comunicación para la prevención del uso de la pólvora pirotécnica, de manera oportuna y unificada en los 64 municipios. ✓ Establecer acciones intersectoriales para el control de la distribución de insumos, fabricación, almacenamiento, transporte, la distribución y venta de pólvora pirotécnica ✓ Vincular a la académica en el estudio de los comportamientos sociales y la determinación social implícita en estas lesiones. Es necesario ampliar la lectura de la problemática de lesiones por pólvora a una acción punitiva, para explorar nuevas estrategias que partan del reconocimiento de los riesgos, la exposición de las poblaciones más afectadas y los diálogos con los involucrados en la cadena de producción de estos elementos pirotécnicos.
<p>16. Insuficiente talento humano en salud y difíciles condiciones laborales (informalidad, contratación por OPS, alternativas de formación continua, permanencia, estímulos e incentivos a los trabajadores de la salud) que no garantizan unas condiciones dignas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se requiere promover procesos de vinculación laboral que impulsen la continuidad de los trabajadores de la salud que desarrollan procesos transversales que articulan acciones instituciones y comunitarias, desde la gestión y garantía de programas de fortalecimiento de capacidades profesionales, creación de plantas temporales y reconocimiento salarial de la formación especializada. Entre las iniciativas requeridas se busca ampliar la certificación de escenarios de práctica de profesionales de medicina, enfermería y otros en territorios rurales y suburbanos ya que son limitados. ✓ Se identifica la necesidad de generar procesos de formación continua articulada entre las entidades territoriales municipales y departamentales con las universidades de la región que implique procesos gratuitos y de fácil acceso en lo presencial y virtual que certifique su participación. Entre las iniciativas requeridas se busca que la formación se amplíe a profesionales de ciencias sociales, administrativas y económicas que desarrollan procesos en los territorios a favor de la salud. ✓ Es fundamental reconocer y enfrentar las situaciones históricas ligadas a condiciones indignas que no garantizan las situaciones laborales y afectan el cuidado integral de los profesionales del sector salud. Entre las iniciativas requeridas se encuentran el mejoramiento de los espacios de trabajo, la designación de estímulos económicos, y el incremento anual consecuente con el incremento del costo de vida. ✓ Es esencial destacar la contribución de los profesionales de la salud formados en el departamento de Nariño en



	<p>estrategias de educación, comunicación en salud entre otras estrategias clave para el trabajo desde la comunidad, en particular los tecnólogos en promoción de la salud. Su labor es fundamental en la Atención Primaria en Salud (APS) y en la implementación de Planes de Intervención Colectiva (PIC) que integran a la comunidad y los servicios de salud. Estos profesionales merecen un reconocimiento legítimo a través de su inclusión en el Registro de Talento Humano en Salud (RETHUS), así como su participación directa en las políticas públicas a nivel nacional y departamental.</p>
<p>17. Debilidad en la implementación del modelo de Atención Primaria en salud dificultando la atención integral en salud, en particular en zonas rurales y rurales dispersas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Es imperativo trazar cuidadosamente las estrategias de intervención comunitaria en zonas rurales y zonas rurales dispersas, tomando como base la caracterización detallada y las necesidades sociales específicas identificadas en los procesos previos de Atención Primaria en Salud (APS), Plan de Intervención Colectiva (PIC), formulación de ASIS Cualitativo y diagnósticos territoriales. ✓ Articular los procesos de intervención de los Equipos Básicos de Salud (EBS) establecidos por el Ministerio de Salud. Que permita abordar las necesidades básicas en salud que han sido expresadas por las comunidades, diseñando mecanismos para su abordaje desde los determinantes sociales de la salud. ✓ Esto implica considerar el curso de vida y los enfoques étnicos de las comunidades involucradas. Además, se requiere la colaboración y coordinación con otras instituciones, organizaciones sociales y políticas públicas, fortaleces los procesos de inspección y vigilancia para garantizar una acción integral y efectiva. ✓ La comprensión del concepto de salud debe ser ampliada, y las acciones deben trascender los límites de los servicios de salud convencionales. Esto significa abordar no solo las necesidades individuales de salud, sino también las colectivas y ambientales en un enfoque integral e integrador. Esta sinergia fortalecerá la institucionalidad y contribuirá significativamente a reducir las brechas de acceso a servicios y al derecho fundamental a la salud en las comunidades rurales históricamente marginadas.
<p>18. Dificultades para garantizar la sostenibilidad y mejoramiento de la red pública hospitalaria debido a los retos presentados en</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Invertir en el mejoramiento de la infraestructura de centros de salud en áreas rurales, incluyendo la construcción y modernización de instalaciones, la adquisición de equipos médicos y la mejora del acceso a servicios básicos como agua potable, electricidad e internet en estas instituciones.



<p>financiamiento, acceso desigual a los servicios de salud, escasez de personal cualificado e infraestructura obsoleta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejorar la articulación entre las redes integradas e integrales de las EAPB para no fraccionar los servicios y forzar a los usuarios a realizar reprocesos que permiten su atención (autorizaciones, asignación de citas, laboratorios clínicos, médico especialista) en respuesta al Modelo preventivo-predictivo y resolutivo en Salud. ✓ Establecer unidades móviles de salud para brindar servicios médicos y de enfermería a las comunidades rurales dispersas, que facilite la atención en salud en áreas de difícil acceso y mejorando así la cobertura de servicios de salud ✓ Comprometer los recursos asignados para la puesta en marcha de los equipos básicos en salud para avanzar en la atención primaria en los municipios con enfoque de determinantes de la salud. ✓ Fortalecer las alianzas entre las entidades de salud (IPS-Hospitales) con la academia para mejorar la formación del talento humano en salud y la incorporación de procesos de innovación social en salud e investigación en respuesta a las problemáticas y necesidades de la ciudadanía.
--	--

Nota. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2024

4. CAPITULO IV. COMPONENTE ESTRATÉGICO Y DE INVERSION PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Para consultar el contenido del componente estratégico y de inversión plurianual y el plan territorial en salud, se anexa CD para su visualización.

- SE ANEXA MATRIZ GESTION ESTRATEGICA PLAN TERRITORIAL EN SALUD
- MATRIZ PROPUESTA PLAN DE INVERSIONES



@idsnestacontigo
@IDSNcontigo

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Indicadores básicos de salud 2022. Situación en Colombia. Bogotá: MSPS.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Indicadores básicos de salud 2022. Situación en Colombia. Bogotá: MSPS.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Indicadores básicos de salud 2023. Situación en Colombia. Bogotá: MSPS.

Ministerio de salud y de la protección social, (2024) Planeación integral en salud. Bogotá: MSPS.





Plan Territorial en Salud



@idsnestacontigo
@DSNcontigo