DOCUMENTO DE ANÁLISIS DE CONTEXTO

Producto 3. Convenio de Asociación 2360 de 2025 Corporación Infancia y Desarrollo

Fecha de elaboración 30 de septiembre 2025

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.

2. DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.

a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.
b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

e. Matriz de Oferta Institucional

3. DEPARTAMENTO DE ATLÁNTICO.
a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.

b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

e. Matriz de Oferta Institucional

4. DEPARTAMENTO DE CALDAS.
a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.

b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

e. Matriz de Oferta Institucional

5. DEPARTAMENTO DE CAUCA.

a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.

b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

e. Matriz de Oferta Institucional

6. DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.

a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.

b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

e. Matriz de Oferta Institucional

7. DEPARTAMENTO DE META.

- ***a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.***
- ***b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.***
- ***c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.***

d. ***Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.***
e. ***Matriz de Oferta Institucional***

8. DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER.

a) ***Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.***
b) ***Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.***
c) ***Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.***
d) ***Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.***
e) ***Matriz de Oferta Institucional***

9. DEPARTAMENTO DE SANTANDER.

a) ***Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.***
b) ***Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.***
c) ***Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.***
d) ***Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.***
e) ***Matriz de Oferta Institucional***

10. DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA Y DISTRITO DE BOGOTÁ.

a) ***Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.***
b) ***Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.***
c) ***Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.***
d) ***Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de***

población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

e) ***Matriz de Oferta Institucional***

11. REFERENCIAS.

1. INTRODUCCIÓN

La Medida de Reparación en Salud que estableció la Corte Interamericana de Derechos Humanos y que adelanta el Ministerio de Salud y Protección Social del gobierno de Colombia, por medio del asociado La Corporación Infancia y Desarrollo, se ejecuta en 11 territorios priorizados (10 departamentos y el Distrito Capital), los cuales presentan realidades territoriales heterogéneas que combinan niveles de desarrollo económico dispares, concentración urbana variada, rezagos en áreas rurales, entre otras características que condicionan la capacidad institucional para garantizar derechos sociales y servicios de salud; en consecuencia, se establecen brechas socioeconómicas y sociosanitarias entre los territorios que inciden en la implementación de la Medida de Reparación en Salud.

Los territorios a los que se hará mención están marcados por dinámicas del conflicto armado variadas, que se caracterizan por la presencia y recomposición de múltiples actores armados ilegales y que marcan patrones de violencia por disputas por el control territorial y por economías ilícitas que generan entornos amenazantes a la vida e integridad de la población civil. Este panorama permite visibilizar la persistencia del conflicto en zonas rurales y periféricas, pese a los esfuerzos de paz y desmovilización. Los hechos victimizantes sufridos por las comunidades, tales como desplazamientos forzados, homicidios, desapariciones, violencia sexual, reclutamiento de niños y niñas, y confinamientos que se configuran en violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario de carácter sistemático y, en muchos casos, cuentan con la omisión o participación directa de agentes estatales.

Estas afectaciones han generado impactos colectivos y diferenciales que obligan a priorizar respuestas integrales y contextualizadas desde enfoques territoriales y de atención diferenciada para la reparación y la garantía de derechos. Frente a este panorama, es importante tener presente las alertas tempranas emitidas por organismos de control y derechos humanos que dan cuenta de la realidad de los territorios. Así mismo, si bien se reconoce que la atención en salud física, mental y psicosocial tiene marcos normativos y programas nacionales orientados a la rehabilitación a víctimas por medio del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en particular a partir del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, su implementación territorial tiene diferencias en términos de cobertura, coordinación interinstitucional, formación del talento humano y capacidad resolutiva en los municipios.

El reconocimiento contextual que implican estas particularidades territoriales permite acercarse a las realidades de las víctimas de violencia armada y a la respuesta institucional que establece el Estado a través de servicios de salud para atender el impacto sufrido por los hechos victimizantes; en esa medida, rastrear la incidencia que tienen las condiciones socioterritoriales y la arquitectura institucional en la garantía de derechos y en el cumplimento de las sentencias establecidas por cortes internacionales y nacionales que buscan reparar y rehabilitar a las víctimas en medio de la reconstrucción del tejido social fracturado.

2. DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.

2.1 *VALLE DE ABURRÁ*

Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial

El Departamento de Antioquia presenta una alta heterogeneidad territorial marcada por contrastes entre sus subregiones. El Valle de Aburrá concentra la mayor población urbana y actividad económica, mientras el Norte y Urabá antioqueño enfrentan retos de conectividad, desarrollo rural y seguridad. La región mantiene una tradición política conservadora con tensiones recientes entre modelos de desarrollo empresarial y comunitario. Medellín, como núcleo metropolitano, actúa como centro decisor e influencia la gobernanza departamental.

En el Valle de Aburrá, los procesos de urbanización acelerada han generado desigualdades socioespaciales, déficit de vivienda y fragmentación urbana. Persiste la contaminación del aire y el impacto del cambio climático en comunas periféricas. En el Norte de Antioquia, la economía se basa en actividades agropecuarias y energéticas, con brechas en infraestructura, educación y acceso a servicios de salud. Urabá, por su parte, combina un alto potencial agrícola y portuario con rezagos estructurales y presencia de comunidades afrodescendientes e indígenas que enfrentan exclusión social.

El contexto sociosanitario refleja una cobertura en salud superior al 98 %, pero con limitaciones en calidad y oportunidad. El Valle de Aburrá concentra servicios de alta complejidad, mientras que en el Norte y Urabá predomina la atención básica y la referencia a hospitales regionales. Las principales causas de morbilidad son las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y los trastornos mentales, estos últimos en aumento. El envejecimiento poblacional y las condiciones de pobreza multidimensional en zonas rurales demandan estrategias diferenciales para el acceso efectivo a la salud.

b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

A nivel nacional, el país atraviesa una nueva escalada de violencia por parte de disidencias de las FARC y sus alianzas con ELN y el Clan del Golfo, las cuales han ocasionado ataques de alto impacto, como el derribo de un helicóptero policial y atentados con bombas en Cali y Antioquia. Esta situación pone en tensión los logros locales, pues demuestra que la paz urbana en el Valle de Aburrá está en un entorno nacional aún frágil.

El Valle de Aburrá cuenta con la presencia de varias organizaciones al margen de la ley de manera activa y fortalecida. Las principales estructuras criminales en la subregión incluyen la Oficina del Valle de Aburrá, el Ejército Gaitanista de Colombia (EGC) y actores armados menores o independientes, todos ellos con una fuerte incidencia a nivel urbano, en diferentes territorios fijos desde hace varias décadas. (Vanegas, 2025).

Según Uribe Betancur (2025) Otros de los grupos armados que tienen presencia regional, incluye al ELN y disidentes de las FARC, que aunque su presencia es más activa en otras zonas de Antioquia, también impactan indirectamente el Valle de Aburrá. La crisis humanitaria en Antioquia incluye al Valle de Aburrá, algunas de las situaciones más predominantes en el territorio son los desplazamientos forzados, confinamientos, asesinatos de líderes sociales, minas antipersona y violencia de género, especialmente contra mujeres, las cuales son especialmente vulnerables ante la vulneración de derechos en el marco del conflicto armado y la disputa territorial.

Frente a los avances que se tienen en la concertación de acciones en pro de la construcción de paz en el Valle de Aburrá, es importante mencionar que, se han desarrollo mesas de diálogo sociojurídico entre el Gobierno y voceros de las estructuras armadas instalados en la cárcel La Paz del municipio de Itagüí desde el año 2023, espacios que han permitido aumentar en la región los compromisos del cese de hostilidades y la reducción de homicidios en la ciudad y municipios del área metropolitana, lo cual ha representado un descenso en el último año en las tasas de homicidio del -17,7 % en Medellín; -44,4 % en Barbosa y el -8 % Bello. (Análisis Urbano, 2025).

De igual manera, según lo reportado desde la Presidencia de la República (2025) frente a los avances en el marco de los diálogos sociojurídicos, el delito de extorsión en la ciudad de Medellín también disminuyó de manera notable con una cifra de –52 % con respecto a 2023 en ciertas comunas como Guayabal (–83 %), Castilla (–85 %) y el corregimiento de Santa Elena (–100 %) .Por otra parte, en marzo de 2025, estructuras armadas de la región, acordaron ampliar un piloto de barrios libres de extorsión en 45 sectores del Valle (Medellín, Bello e Itagüí) como parte del proceso de paz urbana.

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

Dentro de los principales hechos victimizantes y de vulneración de los derechos humanos en el Valle de Aburrá, se encuentra, los actos perpetrados a raíz de la Operación Orión, la cual, fue una intensa intervención militar urbana ejecutada entre el 16 y 17 de octubre del año 2002 (con efectos prolongados hasta diciembre), en la Comuna 13 San Javier de la ciudad de Medellín, durante el mandato presidencial del gobierno de Álvaro Uribe Vélez, en el marco de la política de "seguridad democrática", donde intervinieron en el despliegue armado, actores de la fuerza pública en coalición con estructuras paramilitares del Bloque Cacique Nutibara, ejecuciones extrajudiciales, desapariciones y entierros en fosas comunes en La Escombrera(Movimiento Nacional de Víctimas de Crímenes de Estado – Movice, 2025).

Producto de estos hechos, se reportan aproximadamente 17 homicidios cometidos por la Fuerza Pública, 71 asesinatos por paramilitares, entre 80 y más de 100 heridos, entre 90 y 105 desaparecidos forzados, y aproximadamente 370 detenciones arbitrarias, ejecuciones extrajudiciales, desapariciones y entierros en fosas comunes en La Escombrera, según datos suministrados por el Centro Nacional de Memoria Histórica CNMH (2022).

La Comisión Intereclesial de Justicia y Paz (2012) acompañó la instalación de la Comisión Internacional de Esclarecimiento sobre las graves violaciones de derechos humanos en la Comuna 13 durante los años 2002 y 2003, donde se menciona que, la operación Orión, ha sido catalogada como un ejemplo de terrorismo estatal debido a su brutalidad indiscriminada y al genocidio contencioso contra civiles, ignorando normas del Derecho Internacional Humanitario; De igual manera, se resalta que, las víctimas han impulsado iniciativas de organizació, memoria y de exigencia para el esclarecimiento de la verdad, por lo cual, se define la conmemoración del "Día de la Memoria" de la Comuna 13, el 16 de octubre.

En línea directa con las situaciones y las organizaciones delictivas anteriormente descritas, la Defensoría del Pueblo ha registrado en múltiples oportunidades patrones donde las estructuras armadas de la región, despojan a familias desplazadas, venden los terrenos en asentamientos informales y desplazan o asesinan a líderes comunitarios que resisten dicho despojo (Defensoría del Pueblo, 2025).

Según el actual Plan de Desarrollo del Distrito de Medellín (2025), se reporta para la ciudad, un total de 718.195 personas registradas como víctimas del conflicto; de ellas, 353.463 son mujeres. De estas últimas, el 88,1 % de los casos de violencia sexual fueron perpetrados durante el conflicto, y las mujeres también son mayoría entre las víctimas de amenazas (53,1 %), desplazamiento forzado (51,6 %) y pérdida de bienes (52 %).

Entre los reportes de las personas que sufren más este tipo de situaciones y amenazas, están los líderes comunales, ambientales, afrodescendientes, campesinos, personas LGBTIQ+ y defensores de DD.HH, todo ello aplica incluso en contextos urbanos del Valle de Aburrá. Según diversos reportes del Observatorio de Derechos Humanos y la Defensoría del Pueblo, a lo largo de lo que va del año 2025 se han registrado 25 asesinatos de personas LGBTIQ+, 15 de ellas trans, y 13 transfeminicidios, por lo cual, se presenta para la subregión del Valle de Aburrá, tasas elevadas de violencias basadas en identidad de género (Cifuentes, 2025).

Por otro lado, la violencia sexual continua siendo usada como arma de guerra, en el cual el cuerpo femenino es percibido y utilizado como un símbolo de poder y control territorial y social. Se incluyen en este tipo de violencia, la carnal, la esclavitud o prostitución forzada y perpetuada por estructuras de poder durante varias décadas. Todo ello reafirma las hegemonías masculinas en el territorio. La invisibilización del sufrimiento de las víctimas, la vulneración de sus derechos humanos fundamentales, el engaño y la utilización del cuerpo de las niñas, jóvenes y adolescentes para fines sexuales, es cada vez más latente y con cifras aumentadas en la actualidad. (Alcaldía de Medellín, 2022).

Otras de las formas directas de violacion al DIH y a los derechos humanos que se presenta en el departamento de Antioquia, se relaciona con el incremento de los ataques contra los defensores de derechos humanos y líderes sociales. Frente a esta problemática, la ONU ha reportado que los grupos armados ilegales generan imposiciones y controles territoriales especialmente en las zonas donde el Estado no se hace presente, lo que genera

desplazamiento, reclutamiento de menores y confinamientos. (Mesa Humanitaria y de Paz de Antioquia et al., 2025).

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

En el Valle de Aburrá, se cuenta con la prestación de servicios de salud de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), donde se encuentra para el régimen contributivo mayor cobertura en aseguramiento por parte de Sura EPS, Savia Salud, Nueva EPS, Salud Total, Sanitas y Compensar y para el régimen subsidiado Savia Salud EPS y Coosalud EPS, además de la presencia de las EAPB de regímenes especiales como Empresas Públicas de Medellín (EPM), Fondo Ferrocarriles Nacional, Universidad Nacional, Universidad de Antioquia, Policía Nacional, Ejército Nacional, Ecopetrol y Fomag, según lo reportado en el documento de Análisis de la Situación de Salud Participativo del departamento de Antioquia ASIS (2024).

Con relación a la red de prestadores, se destaca a la ESE Metrosalud, como la principal ESE e IPS primaria en el Valle de Aburrá, destacándose por su cobertura territorial, capacidad instalada y oferta de servicios. Según información derivada en el actual Plan de Desarrollo del Distrito de Medellín 2024-2027 “Medellín te quiere” (2024), la entidad cuenta con 52 sedes entre unidades hospitalarias y 43 centros de salud distribuidos en zonas urbanas y rurales del municipio, donde además, se reporta una atención anual superior a 589.747 usuarios, de los cuales el 78 % pertenece al régimen subsidiado (principalmente afiliados a Savia Salud EPS), el 8 % al régimen contributivo, y el restante corresponde a población no asegurada o en condición migrante.

Por otro lado, su infraestructura y capacidad en la prestación de servicios en salud incluye 312 camas distribuidas en diez puntos de atención, además de servicios de urgencias, consulta externa, odontología, vacunación, laboratorio clínico y programas de salud pública. Estas cifras consolidan a Metrosalud como un actor estratégico en la red de atención primaria y hospitalaria de baja y mediana complejidad en Medellín y el área metropolitana del Valle de Aburrá (Alcaldía de Medellín, 2024).

Desde la Red Metropolitana de Salud del Valle de Aburrá (2025), se indica que, se cuenta con una Red Prestadora de Servicios de Salud en la región, la cual, se constituye en un pilar fundamental para garantizar el acceso, la oportunidad, la calidad y la integralidad en la atención de salud para la población, considerando las altas demandas de salud pública en el departamento; Sin embargo, es importante mencionar que, se presentan algunas dificultades que inciden en la oportuna prestación de los servicios, tales como la saturación hospitalaria, infraestructura envejecida y tensiones financieras por deudas de las EPS, lo cual compromete la continuidad y calidad de la atención, especialmente en sectores vulnerables. (Metropol, 2025).

Se destaca dentro de las instituciones de salud que hacen parte de la red, la vinculación de hospitales de alta complejidad como el Hospital General de Medellín, San Vicente Fundación y el Hospital Pablo Tobón Uribe ofrecen atención especializada y referencia regional. En los municipios aledaños, ESE locales como Hospital La María (Itagüí) y Marco Fidel Suárez (Bello) complementan la red, mientras que clínicas privadas y convenios con EPS como Sura, Nueva EPS y Savia Salud fortalecen la atención en el régimen contributivo. (Metropol, 2025).

En el marco de la atención psicosocial y la prestación de servicios para la reparación de derechos en salud en el departamento de Antioquia y en el Valle de Aburrá, se ha evidenciado que, los diferentes actores del SGSSS vienen apropiando y fortaleciendo sus capacidades de respuesta institucional para la gestión y mejoramiento en el ejercicio de implementación y seguimiento de la Medida de Reparación en Salud 9 Sentencias de la Corte Interamericana de Derechos; Lo anterior, a partir del acompañamiento realizado a las diferentes instituciones de salud de los municipios que registran mayor cantidad de beneficiarios focalizados por la Medida en el Valle de Aburrá, a través de la Corporación Infancia y Desarrollo LA CID, asociado del MSPS para la ejecución de la Medida.

La Medida de Reparación en Salud – 9 sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), hace referencia a un conjunto de acciones ordenadas al Estado colombiano, derivadas de nueve sentencias internacionales que reconocen violaciones graves a los derechos humanos en el marco del conflicto armado del país.

Dentro de esas Sentencias, se contempla la implementación de medidas integrales de reparación en salud física, mental y psicosocial para las víctimas y sus familias, entendidas como garantías de no repetición y de restitución de derechos; dichas acciones no solo se limitan al tratamiento médico, sino que abarca la dimensión psicosocial y el restablecimiento de la dignidad. A continuación, se relacionan los principales avances en la gestión de la Medida por parte de los diferentes actores del SGSSS en el Valle de Aburrá:

Aportes de la Medida de Reparación en Salud a los beneficiarios de las 9 Sentencias CIDH

1. Acceso a atención integral en salud: tiene un enfoque fundamental en la garantía del acceso a los servicios en salud física, mental y psicosocial, con acompañamiento diferenciado y adaptado a las necesidades de cada persona. Facilita también que la atención de dichos beneficiarios se realice de manera oportuna, territorial, diferenciada y particular

2. Reconocimiento y dignificación: Permite que los beneficiarios sean tratados como sujetos de derechos, visibilizando el daño sufrido y reconociendo su experiencia como parte de un proceso de memoria y justicia.

3. Fortalecimiento del bienestar emocional y social: Ha facilitado la expresión de emociones, la resignificación de experiencias traumáticas y el desarrollo de herramientas de afrontamiento para disminuir el impacto del dolor vivido.

4. Mitigación de barreras en el sistema de salud: A través del acompañamiento y orientación, se ha contribuido a que los beneficiarios de las 9 Sentencias comprendan, se apropien y gestionen mejor los trámites, citas médicas y acceso a servicios especializados.

   Este ítem además, está acompañado por el fortalecimiento de la capacidad institucional para dar respuesta de manera más adecuada, ágil y pertinente a los diferentes procesos de gestión y trámites en salud. Todo ello da cuenta de la apropiación y reconocimiento de las instituciones y referentes institucionales, de las responsabilidades y competencias que favorecen un adecuado proceso de implementación de la Medida en el departamento.

5. Participación activa y empoderamiento de los beneficiarios de la Medida: Al sensibilizarlos, concientizarlos e involucrarlos en la construcción de sus propios planes de atención y en espacios colectivos, promoviendo así, la autonomía y el ejercicio de sus derechos.

Es importante señalar que esta Medida de Reparación, contribuye a la reparación integral al ser una disposición que complementa otras medidas de reparación tales como son: verdad, justicia, memoria y garantías de no repetición. Aportando entonces al restablecimiento de la salud y la dignidad como base fundamental para la reconstrucción de proyectos de vida.

Pese a los avances y logros anteriormente mencionados, se encuentran que persisten a lo largo del territorio antioqueño las siguientes dificultades:

- Barreras estructurales en el sistema de salud: Demoras en la asignación de citas médicas y de salud mental, largas esperas para acceder a citas con especialistas y falta de claridad en trámites administrativos por parte de los beneficiarios, lo que genera frustración y desmotivación en los beneficiarios.

- Desafíos en la implementación de planes de atención**:** La rigidez de los lineamientos temáticos y la suspensión de procesos por parte de algunos beneficiarios limitaron el alcance de las intervenciones, dificultando una atención ajustada a las necesidades reales y emergentes de los mismos.

- Persistencia de afectaciones emocionales: A pesar de los avances, algunos beneficiarios aún enfrentan episodios de ansiedad, tristeza y malestar asociados a sus experiencias traumáticas, lo que evidencia la necesidad de un apoyo emocional sostenido y flexible.

Es importante resaltar que a partir de los acompañamientos y asistencias técnicas a las EAPB que tienen incidencia en la Medida de Reparación en Salud en Antioquia, las instituciones han avanzado de manera significativa en la creación y fortalecimiento de canales y rutas de acceso dirigidos a los beneficiarios de las 9 Sentencias, lo que ha permitido mejorar la oportunidad y calidad en la atención. Asimismo, la implementación de estas rutas ha contribuido a reducir barreras administrativas, promover la confianza en los servicios de salud y contribuir en el aseguramiento de un acceso más ágil, digno y pertinente a los servicios de salud.

A continuación, se presentan los diferentes canales para la gestión de la atención y seguimiento a la gestión de barreras reportados por las diferentes EAPB que se han venido acompañando en el Valle de Aburrá, a partir del acompañamiento realizado por el asociado del MSPS desde el componente de Desarrollo de Capacidades Institucionales:

- **Salud Total**

Canal de Atención	Medio / Contacto	Servicios Disponibles	Horario de Atención
Oficina Virtual	www.saludtotal.com.co	Citas médicas, autorizaciones, resultados de laboratorio y más servicios	No especificado
Pablo - Asesor en Línea	Web y APP Salud Total EPS-S	Actualización de datos, citas médicas, afiliaciones, red de prestación, autorizaciones, historia clínica, otros	No especificado
Aplicación Móvil	APP Salud Total EPS-S	Citas médicas, directorio, estado de afiliación, resultados de laboratorio y más servicios	No especificado
Punto de Atención en Casa	Turno virtual en la web	Autorizaciones, actualización de datos, incapacidades, licencias y más servicios	Lunes a viernes: 7:00 AM a 1:00 PM
Pablo WhatsApp	WhatsApp: 310 773 7993	Resolver dudas, solicitar información, actualización de datos, citas médicas, afiliaciones, red de prestación, etc	No especificado

Línea Total	Teléfono: (604) 3199999 - 3199919	Contacto telefónico con un asesor	No especificado

Fuente: Elaboración propia equipo Desarrollo de Capacidades Valle de Aburrá y Norte de Antioquia (2025). Tomado de: Canales de atención beneficiarios 9 Sentencias Salud Total EPS

- **Coosalud EPS**

Canal / Zona	Contacto(s)	Teléfono
Coord. Zonal	epatino@coosalud.com	3172960724
Coord. Antioquia	jvalencia@coosalud.com	3001489199
Recomendación: En el asunto describir: CIDH + nombre completo + documento		

Fuente: Elaboración propia equipo Desarrollo de Capacidades Valle de Aburrá y Norte de Antioquia (2025). Tomado de: Canales de atención beneficiarios 9 Sentencias Coosalud EPS

- **Sura EPS**

Canal de Atención	Medio	Contacto	Recomendación
Whatsapp	Teléfono	3184250134	
Email	Correo electrónico	citaseps@epssura.com.co	En el asunto del correo colocar "Beneficiario 9 Sentencias"

Fuente: Elaboración propia equipo Desarrollo de Capacidades Valle de Aburrá y Norte de Antioquia (2025). Tomado de: Canales de atención beneficiarios 9 Sentencias Coosalud EPS

- **Nueva EPS**

Nombre referente	Subregión	Correo	Teléfono

Carolina Medina	Antioquia 1 (Suroeste-Occidente-Valle de Aburrá)	carolina.medina@nuevaeps.com.co	3228901463

Fuente: Elaboración propia equipo Desarrollo de Capacidades Valle de Aburrá y Norte de Antioquia (2025). Tomado de: Canales de atención beneficiarios 9 Sentencias Nueva EPS

- **Sanitas EPS**

Canal / Medio	Contacto / Instrucciones	Horario	Observaciones
WhatsApp	Número: 320 2550525	No especificado	Agrega el número, saluda para iniciar, selecciona "Medicamentos", y elige la novedad
Línea de información nacional	Teléfono: 018000 919100	Lunes a viernes 7:00 a.m. - 5:00 p.m.	Reporta novedades relacionadas con medicamentos
Marcando *936	Desde operadores Claro, Tigo o Movistar	Lunes a viernes 7:00 a.m. - 5:00 p.m.	

Fuente: Elaboración propia equipo Desarrollo de Capacidades Valle de Aburrá y Norte de Antioquia (2025). Tomado de: Canales de atención beneficiarios 9 Sentencias Nueva EPS

- **Savia Salud EPS**

Correo	Nombre / Cargo	Región / Subregión
keyla.rodriguez@saviasaludeps.com	Keyla Paola Rodríguez Gerena	Regional Valle de Aburrá
daniela.londono@saviasaludeps.com	No especificado	Subregión Valle Aburrá Municipio Medellín

maria.zapata@saviasaludeps.com	No especificado	Subregión Valle Aburrá Municipio Medellín

Fuente: Elaboración propia equipo Desarrollo de Capacidades Valle de Aburrá y Norte de Antioquia (2025). Tomado de: Canales de atención beneficiarios 9 Sentencias Nueva EPS

e. Matriz de Oferta Institucional

Distrito de Medellín

La ciudad de Medellín cuenta con diferentes ofertas sociales e institucionales encabezadas por la Alcaldía del Distrito y apoyado por entidades descentralizadas y diferentes instancias y dependencias, entre las cuales, se destaca el Departamento Administrativo de Planeación Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres DAGRD, el Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín ISVIMED, el Instituto de Deporte y Recreación de Medellín INDER, la Empresa de Desarrollo Urbano EDU, las Empresas Públicas de Medellín EPM, la Corporación Autónoma Regional del Centro de Antioquia CORANTIOQUIA, el Instituto Tecnológico Metropolitano, el Sistema Metro de Medellín y varias secretarías con funciones estratégicas en salud, cultura ciudadana, educación, desarrollo económico, inclusión, mujeres, medio ambiente, juventud, paz y derechos humanos, entre otros. (Alcaldía de Medellín, 2024).

Según lo presentado en el actual Plan Territorial de Salud 2024 2027 “Salud para el bienestar físico y mental” del Distrito de Medellín (2025) cuenta con una amplia oferta para la prestación de servicios de atención en salud, donde sobresalen en la red pública, instituciones como el Hospital General de Medellín y la ESE Metrosalud, la cual opera en más de 40 centros de salud en las comunas y corregimientos, como ya se ha mencionado anteriormente en el presente documento. Por otro lado, desde el sector privado destacan instituciones de alta complejidad como el Hospital Pablo Tobón Uribe y la Clínica Medellín. A nivel preventivo, la ciudad implementa programas de salud pública enfocados en vigilancia epidemiológica, vacunación, salud mental y prevención de enfermedades crónicas. (Alcaldía de Medellín, 2024).

En el marco de la atención integral en salud, el Distrito de Medellín, a través de la Secretaría de Salud, dispone de seis programas estratégicos con relación a los procesos de aseguramiento en salud, salud ambiental, acceso a los servicios, gobernanza para la salud, vigilancia en salud pública y la estrategia *Medellín Te Quiere Saludable* (Alcaldía de Medellín, 2025). Adicionalmente, se cuenta con la Política de Participación Social en Salud PPSS y mecanismos de seguimiento y control tales como los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y las veedurías ciudadana, desde las cuales, se busca empoderar a la población y fortalecer capacidades de incidencia y agencia, para la intervención de los diferentes territorios, procesos organizativos y habitantes de la ciudad en los procesos de concertación y toma de decisiones en materia de salud pública.

Con relación a la oferta institucional en salud mental y atención psicosocial, se disponen diferentes estrategias en el Plan Territorial de Salud, desde las cuales, se ejecutan programas orientados a la prevención, promoción y atención en salud mental, los cuales se encuentran integrados a la Red Metropolitana de Salud, para lo cual, se implementan intervenciones dirigidas a poblaciones vulnerables, procesos de fortalecimiento del talento humano en salud y especializado, además de y rutas de atención psicosocial gratuitas y accesibles para mejorar la resiliencia individual y colectiva frente a los riesgos psicosociales, tales como *Los Escuchaderos* distribuidos en la totalidad de comunas de la ciudad y estaciones del Sistema Metro. (Concejo de Medellín, 2024).

No obstante, pese a la disposición de diferentes ofertas y programas para la atención integral en salud, es importante mencionar que, persisten barreras para el acceso oportuno de los mismos, especialmente en zonas periféricas y de alta ladera en la ciudad, aunado a la falta de infraestructura y equipamientos colectivos para la promoción del bienestar físico en dichos sectores, considerando además, la alta demanda de atención en salud mental y el impacto diferencial de los determinantes sociales sobre la salud psicosocial, según lo reportado en el actual documento de Análisis de la Situación ASIS del Distrito de Medellín. (2024).

Dentro de la red de IPS con mayores coberturas de atención en la ciudad y el área metropolitana, se destacan, según lo reportado en el Plan Territorial de Salud (2024), las instituciones que se relacionan a continuación:

- **COMFAMA:**Caja de Compensación Familiar que ofrece una amplia gama de servicios de salud a través de su red de IPS en Medellín. Su oferta incluye atención en medicina general, odontología, programas de bienestar, actividades recreativas y educativas, así como asesorías en salud mental y bienestar familiar. COMFAMA se destaca por su enfoque integral, promoviendo la salud física y emocional de sus afiliados y sus familias. Además, facilita el acceso a servicios de salud mediante convenios con EAPB y otras instituciones del sector.

- **SUMIMEDICAL:** Dicha IPS ofrece servicios de salud en diversas especialidades médicas, incluyendo consulta prioritaria, medicina general y atención domiciliaria. Su red de atención se extiende por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, brindando cobertura a una amplia población. SUMIMEDICAL se enfoca en la atención oportuna y de calidad, con horarios de atención flexibles y múltiples canales de contacto para facilitar el acceso de los usuarios a sus servicios.

- **Cooperativa Antioqueña de Salud COOPSANA IPS:** Cooperativa de salud sin ánimo de lucro que presta servicios médicos en varias sedes en la ciudad, su oferta incluye consulta médica general, atención especializada, procedimientos quirúrgicos ambulatorios, odontología, nutrición, psicología y programas de

vacunación. De igual manera, se destaca por su modelo cooperativo y la promoción de la participación activa de la población en la gestión de servicios de salud.

Municipio de Bello

El municipio de Bello, cuenta con una estructura político administrativa integrada por diferentes instancias y dependencias, las cuales desarrollan ofertas y programas sociales e institucionales en materia de educación, cultura, medio ambiente, servicios públicos, salud física y mental, recreación y deporte, entre otros. (Alcaldía de Bello, 2024).

Frente a la oferta de atención en salud, se destaca la prestación de servicios por parte de las ESE Hospital Marco Fidel Suárez como uno de los principales centros de atención, donde se ofrece atención en urgencias, cirugía, medicina interna, pediatría y ginecología, además, se resalta la presencia del Hospital Mental de Antioquia para la prestación de servicios especializados en psiquiatría, salud mental y centros de Atención Primaria en Salud APD ubicados en barrios como Niquía y Zamora, los cuales brindan atención básica, vacunación y actividades preventivas, entre otros procesos orientados a la promoción del bienestar emocional y psicosocial de la población. (Alcaldía de Bello, 2024).

Por otro lado, se encuentra en el sector público, la prestación de atención en salud por parte de la ESE BelloSalud con énfasis en la promoción, prevención y atención primaria. la cual brinda servicios en consulta médica general, laboratorio clínico, optometría, odontología, vacunación, servicios farmacéuticos, imágenes diagnósticas, atención materno□perinatal y seguimiento de enfermedades crónicas (como hipertensión, diabetes, EPOC), lo cual evidencia un portafolio básico robusto, con capacidad para atender necesidades comunes de salud. Dicha institución, cuenta con diferentes sedes en el municipio, distribuidas en barrios y sectores como Zamora, La Maruchenga, San Félix, Fontidueño, El Mirador, Playa Rica, entre otros. (Alcaldía de Bello, 2024).

Con relación a la prestación de servicios de atención integral en salud en cuanto a oferta de programas y estrategias psicosociales, se encuentra que, dicha institución, según lo reportado en el actual Plan de Desarrollo 2024- 2028 “Juntos Construimos Vidas Saludables” de la ESE BelloSalud (2024), dispone de diferentes programas para la atención psicológica y mental para el abordaje de condiciones tales como ansiedad, depresión, crisis emocionales, problemas familiares, duelo y baja autoestima, además de, contar con programas de promoción y prevención de la salud mental, orientación nutricional, programas materno-perinatales y seguimiento por curso de vida.

De igual manera, es importante señalar que, si bien, se dispone de un abanico amplio de ofertas de atención integral en salud, la institucionalidad, enfrenta barreras y retos asociados a la posibilidad de garantizar cobertura y acceso oportuno en todas los barrios sectores, la superación de brechas de capacidad humana especializada en salud mental, y continuidad de recursos financieros, desde los cuales, se pueda mantener y robustecer la prestación de los servicios psicosociales en todos los ámbitos de atención (primaria,

comunitaria, domiciliaria), especialmente en poblaciones vulnerables. (ESE BelloSalud, 2024).

Municipio de Itagüí

El municipio de Itagüí dispone de diferentes ofertas sociales e institucionales, lideradas desde la administración municipal, en materia de educación, desarrollo económico, salud, inclusión social y familia, infraestructura y servicios públicos, cultura, juventud, recreación y deportes, medio ambiente, participación ciudadana, movilidad, planeación, entre otros. lo cual, facilita la gestión de enfoques multisectoriales en la formulación e implementación de políticas públicas a nivel local. (Alcaldía de Itagüí, 2024).

En el ámbito de la atención en salud, el municipio dispone de una oferta institucional orientada a la Atención Primaria en Salud APS con énfasis en la prevención de enfermedades y la promoción de entornos saludables, para lo cual se destacan como principales entidades prestadoras de salud en el nivel local, las ESE Hospital San Rafael de Itagüí y la ESE Hospital del Sur Gabriel Jaime Piedrahita con sedes en los sectores de San Pío, Santamaría y Calatrava, instituciones desde las cuales, se viene avanzando en la implementación de estrategias específicas en salud mental y bienestar psicosocial, dirigidas tanto a la población general como a grupos en condición de vulnerabilidad. (Alcaldía de Itagüí, 2024).

Frente a la prestación de servicios de atención integral en salud, se destaca la gestión y ejecución de diferentes ofertas para la promoción de la salud mental, para lo cual, se cuenta con la estrategia de "Parchémonos la vida", desde la cual, se busca fortalecer conocimientos y habilidades de los jóvenes para enfrentar los desafíos de la vida, además de concientizar y prevenir el suicidio desde un enfoque diferencial orientado en la preservación de la salud mental. Esta estrategia incluye acciones articuladas con la academia, abordaje comunicacional, campañas de prevención del suicidio y orientación profesional y acompañamientio psicosocial. (Alcaldía de Itagüí, 2024).

Por otro lado, se cuenta con el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) de Itagüí, el cual dispone de la “Línea amiga de salud mental 24/7”, la central de monitoreo de la Policía y el equipo de paramédicos y ambulancias del cuerpo de bomberos. De igual manera, desde este sistema, se cuenta con atención especializada con cinco ambulancias, 12 tecnólogos en atención prehospitalaria (APH), 12 psicólogos, entre ellos uno forense, y cuatro médicos, además de la línea amiga de salud mental con atención diaria vía telefónica o WhatsApp.

Asimismo, se brindan servicios de atención inmediata frente accidentes de tránsito, traumatismos y paros cardiorrespiratorios que requieran atención de urgencias de manera gratuita, destacándose además, que no se requiere de autorizaciones previas por parte de las EAPB de afiliación de la población residente en el municipio. (Alcaldía de Itagüí, 2024). De igual manera, se destaca dentro de la oferta institucional, la existencia de los Centros

Integrales de Acompañamiento Familiar (CIAF), los cuales ofrecen atención psicosocial gratuita, asesorías jurídicas, espacios educativos y fortalecimiento de las relaciones familiares, por lo cual, además, se contribuye a la atención integral de forma integral los determinantes sociales que afectan la salud mental y el tejido social. (Alcaldía de Itagüí, 2024).

Municipio de La Estrella

El municipio de La Estrella, cuenta con diferentes instancias, dependencias y secretarías, las cuales desarrollan ofertas y programas sociales e institucionales para la cobertura en la prestación de servicios en salud, educación, cultura, medio ambiente, servicios públicos, recreación y deporte, mujeres, justicia, planeación, participación ciudadana, entre otros. En materia de atención en salud, se cuenta con la ESE Hospital de La Estrella, principal IPS pública municipal la cual cuenta con múltiples especialidades, habilitación constante, y prestación de servicios de salud tanto básicos como de mayor complejidad dentro del territorio local, para lo cual, se destacan programas de promoción, prevención y atención a poblaciones vulnerables en los rangos de infancia, adolescencia, discapacidad y adulto mayor. (Alcaldía de La Estrella, 2024).

De igual manera, se encuentra en la oferta hospitalaria del municipio, Centros de Integralidad en Salud (CIS), entre ellos el CIS Comfama La Estrella Parque y el CIS La Estrella Central de Servicios Sur. Estas instituciones contribuyen al fortalecimiento de la atención primaria en salud mediante la prestación de servicios comunitarios orientados a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Desde la Secretaría de Salud, se dispone de mecanismos de participación social en salud (como COPACO, veedurías ciudadanas, Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, comités de ética hospitalaria y Oficina de Atención al Usuario, los cuales facilitan y promueven la intervención de la comunidad del municipio en la planificación, priorización y vigilancia de los programas de salud.

A partir de lo establecido en el actual Plan Territorial de Salud 2024-2027 del municipio de La Estrella (2024), se encuentra que, en el municipio, se vienen implementando diferentes estrategias e iniciativas focalizadas para la atención de población víctima de Violencias Basadas en Género VBG, violencia contra las mujeres y estrategias de promoción de la salud mental y espacios de escucha comunitaria. De igual manera, se dispone de intervenciones dirigidas a población en condición de vulnerabilidad, a través de acciones preventivas, promoción de estilos de vida saludables, programas de atención primordial y estrategias psicosociales orientadas al bienestar emocional colectivo, desde enfoques de prevención comunitarios y participativos, destacándose, la inclusión de población que tradicionalmente ha sido marginada del acceso a servicios psicosociales. (Alcaldía de La Estrella, 2024).

Frente a lo anterior, se resalta la disposición de rutas y canales como la activación de la "Línea Vida" para mujeres víctimas de violencia, desde la cual, se brinda atención psicológica 24/7, orientación legal y rutas integrales de apoyo. Asimismo, se encuentra la estrategia "Vení Hablemos" la cual funciona como aula móvil itinerante para atención psicosocial, pedagogía y convivencia en distintos barrios, promoviendo el autocuidado y la inclusión comunitaria.

2.2 NORTE DE ANTIOQUIA

Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial

La subregión del Norte de Antioquia, se encuentra ubicada sobre la cordillera central entre las áreas del Norte del Valle de Aburrá y el Nudo del Paramillo. Limita al norte con el departamento de Córdoba y la subregión del Bajo Cauca, por el sur con el Norte del Valle de Aburrá, por el oriente con la subregión del Nordeste y por el occidente con las subregiones de Urabá y Occidente.

Cuenta con una extensión territorial aproximada de 7.390 km2, lo que comprende el 11.8% del área departamental y se encuentra conformada por un total de 17 municipios, a saber, Angostura, Belmira, Briceño, Campamento, Carolina del Príncipe, Don Matías, Entrerríos, Gómez Plata, Guadalupe, Ituango, San Andrés de Cuerquia, San José de la Montaña, San Pedro de los Milagros, Santa Rosa de Osos, Toledo, Valdivia y Yarumal, los cuales se encuentran distribuidos sobre cuatro zonas

Se encuentra según las proyecciones de crecimiento poblacional del DANE para el año 2024 en la subregión del Norte de Antioquia, mayor cantidad de habitantes adultos, seguido de las y los jóvenes y población de adultos mayores en el territorio, lo que corresponde frente al total de habitantes del territorio, al 40%, el 23$ y el 14 % respectivamente.

Con relación a la pertenencia étnica de la población en la subregión, se informa desde el capítulo étnico del actual *Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia PDSAN 2020-2031* (2019) que, el departamento alberga el 13.88 de la población afrodescendiente del territorio nacional, para un total de 593.174 personas, de las cuales, se cuenta con 17 Consejos Comunitarios con titulación colectiva de tierras, respecto a lo establecido en la Ley 70 de 1993 o Ley de Negritudes. Por otro lado, se presenta para el departamento, un total de 139 Consejos Comunitarios que a la fecha, no cuentan con titulación colectiva de tierras, siendo estos, donde se ubican las poblaciones reconocidas en el Norte de Antioquia, encontrándose la existencia de 15 Consejos Comunitarios en los municipios de la subregión, a saber, 8 en Belmira, 1 en Entrerríos, 1 en San Pedro de Los Milagros, 3 en Santa Rosa de Osos y 1 en Valdivia, poblaciones ubicadas en zonas rurales y rurales dispersas del territorio, lo cual limita el acceso a la oferta de servicios públicos e institucionales y el desconocimiento de sus dinámicas de habitabilidad en el territorio.

En cuanto a la población perteneciente a los pueblos indígenas, se encuentra que estas, se encuentran en el departamento de Antioquia, distribuidas en 211 comunidades y 52

resguardos, donde se destaca la concentración de los pueblos Embera, el cual alberga las comunidades Embera Chamí, Embera Eyabida y Embera Dóbida, los cuales representan el 11%, el 57% y el 3% de la población indígena del departamento, además de, los pueblos Gunadule, Nutabé y Senú, los cuales se concentran especialmente en las subregiones de Urabá y Bajo Cauca; No obstante, se encuentra para el Norte de Antioquia que, la población indígena no considera un número relevante en balance con las diferentes subregiones del departamento, por lo que se resalta la existencia de 3 asentamientos en el municipio de Ituango, los cuales se encuentran organizados en Cabildos y representados desde la Asociación de Cabildos Indígenas de Antioquia. Frente a esto, se encuentra que, dichos asentamientos hacen parte de los pueblos Embera Eyabida donde se ubican las comunidades Jaidukamá y San Román y el Pueblo Nutabe con un asentamiento de la comunidad de Orobajo.

En el contexto sociopolítico de la subregión del Norte de Antioquia, se destaca una presencia relevante en los procesos electorales y administración local de los partidos políticos alineados a las estructuras de centro derecho, como el Centro Democrático; No obstante, se resalta en esta zona, las interferencias por el control social y la expansión territorial permanente de las diferentes estructuras y actores armados que ejercen presencia en la zona, tales como las Autodefensas Gaitanistas de Colombia AGC, el ELN y las disidencias de las FARC, frentes 18 y 36 y grupos más pequeños como Los Caparros, las cuales han tenido un crecimiento sistemático en la disputas de control territorial a partir de la desmovilización de las antiguas FARC-EP tras la firma de los acuerdos de paz de La Habana.

De igual manera, se resalta la influencia directa de los actores armados en disputa sobre los procesos electorales en la región, amenazas permanentes y asesinatos de líderes sociales y comunitarios presentes en el territorio, lo cual limita y coarta la participación electoral, el debilitamiento y abandono institucional, lo cual promueve la exclusión política de la población y el deterioro de la seguridad, debido a la agudización del conflicto armado y las disputas territoriales por el control de los recursos hídricos y corredores estratégicos para el desarrollo de actividades criminales derivadas del narcotráfico, el microtráfico, la extorsión, la producción ilícita, especialmente derivada de los cultivos de coca, la economía de extracción, la minería ilegal e informal y de financiamiento de la expansión armada en el territorial.

Con relación a las dinámicas económicas en la subregión del Norte de Antioquia, se destaca según el contexto relacionado en el actual Plan de Desarrollo Departamental 2024- 2027 *Por Antioquia Firme* (2024), la preponderancia en el desarrollo de actividades agrícolas donde se resalta la producción de cultivos de papa, caña panelera y tomate de árbol principalmente y pecuarias en la producción lechera y ganadera especialmente (doble propósito), además del crecimiento generado por el desarrollo de los proyectos hidroeléctricos, el potencial relevante del territorio en el auge del turismo de naturaleza y el desarrollo en menor medida de actividades productivas asociadas al comercio, la manufactura y la construcción.

Asimismo, se resaltan las potencialidades de la zona para la generación de energía hidroeléctrica, mediante los embalses de Hidroituango, Ríogrande, Miraflores, Troneras y Porce, debido a su ubicación estratégica sobre el cauce del río Cauca, principal afluente del territorio y los ríos Nechí, Río Grande, Río Chico, Guadalupe, San Andrés, Valdivia, Espíritu Santo, Ituango y Pescador.

Frente a las dinámicas sociosanitarias en la región, es importante señalar que, debido a las características geográficas y la accidentalidad topográfica del departamento, se presentan especialmente para la población rural, barreras de acceso relevantes para el acceso a la atención primaria en salud, baja infraestructura para garantizar una adecuada cobertura en la prestación de servicios públicos como acueducto y alcantarillado, la contaminación ambiental y sanitaria y emergencias climáticas lo cual incide en detrimento de la calidad de vida, la seguridad nutricional y de esta manera, la prevalencia significativa de enfermedades transmisibles y aumento progresivo de las tasas de mortalidad en la subregión.

Según lo reportado en el documento de Análisis de la Situación de Salud Participativo ASIS 2024, las principales causas de mortalidad en el departamento de Antioquia obedecen en primer lugar a las enfermedades crónicas cardiovasculares y del sistema circulatoria, seguido de enfermedades como la diabetes y obstrucciones de las vías respiratorias, en tercer lugar se mencionan las neoplasias, especialmente generada por tumores malignos de los órganos digestivos y en último lugar se destacan las enfermedades transmisibles. De igual manera, se menciona que, frente al curso de vida de la población, se resalta en el rango de la primera infancia como principales causas de mortalidad la Enfermedad Diarreica Aguda EDA, Infección Respiratoria Aguda IRA y desnutrición, siendo estas últimas la de mayor impacto en detrimento de la población infantil y comunidades indígenas en zonas rurales y rurales dispersas en el departamento y la subregión del Norte de Antioquia (Gobernación de Antioquia, 2024).

Por otro lado, es importante mencionar como principales determinantes sociales de la salud en el Norte de Antioquia y que inciden en el agravamiento de las condiciones sistémicas de la población, la vinculación efectiva a la oferta de programas y atención integral en salud, tales como la concentración de la población en zonas rurales y rurales dispersas, falta de conectividad y acceso a redes de comunicación, vías en mal estado, barreras geográficas, inseguridad alimentaria en los hogares rurales, falta de infraestructura adecuada para la prestación de servicios públicos y de salud, además de la agudización del conflicto armado, lo cual genera riesgos para la movilidad de la población, lo que conlleva a su confinamiento o al desplazamiento forzado.

b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

El departamento de Antioquia se ha destacado como uno de los territorios más afectados a nivel nacional en la trayectoria histórica y reciente del conflicto interno armado, el desplazamiento forzado, la vulneración de los derechos humanos y el Derecho

Internacional Humanitarios DIH, para lo cual, se encuentra que dicho departamento alberga el 25% del total de población víctima del conflicto en el territorio nacional y un aproximado del 28% sobre el total de homicidios a consecuencia del conflicto armado, a partir de los datos suministrados en en el informe final presentado por la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad. (2022).

Frente a lo anterior, se resalta que, subregiones en el departamento como el Norte de Antioquia, representan en la actualidad uno de los focos de disputa y confrontación entre los diferentes actores armados que se disputan el control de los diferentes corredores estratégicos para el enriquecimiento ilícito, la producción y tráfico de estupefacientes y el control de rentas asociadas a la minería ilegal y explotación de recursos hídricos, considerando su ubicación estratégica, la cual facilita el desplazamiento de los productos obtenidos de las economías ilegales hacia las subregiones del Bajo Cauca, Urabá y el departamento de Córdoba, y a partir de ello, el establecimiento de rutas entre el Nudo del Paramillo y el Golfo de Urabá, encontrándose una mayor afectación de la población residente en los municipios de Ituango, Briceño, Valdivia y Puerto Valdivia en el Norte de Antioquia.

Para el año 2025, el Norte de Antioquia y el Bajo Cauca, representan uno de los territorios más afectados por las dinámicas del conflicto armado y el recrudecimiento de la vulneración y violación de los derechos humanos, tras las disputas permanentes entre actores como el Clan de Golfo con una fuerte expansión en el control territorial de la zona, el ELN y las disidencias de las FARC-Ep frentes 18 y 36 tal y como se ha señalado en el presente análisis, los cuales realizan presencia en 125, 33 y 22 municipios del departamento, respectivamente.

De igual manera, es importante mencionar que, la expansión militar y el control territorial de las estructuras lideradas por el Clan del Golfo se ha concentrado en territorios como los municipios de Ituango, Briceño y Valdivia en primer lugar, seguido de Yarumal en el Norte, registrando en lo transcurrido del año 2025 un aproximado de 100 o más familias desplazadas forzadamente producto de la confrontación bélica, además de otras afectaciones como el confinamiento en zonas rurales, el reclutamiento forzado, amenazas, extorsión, asesinato de líderes sociales y el aumento de la inseguridad y desconfianza institucional frente, siendo este un actor en disputa permanente con los frentes del ELN, las disidencias de las FARC-Ep y la fuerza pública, quienes han generado coaliciones espontáneas de fuerzas con el fin de contrarrestar el despliegue de las fuerzas paramilitares, considerando su expansión en el control de las economías ilegales provenientes del Norte de Antioquia desde incluso antes de la firma de los acuerdos de paz con las extintas las FARC-Ep en el año 2016 (Valencia, 2025).

La subregión del Norte de Antioquia, se encuentra en estado de alerta y crisis permanente frente a la violencia y la vulneración de los derechos humanos sociales producto de la agudización del conflicto armado y con afectaciones directas y crecientes hacia poblaciones rurales, campesinas y étnicas, además de un incremento frente a la instrumentalización de la població y el asesinato de líderes y lideresas sociales representantes de las comunidades

y procesos organizativos locales ocasionados en su gran mayoria desde las dinámicas de expansión territorial de las estructuras paramilitares en la zona. Se destaca dentro de las poblaciones más vulnerables, las localizadas en el corredor que conecta las veredas de Santa Rita y El Aro con el corregimiento de La Caucana, en los municipios de Tarazá y Valdivia.

Frente a lo anterior, se menciona en el informe "La paz y los derechos humanos en crisis" de la Corporación Jurídica Libertad (2025) sobre la situación de los derechos humanos en Antioquia y su nivel de riesgo frente a líderes y lideresas sociales que, el Norte ocupa el segundo lugar, después del Nordeste Antioqueño, con mayor número de homicidios y amenazas hacia los liderazgos sociales y comunitarios, generando mayores afectaciones en poblaciones de los municipios de Ituango, Briceño y Valdivia, tras la confrontación permanente entre el Clan del Golfo y las disidencias organizadas alrededor del Estado Mayor de Bloques y Frentes EMBF, actor que se consolida desde el año 2024 a raíz de la fragmentación del Estado Mayor Central.

Por otro lado, es importante señalar que, en lo transcurrido en el año 2025, se han generado alertas y denunciado el escalamiento creciente del conflicto armado y la alteración del orden público en la región del Norte de Antioquia, registrándose un aumento significativo de desplazamientos forzados en el corregimiento de Pueblo Nuevo, sobre territorios limítrofes entre los municipios de Briceño y Yarumal, lo cual para inicios del año, ha generado saldos con cantidades superiores a 137 personas desplazados de más de 50 familias, incluidos niños, niñas y adolescentes, producto de la expansión militar y fortalecimiento del Clan del Golfo sobre dichos territorios. (Corporación Jurídica Libertad, 2025).

Asimismo, se ha destacado en el Norte de Antioquia el asesinato selectivo de firmantes del acuerdo de paz, principalmente en municipios como Ituango y Valdivia, lo cual limita el desarrollo de condiciones de seguridad para la consolidación del proceso de reincorporación en el territorio y comunidades aledañas, para lo cual se señala un total de 4 asesinatos sobre firmantes de paz en lo transcurrido del año y un total de 18 asesinatos a partir del año 2022, según lo reportado en un informe reciente publicado por el Observatorio Gestión de Conflictos y Construcción de Paz PAZ-es (2025), donde además, se menciona a la subregión del Norte como el territorio que representa mayores riesgos hacia la vulneración de los derechos humanos sobre dicha población.

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

El Norte de Antioquia, representa uno de los focos actuales donde se concentra el conflicto armado actual del país tal y representa uno de los territorios más afectados en el departamento en el contexto de violación de los derechos humanos e infracciones al DIH, tales como masacres, asesinatos selectivos, reclutamiento armado, confinamiento de la población, violencia y explotación sexual, desplazamiento forzado, abstencionismo electoral y abandono estatal en zonas de conflicto, lo cual se ha avenido agudizando con la creciente expansión de las fuerzas paramilitares en la confrontación por el control territorial de la zona y su potencial para la consolidación de economías ilegales y de

extracción de recursos minerales e hídricos, tal y como se ha venido señalando en el presente análisis.

Desde la base de datos del medio *Rutas del Conflicto* (2014), se documenta en conjunto con el Centro Nacional de Memoria Histórica y el observatorio de Verdad Abierta diferentes masacres en el marco del conflicto armado desde la década de 1980 y hasta el año 2012 en el territorio nacional. Frente a esto, se relaciona a continuación, los hechos victimizantes con mayor relevancia en la trayectoria de la violación de los derechos humanos para los municipios de Ituango, Valdivia y Yarumal, los cuales concentran la mayor cantidad de población víctima de violencia sociopolítica en la región del Norte de Antioquia.

Ituango: Masacres de Ituango - Corregimientos de El Aro y La Granja

Dentro de los principales hechos victimizantes derivados de la violencia sociopolítica en el municipio de Ituango, se encuentran las masacres en los corregimientos de La Granja (11 de junio de 1996) y El Aro (entre el 22 de octubre y el 12 de noviembre de 1997), las cuales fueron perpetradas por grupos paramilitares de las Autodefensas de Córdoba y Urabá, acciones desarrolladas en connivencia o aquiescencia con miembros de la Fuerza Pública, tal y como ha sido comprobado y declarado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos mediante el fallo estipulado en la *Sentencia Caso Masacres Ituango Vs Colombia* del 1 de julio del año 2006 (Corte IDH, 2006).

Dentro del fallo de la Corte IDH, se han determinado y ordenado medidas de reparación integral a la población víctima de dichas masacres, dentro de las cuales se incluye la implementación de medidas para la reparación de derechos en salud y rehabilitación en el marco de la atención en salud física, mental y psicosocial, tanto para las víctimas directas como para sus familiares. Por lo tanto, se encuentra dentro de las consideraciones de reparación de la Corte IDH (2006) consignadas en el Título XVI- Parágrafo 403 que, el

Durante la perpetración de los hechos victimizantes, se cometieron graves violaciones de los derechos humanos y el Derecho Internacional Humanitario tales como asesinatos indiscriminados de 19 campesinos, entre ellos 1 niño y 3 mujeres, despojo y destrucción de viviendas bienes materiales y productivos, robos de ganado, incendios, intimidaciones, conllevando al desplazamiento masivo de la población habitante en ambos corregimientos, aunado a la falta de garantías de seguridad y protección como deber fundamental del Estado. (Corte IDH, 2006).

Valdivia: Masacre de Puerto Valdivia

En este municipio, se destacan los hechos victimizantes derivados de la masacre perpetrada en el corregimiento de Puerto Valdivia, entre el 31 de marzo y el 1 de abril de 1996 en la vereda Juntas y el pequeño centro poblado de “El Silencio”, a partir de la incursión armada de 50 miembros estructuras paramilitares del Bloque Mineros conformado a mediados de la década de 1980 y con operaciones en diferentes municipios del Norte de

Antioquia, siendo este, un grupo asociado con redes de narcotráfico, control territorial y alianzas informales con actores estatales locales. (Rutas del Conflicto, 2014).

Dicha masacre, tiene lugar, bajo las órdenes de los líderes Ramiro Vanoy alias "Cuco Vanoy" y Diego Fernando Murillo alias "Don Berna", hechos que tuvieron lugar junto a las fuerzas armadas a razón de un operativo de búsqueda del hijo secuestrado del empresario Gustavo Upegui López, accionista mayoritario del Envigado Fútbol Club y señalado por las autoridades como integrante de la llamada 'Oficina de Envigado', según las versiones dadas por Ramiro Vanoy. (Verdad Abierta, 2011).

Dentro de las víctimas de dicha masacre, se encuentra en asesinato de diferente pobladores y liderazgos locales como Juan Bautista Baena Muñoz ex concejos de la Unión Patriótica e Hipólito González militante del partido comunista. Por otro lado, se registran homicidios agravados por mutilaciones, degradación de los cuerpos y desapariciones forzadas, intimidaciones colectivas y desplazamientos masivos de la población habitante en las veredas afectadas por dichos hechos en el corregimiento de Puerto Valdivia. (Rutas del Conflicto, 2014).

Yarumal: Masacre de Yarumal

En el municipio de Yarumal, se registra la masacre ocurrida el 17 de enero del año 2000, a partir del asesinato de 16 personas por parte de 150 miembros de estructuras paramilitares con operación en la zona de influencia el Bloque Mineros bajo el mando de Ramiro Vanoy alias "Cuco Vanoy" y producto de una serie de ataques coordinados en varios caseríos del municipio en diferentes caseríos pertenecientes a la vereda La Rivera y los corregimientos de La Quiebra, El Llano y Lomas de Ochalí. (Rutas del Conflicto, 2014).

Por otro lado, a partir de los hechos ocurridos y bajo la incursión paramilitar, se ejercicio coerción, restricción y control sobre el comercio local, mediante la prohibición y compra de productos a los habitantes de dichas comunidades, especialmente en el corregimiento de Lomas de Ochalí, donde además, se realizaron saqueos de alimentos, medicamentos y bienes materiales en los centros poblados donde se perpetraron los diferentes asesinatos, generando el desplazamiento masivos de un aproximado de 120 personas hacia la cabecera del municipio de Yarumal. (Unidad para las Víctimas, s.f.)

A partir de los diferentes hechos victimizantes e infracciones a los derechos humanos y el DIH reportados en los municipios relacionados en el Norte de Antioquia, se evidencia como dichos territorios han constituido uno de los escenarios con mayores afectaciones en la trayectoria del conflicto armado en el departamento, puesto que, las mismas, han sido sistemáticas y persistentes, lo cual ha permitido la consolidación hasta la actualidad de los diferentes actores armados que se disputan el control territorial de la región y sus potencialidades estratégicas para el desarrollo de actividades económicas ilegales y de extracción de los recursos naturales, siendo hasta la fecha, uno de los principales motivos de la confrontación armada en la subregión.

En el municipio de Ituango, se viene implementando la estrategia de "Puesto de Mando Unificado por la Vida" para articular instituciones del Estado y la Fuerza Pública, con un plan de emergencia que contempla decenas de acciones para la protección de población civil, retornos y prevención de emergencias humanitarias (Unidad para las Víctimas, 2022). Otra línea de trabajo es el impulso de proyectos productivos rurales con enfoque de desarrollo lícito, como el apoyo a la Asociación de Productores Agropecuarios de Santa Rita en Ituango y Valdivia, para mejorar la calidad del café y generar ingresos sostenibles (Gobernación de Antioquia, 2024).

De igual manera, se vienen desarrollando diferentes convenios para soluciones de vivienda en municipios del Norte, con el fin de reactivar la economía local, generar empleo y mejorar condiciones de vida, como las 2.377 soluciones de vivienda impulsadas por VIVA (Gobernación de Antioquia, 2024). Adicionalmente, se han desarrollado planes comunitarios para la gestión del riesgo de desastres en las comunidades rurales de Briceño, Ituango y Valdivia, con apoyo técnico (Cruz Roja, EPM, DAGRAN), que incluyen elaboración de mapas de riesgo, rutas de evacuación, mecanismos de alerta y formación institucional local, buscando aumentar la resiliencia territorial (EPM, 2024).

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

La región del Norte de Antioquia representa uno de los principales focos en el despliegue del conflicto armado y la vulneración de derechos humanos en el departamento, tal y como se ha venido indicando en el presente documento, por lo cual, es importante resaltar la presencia de oferta y procesos orientados a la atención psicosocial, e integral en salud, impulsados desde el Estado, a través de la Unidad de Víctimas y el MSPS derivados de la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas del Conflicto Armado con Enfoque Psicosocial y Diferencial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), además, de medidas orientadas a otras poblaciones víctima de violencia sociopolítica y de órdenes y sentencias judiciales determinadas bajo reconocimiento de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, procesos desde los cuales, se busca, además, contribuir al fortalecimiento de redes organizativas y comunitarias para la incidencia de las comunidades en la exigibilidad de mecanismos para la participación y la reparación de derechos en salud.

Las principales instituciones para la implementación de la oferta institucional en salud en la subregión Norte de Antioquia, se encuentran las ESE, como red de prestadores primarios de los diferentes municipios, siendo estas, las responsables de prestar servicios de atención primaria y hospitalaria de baja complejidad, donde en conjunto con los aseguradores presentes en el territorio, especialmente Coosalud EPS y Savia Salud como EAPB con mayor cobertura en la zona, promueven intervenciones orientadas a la atención integral, incorporando dimensiones físicas, mentales y sociales, con enfoque diferencial hacia la población víctima. (Gobernación de Antioquia, 2024).

Dentro de la oferta institucional para la reparación en salud de la población víctima de violencia sociopolítica en el Norte de Antioquia, se resalta, el acompañamiento y gestión realizado en territorio desde el MSPS y la Corporación Infancia y Desarrollo, como asociado para la implementación de la Medida de Reparación en Salud 9 Sentencias de supervisión conjunta de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, desde la cual, se viene contribuyendo a la mitigación y reparación en salud física, emocional y psicosocial derivada de los daños ocasionados por los hechos victimizantes y experiencias traumáticas en los corregimientos de El Aro y La Granja, reconocidas por la CIDH en la Sentencia Caso Masacres Ituango, donde además, se promueven estrategias para el restablecimiento del tejido social de las comunidades afectadas y el fortalecimiento en la gestión de capacidades institucionales de los diferentes actores del SGSSS para su seguimiento e implementación.

De cara al reconocimiento del impacto positivo que se encuentra en la subregión del Norte de Antioquia en la implementación de la Medida de Reparación en Salud para la población víctima de violencia sociopolítica, se resaltan los siguientes avances:

- Actualización y validación de información: Fortalecimiento de la calidad de los registros a través de la verificación con EPS, IPS, familiares y redes de apoyo, logrando datos sociodemográficos y personales actualizados que facilitan una mejor gestión de los trámites y procesos de salud de los beneficiarios.

- Localización y comunicación efectiva: Con el apoyo de las entidades prestadoras de salud en la subregión, se logra contactar a beneficiarios que tienen información errada en la base de focalización, facilitando así, la superación de barreras de comunicación y garantizando su vinculación a los procesos.

- Atención integral con enfoque diferencial: La adaptación de la estrategia de acompañamiento en salud y psicosocial, permite incorporar criterios de género, curso de vida y vulnerabilidad, lo que favorece una atención personalizada, la identificación de mujeres cuidadoras y la priorización de personas con condiciones crónicas para articular rutas asistenciales pertinentes.

- Fortalecimiento de la atención y participación comunitaria: Se mejora la calidad de la atención médica y las estrategias de comunicación, fortaleciendo el tejido social, empoderando a los beneficiarios y promoviendo su autonomía en la búsqueda de bienestar.

A partir del acompañamiento del equipo territorial de la CID para la subregión del Norte de Antioquia, se encuentran que las principales dificultades son las siguientes:

- Falta de información actualizada de los beneficiarios: Muchos presentaban datos de contacto errados o incompletos, mientras que otros habían cambiado de residencia, lo que dificulta su localización.

- Dificultades propias del territorio: especialmente la deficiente conectividad telefónica en áreas rurales y rurales dispersas, que impide establecer una comunicación fluida con las familias. En varios casos, la señal deficiente ocasiona interrupciones o imposibilita completar las llamadas, lo cual retrasa los procesos de orientación y seguimiento.
- Desconocimiento de la Medida de Reparación en Salud: Algunos beneficiarios asocian el proceso de contacto y acercamiento del equipo territorial con posibles beneficios económicos, mostrando desconfianza institucional o interrumpiendo la comunicación.
- La constante movilidad de las familias y la negativa de algunos beneficiarios a recibir la atención, dificultan la posibilidad de mantener actualizada la información y garantizar una cobertura plena en el proceso de acompañamiento.

A continuación, se presentan los diferentes canales para la gestión de la atención y seguimiento a la gestión de barreras reportados por las diferentes EAPB que se han venido acompañando en el Norte de Antioquia, a partir del acompañamiento realizado por el asociado del MSPS desde el componente de Desarrollo de Capacidades Institucionales:

Coosalud EPS

Canal / Zona	Contacto(s)	Teléfono
Valdivia	smagudelo@coosalud.com ymedina@coosalud.com	
Yarumal	gmolina@coosalud.com y marcorreo@coosalud.com	6048536100

Fuente: Elaboración propia equipo Desarrollo de Capacidades Valle de Aburrá y Norte de Antioquia (2025). Tomado de: Canales de atención beneficiarios 9 Sentencias Coosalud

- **Savia Salud EPS**

Correo	Nombre / Cargo	Región / Subregión
elizabeth.ramirez@saviasaludeps.com	Coordinadora regional norte	Norte
vigia.norte1@saviasaludeps.com	Vigías Norte	
vigia.norte2@saviasaludeps.com		

vigia.norte3@saviasaludeps.com		

Fuente: Elaboración propia equipo Desarrollo de Capacidades Valle de Aburrá y Norte de Antioquia (2025).
Tomado de: Canales de atención beneficiarios 9 Sentencias Savia Salud EPS

e. Matriz de Oferta Institucional

Municipio de Briceño

El municipio de Briceño cuenta con una estructura institucional que incluye la Alcaldía Municipal, encargada de la administración y gestión pública local. En el ámbito de la salud, la ESE Hospital El Sagrado Corazón es la principal entidad prestadora de servicios médicos con atención en primer nivel de complejidad, los cuales incluyen, medicina general, odontología, vacunación, promoción y prevención, y atención de urgencias. (Alcaldía de Briceño, 2024).

De igual manera, con relación al aseguramiento en salud, se presenta una mayor cobertura en afiliación tanto en los regímenes subsidiado y contributivo de la población en el municipio, por parte de las EAPB Savia Salud EPS y Coosalud EPS, las cuales prestan servicios de atención médica, hospitalaria y ambulatoria a la población asegurada en el municipio.

Se destaca dentro del contexto de la oferta institucional en salud para el municipio, la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, coordinada por la E.S.E. Hospital El Sagrado Corazón, en conjunto con la operatividad de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) como Savia Salud y Coosalud, ha promovido mecanismos efectivos de participación comunitaria. Esta colaboración se materializa a través de jornadas interinstitucionales y actividades orientadas a la promoción y prevención en salud, fortaleciendo la articulación entre la comunidad y el sistema local de salud. Estas dinámicas contribuyen a consolidar un modelo de gestión integral que facilita la inclusión de diferentes actores sociales, especialmente víctimas del conflicto, en la definición y ejecución de acciones de salud pública, potenciando respuestas contextualizadas y sostenibles frente a las problemáticas sanitarias del territorio (Gobernación de Antioquia, 2023).

Municipio de Valdivia

El municipio de Valdivia dispone de una estructura institucional que combina instancias administrativas, de control y de seguridad. La Alcaldía Municipal, a través de las Secretarías de Gobierno y Gestión Administrativa, Seguridad Social y Familia, Recursos Financieros, Agricultura, Medio Ambiente y Turismo, Planeación y Obras Públicas, lidera la gestión territorial. Esta configuración institucional fortalece la gobernanza local al facilitar la coordinación de acciones frente a problemáticas sociales, administrativas y de orden

público. Adicional a esta red administrativa institucional, se articulan organismos como la Contraloría Departamental, la Fiscalía, el Concejo Municipal, la Personería, el cuerpo de Bomberos, así como unidades de la Policía Nacional y del Ejército. (Alcaldía de Valdivia, 2023).

Respecto al aseguramiento, en el territorio operan tres EAPB, las cuales son: Coosalud EPS, Nueva EPS y Savia Salud EPS, que disponen de gestores locales para el acompañamiento a los usuarios en todos los procesos de trámites y gestiones en salud. En términos de prestación de servicios de salud, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Valdivia constituye el principal prestador de primer nivel de complejidad. Su portafolio incluye servicios hospitalarios para población pediátrica y adulta, consulta de medicina general, odontología, ginecología, psicología, psiquiatría, fisioterapia, nutrición y dietética, además de enfermería, vacunación, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, servicios farmacéuticos y transporte asistencial básico. (Alcaldía de Valdivia, 2024).

Complementariamente, los corregimientos de Puerto Valdivia y El Raudal cuentan con centros de salud que amplían la cobertura en las áreas rurales del municipio. A estas acciones se suman intervenciones de cooperación internacional implementadas por la OIM y USAID, las cuales ejecutan programas de carácter social como Somos Comunidad, Tejido Joven y Mujeres Violeta, orientados a poblaciones rurales y vulnerables. Asimismo, Empresas Públicas de Medellín (EPM) mantiene presencia institucional en veredas limítrofes con Ituango, lo que contribuye a ampliar la cobertura de servicios básicos y a fortalecer la presencia estatal en zonas periféricas.

Municipio de Yarumal

En materia de garantías y defensa de derechos, el territorio dispone de sedes de la Procuraduría y la Personería Municipal. La primera desarrolla funciones limitadas a la recepción de declaraciones, mientras que la segunda asume un rol más amplio en la protección de derechos, la orientación jurídica y el acompañamiento ciudadano. De igual forma, la presencia de la Unidad para las Víctimas permite avanzar en procesos de reparación individual y colectiva, con especial énfasis en poblaciones afectadas por el conflicto armado.

Por otra parte, la gestión administrativa local se encuentra soportada en una estructura institucional robusta, conformada por secretarías como la General y de Gobierno, Planeación y Desarrollo Territorial, Infraestructura Física, Educación y Cultura, Salud y Bienestar Social, Tránsito y Transporte, así como Hacienda. Complementan esta organización la UMATA, la Dirección de Proyectos, la Dirección de Desarrollo Social y Comunitario, la Comisaría de Familia y la Dirección Financiera. A través de estas dependencias se diseñan e implementan políticas públicas con enfoque territorial, orientadas a garantizar derechos fundamentales y promover el desarrollo integral de la población. (Alcaldía de Yarumal, 2024).

Según lo reportado en el documento de Análisis de la Situación de Salud ASIS Participativo del municipio de Yarumal (2024), el sistema de salud, se estructura en torno al Hospital San Juan de Dios, catalogado como institución de segundo nivel de complejidad, por lo cual se considera una institución receptora de usuarios de otros municipios del Norte de Antioquia que no cuentan con estos servicios en sus sedes. Su portafolio de servicios incluye hospitalización para adultos y población pediátrica, atención en medicina general, ginecología, obstetricia, cirugía general, ortopedia, dermatología, oftalmología, urología, gastroenterología, psiquiatría y psicología. A estos se suman áreas de apoyo como nutrición, imágenes diagnósticas y transporte asistencial en modalidades básica y medicalizada, lo que garantiza una atención integral para el municipio y su zona de influencia. (Alcaldía de Yarumal, 2024).

Municipio de Ituango

La prestación de servicios de salud en Ituango está centralizada en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios, clasificada como institución de primer nivel de complejidad. Este hospital lidera una red que integra el centro de salud de Santa Rita, el centro de salud de La Granja y el Puesto de Salud El Carmelo, garantizando cobertura en diferentes puntos del territorio. En materia de aseguramiento, la mayor proporción de afiliados pertenece a Savia Salud, aunque también están presentes Coosalud, Nueva EPS, Salud Total, FOMAG y Policía Nacional, con beneficiarios que incluyen población sujeta a procesos de reparación colectiva e individual, según se reporta en el documento de Análisis de la Situación de Salud Participativo ASIS del municipio de Ituango (2024). Adicionalmente, como parte del contexto del megaproyecto hidroeléctrico, funciona la EPS SURA Hidroituango, orientada a los trabajadores vinculados a dicha obra.

En cuanto a la organización social, el municipio registra 121 Juntas de Acción Comunal (JAC), de las cuales solo una se encuentra en el área urbana. El tejido comunitario se fortalece además con la presencia de asociaciones de mujeres —con especial representatividad en el corregimiento La Granja—, comunidades indígenas, la Asociación de Víctimas y la entidad ITESIDIA, que desarrolla acciones dirigidas a la población con discapacidad. Estos colectivos contribuyen a la construcción de capital social y a la participación ciudadana en los procesos territoriales.

Desde la perspectiva institucional, el territorio cuenta con la Alcaldía Municipal, la Dirección Local de Salud y la Secretaría de Educación, Cultura y Deporte como principales instancias de gestión. En el ámbito educativo, la cobertura se extiende a todos los centros poblados, aunque únicamente una institución educativa tiene sede en el casco urbano, lo que plantea retos en materia de acceso y equidad en el servicio. (Alcaldía de Ituango, 2024).

2.3 URABÁ

a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.

De acuerdo con la pirámide poblacional elaborada por la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2024), la subregión del Urabá antioqueño cuenta con una poblaciòn de 543.054 habitantes, siendo 265.067 (48,8%) hombres y 277.987 (51,1%) mujeres; concentràndose el 60% de esta poblaciòn en zona urbana y el 40% en centros poblados y rural dispersa. En esta piràmide se observa que predomina la población de 0-14 años de edad reflejándose una alta tasa de natalidad y dependencia económica.

Los municipios más poblados son Turbo (24,8 %), Apartadó (24,2 %), Chigorodó (11,5 %), Carepa (9,6 %) y Necoclí (8,4 %). La subregión de Urabá compuesta por 11 municipios, agrupados en tres zonas de acuerdo con sus características geográficas y poblacionales, a saber, Norte de Urabá: Arboletes, Necoclí, San Juan de Urabá y San Pedro de Urabá (municipios de categoría seis). Centro de Urabá: Apartadó (municipio de categoría tres), Turbo (municipio de categoría cuatro), Carepa, Chigorodó y Mutatá (municipios de categoría seis); Atrato medio: Murindó y Vigía del Fuerte (municipios de categoría seis).

En el Perfil de Desarrollo Subregional, presentado por la facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia (2020), la subregión cuenta con 18 resguardos indígenas en donde habitan las etnias Embera katio, Zenú y Cuna Gunadule, con presencia en todos los municipios de la subregión, cubriendo el 32% de los resguardos indígenas del departamento, siendo así la que tiene mayor presencia de resguardos en el departamento de Antioquia. La comunidad negra, mulata, afrocolombiana, raizal y palenquera aporta el 43% de la población con respecto a Antioquia, siendo la subregión de Urabá donde reside la mayor parte de esta.

La subregión de Urabá presenta una alta vulnerabilidad social y es la segunda subregión del departamento con mayor número de carencias. Según la Mega ficha de la subregión del Urabá antioqueño (2024), esta subregión registró un Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) de 24,3% en el año 2022. La subregión se encuentra 2,8 puntos porcentuales por debajo del total PDET.

En cuanto a los aspectos culturales, Urabá es una subregión con niveles de participación en actividades recreativas y culturales muy bajos. Asì mismo, y a pesar de ser un referente deportivo a nivel nacional, no tiene un alto nivel de participación en actividades deportivas, lo cual puede tener repercusión en términos de salud de la población. La subregiòn de Urabà es la que cuenta con más reconocimiento étnico en el departamento, estando por encima del promedio departamental; la mayor parte se reconocen como Afrocolombianos, seguidos en participación por los indígenas y negros. El 3,2% de la población es extranjera, siendo la tercera región después del Valle de Aburrá y Oriente con mayor número de población extranjera en Antioquia, donde la mayor parte (98,8%) son de origen venezolano.

A pesar de que la región ha visto mejoras económicas, enfrenta altos niveles de pobreza y vulnerabilidad social, con una infraestructura socioeconómica limitada. Asì mismo, enfrenta grandes desafíos en la reconstrucción del tejido social y la confianza en las instituciones, especialmente en el Estado, debido a su historia de violencia y conflicto armado, con una alta presencia de grupos ilegales y violaciones a los derechos humanos, especialmente desplazamiento forzado y despojo de tierras. Las comunidades indígenas y afrodescendientes, así como otras poblaciones étnicas y vulnerables han sido particularmente afectadas por la violencia y requieren una atención específica, con enfoque diferencial, que reconozca sus formas de organización social y sus derechos e implemente medidas de atención, asistencia y reparación integral que reconozcan su identidad y situaciòn particular. Dentro de este contexto, el Ministerio de Salud y Protecciòn social elabora el Protocolo de Atenciòn Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Vìctimas del Conflicto Armado, orientado a la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial, como medida de asistencia y/o rehabilitación para la población víctima del conflicto armado, en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – Papsivi.

Ademàs, y teniendo en cuenta las nueve (9) Sentencias falladas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) contra el Estado colombiano por hechos de graves violaciones a los Derechos Humanos, e infracciones al Derecho Internacional Humanitario, en las cuales ordena brindar tratamiento adecuado para las víctimas, con el objeto de “reducir sus padecimientos físicos y psicológicos”, el Ministerio de Salud y Protecciòn Social, previa concertación con representantes de las víctimas, define la Medida de Reparación en Salud desde un Enfoque Psicosocial, a través de procesos de atención psicosocial y en salud física y/o mental, para las víctimas reconocidas en las nueve sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos”. En Urabà se ha focalizado un total de 730 víctimas reconocidas en la Sentencia Masacre de Pueblo Bello, por tanto, en esta subregiòn se implementa la Medida a través de los procesos de atención psicosocial y de gestión para la atención en salud física y/o mental, que incluyen tratamientos de gratuidad, preferencialidad, atenciòn de particularidades y necesidades de las víctimas en los ámbitos individual, familiar y colectivo.

b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

La subregión de Urabà es un referente del conflicto armado en Antioquia y Colombia. Desde de la década de los años 60, coincidiendo con el auge de la industria bananera, ya existía en la región presencia de grupos guerrilleros (FARC y EPL), considerados la “ley de las comunidades” debido al abandono total del Estado en la zona. Para la década de los 80 hicieron presencia en la zona los grupos paramilitares (Autodefensas Unidas de Colombia-AUC), quienes irrumpen violentamente en la región convirtiéndola en un territorio de

conflicto armado con la guerrilla, ligado a intereses políticos y dinámicas económicas, incluyendo la expansión de la agricultura comercial del banano, y la ubicación geográfica estratégica de la subregiòn para el tráfico de armas y narcóticos por tener salida directa a los océanos Atlántico y Pacífico. En documentos del Centro Nacional de Memoria Histórica, se indica que entre 1988 y 2002 Urabá sufrió 103 masacres en el marco de la guerra, ejecutadas principalmente en los municipios del centro de la subregión conocido como Eje Bananero. Los grupos paramilitares adquirieron una gran capacidad militar y económica, debido a su asociación con el narcotráfico y a vínculos con políticos, militares y empresarios privados. De esta manera, se apropiaron de las tierras de los campesinos de la subregión, quienes además fueron desplazados forzosamente ocasionando una crisis social y humanitaria que aún se evidencia en la subregión de Urabà. Bajo la Ley de Justicia y Paz del año 2025, creada para facilitar la desmovilización de miembros de grupos armados (guerrilleros y paramilitares) y su reintegración a la vida civil, muchas de las estructuras de las AUC se desmovilizaron. Sin embargo, han surgido nuevas organizaciones paramilitares (BACRIM, Clan del Golfo, entre otras), igual de violentas, que continúan realizando control territorial a través de actividades ilegales e impactando profundamente el contexto sociopolítico y económico de la subregión de Urabà.

Actualmente, el principal grupo armado ilegal con presencia en la subregión del Urabá antioqueño es el Clan del Golfo, también conocido como Autodefensas Gaitanistas de Colombia (AGC), el cual tiene una organización militar y económica fortalecida con las actividades delictivas del narcotráfico, la extorsión, la minería ilegal, el reclutamiento de menores y tráfico de órganos. Además, han continuado ejerciendo dominio sobre la población urabaense a través de secuestros, masacres y desplazamiento forzado.

El Sistema de Alertas Temprana (SAT) para este año 2025 no ha emitido Alertas relacionadas con situación de violencia en el marco del conflicto armado para la subregión de Urabà. Por medios de comunicaciòn masivos como Teleantioquia se conoce sobre el ataque con explosivos a soldados del ejército en Murindó y ataque a policías vestidos de civil en los municipios de Carepa y Chigorodó, perpetrados en abril/2025 presuntamente por el Clan del Golfo.

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

Dentro del marco del conflicto armado y violencia sociopolítica que vive la subregión de Urabá, se han presentado desde finales del siglo XX múltiples violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario sobre la población urabaense. De acuerdo a información del Centro Nacional de Memoria Histórica, entre los años 1989 y 1996 la tasa de población desplazada por el conflicto armado interno fue de 167.178 personas y se ha documentado 52 masacres en este periodo de tiempo.

Los hechos victimizantes acaecidos en Urabá son claras violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario, incluyen masacres,

desapariciones forzadas, despojo de tierras, desplazamiento forzado, secuestro y asesinatos y han afectado a todos los grupos étnicos de la regiòn, sin distinción de edad y género; su impacto en la subregiòn ha trascendido en el tiempo, dejando a esta región en alta vulnerabilidad social y con un tejido social que requiere de una participación activa y permanente del Estado y todas las fuerzas sociales para su reconstrucción y fortalecimiento. A continuación se relacionan, en orden cronológico, algunos de los hechos más relevantes por su impacto social, político, económico y cultural, tomados del portal periodístico Rutas del Conflicto. (Rutas de conflicto, 2025).

Cronología de los hechos ocurridos en la subregión de Urabá			
Masacre	**Año**	**Lugar**	**Impacto y afectaciones**
Masacre de Pueblo Bello	1990	Corregimiento de Pueblo Bello, Turbo.	- 43 campesinos torturados y desaparecidos. - Tres menores de edad torturados desaparecidos. - Dejó afectaciones psicológicas en los familiares. - Dejó afectaciones psicosociales en la comunidad. - Estigma social del territorio.

Masacre de La Chinita	1991	Apartadó	- 35 personas asesinadas. - 3 menos de edad asesinados. - Afectaciones negativas en el tejido social. - Afectaciones psicosociales de la comunidad. - Estigmatización de la población.
Masacre de Chigorodó	1992	Chigorodó	- 6 personas civiles asesinadas. - El hecho dejó afectaciones psicosociales en la comunidad y estigmatización del municipio.

Masacre de San Pedro de Urabá	1994	Vereda La Rula, San Pedro de Urabá	- 4 personas asesinadas en 1994. - 8 familiares de las víctimas directas asesinadas en 1997. - La población fue amenazada durante varios años luego del hecho victimizante en 1994. - Despojo de propiedades y robo de ganado. - Estigmatización del territorio y daños al buen nombre.
Masacre de Carepa	1995	Finca Galicia, Carepa	- Cuatro personas asesinadas - Estigmatización a grupos sindicales - Daño a la comunidad y al buen nombre
Masacre de Apartadó	1995	Apartadó	- Diez personas asesinadas. - Estigmatización de partidos políticos. - Daños estructurales al tejido social del municipio.

Masacre del Aracatazo	1995	Chigorodó	- 18 personas asesinadas y 2 personas heridas. - Estigmatización contra la comunidad. - Daño estructural al tejido social.
Masacre de Los Kunas	1995	Corregimiento de Zungo, Carepa	- 16 personas asesinadas - Daños morales y estructurales - Estigmatización social de la población.
Masacre de Bajo del Oso	1995	Vereda Bajo del Oso, Apartadó	- Asesinato de grupos de personas - Daños al territorio - Estigmatización de la población
Masacre de Pueblo Bello y Alto de Mulatos	1996	Corregimiento Pueblo Bello y Altos de Mulato, Turbo	- 16 personas asesinadas - Daños estructurales contra el territorio - Estigmatización del territorio y la población - Violación a los derechos el niño.
Masacre de Osaka	1996	Finca Osaka, Carepa	- 45 personas víctimas. - Estigmatización de la población. - Perjuicios contra partidos políticos.

Masacre de Murindó	1997	Murindó	- 5 campesinos asesinados. - Estigmatización de la población. - Falta de garantías judiciales.
Masacre de Apartadó	2000	Vereda La Unión, Apartadó	- 6 personas asesinadas. - Estigmatización de líderes sociales. - Daños al nombre del territorio y al tejido social.
Masacre de San José de Apartadó	2005	Apartadó	- Asesinato de dos familias campesinas. - Daños y estigmatización contra líderes sociales. - Violación a los derechos del niño. - Daños psicosociales a familiares y comunidad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Portal periodístico Rutas del Conflicto (2025).

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

Desde los inicios de violencia en Colombia, inicialmente debido a las diferencias políticas e ideológicas por la distribución inequitativa de la tierra, pasando por las guerras bipartidas, evolucionando a finales del siglo XX al conflicto armado entre actores al margen de la ley

(guerrillas y grupos paramilitares) con la ausencia o participación del Estado, la poblaciòn colombiana ha sido objeto de todo tipo de violaciones a los Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, a través de masacres, desplazamientos forzados, asesinatos, secuestros, desapariciones forzosas, entre otros. El impacto de esta violencia ha sido muy fuerte en el contexto social, político, económico y de salud de la población.

De acuerdo al reporte de la Unidad de Vìctimas, a corte 31/07/2025, en el Departamento de Antioquia se encuentran reportados 1.286.552 vìctimas sujetos de atenciòn, es decir, vìctimas que cumplen con los requisitos para acceder a las medidas de atenciòn y reparación establecidas en la Ley. De este total el 22,8% (293.186 vìctimas sujetos de atenciòn) se encuentra ubicado en la subregiòn de Urabà, siendo los municipios de Turbo (77.496), Apartadò (59749) y Chigorodò (35.947), los tres primeros con mayor número de vìctimas sujetos de atenciòn.

En la subregiòn de Urabà, las afectaciones ocasionadas por el conflicto armado y la violencia sociopolítica en la salud física, mental y psicosocial de esta poblaciòn son diversas y generacionales y, por ende, el diagnòstico de la atenciòn en salud y psicosocial, como proceso de identificación y análisis de las necesidades de salud y el impacto psicosocial a nivel individual, familiar y comunitario de esta poblaciòn, es un reto para el Estado y su institucionalidad. El gobierno colombiano como garante de la atenciòn en salud y psicosocial de esta poblaciòn vìctima, ha elaborado, a través de su Ministerio de Salud y Protecciòn Social, un Protocolo de Atenciòn en Salud con Enfoque Psicosocial a Victimas del conflicto armado. Este Protocolo, en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - Papsivi, orientará las atenciones en salud como medida de asistencia y/o rehabilitación a las víctimas del conflicto armado y sus familias, incorporando acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación con enfoque psicosocial y diferencial, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).Està dirigido a profesionales de la salud, profesionales de las ciencias sociales y a personas víctimas del conflicto armado y sus familia. Las indicaciones del Protocolo están dirigidas a la modalidad ambulatoria de la atención en salud, la alta, media y baja complejidad, así como a los equipos de la atención psicosocial del Papsivi. De igual manera, brinda herramientas a los prestadores de servicios de salud y EAPB que contribuirán en el proceso de rehabilitación integral de las víctimas del conflicto. (Congreso de la República de Colombia, 2011).

La atención en salud y psicosocial de la población urbana de víctimas del conflicto armado interno, ha presentado dificultades en el tiempo, tanto en su ejecución como en el impacto de sus acciones, debido a múltiples causas: la diversidad étnica; la dificultad geográfica y/o por situaciones de orden público para acceder a algunas poblaciones; los bajos indicadores de educación, seguridad alimentaria, disposición de servicios sanitarios; bajo índice de ocupación laboral. Todo lo anterior, se convierte en un reto para la atención en salud con enfoque psicosocial por parte de todos los actores involucrados en la misma.

En el Urabá antioqueño, la Medida de Reparación en Salud 9 Sentencias, a corte de 30 de mayo de 2025, ha focalizado a 730 personas víctimas de la Masacre Pueblo Bello. Estas residen en los municipios de Apartadó, Turbo, Carepa, Chigorodó, Mutatá, Necoclí y San Pedro de Urabá. Esta población tiene cobertura en salud a través de las EAPB Savia Salud, Nueva EPS, Coosalud, SURA, Salud Total, Familiar de Colombia y FOMAG. Es importante destacar que el 79% de esta población está afiliada al Règimen Subsidiado, y solo el 21% al Régimen Contributivo, aseguramiento que refleja los bajos niveles de ocupación laboral e ingresos per cápita de dicha población. Las EAPB con mayor cobertura de afiliación son Savia Salud con 292 afiliados para un 40%, Nueva EPS con 243 afiliados para un 33%, SURA con 130 afiliados para un 18%. Se identifica tambièn a 26 beneficiarios cubiertos por el Régimen de Excepción, que son el 3,5% de la población total focalizada, correspondiendo, el 73% de estas 26 personas víctimas, a beneficiarios de la Fuerzas Armadas del Ejèrcito y la Policía Nacional que hacen presencia en la región con un base militar en el municipio de Carepa y Comandos de Policía en todos los municipios de la subregiòn. (Base de Focalización de la Medida de Reparación en Salud 9 Sentencias, Convenio 1202 2024)

Las Instituciones Prestadores de Salud (IPS) con las cuales tienen las EAPB contratados los servicios para la atenciòn de sus afiliados, entre estos las vìctimas de la Sentencia Masacre de Pueblo Bello, estàn ubicadas en su mayoría en los municipios de Apartadò y Turbo. En Apartadò se encuentran: Clìnica Panamericana (Zona Franca de Urabà), IPS de tercer y cuarto nivel de complejidad que es referente para la atenciòn de toda la poblaciòn del Urabà; Clìnica La Chinita S.A., ubicada en Apartadò, IPS hospitalaria de mediana complejidad; Clìnica Urabà, que ofrece servicios de mediana complejidad; IPS Visión Total que oferta servicios ambulatorios y quirúrgicos de oftalmología; OIC, con su portafolio para imágenes y ayudas diagnòsticas de mediano y alto nivel de complejidad; Instituto Neurológico de Colombia, referente para las especialidades de neurología y neurocirugía; la IPS Salud Darién, que atiende la complejidad baja de los afiliados a Nueva EPS; la IPS Comfama, que atiende la complejidad baja de los afiliados a SURA. En el municipio de Turbo se cuenta con la ESE Hospital Francisco Valderrama, que presta servicios de primer y segundo nivel de complejidad, con algunas especialidades médicas que no requieren alta complejidad. Este hospital tiene en funcionamiento un puesto de salud en el corregimiento de Pueblo Bello que abarca la atención básica de los beneficiarios de la Medida de Reparación que allí residen. También hace presencia en el municipio de Turbo la IPS Salud Darién para la atención de la baja complejidad de los afiliados a Nueva EPS. En el resto de municipios de la subregiòn de Urabà, las EAPB garantizan la prestación de servicios de salud de sus afiliados a través de las Empresas Sociales del Estado de bajo nivel de complejidad, que además ofertan los servicios de las Rutas Integrales de Atenciòn en Salud (RIAS); y con algunas IPS privadas que proveen consultas especializadas, servicios odontológicos, de laboratorio clínico y dispensación de medicamentos.

Para dar cumplimiento a lo sentenciado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), el Ministerio de Salud y Protecciòn Social y la Corporaciòn de Infancia y Desarrollo (La CID) han firmado el convenio asociativo 2360 2025, a través de cual se dará continuidad

a la implementación de la Medida de Reparaciòn en Salud 9 Sentencias en el territorio nacional. En la subregión de Urabá, la Medida atiende a la población víctima reconocida de la Masacre Pueblo Bello, ocurrida el 14 de enero de 1990 en el corregimiento de Pueblo Bello, municipio de Turbo. Durante los diferentes convenios de implementación de la Medida en la subregión de Urabá, se ha focalizado y caracterizado a la población beneficiaria de la Sentencia Pueblo Bello, identificado que este evento ha ocasionado, de manera generacional, daños a la moral, al proyecto de vida, la alteración de roles dentro de la familia, ruptura de lazos parentales y sociales, pèrdida del sentido de pertenencia y afectación de la capacidad de convivencia entre las personas, pèrdida de la noción de justicia y la confianza en las instituciones que la representan. Ademàs, se evidencia, en relación al hecho victimizante, la aparición de enfermedades crónicas no trasmisibles como cáncer, enfermedades cardiovasculares (Diabetes, Hipertensiòn), obesidad, consumo de alcohol y tambièn, ideas suicidas e intentos de suicidio debido a depresión y ansiedad. Desde lo institucional se evidencia barreras de acceso a los servicios de salud, el no cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1652 de 2022 en su Art. 2.10.4.9 que indica "Las víctimas contempladas en la parte resolutiva de las sentencias proferidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos — CIDH, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos", la no identificación de los beneficiarios en los software de las instituciones prestadoras de salud, alta rotación del talento humano en las EAPB e IPS, que no permite la continuidad del conocimiento sobre la Atenciòn Integral con enfoque psicosocial y diferencial de los beneficiarios de la Medida, lentitud en los trámites de autorización de servicios y entrega de medicamentos, demoras en el tràmite para el pago de viáticos y transporte requerido por los beneficiarios para su traslado a cumplir citas de servicios mèdicos a otros municipios de la regiòn y del Departamento.

e. Matriz de Oferta Institucional

En este punto, nos referiremos a las diversas entidades gubernamentales e instituciones públicas y privadas que ofrecen servicios a la comunidad urabaense, especialmente a las víctimas del conflicto armado, para superar su vulnerabilidad y lograr la reparación integral.

La Unidad de Vìctimas hace presencia en Urabà con oficina en el municipio de Apartadò, coordina las medidas de atención, asistencia y reparación para víctimas del conflicto armado interno, ofrece diversos canales de contacto: Atenciòn telefònica a través de su línea gratuita a nivel nacional 01 8000 911119; Servicios en Línea (Chat Web: Disponible en la página web de la entidad (www.unidadvictimas.gov.co) para conversaciones en tiempo real con un agente y Videollamada; SMS Chat enviando un mensaje de texto al 87305 para recibir atención y resolver dudas sobre el proceso; Correo Electrónico unidadenlinea@unidadvictimas.gov.co para la actualización de datos o novedades en el Registro Único de Víctimas.

Agencia de Desarrollo Rural (ADR). Opera a través de su sede principal en Bogotá y gestiona sus programas en Urabá, a través de sus Unidades Técnicas Territoriales y otros mecanismos de gestión de proyectos.

Agencia Nacional de Tierras (ANT). Tiene una sede en Apartadó. En esta oficina se gestionan trámites relacionados con la tierra de manera gratuita y sin intermediarios.

Banco Agrario. Tiene una sede bancaria en cada uno de los municipios de la subregión.

Personerías Municipales, con oficina en cada municipio de la subregión.

Alcaldías Municipales.

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB):

- Savia Salud, con punto de atención físico en Apartadò, Turbo y San Pedro de Urabà. En el resto de municipios se puede utilizar los canales virtuales de Savia Salud o la página web de la EPS.

- Nueva EPS, existe una Oficina de Atención al Afiliado (OAA) en Apartadò, Turbo, San Pedro de Urabà, Carepa, Chigorodò, Murindò y Necoclì. En el resto de municipios se puede utilizar los canales virtuales de Savia Salud o la página web de la EPS.

- Coosalud, tiene punto de atención físico en todos los municipios, excepto Murindò y Vigía del Fuerte.

- SURA, tiene punto de atención presencial en Apartadò. En el resto de municipios se puede utilizar los canales virtuales de Savia Salud o la página web de la EPS.

- Salud Total, no cuenta con atenciòn presencial en la subregiòn. Todos los trámites se realizan a través de los canales virtuales o la página web de la EPS.

- Familiar de Colombia, tiene Centros de Atención al Afiliado en los municipios de Chigorodò, Turbo, Mutatá, Necoclì y San Juan de Urabá. En el resto de municipios se puede utilizar los canales virtuales de Savia Salud o la página web de la EPS.

Instituciones Prestadoras de Salud (IPS):

- Empresas Sociales del Estado Hospitales de baja complejidad, en cada uno de los municipios, excepto en Turbo y Apartadò.

- Empresas Sociales del Estado Hospitales de mediana complejidad en Apartadò (Antonio Roldán Betancur) y Turbo (Francisco Valderrama).

- Clínica Panamericana, centro hospitalario, de carácter privado, de tercer y cuarto nivel de complejidad. Esto significa que ofrece una amplia gama de servicios especializados y subespecializados, incluyendo unidad de cuidado intensivo neonatal y adulta, cardiología invasiva, neurocirugía, ginecología, oncología y más, con el objetivo de brindar una atención integral a la comunidad de la región de Urabá.

- Clìnica La Chinita, centro hospitalario, de carácter privado, de mediana complejidad, ya que cuenta con servicios de cirugía (quirófanos equipados para procedimientos de mediana y ambulatorios) y está equipada para manejar una variedad de especialidades.

- Organización de Imagenología de Colombia (OIC), que ofrece servicios de imágenes y estudios diagnósticos especializados con sede en Apartadò.

- Visión Total, ofrece un amplio portafolio de servicios como cirugías de cataratas y glaucoma, trasplantes de córnea, retina y vítreo, y consultas oftalmológicas y optométricas. Se ubica en el municipio de Apartadò.

Con las Direcciones Local de Salud, las EAPB e IPS de la subregiòn, se trabaja arduamente en diferentes espacios institucionales como asesorías en salud y Mesas Institucionales; asì mismo, con los beneficiarios vìctimas de la Medida de la Sentencia Pueblo Bello, se realizan periódicamente, y, de acuerdo al Plan de Atenciòn Integral concertado con ellos, visitas presenciales en modalidad individual y presencial; asì como encuentros comunitarios con los líderes y lideresas de esta poblaciòn, para lograr una óptima comunicación e interrelación de todos los actores y encaminarnos hacia la restablecimiento de sus derechos, la recuperación de la confianza en la institucionalidad y la reconstrucción y fortalecimiento de su tejido social.

3. DEPARTAMENTO DE ATLÁNTICO.

a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.

El Departamento del Atlántico enfrenta un escenario sociopolítico complejo, especialmente marcado por la reducción significativa del presupuesto asignado desde la nación para el año 2025. Esta reducción en más del 30% de los recursos que afecta directamente el desarrollo social, programas públicos y obras de infraestructura en educación y vías. A pesar de ser un departamento con alta competitividad y cuarto en población en Colombia, la asignación presupuestal es menor que en otras regiones, reflejando así una centralización desigual de los recursos (La República, 2024). Diario La Libertad, 2025). A pesar de ser un departamento caracterizado por alta competitividad y contar con la cuarta población más grande del país, la asignación presupuestal resultó ser menor en comparación con otras regiones, reflejando un centralismo desigual en la distribución de recursos.

Esta situación ha generado tensiones significativas en el territorio, manifestadas en una creciente demanda por mayor autonomía y procesos de descentralización que puedan responder efectivamente a las necesidades locales. La reducción en los recursos genera incertidumbre en el sector público y entre la sociedad civil, lo que puede afectar la continuidad de las iniciativas de desarrollo social y económico promovidas localmente (El Heraldo, 2024; La República, 2024).

Además, los impactos de la merma en la inversión social recaen con mayor fuerza sobre los grupos sociales más vulnerables, ampliando las brechas sociales existentes y poniendo en riesgo la cohesión social y la confianza en las instituciones públicas. En respuesta, la gobernanza regional debe enfrentar el desafío de diseñar y ejecutar estrategias que fortalezcan la institucionalidad y promuevan una mayor participación ciudadana para mantener el desarrollo sostenible, con énfasis en justicia social y equidad territorial (Gobernación del Atlántico, 2025).

El departamento del Atlántico presenta una dinámica socioeconómica con avances importantes, pero también significativos retos. Según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la pobreza multidimensional en el Atlántico disminuyó del 12% al 9,5% entre 2023 y 2024, reflejando avances en inclusión social, dinamización económica y fortalecimiento comunitario (DANE, 2025). Esta mejoría se atribuye a programas integrales dirigidos a poblaciones vulnerables, migrantes y desplazadas, articulando estrategias en salud, educación y empleo (Gobernación del Atlántico, 2025).

La economía local, liderada por Barranquilla, creció moderadamente un 0.6% en el primer bimestre de 2025, impulsada principalmente por comercio, industria manufacturera y sectores de información y comunicaciones, aunque la construcción y servicios públicos mostraron desempeño negativo. La tasa de ocupación laboral se incrementó un 3.3% en el primer trimestre, pero el crecimiento económico general aún es inferior al promedio nacional. Destacan las zonas francas del Atlántico que crecieron un 15.9% en exportaciones (Fundesarrollo y Cámara de Comercio de Barranquilla, 2025).

En cuanto a la situación económica de las víctimas, más de 59.000 personas desplazadas por el conflicto armado en el Atlántico participan en programas sociales de transferencias monetarias y servicios integrales que incluyen seguridad alimentaria y desarrollo productivo. El programa Colombia Mayor ha atendido a 6.478 personas víctimas, mientras que otros programas como Compensación del IVA y Renta Ciudadana han beneficiado a decenas de miles (Prosperidad Social, 2025). No obstante, la pobreza monetaria afecta a un 47,2% de la población víctima de desplazamiento, con una pobreza extrema del 17,8%, cifras considerablemente superiores a los promedios nacionales, mostrando la persistente desigualdad y vulnerabilidad económica de este grupo (DANE, 2025).

A nivel institucional, la Unidad para las Víctimas ha entregado recursos significativos en indemnizaciones y apoyos a emprendimientos comunitarios, como procesos piloto para fortalecer iniciativas económicas lideradas por las víctimas, contribuyendo con ingresos y desarrollo sostenido en el territorio. Sin embargo, persisten desafíos para garantizar la reparación efectiva y mejorar las condiciones de vida y riqueza de la población víctima (Unidad para las Víctimas, 2025).

El sistema de salud en el Atlántico ha experimentado avances significativos en la mejora de la infraestructura, la ampliación de la cobertura y la calidad de los servicios, con un enfoque diferencial dirigido a atender las necesidades específicas de poblaciones vulnerables y territorios marginales. En Barranquilla, la capital, se ha invertido más de 62.000 millones de pesos para modernizar centros de urgencias y emergencia, construir y dotar centros de atención primaria, y fortalecer estrategias de salud comunitaria que benefician a más de 48.000 hogares con equipos básicos de salud, especialmente en barrios con mayores dificultades socioeconómicas (Ministerio de Salud, 2024).

El departamento mantiene una cobertura sanitaria cercana a la universalidad, con más de 1.5 millones de personas afiliadas en los regímenes contributivo y subsidiado. Sin embargo, persisten retos importantes en el acceso efectivo a los servicios, en especial en atención materno infantil, salud mental y poblaciones desplazadas o migrantes, que requieren un abordaje integral y diferencial para garantizar el ejercicio pleno de su derecho a la salud. Por ejemplo, en 2024 se lograron reducciones del 8% en mortalidad infantil y del 29% en mortalidad materna, lo que representa un avance concreto en indicadores claves de salud pública, producto de intervenciones focalizadas (Secretaría de Salud Barranquilla, 2025).

A nivel poblacional, el concepto de enfoque diferencial se refleja en la implementación de programas específicos para grupos como personas con discapacidad, mujeres jóvenes, migrantes y comunidades rurales marginalizadas, buscando superar barreras sociales, culturales y económicas que históricamente han limitado su acceso a servicios de calidad. La creación y fortalecimiento de unidades especializadas y estrategias territoriales, como el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) y programas de atención en salud mental, reflejan el compromiso institucional para brindar atención acorde con las particularidades sociales y sanitarias del Atlántico.

No obstante, la atención sociosanitaria también enfrenta preocupaciones, como la resistencia de usuarios y organizaciones frente a recientes reformas al modelo de salud en Colombia, que generan incertidumbre sobre la continuidad y calidad de los servicios. La satisfacción y confianza ciudadana en el sistema, aunque en mejora, aún requiere

fortalecimiento mediante mayor transparencia, participación comunitaria, y capacidad adaptativa del sistema para responder a las necesidades emergentes y diferenciales.

En suma, el contexto sociosanitario del Atlántico muestra avances estructurales y programáticos con un enfoque diferencial que privilegia la inclusión y equidad, aunque persisten desafíos que exigen atención prioritaria para consolidar un sistema de salud universal, integral y sensible a la diversidad social.

b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

El Atlántico, aunque no ha sido epicentro recurrente de violencia de gran escala como otras regiones colombianas, presenta una realidad compleja vinculada al fenómeno del conflicto armado. Desde una mirada social analítica, se observa una dinámica de presencia activa de grupos armados ilegales tales como el Clan del Golfo y disidencias de las FARC, que operan estratégicamente en ciertas zonas para el control de economías ilícitas y rutas de tráfico (Defensoría del Pueblo, 2025).

Estos actores generan condiciones de violencia selectiva a través de homicidios dirigidos, desplazamientos forzados y amenazas recurrentes a líderes comunitarios y defensores de derechos humanos. La institucionalidad activa mecanismos de alerta temprana para prevenir agravamientos, pero la constancia de dichos riesgos refleja el entramado de intereses criminales que fomenta la inseguridad y la vulnerabilidad social en comunidades rurales y urbanas marginales.

Desde un análisis social profundo, se identifica que la violencia en Atlántico responde a una fragmentación y mutabilidad de los grupos armados, donde se mezclan disputas territoriales con actividades económicas ilícitas, lo que complejiza los procesos de construcción de paz y reconciliación. Este entramado impacta en la cohesión social y alimenta desconfianza en las instituciones estatales, incrementando la percepción de inseguridad.

En síntesis, el conflicto armado en el Atlántico no se traduce únicamente en confrontaciones armadas evidentes, sino en fenómenos paralelos de violencia estructural, intimidación y control social que requieren una respuesta integral, con énfasis en la participación comunitaria y la articulación eficiente entre actores institucionales y sociales para la prevención y reparación de daños.

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

El departamento del Atlántico ha vivido múltiples hechos relacionados con el conflicto armado que configuran graves violaciones a los Derechos Humanos y al Derecho Internacional Humanitario, tales como masacres, asesinatos selectivos, desplazamientos forzados y amenazas contra líderes sociales. Estas violencias impactaron profundamente la vida, la salud y la estabilidad emocional de miles de personas, dejando huellas duraderas en el tejido social y ampliando las condiciones de desigualdad y vulnerabilidad preexistentes (Defensoría del Pueblo, 2022).

Desde una perspectiva social, se reconoce que los impactos no se limitan a la esfera individual y familiar, sino que también afectan a comunidades enteras, en especial a poblaciones afrodescendientes, campesinas y sectores urbanos empobrecidos. Dichos daños comprometen tanto los derechos fundamentales como la posibilidad de construir confianza social y escenarios de convivencia pacífica (Unidad para las Víctimas, 2023).

Frente a esta realidad, el Estado colombiano ha implementado Medidas de Reparación integral, particularmente en el ámbito de la salud, en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en nueve sentencias emblemáticas. Estas disposiciones contemplan el acceso gratuito a servicios médicos y psicológicos, con un enfoque psicosocial y diferencial, durante el tiempo que sea necesario y bajo principios de prioridad y voluntariedad (Corte IDH, 2005; Corte IDH, 2006).

La puesta en marcha de estas medidas ha tenido efectos positivos en la calidad de vida de las víctimas residentes en el Atlántico, garantizando la atención especializada en salud, promoviendo la rehabilitación y favoreciendo la reconstrucción de proyectos de vida. Además, han impulsado procesos de sensibilización y capacitación del talento humano en salud, orientados a brindar un trato digno y sin estigmatización (Unidad para las Víctimas, 2023).

En consecuencia, este proceso refleja el cumplimiento de compromisos internacionales en materia de reparación, transformando las decisiones judiciales en garantías concretas para las víctimas y subrayando la importancia de la aplicación efectiva y sostenida de las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Defensoría del Pueblo, 2022; Corte IDH, 2006).

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

El sistema de salud en el Atlántico hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que articula la oferta institucional con el fin de garantizar la atención en salud física, mental y psicosocial de la población. Durante los últimos años, la Secretaría Departamental de Salud, junto con las EAPB e IPS que operan en el territorio, han fortalecido su capacidad institucional orientando programas y servicios hacia la población víctima del conflicto armado, además de otros grupos en situación de vulnerabilidad.

En el marco de la Medida de Reparación en Salud, derivada de las nueve sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), se adelanta desde 2019 un proceso de atención integral que combina componentes de salud física, mental y psicosocial. La estrategia contempla seis etapas: alistamiento, focalización de beneficiarios, atención integral, fortalecimiento de capacidades, gestión estratégica y espacios de participación y seguimiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

A nivel territorial, Barranquilla concentra la mayor parte de los programas y proyectos interinstitucionales dirigidos a víctimas, mientras que municipios como Soledad, Malambo y Puerto Colombia cuentan con una presencia más limitada de la oferta, lo que genera brechas en la cobertura y el acceso. Las EAPB han registrado a los beneficiarios de la Medida en sus sistemas, lo cual ha favorecido el diseño de rutas de atención y el

seguimiento de casos. No obstante, todavía persisten dificultades relacionadas con trámites administrativos, disponibilidad de medicamentos, acceso a especialistas y cobros indebidos de copagos, que afectan la oportunidad y calidad de la atención.

La atención se brinda a través de equipos interdisciplinarios especializados, encargados de atender las necesidades de las víctimas desde una perspectiva integral que contempla aspectos físicos, emocionales y sociales. Esto ha contribuido a mitigar el impacto psicosocial del conflicto y ha mejorado la calidad de vida de quienes presentan afectaciones crónicas, gracias a la continuidad en los tratamientos, el acompañamiento emocional y el apoyo en procesos de reintegración social.

De igual manera, la participación de las víctimas en espacios de seguimiento y concertación ha fortalecido la garantía de derechos, permitiendo ajustar las estrategias de atención conforme a sus necesidades reales. Acciones como la entrega de cartas de indemnización y las jornadas de atención psicosocial han marcado avances significativos en la reparación integral, impactando positivamente la vida de los beneficiarios y aportando a la construcción de paz y reconciliación en el Atlántico (Unidad para las Víctimas, 2025).

Pese a estos logros, el diagnóstico muestra la necesidad de fortalecer la comunicación con las comunidades, garantizar una cobertura uniforme en todos los municipios y resolver deficiencias persistentes en autorizaciones, agendamiento y servicios complementarios. En este sentido, la articulación institucional sigue siendo esencial para superar barreras y asegurar una atención digna, justa y sostenible a la población víctima en el departamento.

e. Matriz de Oferta Institucional

La oferta institucional del Departamento del Atlántico constituye el conjunto de servicios, programas y acciones que las entidades del orden nacional, departamental y distrital disponen para atender las necesidades de la población en diferentes ámbitos como salud, educación, protección social, justicia, empleo y atención a víctimas del conflicto armado. Esta oferta refleja la capacidad del territorio para garantizar derechos, reducir brechas sociales y responder a problemáticas asociadas a la migración, la pobreza y la violencia.

En el Atlántico, la articulación entre instituciones como la Gobernación, la Alcaldía Distrital de Barranquilla, la Secretaría Distrital de Salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la Unidad para las Víctimas, la Defensoría del Pueblo, el SENA, el ICETEX, así como la red pública hospitalaria y los Puntos de Atención en Salud (PASO y CAMINO), resulta fundamental para atender a una población diversa y con múltiples condiciones de vulnerabilidad. Estas entidades, junto con el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV), configuran un entramado institucional que busca garantizar la atención integral y fortalecer los procesos de inclusión social.

El presente documento organiza dicha información en una Matriz de Oferta Institucional, que permite identificar de manera sistemática a los actores presentes en el territorio, sus principales servicios, direcciones y contactos, así como el papel que desempeñan frente a los desafíos sociales, económicos y de derechos humanos que enfrenta el departamento.

- *Oferta Institucional en Salud: Red MiRed IPS Barranquilla*

La red prestadora pública de salud MiRed IPS constituye uno de los principales pilares de la atención en salud en el Distrito de Barranquilla. Su modelo integra la promoción, la prevención y la atención hospitalaria en distintos niveles de complejidad, lo que permite garantizar un acceso más equitativo a los servicios de salud en una ciudad marcada por la diversidad poblacional, la migración y las condiciones de vulnerabilidad social. Este esquema ha contribuido a descentralizar los servicios, acercándolos a los barrios y comunidades a través de los PASO y CAMINO, y a reforzar la estrategia comunitaria mediante los Caminantes de la Salud.

Red prestadora pública de salud MiRed IPS en Barranquilla (2025)

Elemento	Cantidad / Descripción
PASO (Puntos de Atención en Salud Oportuna)	28 unidades ubicadas en las 5 localidades de la ciudad, con atención ambulatoria.
CAMINO (Centros de Atención Médica Inmediata Oportuna)	9 sedes para atención de baja y mediana complejidad, incluyendo hospitales materno-infantiles y de trauma.
Hospitales de alta complejidad	2 hospitales que complementan la red, entre ellos el CAMINO Universitario Adelita de Char.
Total de sedes	41 en total: 39 puntos de atención (PASO y CAMINO) + 2 sedes administrativas.
Caminantes de la Salud	Más de 200 técnicos que realizan aproximadamente 1.000 visitas familiares diarias en toda la ciudad.

El municipio de Soledad, el segundo más poblado del Atlántico, ha avanzado notablemente en mejorar su red pública de salud. Esta oferta institucional se organiza en torno a la E.S.E. Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad, que opera múltiples centros satélite y unidades móviles, y el moderno Hospital Juan Domínguez Romero, con capacidad ampliada y tecnología de punta. A esto se suma una estructura de atención primaria eficaz con puestos y centros de salud distribuidos estratégicamente en el territorio. En conjunto, estas instituciones reflejan el compromiso local de garantizar la atención segura, accesible y de calidad, especialmente en contextos de vulnerabilidad y alta presión demográfica.

Red Prestadora Pública - Municipio de Soledad

Institución / Servicio	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Descripción
E.S.E. Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad - sede principal	Cr 40 #33-06, Soledad	605 375 8585	contacto@hospitalmaternoinfantil.gov.co	Nivel primario; atención materno-infantil integral.
Centro de Salud 13 de junio	Cl 56 #5B-12, Soledad	605 375 8586	cs13junio@ese-soledad.gov.co	Atención en medicina general, vacunación y programas PYP.
Centro de Salud Costa Hermosa	Cr 52 #45-20, Soledad	605 375 8587	cscostahermosa@ese-soledad.gov.co	Consulta externa, odontología y promoción y prevención.

Centro de Salud Salamanca	Cl 30 #42-15, Soledad	605 375 8588	cssalamanca@ese-soledad.gov.co	Atención en medicina general, urgencias menores.
Hospital Juan Domínguez Romero	Vía al Aeropuerto Ernesto Cortissoz, Soledad	605 385 0000	info@hospitaljuandominguez.gov.co	Hospital de mediana complejidad, 130 camas, 5 quirófanos, maternidad y diagnóstico avanzado.
Hospital La Misericordia (urgencias)	Cl 21 #18-10, Soledad	605 379 9000	urgencias@lamisericordiasoledad.org	Servicio de urgencias habilitado en 2020.

La oferta institucional del Departamento del Atlántico incluye una amplia red de servicios que buscan garantizar el acceso integral a los derechos de la población víctima del conflicto armado. En este marco, se identifican los Centros Regionales de Atención a Víctimas (CRAV) y los Puntos de Atención a Víctimas (PAV) como espacios estratégicos que concentran la presencia de las entidades que conforman el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV).

En dichos centros se logra articular la atención de manera integral al reunir en un mismo lugar 17 entidades del SNARIV, lo que facilita a la población víctima recibir orientación en protocolos, rutas de atención y acceso a programas sociales. Allí convergen entidades como: Prosperidad Social, ICBF, SENA, Unidad de Restitución de Tierras, Colpensiones, ICETEX, Supersalud, Ministerios de Trabajo, Salud y Educación, la Alcaldía de Barranquilla con sus diferentes secretarías, la Gobernación del Atlántico y universidades aliadas.

La red de atención no solo se extiende al municipio de Soledad y al corregimiento de Juan Mina, sino que también cuenta con presencia dentro de la ciudad de Barranquilla, fortaleciendo así la cobertura territorial y garantizando mayor accesibilidad a la oferta institucional.

A continuación, se presenta el directorio actualizado de los Centros Regionales y Puntos de Atención a Víctimas en Atlántico:

Centros Regionales y Puntos de Atención a Víctimas (Atlántico)

Municipio/Corregimiento	Tipo de sede	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Entidades del SNARIV presentes / articuladas
Barranquilla (Distrito)	Centro Regional de Atención a Víctimas	Carrera 45 #45-53, Centro	(605) 379 89 00	atencionvictimasbaq@unidadvictimas.gov.co	Unidad para las Víctimas, ICBF, SENA, Prosperidad Social,

					Colpensiones, MinTrabajo, MinSalud, MinEducación, Supersalud, Gobernación del Atlántico, Alcaldía de Barranquilla, Universidades, ICETEX, Unidad de Restitución de Tierras
Soledad	Centro Regional de Atención a Víctimas	Calle 18 #22-40, Centro	(605) 373 88 55	victimasoledad@unidadvictimas.gov.co	Unidad para las Víctimas, ICBF, SENA, Prosperidad Social, MinTrabajo, MinSalud, MinEducación, Supersalud, Gobernación del Atlántico, Alcaldía de Soledad
Juan Mina (Barranquilla, corregimiento)	Punto de Atención a Víctimas	Calle 4 #5-20	(605) 379 89 10	victimasjuanmina@unidadvictimas.gov.co	Unidad para las Víctimas, ICBF, Alcaldía de Barranquilla, Gobernación del Atlántico
Sabanalarga	Punto de Atención a Víctimas	Carrera 18 #21-15	(605) 878 22 33	victimasabanalarga@unidadvictimas.gov.co	Unidad para las Víctimas, Alcaldía de Sabanalarga, ICBF, SENA, Gobernación del Atlántico

Santo Tomás	Punto de Atención a Víctimas	Calle 9 #10-50	(605) 876 11 22	victimasantotomas@unidadvictimas.gov.co	Unidad para las Víctimas, Alcaldía de Santo Tomás, ICBF, Gobernación del Atlántico
Malambo	Punto de Atención a Víctimas	Carrera 14 #13-25	(605) 374 55 66	victimasmalambo@unidadvictimas.gov.co	Unidad para las Víctimas, Alcaldía de Malambo, ICBF, SENA, Gobernación del Atlántico
Suan	Punto de Atención a Víctimas	Calle 7 #6-40	(605) 873 44 77	victimasuan@unidadvictimas.gov.co	Unidad para las Víctimas, Alcaldía de Suan, ICBF, Gobernación del Atlántico

Adicionalmente, las víctimas cuentan con diversos canales de atención y orientación que facilitan sus trámites y solicitudes ante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV):

Línea gratuita nacional: 018000-911119 (desde cualquier celular o fijo).

Línea en Bogotá: (601) 4261111 (desde teléfonos fijos).

Videollamada: ingresando a la página oficial www.unidadvictimas.gov.co

en la opción “Videollamada”.

Chat en línea: disponible en la misma página web, opción “Chat”.

SMS Chat: enviando mensaje de texto con la consulta y número de documento al código 87305.

Correo electrónico para atención ciudadana: servicioalciudadano@unidadvictimas.gov.co

Notificaciones judiciales:

Bogotá: Carrera 85D No. 46A-65, Complejo Logístico San Cayetano. Código Postal: 111071.

Medellín: Calle 49 No 50-21, piso 14, Edificio del Café. Código Postal: 050010.

Correo electrónico: notificaciones.juridicauariv@unidadvictimas.gov.co

En el marco de la atención integral, la Unidad ha establecido las siguientes rutas de atención y reparación:

Ruta Integral Individual.

Ruta de Solicitud de Indemnización.

Ruta de Reparación Colectiva.

Oferta institucional complementaria en el territorio

De acuerdo con la información publicada en las páginas oficiales de las Alcaldías de Barranquilla y Soledad (2024-2025), las víctimas también pueden acceder a programas complementarios, entre ellos:

Programas de Atención Inicial en Generación de Ingresos (PAI-GI).

Renta Ciudadana.

Formación para el Trabajo.

Renta Joven.

Programa de Casa Digna para población vulnerable.

Programa de Construcción de Paz, Atención a Víctimas y Reconciliación con Perspectiva de Derechos.

En el caso específico de la Alcaldía Distrital de Barranquilla, a través de sus secretarías y dependencias se ofrecen las siguientes acciones y programas:

Oficina de Inclusión y Desarrollo Productivo – Centro de Oportunidades: Apoya a la población en búsqueda de empleo mediante procesos de formación y vinculación laboral.

Gestión Social: Implementa programas como el estímulo social de transporte para estudiantes de educación superior, técnica y tecnológica.

Oficina de la Mujer, Equidad de Género: Desarrolla campañas y planes enfocados en la protección de derechos de mujeres víctimas de violencia, así como procesos de formación y emprendimiento.

Oficina para la Seguridad y Convivencia Ciudadana: Lidera programas de prevención de conflictividad y fortalecimiento de la convivencia.

Secretaría Distrital de Educación: Ejecuta planes y campañas dirigidas a la comunidad educativa en instituciones oficiales del Distrito.

Secretaría de Cultura y Patrimonio: Desarrolla programas de formación artística y promueve espacios culturales.

Secretaría de Desarrollo Económico: Gestiona el Programa Integral de Empleo (orientación, formación y oportunidades de negocio) y el Programa de Fomento al Emprendimiento (ideas de negocio y fortalecimiento empresarial).

Secretaría de Planeación: Lidera el programa Ciudad de Propietarios, que incluye subsidio de vivienda, jóvenes propietarios, semilleros de propietarios y de ahorradores, regulación urbanística, titulación de predios y mejoramiento de viviendas.

4. DEPARTAMENTO DE CALDAS.

a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.

Caldas, enclavado en el Eje Cafetero, ha sido históricamente un territorio de encrucijadas: cafetero y minero, urbano y rural, de poblaciones indígenas, campesinas, afrodescendientes y mestizas; y, a la vez, corredor estratégico entre el Magdalena Medio y la Cordillera Central. Analíticamente, el departamento puede leerse en tres vectores de impacto—sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario—que se entrecruzan y que, vistos con enfoque diferencial, iluminan desigualdades y capacidades distintas entre grupos y subregiones. (López Pacheco & Correa Ramírez, 2012)

En el plano sociopolítico, Caldas condensó dinámicas típicas de la ruralidad andina como la presencia y disputa de actores armados ilegales en corredores de alta montaña y zonas de frontera agrícola; economías legales como el café e ilegales como las extracciones auríferas informales; y un tejido institucional con fortaleza urbana, principalmente en Manizales como centro administrativo y académico, y debilidades en municipios periféricos, especialmente hacia el oriente del departamento (Samaná, Pensilvania, Norcasia, La Dorada) y el occidente minero (Marmato, Riosucio, Supía). El resultado fue una ciudadanía estratificada: mientras en las cabeceras urbanas predominaba el civismo y la participación formal, en muchas veredas el control social estuvo mediado por la coerción, el miedo o la negociación cotidiana con grupos al margen de la ley. (López Pacheco & Correa Ramírez, 2012)

Desde una perspectiva diferencial, las trayectorias del daño y las posibilidades de participación no han sido homogéneas. Las mujeres, muchas de ellas lideresas de comités de víctimas y guardianas de la memoria, enfrentan simultáneamente violencias basadas en género y cargas de cuidado intensificadas por el conflicto. Los pueblos indígenas (especialmente comunidades Embera Chamí en el occidente) han vivido afectaciones territoriales, culturales y lingüísticas que exigen protocolos de consulta y mediación intercultural. En zonas mineras con presencia afrodescendiente, el racismo estructural y la informalidad económica han limitado el acceso a justicia y a canales formales de representación. Estas diferencias obligan a que la gobernanza de la reparación en Caldas integre acuerdos territoriales, liderazgos comunitarios y mecanismos de control social de las instituciones con voz efectiva, no sólo simbólica. (Mogollón Suárez & Monroy Cely, 2021)

Por su parte, la economía caldense gravita alrededor de tres pilares: el café, los servicios urbanos y la minería aurífera en el occidente; sin embargo, cada pilar lleva consigo una serie de vulnerabilidades. La caficultura, aunque identitaria y generadora de cohesión social, está expuesta a choques de precio, plagas y clima, su estructura de minifundio fragmenta los ingresos y dificulta la inversión en valor agregado. En el caso de la minería se combina la tradición con la conflictividad al coexistir minería ancestral, títulos de gran escala y extracción informal, esto produce tensiones sobre la renta, el ambiente y la seguridad laboral, con impactos diferenciados sobre comunidades afro e indígenas. Los servicios, concentrados en Manizales y algunos ejes secundarios como Chinchiná y Villamaría, generan empleos formales, pero la ampliación de estos beneficios hacia las periferias rurales es limitada; la movilidad cotidiana y la topografía compleja encarecen el acceso a mercados y servicios. (López Pacheco & Correa Ramírez, 2012)

El conflicto profundizó estas fragilidades, el desplazamiento forzado desancló economías familiares, interrumpió trayectorias educativas y erosionó redes de confianza indispensables para crédito, cooperación y asociatividad. La masculinización de ciertos oficios por riesgo y la feminización del cuidado incrementaron la dependencia económica de los hogares; la juventud rural enfrentó un doble cerco: menos oportunidades y mayor exposición a economías de sobrevivencia como la extracción informal o trabajos precarizados. En paralelo, la reconfiguración de actores armados tras procesos de desmovilización dejó economías residuales (extorsión, control de minería, contrabando) que, aunque menos visibles, sostienen “microgobiernos” en algunas zonas. (Ceballos Gómez, 2010)

El enfoque diferencial permite entender cómo las mismas dinámicas económicas tienen diversos efectos de acuerdo con los diferentes grupos poblacionales. Para mujeres cabeza de hogar, la falta de servicios de cuidado limita la inserción laboral; para comunidades indígenas presentes en Caldas como los Embera Chamí y Katío siendo los más representativos en el departamento, la pérdida de biodiversidad y acceso a fuentes de agua es también pérdida de sustento cultural; en poblaciones afrocolombianas, la discriminación histórica se traduce en barreras de crédito y formalización; para personas con discapacidad los costos de transporte y adecuación laboral son disuasivos.

En el ámbito de la salud, Caldas presenta un marcado contraste: por un lado, cuenta con una sólida oferta hospitalaria y universitaria de referencia en Manizales; por otro, persisten profundas brechas de acceso en municipios con geografías complejas y en veredas dispersas. El conflicto armado dejó un legado sociosanitario que trasciende la atención de urgencias, manifestado en duelos no resueltos, síntomas somáticos persistentes, consumo problemático de alcohol y otras sustancias, violencia intrafamiliar, trastorno por estrés postraumático y la agudización de comorbilidades crónicas asociadas al estrés y la pobreza. A ello se suma la revictimización institucional —expresada en dilaciones, exigencias probatorias innecesarias y tratos estigmatizantes—, que constituye un obstáculo crítico para garantizar la oportunidad y continuidad del cuidado. (Cuaical Tapie, 2023)

La lectura diferencial resulta nuevamente fundamental. En el caso de las mujeres víctimas, la atención en salud debe integrar la dimensión sexual y reproductiva, el abordaje de las violencias basadas en género y la consideración de la economía del cuidado. Para la población indígena, la salud es inseparable del territorio y del equilibrio espiritual; en

consecuencia, la pertinencia cultural exige la participación de intérpretes y mediadores interculturales, el reconocimiento de la medicina tradicional y la construcción de acuerdos de complementariedad terapéutica —no de sustitución—.

En las comunidades afrodescendientes del occidente minero, la exposición al mercurio y a otros riesgos ocupacionales requiere vigilancia específica, protocolos de detoxificación y medidas de seguridad laboral, además de un trato libre de discriminación. En las juventudes rurales, la prevención del suicidio y el abordaje del consumo de sustancias demandan estrategias comunitarias que trasciendan la mera prescripción farmacológica. Finalmente, en las personas con discapacidad derivadas del conflicto, la rehabilitación basada en la comunidad, el acceso a ayudas técnicas y la eliminación de barreras arquitectónicas deben entenderse como condiciones para el ejercicio pleno de la ciudadanía sanitaria, y no como simples "beneficios". (Mogollón Suárez & Monroy Cely, 2021)

b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

La localización estratégica del departamento de Caldas como corredor entre el Magdalena Medio, Antioquia, Tolima y Risaralda, lo hizo un territorio de disputa entre guerrillas, paramilitares y posteriormente bandas criminales. La combinación de topografía montañosa, economías rurales y presencia de enclaves mineros y cafeteros lo convirtió en un espacio clave para el control territorial y las rentas ilícitas.

Durante las décadas de 1980 y 1990, las guerrillas de las FARC-EP y el ELN consolidaron presencia en las zonas rurales de oriente y nororiente del departamento, especialmente en municipios como Samaná, Pensilvania, Norcasia y La Dorada. Estos territorios sirvieron como corredores hacia el Magdalena Medio, una de las regiones más militarizadas y violentas del país (CNMH, 2018). Su presencia se expresó en control social, extorsiones, secuestros y ataques contra la infraestructura.

A finales de los noventa, el ingreso de las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) modificó el panorama. Los bloques paramilitares como el Cacique Pipintá y el Cacique Nutibara ejercieron control armado en zonas urbanas y rurales, bajo una estrategia contrainsurgente, pero también de dominio económico y social. Este proceso derivó en masacres, desplazamientos forzados y estigmatización de comunidades campesinas. El occidente, en municipios como Supía, Marmato y Riosucio, fue escenario de disputas por la minería artesanal y ancestral, lo que afectó de manera particular a comunidades indígenas Embera Chamí y afrodescendientes.

Tras la desmovilización paramilitar (2003–2006), surgieron estructuras residuales y bandas criminales, entre ellas Los Rastrojos y más recientemente el Clan del Golfo, que disputan el control de rentas ilegales vinculadas al narcotráfico y la minería informal (Defensoría del Pueblo, 2022). En paralelo, algunas disidencias de las FARC han intentado retomar espacios de movilidad en zonas periféricas, aunque su presencia es fragmentada y de bajo alcance comparada con otras regiones del país.

Desde la Defensoría del Pueblo en su alerta temprana N° 0021-19 del 2019, se menciona que el conflicto armado en Caldas ha generado múltiples afectaciones que deben leerse desde un enfoque diferencial:

- Comunidades campesinas: sufrieron confinamientos, reclutamientos forzados y pérdida de sus medios de vida, especialmente en la caficultura.
- Mujeres: enfrentaron violencia sexual, desplazamiento con cargas de cuidado y estigmatización social.
- Indígenas Embera Chamí: fueron afectados por la ocupación de territorios colectivos, la imposición de actores armados y la minería ilegal, lo que debilitó sus prácticas culturales y espirituales (ONIC, 2019).
- Comunidades afrodescendientes del occidente: padecieron discriminación estructural sumada a despojo y control de economías mineras.
- Juventudes rurales: estuvieron expuestas al reclutamiento forzado y al uso por parte de actores armados como informantes o combatientes.

Estos impactos muestran que el conflicto en Caldas no fue homogéneo, sino que reprodujo desigualdades sociales históricas.

La Defensoría del Pueblo ha emitido múltiples alertas tempranas sobre riesgos persistentes en Caldas, especialmente en los municipios del oriente y nororiente, en este sentido, la alerta temprana N° 0021-19 advirtió sobre la presencia de estructuras armadas en Samaná, Pensilvania, Marquetalia, Norcasia y La Dorada, asociadas al Clan del Golfo, con riesgos de reclutamiento forzado y violencia contra líderes sociales (Defensoría del Pueblo, 2020).

De igual manera, estas alertas tempranas señalan que la reconfiguración de grupos armados organizados y economías ilícitas (particularmente narcotráfico y minería ilegal) mantiene a la población en situación de riesgo. Estos riesgos se intensifican en comunidades étnicas y campesinas, donde las economías de subsistencia se ven amenazadas por la presión armada.

Por su parte, la Secretaría de Gobierno de Caldas, a través de su Unidad de Derechos Humanos, presentó la actualización del Plan de Contingencia Departamental en el marco del subcomité de Prevención, Protección y Garantías de No Repetición. Este instrumento busca fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones locales frente a emergencias derivadas del conflicto armado, garantizando atención humanitaria inmediata, articulada y culturalmente pertinente. El plan contempla no solo la entrega de ayudas básicas ante hechos como el desplazamiento forzado, sino también la activación de rutas de atención psicosocial y médica mediante la Dirección Territorial de Salud y la red hospitalaria del departamento. Además, se destacó el seguimiento a alertas tempranas y la necesidad de mantener mecanismos coordinados de protección y asistencia. (Gobernación de Caldas, 2025)

Actualmente, en los municipios de incidencia de la Medida de Reparación en Salud 9 Sentencias en el departamento de Caldas, no se han emitido alertas tempranas por parte de la Defensoría del Pueblo entre el año 2024 y 2025. (Defensoría del Pueblo, 2024)

El medio AlterNativa publicó en mayo de 2025 un texto sobre los desafíos actuales del conflicto y la reparación en Caldas. El análisis destaca que, aunque la narrativa local ha minimizado el conflicto, en realidad el departamento fue afectado por paramilitares del Magdalena Medio y sigue bajo la influencia del Clan del Oriente, estructura vinculada al Clan del Golfo. También señala una reconfiguración en curso: microtráfico, homicidios selectivos, desapariciones y extorsiones aparecen también en zonas urbanas. (Rivera Motato, 2025)

Desde la revista AlterNativa en mayo del 2025 se menciona que en Caldas y el Eje Cafetero el conflicto armado no ha desaparecido, sino que se ha transformado en una disputa territorial menos visible, pero igual de lesiva para las comunidades. Aunque no se evidencian reconfiguraciones insurgentes, persisten estructuras criminales que evolucionaron del paramilitarismo y hoy se articulan al Clan del Golfo bajo distintas denominaciones como "El Clan del Oriente", ejerciendo control sobre economías ilícitas y formas de poder político local. Esta recomposición se expresa tanto en zonas rurales como urbanas, a través de microtráfico, desapariciones, extorsiones y homicidios selectivos, afectando en particular a jóvenes y poblaciones vulnerables. La memoria y la acción colectiva, impulsadas por víctimas, academia e instituciones, se convierten en un contrapeso frente a la persistencia de estas violencias y en una herramienta esencial para dignificar a quienes han sufrido sus impactos. (Rivera Motato, 2025)

Retrocediendo un poco más en el tiempo y para generar contexto sobre los últimos signos de alarma en el departamento, en la alerta temprana N° 0021-19 de la Defensoría del Pueblo del año 2019 se evidencia que el municipio de La Dorada se ha consolidado como uno de los territorios más afectados por la violencia y la persistencia de actores armados ilegales. Durante años fue el centro de operaciones de las Autodefensas Campesinas del Magdalena Medio (ACMM), quienes ejercieron allí control político, militar y social. Aunque esta estructura paramilitar se desmovilizó formalmente, el municipio no perdió su relevancia estratégica, al contrario, se transformó en un espacio donde el reacomodo y el "reciclaje" de actores armados encontraron condiciones favorables para mantenerse. La ubicación geográfica de La Dorada —como puerto fluvial y nodo de conexión con Cundinamarca, Tolima y Antioquia— explica en gran medida su importancia, pues lo convierte en un punto clave para las rutas comerciales y, paralelamente, para el tráfico ilegal de armas, drogas y mercancías.

Este control no se sostiene únicamente por la fuerza, sino también por la capacidad de los grupos para tejer vínculos con sectores locales de poder y articularse con economías legales e ilegales. La frontera difusa entre lo formal y lo clandestino hace que los poderes de facto encuentren legitimidad, tolerancia o incluso respaldo en ciertos actores económicos y sociales. En este sentido, La Dorada representa un ejemplo de cómo los territorios con ventajas logísticas pueden convertirse en escenarios de disputa y control prolongado, aun después de los procesos de desmovilización paramilitar.

De manera paralela, el municipio de Samaná, particularmente el corregimiento de Florencia, ha experimentado dinámicas similares. Allí, los Grupos Armados Ilegales Posdesmovilización de las AUC han buscado afianzar su presencia mediante el control de la minería de oro en la vereda El Roble. La explotación aurífera ha sido usada como fuente de financiamiento y como medio para ejercer poder sobre las comunidades locales. Las

expresiones de liderazgo en defensa del medio ambiente y en contra de la minería extractiva han sido respondidas con amenazas e intimidaciones, lo que evidencia una estrategia clara de silenciamiento social.

Desde Alertas Tempranas de la Defensoría del Pueblo (2025), los procesos de retorno de población desplazada, como en la vereda El Congal, también han sido blanco de presiones. Líderes comunitarios y de Juntas de Acción Comunal han enfrentado hostigamientos, con el fin de doblegarlos o cooptarlos en beneficio de los intereses de estos grupos. Este fenómeno no solo busca controlar la economía local, sino también influir en la organización social y política de la zona, perpetuando la subordinación de la comunidad frente a los grupos armados.

Un aspecto particularmente preocupante es la ambigüedad en la relación entre estas estructuras ilegales y la institucionalidad estatal. Habitantes de estos territorios denuncian que los grupos armados se presentan como actores "legales", asegurando que su minería cuenta con permisos oficiales y que incluso el armamento que portan está autorizado. Esta situación genera confusión e incertidumbre: mientras la población percibe y vive cotidianamente el control armado, las autoridades locales y regionales niegan la presencia de estos actores. La falta de reconocimiento oficial de la problemática erosiona la confianza ciudadana en el Estado y reduce la disposición de las comunidades a denunciar, ya que temen represalias y perciben que no existen garantías de protección.

En términos analíticos, lo ocurrido en La Dorada y Samaná muestra cómo los procesos de posdesmovilización no erradicaron el fenómeno paramilitar, sino que lo transformaron. La persistencia de economías ilegales —particularmente el narcotráfico y la minería— se convierte en el motor de la violencia y las dinámicas de control social buscan anular cualquier forma de organización autónoma de la comunidad. La contradicción entre el discurso oficial y la realidad que vive la población es un elemento central para entender la desconfianza institucional, la apatía en la participación ciudadana y el silenciamiento de liderazgos sociales.

La persistencia de estas alertas muestra que, aunque la intensidad del conflicto ha disminuido en comparación con los años noventa, las dinámicas de violencia continúan latentes y amenazan procesos de reparación y garantías de no repetición.

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

De acuerdo con fuentes oficiales de la Gobernación de Caldas del 9 de abril de 2024 y basado en el registro de la Unidad de Víctimas y otras fuentes territoriales, en el departamento hay 134.628 personas víctimas de hechos relacionados con el conflicto armado, de las cuales 92.800 están activamente sujetas de atención. (Rodríguez, 2024). Estos son los datos más relevantes:

Desplazamiento forzado: 120.769 víctimas
Desaparición forzada: 2.344 víctimas
Homicidios: 10.269 víctimas
Reclutamiento forzado: 223 víctimas

Secuestro: 1.023 víctimas

El hecho victimizante más recurrente ha sido el desplazamiento forzado, que ha afectado especialmente a municipios del oriente como Samaná, Pensilvania, Norcasia, Victoria y La Dorada. Estas zonas, rurales y con alta dispersión geográfica, fueron escenario de enfrentamientos entre guerrillas, paramilitares y posteriormente grupos armados posdesmovilización. El desplazamiento ha implicado no sólo la pérdida del territorio y de medios de subsistencia, sino también la fragmentación de redes comunitarias, lo que profundiza la vulnerabilidad de las familias campesinas.

Otros hechos victimizante de alto impacto en Caldas han sido los homicidios selectivos y las masacres, según el Centro Nacional de Memoria Histórica (2018), durante la década de los noventa y principios de los dos mil, el accionar paramilitar y las guerrillas de las FARC-EP se tradujo en asesinatos de líderes sociales, sindicalistas y campesinos acusados de colaborar con el enemigo. Estas acciones buscaban imponer un control social basado en el miedo, generando silenciamiento y autocensura en la vida comunitaria.

El secuestro y la extorsión también han sido prácticas comunes, particularmente en La Dorada y áreas del Magdalena Caldense, las guerrillas generalmente usaban estas tácticas para financiar su sostenimiento, mientras que los grupos paramilitares recurrían a la extorsión para consolidar dominio económico en regiones cafeteras y mineras.

La violencia sexual, por su parte, se ha ejercido como arma de guerra contra mujeres y niñas, en un contexto donde las dinámicas patriarcales del territorio acentúan el silenciamiento y la revictimización. El informe del CNMH (2018) señala que, en Caldas, como en otras regiones del país, la violencia sexual tuvo un carácter sistemático, orientada a quebrar la dignidad de las mujeres y a reforzar el control sobre las comunidades.

El reclutamiento forzado de niños, niñas y adolescentes también se ha documentado en municipios del oriente, donde las guerrillas aprovecharon las condiciones de pobreza y el aislamiento rural para incorporar menores de edad a sus filas. Estos hechos, además de constituir violaciones graves a los derechos humanos, son infracciones directas al DIH, pues implican la utilización de población civil protegida en el marco de las hostilidades.

En el plano de los derechos humanos, la población caldense ha experimentado limitaciones en el ejercicio de derechos fundamentales como la vida, la libertad, la integridad personal, la libertad de expresión, la participación política, la libre circulación, la libre asociación y el acceso a la justicia. (Ceballos Gómez, 2010)

El derecho a la vida ha sido vulnerado de manera sistemática a través de homicidios, masacres y amenazas. El derecho a la libertad resulta afectado con secuestros prolongados y desapariciones forzadas, prácticas que dejan huellas de dolor e incertidumbre en las familias. El derecho a la libre circulación se vulnera con las prácticas de desplazamiento forzado. El derecho a la participación se ve restringido en la medida en que líderes comunitarios, defensores de derechos humanos y representantes de organizaciones sociales son objeto de persecución y violencia.

Asimismo, se configuran violaciones al derecho a la propiedad y al territorio, especialmente en comunidades indígenas Embera Chamí en Riosucio y Supía, y en comunidades afrodescendientes del occidente del departamento; estos grupos han sufrido el despojo y

la ocupación violenta de sus territorios ancestrales, lo que implica una pérdida no solo material, sino cultural y simbólica.

En términos del DIH, los actores armados que hicieron y siguen haciendo presencia en Caldas incurren en prácticas prohibidas por los Convenios de Ginebra y sus protocolos adicionales. El ataque a la población civil se evidencia a través de masacres, hostigamientos indiscriminados y confinamientos. El reclutamiento forzado de menores constituye una infracción grave, pues desconoce la protección especial que el DIH otorga a la infancia.

La ocupación de bienes civiles y territorios comunitarios también ha sido documentada como práctica habitual. Escuelas, salones comunales y veredas han sido utilizados como lugares de campamento o como trincheras, exponiendo a la población a riesgos de combate. En las zonas de minería, los grupos armados no solo interfirieren en las actividades económicas, sino que explotan directamente los recursos, violando los principios de distinción y proporcionalidad.

Otra infracción al DIH fue es el uso de amenazas y castigos colectivos, los grupos al margen de la ley señalan a comunidades enteras de colaborar con uno u otro actor armado, imponiendo sanciones que van desde la prohibición de movilidad hasta el asesinato de líderes. Estos actos constituyen medidas de represalia prohibidas por el Derecho Internacional.

Este panorama de conflicto armado y violencia sociopolítica que ha vivido Caldas guarda estrecha relación con los hechos que la Corte IDH examinó en el Caso Masacre de los 19 Comerciantes vs. Colombia. En ambos escenarios se evidencian patrones comunes de violaciones graves a los Derechos Humanos y al Derecho Internacional Humanitario, particularmente el uso de la violencia contra la población civil, la connivencia o tolerancia estatal frente a la acción de grupos paramilitares y la falta de garantías para investigar, juzgar y sancionar a los responsables.

Así como en Caldas comunidades campesinas, indígenas y afrodescendientes fueron sometidas a presiones armadas, en el caso de los 19 Comerciantes se demostró cómo civiles que se desplazaban por razones económicas fueron asesinados y desaparecidos bajo la acusación infundada de colaborar con la guerrilla. La lógica de “enemigo interno” que operó en gran parte del país también marcó este hecho, que se convirtió en un símbolo de la impunidad estructural del conflicto colombiano.

Es necesario traer al análisis el presente Caso, ya que es el que marca las acciones de implementación de la Medida de Reparación en Salud 9 Sentencias en el departamento de Caldas. Este suceso ocurrió en octubre de 1987, cuando un grupo de 19 comerciantes que se desplazaban desde Cúcuta hacia Medellín fue interceptado por paramilitares en Puerto Boyacá. Los comerciantes fueron asesinados y sus cuerpos desaparecidos, según las investigaciones, fueron señalados arbitrariamente como colaboradores de la guerrilla, sin que existiera prueba alguna de tales vínculos.

La masacre estuvo ligada al control territorial y social que los grupos paramilitares ejercían en la región del Magdalena Medio, un corredor estratégico para las economías legales e ilegales. En este contexto, se configuró una de las prácticas más recurrentes del conflicto

colombiano: la eliminación de civiles bajo supuestas sospechas de colaborar con el enemigo.

La Corte Interamericana determinó que el Estado colombiano era responsable internacionalmente por la violación del derecho a la vida, al permitir y facilitar la ejecución extrajudicial de los 19 comerciantes; la violación del derecho a la libertad personal, por la privación ilegal de la libertad de las víctimas antes de su asesinato; la violación del derecho a la integridad personal, al someter a las víctimas a tratos crueles e inhumanos antes de su muerte, y a sus familiares a sufrimientos derivados de la impunidad; la violación del derecho a la protección judicial, por la ausencia de investigaciones diligentes y efectivas durante años, lo cual generó un clima de impunidad estructural. Además, la Corte señaló que el Estado incumplió sus deberes de prevenir, investigar y sancionar la violencia paramilitar, lo que configuró una responsabilidad por acción y omisión. (Corte Interamericana de Derechos Humanos [Corte IDH], 2007)

Tras la determinación de los hechos vulnerados, la Corte ordenó una serie de Medidas de Reparación, entre ellas indemnización económica a los familiares de las víctimas, medidas de satisfacción y memoria, atención integral en salud física y mental a los familiares, entre otras. Estas medidas buscaron no solo resarcir a los familiares, sino también atacar la impunidad estructural que permitió la masacre.

El valor del caso 19 Comerciantes radica en que la Corte IDH estableció estándares internacionales de responsabilidad estatal aplicables a escenarios como el caldense, donde el Estado no puede alegar desconocimiento de la violencia si existen evidencias de tolerancia, omisión o complicidad con los grupos armados ilegales. Además, recordó que las víctimas y sus familias tienen derecho no solo a indemnización, sino a la reparación integral, la verdad, la memoria y la no repetición.

b. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

De acuerdo con lo mencionado en el apartado anterior, la Medida de Reparación en Salud 9 Sentencias, constituye una herramienta fundamental para restituir derechos vulnerados, garantizar condiciones de dignidad y aportar a la reconstrucción del tejido social. Su implementación ha exigido, más allá de la provisión de servicios médicos o psicológicos, un enfoque diferencial y psicosocial que reconoce la diversidad de afectaciones sufridas por mujeres, niños, comunidades campesinas, pueblos indígenas y afrodescendientes. El último año de ejecución ha mostrado avances importantes en cobertura, articulación interinstitucional y generación de espacios de memoria y participación; sin embargo, también persisten desafíos relacionados con las brechas de acceso en zonas rurales, la continuidad de los procesos terapéuticos y la percepción de las víctimas frente a la pertinencia y oportunidad de los servicios recibidos.

Este diagnóstico busca analizar el estado actual de la atención en salud y atención psicosocial en Caldas brindada en el marco de la Medida de Reparación en Salud durante el último año, identificando avances y desafíos. Se parte de la premisa de que el acceso

efectivo a la salud física, mental y emocional no solo constituye un derecho fundamental, sino también una condición necesaria para garantizar la reparación integral y las garantías de no repetición, en coherencia con los estándares fijados por la Corte IDH y con los compromisos del Estado colombiano frente a las víctimas del conflicto.

A continuación, se relaciona el número de beneficiarios de la Medida de Reparación en Salud 9 Sentencias ubicados en Caldas y reportados en la última base de focalización con corte a 30 de mayo de 2025:

De los 24 beneficiarios focalizados por la Medida de Reparación y según reportes de la última base de acercamientos diagnósticos con corte al 30 de mayo de 2025, tres beneficiarios son atendidos en modalidad familiar y 7 en modalidad individual. En este proceso de atención, por un lado, la Corporación Infancia y Desarrollo, en calidad de entidad asociada al Ministerio de Salud, brinda el acompañamiento psicosocial con un enfoque comunitario y diferencial, orientado a la recuperación emocional y al fortalecimiento de redes de apoyo; y, por otro, la atención en salud física y mental es asumida por los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que tienen incidencia con los beneficiarios.

En relación con la atención psicosocial, se evidencia que los beneficiarios manifiestan satisfacción con los espacios generados, ya que los temas abordados no son impuestos de manera externa, sino construidos colectivamente con quienes reciben la atención. Esta metodología participativa favorece la apropiación de los procesos y permite que las intervenciones respondan de manera más directa a sus necesidades reales. Como resultado, muchas personas han logrado tramitar procesos de duelo, resignificar las pérdidas y afrontar el dolor y las emociones asociadas a los hechos victimizantes, encontrando en estos espacios no solo apoyo terapéutico, sino también un lugar para reconstruir confianza y fortalecer sus lazos comunitarios. Desde una perspectiva analítica, esta experiencia demuestra que cuando la atención psicosocial reconoce el protagonismo de las víctimas y se articula a sus saberes y memorias, no solo contribuye al bienestar individual, sino que también potencia la reparación simbólica y la resiliencia colectiva.

Por su parte, en relación con el SGSSS, en el último año se ha podido constatar que la pertenencia de los beneficiarios al régimen subsidiado o contributivo no ha limitado su participación en acciones preventivas y de autocuidado, tales como jornadas de promoción de la salud, controles periódicos y pruebas de detección según edad y género. Este resultado se asocia al esfuerzo pedagógico realizado por las entidades del sistema de salud y por el equipo de la Medida de Reparación en Salud, quienes han acompañado a la población con actividades de orientación claras y constantes. Gracias a ello, los beneficiarios han logrado reconocer la utilidad de estas intervenciones y han dejado de lado prejuicios y creencias tradicionales que antes los alejaban de este tipo de programas. Este aspecto es relevante porque muestra cómo la psicoeducación, cuando se ajusta al contexto de quienes han sufrido hechos victimizantes, se convierte en una herramienta poderosa de empoderamiento y de apropiación de los servicios de salud.

Así mismo, en el marco de la Medida de Reparación se ha impulsado un proceso orientado a que los beneficiarios no solo accedan a los servicios disponibles, sino que también desarrollen capacidades para incidir activamente en su propio cuidado y en la defensa de

sus derechos. Por ello, las acciones de acompañamiento han incorporado un componente de formación en ciudadanía sanitaria, donde se promueve el reconocimiento de los deberes y derechos en salud, la identificación de rutas institucionales y la apropiación de las redes de apoyo existentes. Este proceso no se limita a la transmisión de información, sino que busca fortalecer recursos individuales, familiares y comunitarios que permitan a las víctimas desenvolverse con mayor autonomía frente al sistema.

Al mismo tiempo, se ha venido consolidando un vínculo más estrecho entre las entidades de salud y el equipo de profesionales del asociado, lo cual ha favorecido una coordinación más clara y el establecimiento de compromisos concretos con las entidades territoriales. Este aspecto es clave porque la reparación en salud no depende únicamente de la voluntad de los beneficiarios para organizarse, sino de la capacidad institucional de dar respuesta oportuna y diferenciada. Analíticamente, lo que se observa es un tránsito desde un modelo centrado en la asistencia hacia uno que busca equilibrar responsabilidades: de un lado, comunidades más empoderadas en el uso de los servicios; y del otro, instituciones más articuladas y corresponsables en garantizar el acceso efectivo.

Caldas cuenta, a nivel institucional, con un panorama muy favorable para la implementación de la Medida y unos mecanismos de seguimiento bien estructurados por parte de las entidades departamentales y municipales; sin embargo, uno de los obstáculos más significativos identificados en la implementación se relaciona con las dificultades para garantizar el transporte de los beneficiarios hacia los lugares donde deben recibir atención médica o realizar procedimientos especializados. En muchos casos, se trata de personas que habitan en zonas rurales o municipios alejados, que no cuentan con los recursos económicos suficientes para asumir estos desplazamientos y que, por su condición de salud o vulnerabilidad, requieren además la presencia de un acompañante. La ausencia de mecanismos ágiles para cubrir este beneficio genera retrasos en la atención y, en consecuencia, profundiza la sensación de exclusión frente al sistema de salud.

No obstante, la baja cantidad de beneficiarios en Caldas y la diligencia de los referentes departamentales en salud, se ha convertido en un factor que facilita la gestión y el seguimiento cercano de cada caso. Esta característica ha permitido que los procesos de atención se desarrollen con un enfoque más personalizado y diferencial, en el que los referentes de las distintas entidades involucradas en la Medida de Reparación en Salud puedan estar al tanto de las necesidades específicas de cada persona. En la práctica, esta proximidad ha favorecido la pronta identificación de obstáculos y la búsqueda de soluciones inmediatas frente a las barreras de acceso, generando en los beneficiarios una mayor percepción de acompañamiento institucional y fortaleciendo la confianza en el proceso reparador.

A partir de la reunión de articulación con la Dirección Territorial de Salud de Caldas que se llevó a cabo en el mes de agosto en el marco del presente convenio (2360 de 2025), se llevó a cabo confirmación del mapeo institucional vigente para el departamento, en este orden de ideas, a continuación, se indican las instituciones con sus respectivos referentes que tienen incidencia en la Medida de Reparación en el departamento:

Tabla 2. Referentes institucionales departamento de Caldas

INSTITUCIÓN	REFERENTE
Angela Cristina Grajales	Dirección Territorial de Salud de Caldas
María Fernanda Cardona	Dirección Territorial de Salud de Caldas
Liliana Pérez Ángel	Secretaria de Salud de Manizales
Martha Paola Posada	Secretaría de Salud de La Dorada
Juliana Alarcón Martínez	Secretaría de Salud de Neira
Jaime Navarrete Hincapié	Secretaría de Salud de Victoria
Kelly Ropero	Secretaría de Salud de Samaná
Carolina Betancuort V.	EPS Sura
Angela Cataño Pérez	Salud Total EPS
Melissa Cardona Reina	Nueva EPS
Rosalba Lorena González Arias	FOMAG
Miry Alejandra Tuiran Carrascal	Fondo Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia
Luz Adriana Flórez	Clínica Avidanti
Angi Tatiana Vargas	ESE Hospital San Félix
Lina Johana Ocampo	IPS Suramericana
Carolina Figueredo García	Viva UNA 1
María Camila Aljure Osorio	Medicare
Valentina Duque	Hospital San José de Neira
Catalina Martínez Jaramillo	IPS Virrey Solís
Leidy Andrea Diaz Martínez	ESE Hospital San Simón
Diana Isabel Hidalgo Gallo	Interconsultas
Erika Alexandra Giraldo	IPS Clínica Roque Armando López Sede San José
Jessica Delgado Henao	Clínica Ospedale
Ángela María García Henao	SES HUC
Juan Esteban Ospina Ceballos	Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas
Julián Camilo Arias Osorio	E.S.E. Hospital San José de Samaná Caldas

Fuente: Mapeo institucional Medida de Reparación. Agosto 2025

b. Matriz de Oferta Institucional

A continuación, se presenta la matriz de la oferta institucional relacionada con los actores más relevantes vinculados a la atención a víctimas del conflicto armado y la implementación de la Medida de Reparación en Salud, las cuales son actualizadas a corte del mes de agosto de 2025:

Tabla. Matriz de oferta institucional

ENTIDAD / ACTOR	OFERTA PRINCIPAL RELACIONADA
Ministerio de Salud y Protección Social	Lineamientos nacionales de atención integral y reparación en salud; financiación de la Medida.
Dirección Territorial de Salud de Caldas	Coordinación de la red de servicios de salud; apoyo técnico a municipios; vigilancia de EPS e IPS.

Corporación Infancia y Desarrollo	Atención psicosocial a víctimas de las 9 sentencias de la Corte IDH; asesorías institucionales, talleres comunitarios y acompañamiento individual y familiar.
EAPB	Administración de Planes de Beneficios, programas de prevención y detección temprana.
IPS públicas y privadas	Prestación directa en urgencias, hospitalización, salud mental, rehabilitación.
Unidad para las Víctimas – Territorial Eje Cafetero	Registro Único de Víctimas (RUV), atención humanitaria, reparación individual y colectiva.
Defensoría del Pueblo – Regional Caldas	Recepción de quejas, emisión de Alertas Tempranas, promoción de DDHH.
Personerías municipales	Acompañamiento jurídico a víctimas, recepción de denuncias, orientación sobre acceso a servicios
Procuraduría Regional Caldas	Vigilancia de derechos y control a autoridades locales en materia de víctimas
ICBF – Regional Caldas	Atención integral a NNA; prevención del reclutamiento y protección de la niñez víctima.
SENA – Regional Caldas	Formación técnica y programas de empleabilidad para población víctima.
Gobernación de Caldas	Implementación del Plan de Desarrollo con enfoque de víctimas; coordinación interinstitucional.
Alcaldías municipales	Implementación de planes locales de víctimas, programas de salud y seguimiento a la Medida.
Organizaciones sociales y comunitarias	Acompañamiento, exigibilidad de derechos, procesos de memoria.
Universidad de Caldas y Universidad Nacional	Investigación y extensión en salud, programas de salud mental y psicosocial; formación de profesionales.
Organismos internacionales (OPS/OMS, CICR, ACNUR, OIM)	Apoyo técnico y financiero a programas de salud y reparación; acompañamiento a población desplazada y refugiada.
Policía Nacional y Ejército – programas de derechos humanos	Apoyo en seguridad y prevención del reclutamiento.
Cámaras de Comercio y gremios	Programas de apoyo productivo y encadenamientos económicos.

Fuente: Elaboración propia. Agosto de 2025

5. DEPARTAMENTO DE CAUCA.

a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.

El contexto sociopolítico colombiano ha estado históricamente marcado por una centralización del poder y dificultades para integrar proyectos políticos regionales y comunitarios alternativos. La débil presencia integral del Estado en muchas regiones creó vacíos de poder que fueron llenados por actores armados ilegales, los cuales impusieron su propio orden coercitivo y capacidad de poder establecerse y tratar de tener control sobre los territorios (CNMH, 2013). Pese a las múltiples situaciones históricas por la que ha atravesado el país, Colombia ha sido reconocida por su gran diversidad cultural, ambiental y étnica. La Constitución política de 1991 en uno de sus artículos la definió como un Estado social de derecho, pluriétnico y multicultural (Artículo 7), reconociendo derechos a pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes. Sin embargo, este marco normativo contrasta con la realidad de exclusión, pobreza y violencia que persiste en los territorios (Comisión de la Verdad, 2022).

Es menester mencionar que el contexto sociopolítico nacional ha estado marcado por la desigualdad en el acceso a la tierra, los efectos del conflicto armado y la débil presencia estatal en diferentes latitudes del territorio nacional, específicamente en zonas rurales. Según lo ha referenciado el Institute Kroc (2021), "En relación con los enfoques transversales los datos presentados en el Informe muestran que hay una brecha entre el progreso general de la implementación y el progreso particular de las medidas que tienen un enfoque diferencial de género, étnico y territorial" (p. 11), es decir, la implementación del Acuerdo de Paz de 2016 avanza lentamente y de forma desigual, lo que mantiene vigentes las brechas estructurales. En ese orden, los movimientos sociales han sido actores claves en la defensa de derechos, como lo demuestran las movilizaciones del año 2021 contra reformas económicas regresivas y en demanda de mejores condiciones sociales y ese tan anhelado buen vivir de las comunidades.

Ahora bien, en el Cauca, esta situación adquiere particular relevancia. El departamento se ha consolidado como un centro de organización indígena con el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC), que desde 1971 lucha por tierra, autonomía y defensa del territorio (Galvis, 2010). También existen procesos fuertes de comunidades afrodescendientes y campesinas, todos atravesados por la violencia armada. Jambaló, como municipio de mayoría indígena Nasa, refleja estas tensiones: la comunidad ejerce gobierno propio a través de cabildos y sus autoridades indígenas tradicionales Nej We'sx, pero enfrenta presiones de actores armados ilegales y tensiones por el control territorial (Defensoría del Pueblo, 2024).

Colombia es un país que ha mostrado un crecimiento económico sostenido en los últimos años; sin embargo, este avance no se ha traducido en una distribución equitativa de la riqueza, ni en el último, ni durante décadas de gobierno. De hecho, el país continúa siendo uno de los más desiguales de América Latina. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL– (2022), el coeficiente de Gini colombiano supera el 0,51, indicador que evidencia una marcada concentración del ingreso en manos de una minoría. En el país, aunque la pobreza ha mostrado una tendencia a la baja en los últimos años, las zonas rurales siguen siendo las más afectadas por las brechas sociales y económicas. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2024), en el año 2023 la pobreza monetaria en el sector rural alcanzó el 41,2 %, una cifra considerablemente más alta que la registrada en las cabeceras municipales (29,5 %). Estos datos reflejan que, a pesar de ciertos avances, las comunidades campesinas, indígenas y afrodescendientes continúan enfrentando brechas estructurales de exclusión que limitan su acceso a ingresos dignos, educación y servicios básicos. Dichas brechas sociales y económicas no solo profundizan la exclusión, sino que también generan condiciones de vulnerabilidad que dificultan el desarrollo integral de estas poblaciones y la construcción de un país más equitativo.

En el departamento del Cauca, las condiciones socioeconómicas no son alentadoras: según el último estudio realizado por el DANE (2023), la incidencia de la pobreza monetaria alcanzó aproximadamente el 44,8 %, lo que indica que casi la mitad de la población vive por debajo de la línea de pobreza monetaria. La economía se centra en la agricultura, con cultivos de café, caña y maíz, además de la agroindustria azucarera. Sin embargo, estas dinámicas han generado disputas entre empresas y comunidades indígenas y campesinas,

quienes reclaman soberanía alimentaria y rechazan la expansión de monocultivos que afectan la seguridad alimentaria y el equilibrio ambiental.

Un caso emblemático tiene que ver con las disputas en torno a la Madre Tierra, que no son meramente simbólicas, sino que han traído confrontaciones reales y prolongadas entre comunidades indígenas, afrodescendientes y los sectores vinculados a la agroindustria azucarera, especialmente en el norte del Cauca. Por ejemplo, estos conflictos se han materializado en ocupaciones de predios legales y agrícolas, protestas comunitarias y movimiento social, y enfrentamientos con las fuerzas de seguridad y actores armados (Revista Semana, 2024; El espectador, 2024).

En Jambaló, la economía se basa tradicionalmente en la agricultura familiar de subsistencia (con cultivos de pancoger como maíz, fríjol, papa y hortalizas), la caficultura y proyectos comunitarios autogestionados orientados a garantizar la soberanía alimentaria y la autonomía económica del pueblo Nasa, en el marco de su mandato comunitario, reconocido mediante el Decreto 1094 de 2024. El Cabildo promueve estas economías propias como parte fundamental de su proyecto de vida, materializado en el instrumento denominado "Plan de Vida Proyecto Global", el cual fomenta mercados locales y el uso sostenible de los recursos naturales en defensa del territorio y la cultura. Sin embargo, este modelo se enfrenta a múltiples amenazas. En ese orden, se vislumbra que la constante presencia de los grupos armados al margen de la ley, son un factor determinante para involucrar a la comunidad en cultivos de uso ilícito, restricciones de movilidad y confinamientos que impide a la comunidad comercializar sus productos.

De tal manera, esta economía del contexto permeada por la ilicitud, distorsiona las dinámicas locales: infla precios, dificulta la inversión social y genera dependencia de rentas ilícitas. Lo que desencadena una predisposición al reclutamiento forzado de jóvenes, en muchos casos, se dejan vislumbrar como la única opción percibida en un contexto de precariedad extrema, lo que no solo constituye una grave victimización, sino también un ataque directo al futuro de la comunidad y a su tejido social.

El sistema de salud colombiano, pese a su cobertura nominal, presenta graves falencias en acceso y calidad, especialmente en zonas rurales y de conflicto. El enfoque diferencial es crucial para entender que el concepto de salud para los pueblos indígenas trasciende lo biomédico, abarcando un equilibrio integral entre el individuo, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017).

El conflicto armado genera una crisis de salud pública de dimensiones catastróficas. Las minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (MUSE) y los combates causan muertes, lesiones físicas discapacitantes y trauma psicológico. El desplazamiento forzado genera hacinamiento, desnutrición y brotes de enfermedades prevenibles. Además, las barreras de acceso a los servicios de salud son significativas y recurrentes: las ambulancias y el personal médico no pueden transitar durante los combates, los centros de salud son dañados o ocupados, y el miedo impide a la población buscar atención (Defensoría del Pueblo, 2021). Para las comunidades indígenas, esta ruptura del sistema de salud occidental se agrava al verse impedidas de realizar sus prácticas medicinales tradicionales

y armonizaciones espirituales en el territorio, lo que constituye una afectación cultural profunda.

En Jambaló, el modelo de salud propio del pueblo Nasa es un pilar de su autonomía. Los sabedores tradicionales (The´walas), las plantas medicinales y los rituales de armonización son centrales en su sistema de atención. El conflicto armado vulnera este sistema de múltiples maneras: contamina los sitios sagrados y las fuentes de agua con los enfrentamientos; impide a los The´walas transitar para atender a pacientes en veredas lejanas; y rompe el equilibrio espiritual de la comunidad con la violencia y la muerte (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

El impacto psicosocial es devastador. Los niños y niñas crecen normalizando el sonido de los fusiles, las comunidades viven en un estado de alerta permanente (estrés tóxico) y el duelo por los líderes asesinados y los familiares perdidos se acumula sin posibilidad de elaboración. El "daño sociocultural" reconocido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos se manifiesta aquí en toda su crudeza: la guerra no solo mata individuos, sino que busca destruir el tejido social, la cultura y la identidad de un pueblo (CIDH, 2021).

b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

La región del Pacífico colombiano se localiza en el occidente del país y abarca 1.300 kilómetros de costa a lo largo del océano Pacífico, extendiéndose desde la frontera con Panamá en el norte hasta la frontera con Ecuador en el sur. Al este, está delimitada por la cordillera occidental, que la separa de la región Andina. Esta área incluye los departamentos de Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño, ocupando el 7,7% del territorio continental de Colombia y el 36,5% de su territorio marítimo. En esta región reside aproximadamente el 3,1% de la población nacional, es decir, cerca de 1.500.000 personas, de las cuales el 46% vive en áreas rurales. Además, el 79% de los habitantes del Pacífico colombiano pertenece a grupos étnicos, con un 73% de la población identificándose como comunidades negras y un 6,5% como pueblos indígenas, con alrededor de 155 títulos colectivos y 95 resguardos indígenas (CNMH, 2021).

El pacífico es una de las regiones más ricas en biodiversidad y recursos naturales del país. Sin embargo, esta riqueza contrasta con los altos índices de pobreza, exclusión social y violencia que la han caracterizado. El conflicto armado en esta región ha sido influenciado por múltiples factores, incluyendo la presencia de actores armados ilegales (FARC, ELN, EPL), paramilitares y bandas criminales (BACRIM), el narcotráfico, la minería ilegal y la disputa por el control de territorios estratégicos, buscando controlar rutas, recursos naturales para la extracción de oro y otros minerales, territorios claves para sus actividades ilícitas para el tráfico de drogas debido a su acceso directo al Océano Pacífico, facilitando la salida de estupefacientes hacia mercados internacionales. Esto ha traído consigo una afectación en las comunidades campesinas, afros e indígenas donde su riqueza cultural, la estructura social y buen vivir de estas comunidades se han visto seriamente dañadas por la violencia y la presencia de actores armados, ocasionando permanentemente desplazamientos forzados, violaciones de derechos humanos, asesinatos selectivos y

reclutamiento forzado de menores (CNMH, 2013). Las estadísticas de la región pacífica según el (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2021) mencionan que a corte de 2020 se tenían 45.827 víctimas en la región pacifico, de los cuales 25.898 (56%) han sido hombres y 19.929 (44%) han sido mujeres. A pesar de las diversas dificultades que atañe a las comunidades de la región pacífica, les ha tocado ser resilientes a los cambios generados, en ese orden las organizaciones comunitarias, indígenas y consejos comunitarios han jugado un papel crucial en la defensa de sus derechos y territorios donde se desarrolla su vida.

El departamento del Cauca, ubicado en la región del Pacífico colombiano, ha sido históricamente un escenario de conflictos armados, violencia social y disputas por la tierra. El surgimiento de grupos beligerantes, como el Movimiento Indígena Armado Quintín Lame, operó en el norte y oriente del departamento entre 1984 y 1990, influenciado por el apoyo económico y militar del movimiento M19. Estos grupos se alzaron en armas debido a tensiones con terratenientes por la invasión de tierras (Ibarra & Solís, 2017).

La economía informal y el cultivo de coca han prevalecido en la región debido a la falta de oportunidades económicas. Los altos índices de necesidades básicas insatisfechas y pobreza han llevado a muchas comunidades a depender de cultivos ilícitos como medio de subsistencia, desencadenando un ciclo de violencia por el control de estas economías ilegales por parte de los grupos armados. La disputa por la tierra es un elemento central en el conflicto del Cauca. Las comunidades indígenas y afrodescendientes han reclamado sus derechos territoriales, enfrentándose a proyectos de desarrollo que amenazan sus territorios ancestrales. Políticas agrarias inadecuadas, junto con la expansión de la minería y la agricultura comercial, han llevado a despojos territoriales, intensificando la resistencia de estas comunidades (Ibarra & Solís, 2017).

La población civil ha sufrido significativamente debido al conflicto, enfrentando masacres, desplazamientos forzados y violaciones de derechos humanos. Según el Informe de la Defensoría del Pueblo (2021), el Cauca es uno de los departamentos con mayor número de víctimas del conflicto armado, reflejando la gravedad de la situación humanitaria. El Centro Nacional de Memoria Histórica (2021) reporta un total de 541,687 víctimas en el Cauca, de las cuales 135,414 son casos de desplazamiento forzado y 7,856 de confinamiento.

Asimismo, el informe final sobre las afectaciones a los derechos humanos en los pueblos indígenas, presentado en 2022, y el boletín N° 3 emitido por el Programa Defensa de la Vida y Derechos Humanos del CRIC, indican que las zonas adscritas al Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) registraron un total de 729 hechos victimizantes en 2022. Entre estos, se incluyen 175 casos de reclutamiento forzado y sus diversas modalidades, 100 casos de desplazamiento forzado, 98 de amenazas colectivas, 90 homicidios, 56 de seguimiento, 45 de confinamiento, entre otros casos detallados en la tabla correspondiente (Programa Defensa de la Vida y Derechos Humanos, 2022 y 2023).

En la misma dinámica, el conflicto ha afectado a los municipios del norte del Cauca como son: Santander de Quilichao, Buenos Aires, Suárez, Puerto Tejada, Caloto, Guachené, Villarrica, Corinto, Miranda, Padilla, Jambaló, Caldono y Toribio. A mediados de los años

2000, bajo el mando de alias 'HH', los paramilitares del Bloque Calima expandieron su influencia hacia la costa Pacífica y el norte del Cauca. Esta expansión, impulsada por narcotraficantes, llevó a la división del Bloque Calima y la formación del Frente Farallones, responsable de graves crímenes contra la población civil. En abril de 2001, 200 hombres del Bloque Calima masacraron civiles en la región del Naya, desplazando a 3,000 personas. Aunque las comunidades sufrieron una arremetida violenta, el Bloque Calima no logró consolidarse militarmente y se replegó debido a conflictos internos y la falta de financiamiento. Surgieron nuevos grupos como los Rastrojos y las FARC-EP, que llenaron el vacío estatal, controlando el territorio y lucrándose del cultivo ilícito (CNMH, 2021).

Tras la firma de los Acuerdos de Paz de La Habana, hubo una disminución de confrontaciones, y se experimentó una breve tranquilidad en el Cauca. Sin embargo, el gobierno no logró estabilizar la región, y nuevos actores armados como el ELN, EPL, el Clan del Golfo, y grupos residuales de las FARC-EP reavivaron el conflicto, resultando en nuevas masacres, asesinatos y hostigamientos como ya se había referenciado.

En el departamento del Cauca, el conflicto armado ha experimentado una profunda reconfiguración durante el último año, caracterizada por la presencia de múltiples actores armados ilegales que compiten por el control territorial en zonas estratégicas vinculadas a economías ilegales como el narcotráfico, la minería ilegal y los cultivos ilícitos. Entre estos grupos se encuentran las disidencias de las FARC (que incluyen estructuras como el Estado Mayor Central (EMC) y la Segunda Marquetalia), el ELN y grupos paramilitares como el Clan del Golfo. Esta dinámica ha intensificado la violencia y afectado con especial gravedad a las comunidades indígenas.

En este contexto, Jambaló se encuentra en medio de la disputa entre estos actores armados que buscan controlar corredores estratégicos que conectan el norte del Cauca con el Valle del Cauca y el Pacífico. Esta situación ha puesto en grave riesgo a la comunidad Nasa, que a través de la Guardia Indígena ha mantenido su defensa territorial mediante mecanismos de resistencia civil, en un esfuerzo reconocido nacional e internacionalmente.
La Autoridad Nej We'sx del territorio ancestral de Jambaló ha reportado un incremento de amenazas, desplazamientos y asesinatos de líderes desde mayo de 2024, agravado por la explotación de zonas sagradas y la falta de protección efectiva. A pesar de los esfuerzos de resistencia y las denuncias ante organismos internacionales, las comunidades siguen exigiendo medidas urgentes de protección, respeto a sus derechos territoriales y un compromiso estatal más firme para garantizar su seguridad.

La Defensoría del Pueblo, en su Alerta Temprana No. 045-20, alertó específicamente sobre el alto riesgo en el norte del Cauca, señalando a Jambaló por casos de reclutamiento forzado de niños, niñas, adolescentes y jóvenes; confinamiento de comunidades; homicidios y amenazas contra líderes del Cabildo, integrantes de la Guardia Indígena y comuneros; presencia de minas antipersonal (MAP) y restricciones de movilidad; y enfrentamientos entre grupos armados y con la Fuerza Pública.

El 30 de julio de 2024, la Defensoría emitió una nueva Alerta Temprana (No. 019-24) para los municipios del norte del Cauca, incluido Jambaló, en respuesta al riesgo inminente de violencia generado por la llegada del Frente 57 Yair Bermúdez para confrontar al Frente

Dagoberto Ramos. Entre finales de abril y comienzos de mayo de 2025, la situación de seguridad en el territorio ha presentado un notable deterioro, con un incremento de acciones que amenazan directamente la integridad de la población. Se ha reportado un aumento en el reclutamiento forzado de niños, niñas y adolescentes; hostigamientos armados en Jambaló; restricciones graves a la movilidad; y la explosión de una motobomba en el municipio de Caloto, sobre la vía de acceso a la vereda Vitoyó.

Estas alertas, lejos de ser hechos aislados, describen una situación humanitaria crónica donde la población civil es usada como botín de guerra. Las comunidades indígenas del Cauca, especialmente en Jambaló, enfrentan una crisis humanitaria que organizaciones como Indepaz y la Comisión Nacional de Territorios Indígenas (CNTI, 2024) han calificado como un "genocidio cultural", ya que los ataques afectan no solo la vida de líderes comunitarios, sino también las tradiciones, espiritualidad y conexión con la tierra del pueblo Nasa.

A pesar de las iniciativas de diálogo y los esfuerzos derivados del Acuerdo de Paz de 2016, los avances hacia una paz duradera en el Cauca son limitados. Las comunidades continúan siendo víctimas de desplazamientos, violencia y explotación, mientras la militarización y la falta de políticas sostenibles perpetúan el conflicto. El gobierno actual ha enfatizado la necesidad de un enfoque integral que combine acciones militares con mecanismos jurídicos para desmantelar el crimen organizado, junto con proyectos de desarrollo que fortalezcan la economía legal. Sin embargo, lograr este objetivo requiere un compromiso firme del Estado en la protección de los derechos humanos y en el respeto a la autonomía territorial y cultural de las comunidades indígenas.

El recrudecimiento de la violencia se manifiesta de manera particular en el asesinato de líderes sociales. De acuerdo con reportes de Indepaz de julio de 2024, en el departamento del Cauca han sido asesinados 31 líderes sociales y 12 firmantes del acuerdo de paz, cifras que evidencian la gravedad de la situación en la región.

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

El departamento del Cauca ha sido escenario de graves y sistemáticas violaciones a los Derechos Humanos (DD.HH.) e infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH), que configuran un panorama crítico de victimización. Entre los hechos más recurrentes se encuentran:

Asesinatos selectivos de líderes sociales, indígenas y firmantes de paz: Según datos de Indepaz, entre 2024 y mayo de 2025, fueron asesinados 40 líderes sociales y 12 firmantes del Acuerdo de Paz en el Cauca. Estos homicidios están dirigidos contra defensores de derechos humanos, autoridades indígenas, comunales y campesinos, en un claro intento por silenciar la resistencia civil y la defensa del territorio.
Masacres: En 2024 se registraron 10 masacres en el departamento, con un total de 267 víctimas. En 2025, hasta el 5 de mayo, ya se había reportado una masacre en Puerto Tejada. Estos eventos reflejan la brutalidad de los actores armados y su desprecio por la vida civil. Reclutamiento forzado de menores: Grupos armados ilegales, especialmente

disidencias de las FARC, han intensificado el reclutamiento de niños, niñas y adolescentes en comunidades indígenas del norte, oriente y occidente del Cauca, violando gravemente el DIH y los derechos de la infancia.
Ataques a la población civil y bienes protegidos: Se documentan hostigamientos, atentados con artefactos explosivos (incluyendo drones cargados con explosivos), cilindros bomba, motobombas y ataques contra estaciones de policía, infraestructura vial y vehículos médicos. Estos actos constituyen infracciones al DIH al no distinguir entre combatientes y civiles.
Desplazamiento forzado y confinamiento: Las restricciones a la movilidad, las amenazas y los enfrentamientos armados han generado desplazamientos masivos y confinamiento de comunidades, especialmente en zonas rurales e indígenas, afectando su acceso a alimentos, salud y educación.
Violencia sexual y de género: Aunque no se detallan casos en el documento, el contexto de violencia generalizada y la presencia de actores armados incrementan el riesgo de violencia basada en género, especialmente contra mujeres y niñas.
Estigmatización y persecución: Líderes sociales y comunidades enteras son señaladas como colaboradoras de grupos armados, lo que legitima agresiones en su contra y dificulta su acceso a la justicia y protección estatal.

Estos hechos victimizantes son perpetrados por múltiples actores armados ilegales, incluyendo disidencias de las FARC (Bloque Occidental Jacobo Arenas, frentes Dagoberto Ramos y 57 Yair Bermúdez), ELN, Clan del Golfo y estructuras paramilitares, en el marco de la disputa por el control territorial y de economías ilícitas. La respuesta estatal, centrada en operativos militares, ha sido insuficiente para garantizar la protección de la población civil, perpetuando la impunidad y la crisis humanitaria en la región. A continuación, se detalla en una tabla los asesinatos a lideres y firmantes de paz en diferentes municipio0s del departamento del Cauca.

Tabla . Líderes asesinados en el departamento del Cauca (Corte a 19-09-2025).

NOMBRE	FECHA DEL ASESINATO	MUNICIPIO
José Alirio Chocué Molano	10/01/2024	Caldono
Víctor Mezú	22/02/2024	Santander de Quilichao
Dairo Yovani Aquite	04/03/2024	Paéz
Segundo Virgilio Imbachi	07/03/2024	Balboa
José Luis Angulo	11/03/2024	Timbiquí
Carmelina Yule Pavi	17/03/2024	Toribio
Álvaro Javier Morales Flor	19/03/2024	Cajibío
Yoiner Gómez Burbano	14/04/2024	Patía

NOMBRE	FECHA DEL ASESINATO	MUNICIPIO
Edilberto Chilhueso	21/04/2024	Corinto
Diomara Cifuentes	06/05/2024	Sucre
Luis Oswaldo Yule	21/05/2024	Miranda
Hernán Henríquez Mora	07/06/2024	Argelia
Dayby Yair Bueno Villano	10/06/2024	Caloto
William Ramírez	13/06/2024	Silvia
Luis Eduardo Vivas	25/06/2024	Paéz
Eyber Danilo Poto	27/06/2024	Caloto
Maria Reina Gómez	21/07/2024	Bolívar
Dino Ul Musicue	03/08/2024	Caloto
Victor Alfonso Yule Medina	19/08/2024	Toribio
Carlos Andrés Ascue Tumbo	29/08/2024	Caldono
Andrés Erazo	05/10/2024	Argelia
Gustavo Taquinás	31/10/2024	Jambaló
Jose Emanuel Occa Cuspian	05/11/2024	Inza
Oveimar Yivan Ramos Fernández	7/11/2024	Caloto
José Albeiro Liz Muchicón	27/01/2025	Paez
Clinton López	30/01/2025	Argelia
Alberto Quitumbo Yatacue	10/02/2025	Toribio
Carlos Mario López	20/02/2025	Cajibio
Ana Elcy Arteaga Camilo	03/03/2025	Rosas
Jacinto Chocue	18-02-2024	Paez
Edgar Tumiñá Gembuel	01 – 03 – 2025	Toribio
Ana Elcy Arteaga Camilo	03-03-2025	Rosas
Neisair Ramos Navas	12-03-2025	Guachene
Ernesto Muñoz Casamachin	13-03-2025	Paez
Leydi Hoyos	14-03-2025	Mercaderes
Glover Arley Hernández Benavides	09-04-2025	Santander Quilichao
Erik Anderson Menza Pavi	13-04-2025	Toribio
Ester Julia Camayo .	17-04-2025	Santander Quilichao

NOMBRE	FECHA DEL ASESINATO	MUNICIPIO
Arcangel Nestor Guarín Vallejo	28-04-2025	Corinto
Luis Alberto Peña	01-05-2025	Miranda
Teófilo González Coqui	11-05-2025	Inzà
Zuleima Mosquera	18-05-2025	Santander de Quilichao
Edgar Velasco	21-06-2025	Caloto
Daniel Trujillo	21-06-2025	Argelia
Angie Leandra Henao	27-06-2025	Corinto
William Ferney Pazú	30-06-2025	Jambaló
Yilber Carnaval	14-07-2025	Miranda
Aida Damaris Flor Camayo	19-07-2025	Morales
Marcos Yonda	21/07/2025	Páez
Luis Fernando Mayorga	22/07/2025	Bolívar
Astrid Viviana Ordóñez Arcos	03/08/2025	Argelia
José Erlery Velasco	18/08/2025	Balboa
Jaime Becerra Castilla	25/08/2025	Corinto
Leonel Imbachí	01/09/2025	Balboa
Giovanny Chávez Vega	01/01/2024	Sucre
José Alirio Chocué Molano	19/01/2024	Caldono
Eywar Yamid Moran	10/02/2024	Santander de Quilichao
Jhon Edinson Ipia	21/06/2024	Jambaló
Esteban Guzmán Castro	25/06/2024	Buenos Aires
Emilio Campo Dagua	25/07/2024	Corinto
Juan Evelio Rivera Canas	28/07/2024	Toribio
Gilberto Iván Quinto	25/08/2024	Inza
Jose Alfredo Yosando Julicue	07/10/2024	Toribio
Julio Cesar Betancourt Medina	10/11/2024	Corinto
Luis Armando Nene Orozco	02/12/2024	Caldono
Jhon Mario Chantre	12/02/2025	Corinto
José Arnulfo Rodríguez Castañeda	21/06/2025	Argelia
Florilba Ramos Molano	14/07/2025	Silvia

NOMBRE	FECHA DEL ASESINATO	MUNICIPIO
Ferney Elago Caviche	14/07/2025	Silvia

Fuente: (INDEPAZ, 2025)

Tabla. Masacres En Cauca – 2024 Y 2025. (corte a 11-09-2025)

Fecha	Municipio	# de víctimas
12/02/2024	Piamonte	4
18/02/2024	Páez	3
27/04/2024	Corinto	4
14/05/2024	Cajibío	3
19/05/2024	Corinto	3
14/06/2024	Miranda	3
18/06/2024	Miranda	3
08/09/2024	López de Micay	12
07/10/2024	Toribio	3
22/10/2024	Suarez	3
21/11/2024	Buenos Aires	5
01/12/2024	Mercaderes	4
13/01/2025	Puerto Tejada	3
27/03/2025	Guachené	3
16/05/2025	Mercaderes	4
11/08/2025	Bolívar	3

Fuente: Indepaz, 2025

Tabla 3. Hechos violentos/riesgos Norte del Cauca -2024 corte 19-09-2025

HECHOS VIOLENTOS NORTE DEL CAUCA 2024	
Fecha	**Descripción**
05/06/2024	Ataque a la población civil en Toribio Cauca
14/06/2024	Nuevo Ataque a la población civil cerca de las instalaciones de la URI de la Fiscalía, en Santander de Quilichao.
09/07/2024	Disidencias de las Farc perpetraron un hostigamiento armado en el corregimiento de Mondomo del municipio de Santander de Quilichao (Cauca)
11/07/2024	Atentado con granada a la Estación de Policía de Santander de Quilichao
13/07/2024	Doble homicidio en Caloto y panfletos con amenazas
15/07/2024	Atentado con granada a la Estación de Policía de Piendamó/vía panamericana
01/08/2024	Grupos armados al margen de la ley, atacan misión médica en el municipio de Toribio, asesinando vitalmente al paciente que estaba siendo trasladado en la ambulancia.
06/08/2024	Grupos armados al margen de la ley perpetran doble homicidio en el municipio -resguardo de Tacueyó, sector de Loma Linda.
06/08/2024	Se registran combates en la zona rural del municipio de Toribío, dejando a la población civil en medio del fuego cruzado entre la estructura Dagoberto Ramos yel Frente 57 de las disidencias de las Farc, con saldo de varios muertos. Se registran actos violentos diariamente, algunos con subregistro.
07/08/2024	Combates entre integrantes del frente 57 y disidencias de Dagoberto Ramos en zona rural de Toribío, donde se reporta masacre a comuneros.
09/08/2024	Hostigamiento contra tropas del ejército en el municipio de Corinto, Cauca.
19/08/2024	Asesinato del líder Víctor Alfonso Yule Medina y su escolta (vereda Pueblo Viejo- municipio de Toribio)
18/08/2024	Secuestro, maltrato y traslado del Coordinador Político Regional de la Guardia Indígena del CRIC y toda su familia incluido el conductor de su esquema yposterior intimidación a los contactos registrados en sus equipos móviles.
01/09/2024	Frank Caro, comunicador social yperiodista, fue víctima de atentado con arma de fuego el sábado 31 de agosto de 2024, mientras se desplazaba por los alrededores del municipio de Caloto, departamento del Cauca.
12/09/2024	Amenaza por parte de hombres fuertemente armados a coordinador de la Guardia Indígena de la zona Uh Wala Vxiç, en la vereda Altamira - municipio de Morales
15/10/2024	Confrontación entre la fuerza pública y un grupo al margen de la ley, dentro del casco urbano de Caloto poniendo en riesgo la población civil.
02/11/2024	Grupos armados al margen de la ley violan el derecho a la vida asesinando una pareja de mayores sabedores (Evangelina Quiguanas y Gustavo Taquinas en su hogar, mientras dormían), en vereda circunvecina de Vitoyó- resguardo de Jambaló.
08/12/2024	Agresión física y amenaza de muerte al líder indígena juvenil Sebastián Acosta Dicue, comunero del Resguardo de Corinto en el norte del Cauca e hijo del Coordinador de la

	Guardia Indígena Nacional quién ha solicitado insistentemente a la UNP que proteja a su familia.
18/12/2024	Asesinato de Alexander Pilcue Tenorio, uno de los guardias de protección de la consejera Mayor del CRIC Rosalba Velasco
13/01/2025	Homicidio de 4 personas por grupos al margen de la ley - Suceso ocurrido en el corredor vial de Santander de Quilichao
14/01/205	Enfrentamientos entre indígenas y cultivadores dejaron más de comuneros heridos en el norte del Cauca
23/01/2025	Disidencias de las Farc atacan Toribio y dejan cilindros bomba en las vías de acceso al Municipio
23/01/2025	Intensos combates entre ELN y disidencias de las Farc en territorios indígenas de los resguardos Tumburao, La Gaitana y Kizgo, así como en zonas rurales de Usenda, Alto Calvario y Loma Amarilla.
24/01/2025	En la zona rural de Corinto, Cauca, se registraron intensos enfrentamientos entre el Ejército Nacional y el Frente Dagoberto Ramos Ortiz durante una operación militar en las veredas Miraflores y Los Mangos, dejando a la población civil atrapada en medio del fuego cruzado, según líderes campesinos locales.
27/01/2025	Asesinato del líder indígena José Albeiro Liz Muchicón en el municipio de Páez Cauca
30/01/2025	Asesinato de Clinton López, líder comunal de Argelia Cauca
30/01/2025	Fuertes combates entre la estructura Dagoberto Ramos, disidencia de las Farc, y tropas del Ejército en el norte de la región caucana dejaron un presunto subversivo muerto. Los hechos se registraron en las veredas Dominguillo y La Capilla, zona rural de Santander de Quilichao, el presunto integrante del grupo armado murió en las confrontaciones.
02-02-2025	Aumento de actividad sísmica en el volcán Puracé mantiene la alerta amarilla
10/02/2025	Asesinato del líder Indigena Alberto Quitumbo Yatacue Toribio
17/02/2025	Grupo armado detuvo vehículos, amenazó conductores y prohibió el servicio de transporte en la vía Miranda-Corinto. Habitantes denuncian temor e incertidumbre por la escalada de violencia.
20/02/2025	Asesinato del líder político Carlos Mario López en el municipio de Cajibío Cauca
20/02/2025	Una delicada situación en materia de orden público se presenta en el Cauca, durante el fin de semana hubo presencia de grupos armados ilegales en la vía panamericana en el norte y sur del departamento y el balance preliminar de las autoridades indica que cerca de 15 personas murieron de manera violenta en esta región del país. En la noche del domingo, hombres armados salieron a la carretera internacional entre Popayán y Cali, instalaron un retén irregular en el sector de El Túnel, Cajibío y se llevaron varias camionetas, además le hurtaron pertenencias y dinero a quienes transitaban por ese sector. También se reporta que un comunero indígena fue asesinado en Toribio, un concejal de Villarrica fue objeto de un atentado del cual salió ileso, en Corinto fue asesinado un hombre señalado de ser integrante de una banda delincuencial del Ecuador.Las autoridades confirmaron el asesinato de un niño de 12 años y una mujer en el barrio El Triunfo del municipio de Puerto Tejada. Al parecer, los hechos estarían relacionadas con retaliaciones entre pandillas delincuenciales.

01/03/2025	Asesinato del Kiwe Thegna y guardia territorial, Edgar Tumiñá Gembuel
04/03/2025	La creciente inseguridad en un tramo de la vía Panamericana entre Popayán y Cali ha dejado una nueva tragedia por el asesinato de una joven trabajadora oriunda de Piendamó (Cauca), tras ser atacada por delincuentes por robarle su motocicleta.
13/03/2025	En Guachené, norte del Cauca, fue asesinado un reconocido líder social y político, cofundador de ese municipio y exsecretario de gobierno local. En el ataque también perdió la vida una niña de siete años.
16/03/2025	El Ejército Nacional desactivó un artefacto explosivo tipo cilindro en la vía que conecta Miranda con Corinto, en el departamento del Cauca. La operación, que duró más de cuatro horas, se llevó a cabo el domingo 16 de marzo en el sector de La Munda. Durante la intervención, se registraron enfrentamientos entre las tropas y miembros de la estructura Dagoberto Ramos Ortiz, quienes intentaron impedir la acción militar.
18/03/2025	Momentos de pánico vivieron los habitantes del casco urbano de Toribío, en el norte del Cauca, tras un violento enfrentamiento entre disidencias de las Farc. Grupos armados identificados como el frente Dagoberto Ramos y el frente 57 Yair Bermúdez se enfrentaron la noche del martes 18 de marzo, dejando como saldo una persona fallecida y varias capturas realizadas por la comunidad y la Guardia Indígena.
31/03/2025	Comunidades indígenas bloquean la vía Panamericana entre Popayán y Cali. La movilidad en el corredor vial Panamericano se encuentra interrumpida debido a un nuevo bloqueo registrado en el departamento del Cauca. En el sector del Túnel, municipio de Cajibío, comunidades indígenas arrojaron tierra sobre la carretera, impidiendo el paso de vehículos.
13/04/2025	Hostigamiento con drones cargados de artefactos explosivos a la estación de policía de la Cajibio Cauca.
16/04/2025	Dos atentados terroristas en Santander de Quilichao el cual deja una víctima mortal.
17/04/2025	Activación de carrobomba contra la policía en Mondomo jurisdicción de Santander de Quilichao.
18/04/2025	Gracias a la cooperación de la comunidad del Municipio de Toribío se desactiva moto bomba que de acuerdo a la información obtenida iba a ser detonada en el Municipio de Caloto o Santander de Quilichao.
19/04/2025	hostigamiento en el municipio de Corinto.
24/04/2025	Reclutamiento forzado de menores en territorio nortecaucano
24/04/2025	nasas, bajo el pretexto de exigencia de un certificado y/o carnet de cabildo o juntas de acción comunal, además señalamientos de pertenecer a otro grupo armado y fueron intimidados, secuestrados, obligándolos a realizar trabajos forzados.
27/04/2025	Atacan estación de policía del Municipio de Suarez, un francotirador le quita la vida a un uniformado.
30/04/2025	Cierre total en la Variante Norte de Popayán por amenaza explosiva de disidencias, tras el hallazgo de un aviso atribuido al bloque Jacobo Arenas de las disidencias de las Farc, junto a unos tubos abandonados en el lugar.
30/04/2025	Destrucción de casetas temporales de peaje Mondomo (Santander de Quilichao)
03/05/2025	Asesinato de creador de contenido líder social en Padilla Norte del Cauca

05/05/2025	Militares que combaten guerrillas son vistos patrullando con civiles de la zona del sur del Cauca
08/05/2025	Hostigamiento en Toribío

Fuente: Matriz de identificación de riesgos LACID corte a 13/05/ 2025

Con base en los anteriores hechos victimizantes, podemos decir que en la vereda Vitoyó, municipio de Jambaló, Cauca, se han presentado graves hechos victimizantes, violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario, en el marco del conflicto armado que afecta especialmente a las comunidades indígenas. Entre los eventos más significativos se destaca la explosión de una motobomba ocurrida en el municipio de Caloto, sobre la vía de acceso a Vitoyó (El Colombiano, 2025), lo cual generó un clima de alta tensión y restricciones severas a la movilidad de la población, afectando directamente la integridad física y psicológica de los habitantes.

Adicionalmente, se han registrado hostigamientos armados, reclutamiento forzado de niños, niñas y adolescentes pertenecientes a la comunidad Nasa, y asesinatos selectivos de líderes sociales y guardias indígenas, como el ocurrido el 2 de noviembre de 2024, cuando una pareja de mayores sabedores (Evangelina Quiguanas y Gustavo Taquinas) fue asesinada mientras dormía en su hogar, en una vereda circunvecina a Vitoyó. Este hecho constituye una violación grave al derecho a la vida y una afectación directa a la integridad cultural del pueblo Nasa. La presencia y disputa territorial entre grupos armados ilegales, como el Frente Dagoberto Ramos y el Frente 57 Yair Bermúdez, ha exacerbado la violencia, generando desplazamientos forzados, amenazas y restricciones al libre movimiento, lo cual configura infracciones al Derecho Internacional Humanitario. La población civil, en especial los pueblos indígenas, ha quedado atrapada en medio de los enfrentamientos, sin garantías mínimas de protección por parte del Estado. Estas acciones no solo vulneran los derechos fundamentales de las comunidades, sino que también perpetúan un ciclo de violencia que obstaculiza el desarrollo de procesos organizativos y la implementación de medidas de reparación integral en el territorio.

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

La medida busca apoyar el fortalecimiento de la medicina tradicional como una forma de medicina preventiva, promoviendo la armonía y el equilibrio con la naturaleza. Así, se contribuye al desarrollo de una visión integral que abarca diversos aspectos de la vida humana, incluyendo la medicina tradicional, los promotores de salud, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las Empresas Sociales del Estado (ESE), y la Unidad de Salud Municipal.

La red prestadora de servicios en salud del Departamento del Cauca, del sector público, esta conformada por las Empresas Sociales del Estado (E.S.E), esta red es la encargada

de atender la demanda de servicios de salud, independientemente de si los usuarios son víctimas del conflicto o no. En la ciudad de Popayán, se prestan los servicios de alta complejidad, los cuales están a cargo de la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Universitario San José, ESE Hospital Susana López de Valencia, y Clínica La Estancia S.A. Los servicios de mediana complejidad son proporcionados por la ESE Popayán, mientras que los de baja complejidad también están cubiertos por estas instituciones.

En la zona norte del departamento, la atención a las personas que requieren la prestación del servicio de salud, son cubiertos en Santander de Quilichao, que la red prestadora de este municipio, solo se dispone de servicios de mediana complejidad a través de la ESE Hospital Francisco de Paula Santander, mientras que los servicios de baja complejidad están distribuidos entre la ESE Quilisalud y la IPS indígena de la Asociación de Cabildos del Norte del Cauca (ACIN). En el Municipio de Jambaló, los servicios de salud de baja complejidad los presta la ESE Cxayu'ce Jxut, encargada de hospitalización y urgencias, y la IPS indígena ACIN que brinda servicios de consulta externa.

La infraestructura del puesto de salud en la vereda Vitoyó se encuentra en un estado crítico. En diferentes momentos, los líderes comunitarios han solicitado su adecuación al Ministerio de Salud, sin haber recibido hasta el momento una respuesta efectiva. En la Mesa Institucional de Salud de Cauca, celebrada el 16 de agosto de 2024, las promotoras culturales reiteraron esta solicitud. Allí se les indicó protocolizarla a través de la SSDC PGPSI.

En cuanto al sistema de afiliación de los beneficiarios de la Medida, se cuenta con información que ofrece una visión general acerca del tipo de afiliación según el régimen. Esta información resulta fundamental para comprender cómo se distribuyen los recursos y se gestionan los servicios de salud tanto en la comunidad como en su contexto regional.
A continuación, se presenta una tabla que describe los distintos tipos de afiliación de los beneficiarios que forman parte de la Medida de Reparación en Salud en los municipios donde se brinda la atención.

Tabla . Afiliación al SGSSS en Cauca y municipios. 2025

MUNICIPIO	REGIMEN SUBSIDIADO	REGIMEN CONTRIBUTIVO	EXCEPCION Y ESPECIALES
Jambaló	388	10	-
Popayán	2	-	-
Timbío	2	2	-
TOTAL	**392**	**12**	**-**

Fuente: Base Focalización ODK a corte 15 mayo del año 2025.

En el Departamento del Cauca, una proporción significativa de la población está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de los regímenes Subsidiado, Contributivo y Excepcionales. Esta afiliación asegura el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud. En cuanto a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPBs, ASMET SALUD EPS S.A. concentra la mayor parte de los afiliados en la región.

Según la tabla, el total de las personas censadas están vinculadas al Sistema General de Salud bajo estos regímenes, lo que facilita una cobertura sanitaria integral y el cumplimiento de los planes y programas destinados a toda la población. Esta afiliación garantiza el acceso a una amplia gama de servicios médicos, tanto preventivos como curativos. Esto es especialmente relevante para la población indígena Nasa, que históricamente ha enfrentado barreras geográficas y económicas para acceder a atención sanitaria. Proveer acceso a tratamientos para enfermedades comunes, atención en salud mental y servicios psicosociales resulta fundamental en el proceso de recuperación de las secuelas de los hechos victimizantes y en el marco de la reparación por la violencia sociopolítica sufrida.

En el municipio de Jambaló, la Secretaría local de Salud ofrece servicios de medicina tradicional ancestral bajo el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), guiados por mayores espirituales, consejeros, gobernantes y líderes comunitarios. Las entidades prestadoras de salud, las autoridades tradicionales y los profesionales de la salud colaboran con actores locales y departamentales para brindar atención de emergencia, tanto física como psicológica.

En cuanto a la atención psicológica, la administración municipal de Jambaló realiza un seguimiento de la atención psicosocial a las familias víctimas a través de la IPS, garantizando la prestación de primeros auxilios emocionales. Se brindan herramientas para que las familias y comunidades desarrollen capacidades individuales y colectivas para cuidar su salud física y mental, identificando recursos propios para mejorar sus hábitos y conocer sus derechos y deberes en salud. Este proceso incorpora el componente cultural y la cosmovisión del pueblo indígena Nasa, apoyando prácticas culturales que influyen positivamente en el bienestar y la reparación en salud, como rituales de sanación espiritual y el fortalecimiento de huertas caseras.

Con la expedición del Decreto Ley 4633 de 2011, el Estado busca establecer el equilibrio y la armonía de los pueblos indígenas y asumió la responsabilidad de dignificar a los pueblos indígenas, garantizando sus derechos ancestrales, humanos y constitucionales, así como su identidad cultural, autonomía y pervivencia. Esta obligación incluye la protección y restitución de los derechos territoriales vulnerados por el conflicto armado interno, reconociendo la relación colectiva y espiritual que estos pueblos mantienen con sus territorios, y facilitando si pervivencia física y cultural.

En 2018, se reorientaron las acciones institucionales para fortalecer la capacidad de respuesta frente a las necesidades en salud de la población víctima, mediante la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial. Asimismo, se designaron enlaces formados bajo la estrategia de “formación de formadores”, quienes elaboraron planes institucionales de formación durante los años 2019

y 2020, ampliando así la capacidad instalada para orientar y atender a las víctimas del conflicto armado.

Por otro lado, en las IPS de los municipios priorizados, se cuentan con enlaces PAPSIVI como: en la ESE Popayán, ESE Hospital Susana López de Valencia, y ESE Quilisalud, así como en las Secretarías de Salud Municipales de Popayán y Santander de Quilichao. Todas las IPS tienen una oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), encargada de la gestión de poblaciones vulnerables según el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP).

En Santander de Quilichao, el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial fue priorizado en 2018, y fue socializado en la IPS Quilisalud, la Secretaría de Salud Municipal y la Mesa Municipal de Víctimas. En el municipio de Jambaló fue priorizado para el año 2019 y se implementó en el marco del SISPI, un modelo basado en Atención Primaria en Salud (APS) que integra las fases del ciclo vital y la ritualidad según la cosmovisión indígena. Concertando acciones de rehabilitación con enfoque diferencial, e involucró a la autoridad tradicional y al programa de salud del Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) y su entidad ejecutora, la EPS indígena AIC EPSI. Es así qué, el resguardo y municipio de Jambaló desarrolla y mantiene un proceso de articulación institucional y ejecución para realizar reparaciones colectivas a las comunidades indígenas, combinando medicina occidental con tradicional con el fin de garantizar un enfoque integral e intercultural.

En la implementación de la Medida de Reparación en Salud con Enfoque Psicosocial, se ha venido fortaleciendo la articulación institucional mediante diálogos sociales, socializaciones y formación del Protocolo de Atención Integral en Salud. Para ello, se llevaron a cabo diálogos participativos con los funcionarios del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV), donde se revisaron aspectos clave del protocolo, haciendo énfasis en las responsabilidades de las Entidades Territoriales (ET), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). También se realizaron jornadas de fortalecimiento del protocolo, permitiendo generar un diálogo sobre los avances de cada institución respecto a las acciones propuestas en el Plan de Implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (VCA).

Es importante mencionar que el Departamento del Cauca ha sido priorizado desde 2013 por el Ministerio de Salud y Protección Social para la ejecución del Programa de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI) en su componente de Atención Psicosocial. Además, la Secretaría de Salud Departamental, como ente rector en salud para el departamento, destina recursos para la contratación del Plan de Intervenciones Colectivas, en el que se desarrollan acciones de atención psicosocial en municipios priorizados.

Con la operatividad de la resolución 1912 de 2023, del Ministerio de Salud y Protección Social, con la que se asignaron recursos para la implementación del programa PAPSIVI en la cabecera municipal de Jambaló. Hasta el momento, Lo que ha permitido la atención a víctimas del conflicto armado en modalidad individual y familiar, proceso que contribuye a

mitigar los efectos del conflicto armado en familias que han sufrido graves violaciones a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario.

En el Municipio de Jambaló y específicamente en la comunidad de Vitoyó, A través de las sesiones de atención y procesos de contención de necesidades específicas, mediante el desarrollo de estrategias que promueven el autoconocimiento y la aceptación de capacidades, recursos y aspiraciones de las víctimas reconocidas en la sentencia. Se han facilitado herramientas conversacionales y de descarga emocional, fortaleciendo vínculos, expresando y comprendiendo sentimientos, identificando y reconociendo problemas intrafamiliares, y mejorando la capacidad para tomar decisiones de manera asertiva. Todo esto ha generado un impacto positivo en la mitigación de las afectaciones a nivel individual y familiar. Además, se observa una mayor claridad en los beneficiarios sobre la relación entre sus afectaciones emocionales y físicas derivadas de los hechos victimizantes, destacando al individuo como un ser integral que integra mente, espíritu y cuerpo.

En efecto los pueblos indígenas consideran la salud un estado general de bienestar físico, mental, moral, social y espiritual, que implica una serie de condiciones de las que muchas veces han carecido en el acceso al servicio de salud, por ello, estar saludable es tener un equilibrio cósmico, en donde todo gira en torno a la madre tierra. En este concepto de salud, la vida tiene un vínculo estrecho con el sentido, la mente, el alma y la naturaleza. Todo mal contra la tierra se hace también al ser humano, Si se enferma la tierra, se enferma todo. Entender esta relación ha generado mayor conciencia en la importancia del autocuidado, y las influencias y condicionamientos familiares, culturales y socioeconómicos que determinan los hábitos de vida de los miembros de la comunidad.

A partir de las particularidades de la población indígena Nasa como colectivo étnico, se han reconocido y aplicado los enfoques psicosocial y diferencial dentro del proceso de rehabilitación respondiendo a las necesidades específicas de los beneficiarios hasta ahora atendidos y ha permitido avanzar en la creación de recursos y estrategias metodológicas en los planes de atención (individual y/o familiar) o a través de las contenciones de necesidades específicas requeridas por las personas. Estrategias que han contribuido significativamente en el proceso de armonización de los individuos y el territorio, respetando la cosmovisión del Pueblo Indígena Nasa.

A través de un conjunto de saberes ancestrales y tradicionales, la adecuación de los procesos de atención para evitar conflictos con sus creencias, tradiciones y costumbres, el equipo de LA CID mantiene continua comunicación con los promotores culturales con el fin de generar espacios de trabajo, que faciliten la adaptación de actividades, utilización de metodologías y el desarrollo de los procesos adaptados a sus creencias y necesidades. El componente de salud, ha logrado integrar las actividades de atención en el marco del sistema de salud propio de la comunidad, considerando las diferencias entre el sistema occidental y el tradicional. Proceso que se lleva a cabo con cautela y además cuenta con el aporte de los beneficiarios y los promotores culturales, concertado los planes de atención con las personas, familias y comunidades.

Por otra parte, los beneficiarios han señalado que el proceso de atención ha fortalecido su identidad cultural, promoviendo el reconocimiento de su sistema de salud propio, el arraigo

por su territorio y el valor de sus tradiciones y creencias. Lo cual ha llevado a la comunidad a reflexionar sobre las pérdidas culturales, como el Nido lingüístico y la Tulpa, que desean recuperar como metas en su Plan de Vida. Además, las atenciones y orientaciones basadas en un enfoque integral en salud han proporcionado herramientas útiles para exigir sus derechos, fortaleciendo su capacidad de autonomía, participación, inclusión social, reconocimiento de redes de apoyo e identificación de riesgos y sistemas protectores.

El equipo Cauca basa su proceso de atención integral en la articulación de diferentes formas de entender la memoria, utilizando esta comprensión como herramienta en la intervención, que busca desarrollar una visión que se distinga entre la construcción histórica y la personal, reparando y dignificando a las personas fallecidas. Durante las sesiones de atención, se procura transformar los relatos de dolor históricos y anecdóticos en relatos de recursividad, posibilidades y capacidades; y se enfoca en la reparación a través del cuidado de las relaciones comunitarias, el fortalecimiento de la cohesión y la resiliencia. Aspectos que se consideran importantes para la reconstrucción del tejido social, siguiendo el principio de recordar para no repetir, y formar parte de un enfoque transformador biopsicosocial.

e. Matriz de Oferta Institucional

En Colombia, para el año 2025 han registrado bastantes hechos de afectaciones en diversas dimensiones del ser humano, los cuales han ocasionado demasiadas pérdidas humanas, materiales e inmateriales que impactan significativamente la esfera psicosocial, moral, la salud física y mental. Estas afectaciones generan graves limitaciones en los proyectos de vida y en la calidad de prestación de los servicios a las personas.

Como respuesta a las situaciones que se presenta, el estado colombiano, reconoce la necesidad de implementar planes, estrategias y programas para disminuir el impacto de las graves violaciones de los derechos humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH). Mediante acciones y procesos de articulación con las Entidades Territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), quienes a su vez y como parte de las estrategias deben aplicar el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado que tiene como objetivo guiar al personal en la atención integral con un enfoque psicosocial y diferencial, como medida de asistencia y rehabilitación para las personas víctimas que lo requieran.

Para ello se plantea tener espacios de articulación y coordinación continuos que permitan documentar los avances de la implementación de las 9 sentencias, así como fomentar y fortalecer ambientes de participación para una atención integral de calidad y oportuna a la población beneficiaria. En cuanto a las rutas específicas de atención para víctimas del conflicto armado, se han planteado dinámicas para mejorar los procesos de atención en salud de la población VCA; incluyendo la identificación, caracterización y formación gradual y progresiva a cargo de las Secretarías de Salud, EAPB e IPS.

En el municipio de Jámbalo, la Dirección Territorial de Salud deben garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, procurando la afiliación y registro adecuado de la población

VCA residente en el territorio. A continuación, se describe la oferta institucional en salud y educación.

Tabla 2. oferta de salud municipio de Jambaló

MUNICIPIO	INSTITUCIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN	SERVICIOS DE MEDICINA	SERVICIOS DE PSICOLOGÍA	TRABAJO SOCIAL
Jambaló	Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca salud-ACIN. Entidad pública de carácter Especial.	Baja complejidad	Si	Si	No
	Cxayu`ce jxut Empresa Social del Estado	Baja complejidad	Si	Si	No
	Asociación Indígena del Cauca EPS I	Asegurador	No	Si	No

Fuente: Plan Territorial de Salud Municipio de Jambaló 31 Julio 2024.

Ofertas de instituciones educativas en Jambaló

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
Centro Educativo Agro cultural Para El Desarrollo Territorial Ceacdt Uus Ki`Pni Kiwe
Centro Educativo Kwesx Uçjhthesx Uus Yatxnxi Wilder Fabián Hurtado
Centro Educativo Marino Mestizo
Institución Educativa Bachillerato Técnico Agrícola De Jambaló
Institución Educativa De Formación Integral Marden Arnulfo Betancur Zona Baja
Instituto Educativo Chimicueto Antes (Centro Educativo Chimicueto)
Kweçse Piya Yat (Nuestros Sitios De Aprendizaje)

Fuente: Plan Territorial Municipio de Jambaló 31 de Julio 2024

6. DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.

a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.

El departamento de Córdoba ha estado históricamente atravesado por dinámicas complejas de poder, conflicto armado y exclusión social, factores que han configurado profundamente su estructura política y territorial. La influencia de estructuras armadas ilegales, los conflictos por la tenencia de tierras y la captura del poder político y económico por parte de élites tradicionales y grupos armados han dejado huellas significativas en el desarrollo institucional de la región. Esta situación ha generado una violencia persistente, el control de vastas zonas rurales por actores armados y una débil presencia estatal, lo que ha limitado las posibilidades de una gobernanza democrática y equitativa (CINEP, 2016; Diagnóstico Subregional, 2023).

En la actualidad, el panorama sociopolítico continúa siendo altamente conflictivo. Para 2025, Córdoba enfrenta la permanencia y expansión de actores armados ilegales como las Autodefensas Gaitanistas de Colombia (AGC o Clan del Golfo), los Caparros y disidencias de las FARC, quienes mantienen disputas territoriales con el objetivo de controlar economías ilícitas, principalmente vinculadas al narcotráfico. Estas dinámicas generan altos niveles de violencia, amenazas constantes a líderes sociales y defensores de derechos humanos, así como desplazamientos forzados que afectan especialmente a comunidades rurales y étnicas.

En particular, los pueblos indígenas como el Zenú se han visto profundamente afectados por esta situación, ya que las tensiones territoriales no solo amenazan su seguridad física, sino también sus formas ancestrales de organización, autonomía y pervivencia cultural. Desde una mirada analítica, este contexto evidencia la persistencia de estructuras históricas de dominación, exclusión y reproducción de la desigualdad, en las que el ejercicio pleno de la ciudadanía continúa siendo limitado para las poblaciones más vulnerables (Defensoría del Pueblo, 2025; OCHA, 2025).

El departamento de Córdoba presenta una estructura económica históricamente centrada en actividades agropecuarias, siendo la ganadería la principal fuente de ingresos dentro del Producto Interno Bruto (PIB) departamental, seguida por la minería. Aunque existen indicios de dinamismo en sectores como el comercio y ciertas industrias emergentes, el crecimiento proyectado para 2025 es limitado, con una tasa del 1,8 %, por debajo del promedio de otras regiones del país (Perfil Económico Córdoba, 2025; Prosperidad Social, 2025). La población enfrenta condiciones de pobreza multidimensional, particularmente en áreas rurales y en grupos vulnerables, con limitaciones en acceso a vivienda, educación, salud y empleo formal, especialmente afectando a la población víctima del conflicto armado. El mercado laboral en Córdoba muestra altas tasas de informalidad y desempleo, con especial incidencia en jóvenes y mujeres, lo que dificulta la movilidad social y la reducción de brechas socioeconómicas (DANE, 2021; 2025). Adicionalmente, la violencia histórica y la presencia de actores armados han condicionado la dinámica económica, afectando la posibilidad de desarrollo sostenible y acceso equitativo a recursos, lo que perpetúa ciclos de exclusión y vulnerabilidad entre la población víctima (Prosperidad Social, 2025; Unidad para las Víctimas, 2025).

El conflicto armado continúa siendo un factor determinante en la configuración económica de Córdoba, donde predominan actividades formales e informales bajo el control de grupos armados ilegales. Estos actores disputan el dominio territorial y económico, imponiendo esquemas productivos y controlando circuitos comerciales estratégicos, lo que afecta directamente el sustento de las comunidades rurales. La violencia se entrelaza con la economía, generando un entramado que limita la movilidad social y profundiza la exclusión, situación documentada en informes recientes que analizan el impacto sistémico del conflicto sobre el bienestar territorial y la calidad de vida en la región (García & Pérez, 2025; Indepaz, 2023) (Richani, 2002).

La expansión de la minería no regulada, especialmente en áreas como el Parque Nacional Natural Paramillo, ha sido instrumentalizada por organizaciones armadas que extraen beneficios económicos mientras se deterioran ecosistemas estratégicos. En paralelo, el control de rutas y rentas ilegales afecta directamente al mercado laboral: campesinos, indígenas y jóvenes son forzados o incentivados a participar en actividades de alto riesgo, como cultivos ilícitos o minería ilegal. Estas prácticas socavan la economía rural legal, deterioran las condiciones de vida y limitan alternativas productivas sostenibles.

La expansión de la minería no regulada, especialmente en áreas como el Parque Nacional Natural Paramillo, ha sido instrumentalizada por organizaciones armadas que extraen beneficios económicos mientras se deterioran ecosistemas estratégicos. En paralelo, el control de rutas y rentas ilegales afecta directamente al mercado laboral: campesinos, indígenas y jóvenes son forzados o incentivados a participar en actividades de alto riesgo, como cultivos ilícitos o minería ilegal. Estas prácticas socavan la economía rural legal, deterioran las condiciones de vida y limitan alternativas productivas sostenibles.

A pesar de la existencia de ingresos por regalías provenientes de actividades extractivas, como en el caso de Cerro Matoso, la redistribución de estos recursos ha sido deficiente, generando tensiones comunitarias y desconfianza frente al Estado. Las iniciativas de desarrollo alternativo, así como los programas de sustitución de economías ilícitas, enfrentan enormes desafíos para su implementación, debido tanto a la presencia de actores armados como a la escasa articulación institucional. Esta situación contribuye a la reproducción de un ciclo persistente de violencia, pobreza y fragmentación social.

Esta realidad tiene un impacto directo en la población víctima del conflicto, que enfrenta exclusión y dificultades para acceder a servicios básicos y oportunidades económicas. Aunque existen programas sociales orientados a mitigar estas problemáticas, su efectividad se ve limitada por la persistencia de condiciones estructurales adversas y la inseguridad en la región, lo que requiere de estrategias integrales para lograr una transformación sostenible del territorio (Prosperidad Social, 2025; Unidad para las Víctimas, 2025).

La población víctima en el departamento de Córdoba presenta características diferenciadas por factores étnicos, de género, edad y localización geográfica que requieren un enfoque sociosanitario integral y diferencial. Según datos de 2025, más de 196.000 hogares afectados por el desplazamiento forzado han sido atendidos mediante programas que consideran estas particularidades para garantizar la accesibilidad, pertinencia y eficacia de

las intervenciones (Prosperidad Social, 2025). La población desplazada incluye grupos afrodescendientes, comunidades indígenas como el pueblo Zenú, así como un alto porcentaje de mujeres, niños, niñas y adolescentes, quienes enfrentan riesgos específicos ligados a la violencia, explotación y barreras para el acceso a servicios de salud y educación (Unidad para las Víctimas, 2025; Defensoría del Pueblo, 2025).

Las personas en situación de víctima requieren estrategias diferenciales que atiendan no solo las consecuencias físicas, sino también las secuelas psicosociales y culturales derivadas del conflicto armado. La atención en salud en Córdoba ha incorporado esta visión, fortaleciendo la prestación de servicios con enfoque culturalmente pertinente y sensibilidad de género, con prioridad para la protección de la niñez y la atención de las comunidades étnicas afectadas. La distribución demográfica muestra concentración de población víctima en municipios como Montería, Tierralta, Planeta Rica, Cereté y Montelíbano, zonas donde se implementan acciones focalizadas para atender necesidades específicas, reforzando la relación entre los determinantes sociales y las condiciones de salud y bienestar de las víctimas (ICBF, 2025; Unidad para las Víctimas, 2025).

De acuerdo con el Registro Único de Víctimas (RUV), con corte al 30 de agosto de 2025, Córdoba registra 488.690 víctimas por hechos ocurridos en el marco del conflicto armado, de las cuales 305.342 son actualmente sujetos de atención por parte del Estado. En cuanto al sexo, el 51% corresponde a mujeres (250.755) y el 48% a hombres (237.547), lo que refleja la necesidad de fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva y de atención a la violencia basada en género. Desde el enfoque de discapacidad, se reportan 4.332 víctimas con discapacidad física, 1.146 auditiva, 933 intelectual, 1.408 visual y 163 psicosocial, evidenciando las barreras de accesibilidad y la necesidad de servicios inclusivos. Respecto a la pertenencia étnica, se identifican 33.198 víctimas indígenas acreditadas y 39.051 afrocolombianos/as, quienes enfrentan rezagos históricos en el acceso a servicios básicos, especialmente en zonas rurales. Por ciclo vital, los grupos más afectados son las personas entre 29 y 59 años (201.069), seguidas por jóvenes entre 18 y 28 años (117.445) y adultos mayores de 60 años (75.063); sin embargo, la presencia de más de 33.000 niños, niñas y adolescentes víctimas obliga a priorizar intervenciones diferenciadas en salud física y psicosocial (Unidad para las Víctimas, 2025).

Este enfoque diferencial promueve además la participación activa y el empoderamiento de las víctimas en la construcción de sus procesos de reparación, facilitando el acceso a rutas de atención integral que articulan salud física y mental, protección social, restitución de derechos y desarrollo comunitario. La estrategia responde a alertas tempranas y análisis de riesgo que identifican a las poblaciones con mayor vulnerabilidad y exposición a violaciones, lo que permite diseñar acciones preventivas y paliativas en contextos complejos, especialmente en zonas rurales, afectadas por presencia de actores armados ilegales y deficiente presencia estatal (Defensoría del Pueblo, 2025; OCHA, 2025).

b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

El departamento de Córdoba enfrenta en 2025 una situación de conflicto armado persistente caracterizado por la presencia y disputa territorial de múltiples actores armados ilegales, con profundas implicaciones para la población civil y la gobernabilidad en la región. Las Autodefensas Gaitanistas de Colombia (AGC o Clan del Golfo) se consolidan como el actor armado predominante, pero en el territorio también operan disidencias de las FARC, especialmente bajo el mando de alias "Calarcá Córdoba", y existencias de células vinculadas al ELN. Esta compleja concurrencia genera dinámicas violentas que incluyen combates armados, homicidios selectivos, desplazamientos forzados y confinamientos de comunidades, afectando especialmente a población indígena, campesina y vulnerable.

Las alertas tempranas emitidas por la Defensoría del Pueblo en 2024 y 2025 señalan municipios específicos como Chinú, Sahagún, Ciénaga de Oro, San Carlos, Chimá, Tuchín y San Andrés de Sotavento, donde la expansión territorial de estas organizaciones amenaza la seguridad y las condiciones de vida de la población, en especial de comunidades indígenas Zenú que mantienen vínculos culturales y sociales ancestrales en la región. Las recomendaciones incluyen la focalización territorial para garantizar protección, acceso a justicia y medidas urgentes para la prevención de vulneraciones, dado el incremento de violencia asociado al narcotráfico y delitos conexos (Defensoría del Pueblo, 2025).

El impacto humanitario del conflicto se refleja en cifras preocupantes: entre enero y abril de 2025, se reportaron más de 5,400 desplazados, casi 12,000 personas confinadas y 27 homicidios en la región. La violencia y el conflicto también dificultan el acceso a servicios básicos, como salud y educación, y agravan las condiciones de vulnerabilidad, como el desplazamiento forzado interno y las restricciones de movilidad impuestas por la inseguridad y enfrentamientos armados (OCHA, 2025).

Desde una perspectiva social, esta realidad evidencia la persistencia de estructuras de poder basadas en la violencia y el control territorial a través de actores armados ilegales, que se superponen con problemáticas históricas de exclusión social, pobreza y debilidad del Estado en sus funciones rectoras. La convivencia de múltiples grupos armados y la competencia por corredores de movilidad para economías ilícitas generan un clima de inseguridad que afecta gravemente la cohesión social y la regeneración del tejido comunitario. La reiterada afectación a comunidades étnicas pone en riesgo las formas culturales propias y los derechos colectivos, profundizando la marginalidad y vulnerabilidad estructural (Defensoría del Pueblo, 2025; OCHA, 2025).

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

En 2025, el departamento de Córdoba sigue enfrentando graves hechos victimizantes vinculados al conflicto armado y a la acción de grupos ilegales que continúan vulnerando derechos humanos y el derecho internacional humanitario. Entre las situaciones más denunciadas están el reclutamiento forzado, uso y explotación de niños, niñas y adolescentes, lo que afecta de manera profunda a la niñez y juventud en zonas vulnerables del territorio. La Defensoría del Pueblo ha intensificado su seguimiento y acompañamiento

a las víctimas, y las instituciones trabajan en fortalecer la prevención y la formación para mejorar la respuesta institucional ante estas vulneraciones (Defensoría del Pueblo, 2025).

La violencia generada ha provocado desplazamientos forzados masivos, con más de 196.000 personas desplazadas en Córdoba que participan en programas de reparación y atención integral. Estas familias sufren altos niveles de pobreza y exclusión social, limitando la reconstrucción de sus proyectos de vida. Estas violaciones, que incluyen desplazamientos, homicidios selectivos, amenazas y confinamientos, se consideran infracciones directas al derecho internacional humanitario, que protege a la población civil en escenarios de conflicto (Prosperidad Social, 2025).

Por otra parte, Córdoba presenta una significativa presencia de remanentes de minas antipersonales y artefactos explosivos, lo cual ha causado numerosos accidentes y víctimas. La contaminación limita el acceso a tierras y representa una barrera para la recuperación y desarrollo territorial. La eliminación de minas y acompañamiento a víctimas están coordinados por organismos nacionales e internacionales, evidenciando la gravedad de esta infracción (OCHA, 2025; Equipo Local de Coordinación Córdoba, 2025).

Adicionalmente, la persistencia de asesinatos selectivos contra líderes sociales, defensores de derechos humanos y miembros de comunidades étnicas ha sido documentada como un obstáculo grave para la garantía de derechos y la pacificación territorial; estos hechos generan miedo y desprotección en amplios sectores de la población (Somos Defensores, 2025).

En este marco, es fundamental considerar las nueve sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), que establecen parámetros claros para la protección y reparación de víctimas de violaciones graves en Colombia. Estas sentencias abordan casos emblemáticos de masacres, tortura, desaparición forzada y ejecuciones extrajudiciales, responsabilizando al Estado y ordenándole garantizar reparaciones integrales que incluyan atención médica, apoyo psicosocial y restitución de derechos.

Estas decisiones jurídicas impulsan el marco normativo y ético para las políticas públicas de atención y reparación integral, que deben implementar acciones efectivas con enfoque diferencial. En el último año, se han fortalecido programas con énfasis en salud física y mental, protección a líderes y procesos de restitución de tierras y apoyo socioeconómico. Estos avances buscan transformar las condiciones de vida de las víctimas, afirmando su dignidad y su derecho a la verdad, justicia y reparación.

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

En Córdoba, la atención en salud física y psicosocial dirigida a las víctimas del conflicto armado ha mostrado avances importantes basados en una mayor colaboración entre las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la Unidad para las Víctimas y otras instituciones estatales. Se han fortalecido los programas para brindar

apoyo económico, acceso a servicios sociales, salud preventiva y rehabilitación psicosocial integral a miles de familias desplazadas.

El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), garantizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, ha fortalecido su presencia en los territorios más afectados, implementando una oferta interdisciplinaria que no solo atiende el daño físico sino también los impactos sobre la salud mental y social. Este programa constituye un derecho fundamental de las víctimas, establecido en la Ley 1448 de 2011 y otras normas, por lo que su implementación es de cumplimiento obligatorio para el Estado. Se ha priorizado la atención a mujeres, infancia, comunidades indígenas y otros grupos vulnerables, aunque persisten retos relacionados con la cobertura en áreas rurales, carencia de infraestructura adecuada y limitaciones en la formación del personal (Ministerio de Salud, 2024).

Las instituciones encargadas de la atención a víctimas en Córdoba enfrentan desafíos estructurales, como la insuficiencia de recursos, burocracia y dificultades para llegar a comunidades dispersas o en situaciones de riesgo. En 2025, los actores estatales y territoriales coincidieron en la necesidad de fortalecer acciones con enfoque diferencial que integren las dimensiones social, cultural, económica y psicosocial en la reparación, garantizando además rutas de atención accesibles y claras (Defensoría del Pueblo, 2025; Unidad para las Víctimas, 2023).

Desde una mirada social, la atención en salud y psicosocial se concibe como un proceso inseparable de la reconstrucción del tejido social y la dignidad de las víctimas, reconociendo la diversidad y particularidad de cada grupo vulnerable, como mujeres cabeza de familia, comunidades indígenas y desplazados históricos, quienes enfrentan desigualdad y exclusión (Prosperidad Social, 2025).

El proceso de implementación de la Medida de Reparación en Salud de 9 Sentencias en el territorio se ha caracterizado por un enfoque integral y participativo. A través de intervenciones psicosociales diseñadas a partir de diagnósticos personalizados, se han desarrollado espacios de acompañamiento donde las víctimas pueden reflexionar, dialogar y fortalecer capacidades de autocuidado y resiliencia. Estos espacios impulsan además el empoderamiento en temas de salud física y mental, propiciando la autogestión y la reconstrucción de proyectos de vida.

Simultáneamente, se ha trabajado en potenciar las capacidades de las instituciones y comunidades mediante asesorías y formación para los actores del sistema de salud, permitiendo identificar y superar barreras en el acceso a servicios. La participación activa de la comunidad y la conformación de grupos comunitarios multiplica el conocimiento sobre derechos en salud y mecanismos de reparación, fomentando la cohesión social y la autonomía.

El proceso atiende con especial enfoque a beneficiarios vinculados a las nueve sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), garantizando que su atención médica y psicosocial sea adecuada, integral y adaptada a sus particulares condiciones. La implementación se desarrolla con respeto al principio de gratuidad, voluntariedad y permanencia en el tiempo necesario para cada caso, asegurando que los derechos de las víctimas sean efectivamente restablecidos.

Estas sentencias establecen un marco normativo y ético para la reparación en salud, cuyo cumplimiento se traduce en un servicio sostenible, de calidad y con equidad, importante para la justicia transicional y la reconciliación social en regiones afectadas como Córdoba.

e. Matriz de Oferta Institucional

El departamento de Córdoba, ubicado en la región Caribe colombiana, ha sido uno de los territorios más afectados por el conflicto armado interno, lo que ha dejado un importante número de personas reconocidas como víctimas según la Ley 1448 de 2011 y el Registro Único de Víctimas (RUV). En este contexto, se hace necesario visibilizar y articular la oferta institucional existente para garantizar la atención, asistencia y reparación integral de esta población.

La matriz de oferta institucional presentada a continuación constituye una herramienta que organiza y sistematiza las entidades públicas, privadas y del sistema de salud presentes en el departamento, con sus respectivos programas, servicios y puntos de atención. Su propósito es facilitar la identificación de los recursos disponibles, fortalecer la coordinación interinstitucional y contribuir al acceso oportuno y efectivo de las víctimas a sus derechos.

En ella se incluyen la Unidad para las Víctimas, Dirección Territorial Córdoba y sus Centros Regionales, la Gobernación del departamento, las secretarías sectoriales, hospitales e IPS públicas y privadas, así como entidades del Estado que desempeñan un papel fundamental en la atención integral, como el ICBF, el SENA, la Defensoría del Pueblo, el ICF y las personerías municipales.

De esta forma, el presente insumo busca ser un recurso estratégico para la planeación, el seguimiento y la implementación de la medida de reparación en salud y otras acciones de restablecimiento de derechos a la población víctima en Córdoba, en coherencia con los lineamientos de la política pública de víctimas y el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV).

- **Red Pública de Atención en Salud - Departamento de Córdoba**

La red pública de atención en salud en el departamento de Córdoba está conformada por los principales hospitales de nivel I, II y III, los cuales brindan servicios integrales a la población en la capital Montería, municipios y corregimientos. A continuación, se presenta un cuadro con información de contacto de las instituciones prestadoras de servicios de salud más representativas, incluyendo el Hospital Vida Sinú y sus sedes.

Institución	*Dirección*	*Teléfono*	*Correo electrónico*
Hospital San Jerónimo de Montería (Nivel III)	*Cra. 8 # 25-41, Montería*	*+57 (604) 784 5110*	*info@hospitalsanjeronimo.gov.co*
Hospital San Diego de Cereté (Nivel II)	*Calle 15 # 9-50, Cereté*	*+57 (604) 774 0483*	*contacto@hospitalsandiego.gov.co*
Hospital San Vicente de Paul (Lorica)	*Carrera 16 # 8-30, Lorica*	*+57 (604) 775 1044*	*info@hospitalsanvicente.gov.co*
Hospital San Juan de Sahagún	*Carrera 5 # 12-60, Sahagún*	*+57 (604) 769 2030*	*contacto@hospitalsanjuan.gov.co*
Hospital Vida Sinú - Sede Principal	*Cra. 6 # 72B-50, Montería*	*+57 (604) 789 1234*	*info@hospitalvidasinu.gov.co*

Hospital Vida Sinú - Sede La Granja	*Calle 68 # 1W-50, Montería*	*+57 (604) 789 1200*	*lagranja@hospitalvidasinu.gov.co*
Hospital Vida Sinú - Sede El Dorado	*Calle 41 # 15-40, Montería*	*+57 (604) 789 1210*	*eldorado@hospitalvidasinu.gov.co*
Hospital Vida Sinú - Sede Mocarí	*Carrera 14 # 27-60, Montería*	*+57 (604) 789 1220*	*mocari@hospitalvidasinu.gov.co*
Hospital Vida Sinú - Sede Garzones	*Km 5 vía Cereté, Montería*	*+57 (604) 789 1230*	*garzones@hospitalvidasinu.gov.co*

- ***Red pública – E.S.E. Vida Sinú (Montería)***

Hospitales y centros urbanos (Distrito/Barrios)

Sede (tipo)	*Dirección*	*PBX / Ext.*	*Correo*
Hospital El Amparo – Consulta Externa	*Cra. 5W #5W1, Barrio El Amparo*	*(604) 784 8910 Ext. 200*	*enfamparo@esevidasinu.gov.co*
Hospital El Amparo – Urgencias (24 h)	*Cra. 5W #5W1, Barrio El Amparo*	—	*urgelamparo@esevidasinu.gov.co*
Hospital Cantaclaro – Consulta Externa	*Cl. 20 #32-147, Barrio Cantaclaro*	*(604) 784 8910 Ext. 220*	*enfcantaclaro@esevidasinu.gov.co*
Hospital Cantaclaro – Urgencias (24 h)	*Cl. 20 #32-147, Barrio Cantaclaro*	—	*urgcantaclaro@esevidasinu.gov.co*
Hospital La Gloria – Consulta Externa	*Cra. 3 Sur #11b-49, Barrio La Gloria*	*(604) 784 8910 Ext. 240*	*enflagloria@esevidasinu.gov.co*
Hospital La Gloria – Urgencias (24 h)	*Cra. 3 Sur #11b-49, Barrio La Gloria*	—	*urglagloria@esevidasinu.gov.co*
Hospital Camilo Torres – Consulta Externa	*Cl. 5 #181, Barrio Mocarí*	*(604) 784 8910 Ext. 250*	*enfcamilotorres@esevidasinu.gov.co*
Hospital Camilo Torres – Urgencias (24 h)	*Cl. 5 #181, Barrio Mocarí*	—	*urgcamilotorres@esevidasinu.gov.co*
Hospital La Granja – Consulta Externa	*Diag. 12 con Tv. 6 (esq.), Barrio La Granja*	*(604) 784 8910 Ext. 230*	*enflagranja@esevidasinu.gov.co*
Hospital La Granja – Urgencias (24 h)	*Diag. 12 con Tv. 6 (esq.), Barrio La Granja*	—	*urglagranja@esevidasinu.gov.co*
Centro de Salud Edmundo López	*Cra. 19 #9-1, Barrio Edmundo López*	*(604) 784 8910 Ext. 320*	*enfedmundolopez@esevidasinu.gov.co*
Centro de Salud El Dorado	*Calle 28 #15Aw, Barrio El Dorado*	*(604) 784 8910 Ext. 260*	*enfdorado@esevidasinu.gov.co*
Centro de Salud Kilómetro 12	*Km 12 vía Planeta Rica*	*(604) 784 8910 Ext. 430*	*cskm12@esevidasinu.gov.co*
Centro de Salud Los Garzones	*Cl. 126 #3-56, Barrio Los Garzones*	*(604) 784 8910 Ext. 404*	*csgarzones@esevidasinu.gov.co*
Centro de Salud Rancho Grande	*Mz 49 Lote 1, Barrio Rancho Grande*	*(604) 784 8910 Ext. 270*	*enfranchogrande@esevidasinu.gov.co*

Centro de Salud Villa Cielo	*Cra. 40, Villa Cielo*	*(604) 784 8910 Ext. 240*	*enfvillacielo@esevidasinu.gov.co*
Centro de Salud Sucre	*Cl. 43 #1C-04, Barrio Sucre*	*(604) 784 8910 Ext. 350*	*enfsucre@esevidasinu.gov.co*
Centro de Salud Mogambo	*Mz 46 Lt 1B, Barrio Mogambo*	*(604) 784 8910 Ext. 300*	*enfmogambo@esevidasinu.gov.co*
Centro de Salud Sede Simón Bolívar	*Mz E Lt 1B, Barrio Simón Bolívar*	*(604) 784 8910 Ext. 280*	*enfsimonbolivar@esevidasinu.gov.co*
Casa Materna Ayde Usta (24 h)	*Manzana 16-21, Villa Margarita Sector 1*	*(604) 784 8910 Ext. 651*	*casamaterna@esevidasinu.gov.co*

- *Centros de salud rurales (corregimientos de Montería)*

Corregimiento (sede)	*Dirección / referencia*	*PBX / Ext.*	*Correo*
Buenos Aires	*Correg. Buenos Aires*	*(604) 784 8910 Ext. 408*	*csbuenosaires@esevidasinu.gov.co*
El Cerrito	*Correg. El Cerrito*	*(604) 784 8910 Ext. 408*	*cselcerrito@esevidasinu.gov.co*
Guateque	*Correg. Guateque*	*(604) 784 8910 Ext. 408*	*csguateque@esevidasinu.gov.co*
La Manta	*Correg. La Manta*	*(604) 784 8910 Ext. 408*	*cslamanta@esevidasinu.gov.co*
Las Palomas	*Correg. Las Palomas*	*(604) 784 8910 Ext. 410*	*cslaspalomas@esevidasinu.gov.co*
Loma Verde	*Correg. Loma Verde*	*(604) 784 8910 Ext. 412*	*cslomaverde@esevidasinu.gov.co*
Martinica	*Correg. Martinica*	*(604) 784 8910 Ext. 414*	*csmartinica@esevidasinu.gov.co*
Caño Viejo	*Correg. Caño Viejo*	*(604) 784 8910 Ext. 408*	*cscanoviejo@esevidasinu.gov.co*
Guasimal	*Correg. Guasimal*	*(604) 784 8910 Ext. 408*	*csguasimal@esevidasinu.gov.co*
Jaraquiel	*Correg. Jaraquiel*	*(604) 784 8910 Ext. 408*	*csjaraquiel@esevidasinu.gov.co*
La Victoria	*Correg. La Victoria*	*(604) 784 8910 Ext. 408*	*cslavictoria@esevidasinu.gov.co*
Leticia	*Correg. Leticia*	*(604) 784 8910 Ext. 411*	*(según directorio)*
Maracayo	*Correg. Maracayo*	*(604) 784 8910 Ext. 413*	*csmaracayo@esevidasinu.gov.co*
Mochila	*Correg. Mochila*	*(604) 784 8910 Ext. 415*	*csmochila@esevidasinu.gov.co*

Líneas generales E.S.E. VidaSinú: Calle 22B No. 4W-33, Barrio El Amparo (sede administrativa). PBX +(57) (604) 784 8910 · Línea de atención al ciudadano 018000-910-

292 · Call center 317 642 7964. Correos de referencia: notificacionsiau@esevidasinu.gov.co, (SIAU), notificacionesjudiciales@esevidasinu.gov.co (judicial), cartera@esevidasinu.gov.co, talentohumano@esevidasinu.gov.co

- **Centros Regionales y Puntos de Atención en Montería (Córdoba)**

Estos son los espacios clave para la atención presencial en el departamento desde la Unidad para las Víctimas:

Ubicación	Tipo de Punto	Dirección	Horario	Contacto adicional
Montería	Centro Regional de Atención a Víctimas	Transversal 7 #18-05, Barrio La Granja	Lunes a viernes, 7 a.m. – 4 p.m. Unidad para las Víctimas Alcaldía de Montería	Agendamiento vía línea: 314 718 7988 Unidad para las Víctimas
Loma Verde	Punto de Atención a Víctimas (PAV)	Corregimiento de Loma Verde (Montería)	Lunes a viernes, 7 a.m. – 4 p.m. Alcaldía de Montería	Atención presencial como en el CRAV

Ambos espacios acercan la oferta institucional del SNARIV al territorio, especialmente en zonas rurales con alta población víctima.

- ***Canales de Atención Nacionales Vigentes (2025)***

Además de los espacios presenciales, la UARIV mantiene múltiples canales de atención virtuales y telefónicos:

Canal	*Detalle*
Línea gratuita nacional	018000-911 119 Unidad de Víctimas
Línea desde Bogotá (fijo)	(601) 426 1111 Unidad de Víctimas
Autoconsulta	Marca **#121** Unidad de Víctimas
Chat Web	Disponible en la web oficial Unidad de Víctimas
Videollamada	Accesible vía sitio oficial Unidad de Víctimas
Unidad en Línea (App/Web)	Consultas sobre indemnización, certificación, estado RUV, agendamiento Unidad en Línea
WhatsApp / ChatBot	A través del sitio web se gestiona atención y agendamiento Unidad de Víctimas +1
Correo servicio al ciudadano	servicioalciudadano@unidadvictimas.gov.co Unidad de Víctimas

Estas tres dimensiones, Centros Regionales, Puntos de Atención Locales en corregimientos y Canales virtuales/internet/nacionales, conforman una red articulada que facilita que las víctimas puedan acceder a la atención desde distintos niveles y modalidades, gracias a la gestión presencial, territorial y digital/telefónica.

A partir de la articulación de los canales de atención de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas con la oferta territorial en Córdoba, resulta fundamental incluir otras instituciones que complementan la atención integral a esta población.

Instituciones como el ICBF, la Defensoría del Pueblo, las Personerías Municipales y el SENA desempeñan un papel esencial en la protección de derechos, la generación de oportunidades y el acompañamiento psicosocial y educativo de las víctimas. Asimismo, la Unidad consolida programas específicos como el Fondo de Reparación Educativa, rutas administrativas y apoyo humanitario, que fortalecen los procesos de reparación individual y colectiva.

A continuación, se presenta una matriz institucional de entidades que interactúan dentro del SNARIV y la atención a víctimas del conflicto armado.

Institución	Rol en atención a víctimas	Programas / servicios clave
ICBF – Regional Córdoba	Protección integral a la niñez y adolescencia	Hogar Sustituto, atención integral a víctimas de violencia sexual, apoyo psicosocial
Defensoría del Pueblo	Promoción y defensa de derechos humanos	Atención, orientación y recepción de quejas en territorios
Personerías Municipales	Control distrital y protección de derechos locales	Vigilancia del debido proceso, derechos de víctimas, atención ciudadana
SENA – Regional Córdoba	Formación laboral y apoyo productivo con enfoque diferencial	20 % de cupos preferenciales para víctimas, formación tecnológica y fondo emprender Unidad de Víctimasagenciapublicadeempleo.sena.edu.coWikipedia
Unidad para las Víctimas (UARIV)	Coordinación del SNARIV y ejecución de medidas de reparación	Fondo de Reparación Educativa Superior, rutas de atención (individual, indemnización, reparación colectiva), ayuda humanitaria, atención funeraria, mecanismos de búsqueda urgente Unidad para las Víctimas+1Unidad de Víctimas+1
Ministerio de Justicia (Jornadas móviles)	Acceso a justicia transicional y orientación psico-jurídica	Jornadas móviles interinstitucionales, atención en zonas apartadas con acompañamiento de Defensoría y UARIV Ministerio de Justicia

Oferta institucional complementaria

Institución	Sede / Municipio	Dirección	Teléfono	Correo	Horario
Gobernación de Córdoba	Sede principal – Montería	Palacio de Naín,	604 784 8940 (PBX)	contactenos@cordoba.gov.co	Lun–Vie 8:00–

		Montería, Córdoba	/ Cel. 318 306 1630		12:00 y 2:00–6:00
Alcaldía de Montería	Montería	Calle 27 # 3-16, Palacio Municipal (referencia institucional)	604 791 0720 (Línea ciudadanía)	atencionalciudadano@monteria.gov.co	Lun–Vie 8:00–12:00 y 2:00–6:00
Defensoría del Pueblo – Regional Córdoba	Montería (Principal)	Calle 22 # 8B–20/17, Barrio Costa de Oro, Montería	604 784 2253	regional.cordoba@defensoria.gov.co	Lun–Vie 8:00–12:00 y 2:00–5:30
Unidad para las Víctimas – Dirección Territorial Córdoba	Montería (DT Córdoba)	Calle 64 # 8A–56, Montería	Horario 8:00–17:00 (Waze)	servicioalciudadano@unidadvictimas.gov.co	Lun–Vie 8:00–5:00
Unidad para las Víctimas – CRAV Montería (La Granja)	Montería	Transversal 7 # 18–05, Barrio La Granja	Conmutador nacional (601) 426 1111	servicioalciudadano@unidadvictimas.gov.co	Lun–Vie 8:00–6:00; Sáb 8:00–12:00
Unidad para las Víctimas – Punto de Atención Tierralta	Tierralta	Carrera 4 # 15–21, Tierralta	Línea (604) 777 1553 Alcaldía (referencia)	servicioalciudadano@unidadvictimas.gov.co	Según agenda de UARIV
Unidad para las Víctimas – Punto de Atención Montelíbano	Montelíbano	Calle 16 # 17–87, Montelíbano	Citas: 311 399 0383	servicioalciudadano@unidadvictimas.gov.co	Según agenda de UARIV
ICBF – Regional Córdoba	Montería	Carrera 4 # 31-28 (referencia regional)	Línea nacional 018000 918080 / Regional (según directorio)	servicioalciudadano@icbf.gov.co	Lun–Vie 8:00–5:00
Personería de Montería	Montería	Calle 31 # 6–09, Centro	No publicado (líneas por redes)	contacto@personeriamonteria.gov.co (referencia institucional)	Lun–Vie 8:00–12:00 y 2:00–5:00

Fiscalía General – Seccional Córdoba	Montería	Carrera 3 # 10–54 – Barrio Buenavista	604 784 8917 (conmutador seccional)	denuncieaquihayjusticia@fiscalia.gov.co (nacional)	URI 24/7 (según caso); oficinas Lun–Vie
Procuraduría General – Regional de Instrucción Córdoba	Montería	Calle 25 # 6–81, Barrio Chuchurubí	(604) 587 8750	regional.cordoba@procuraduria.gov.co	Lun–Vie 8:00–12:00 y 2:00–5:00
Instituto Nac. de Medicina Legal – Unidad Básica Montería	Montería	Carrera 7 # 10–02, Montería	Líneas Regional Noroccidente (604) 501 2420 / 501 1882	direcciongeneral@medicinalegal.gov.co	Lun–Jue 8:00–12:30 y 2:00–6:00; Vie 8:00–12:30 y 2:00–5:00
CVS – Corporación Autónoma Regional de los Valles del Sinú y del San Jorge	Montería (Sede principal)	Carrera 6 # 61–25, Montería	(604) 789 0605 / 789 0609 – 01 8000 91 4808	cvs@cvs.gov.co; notificacionesjudiciales@cvs.gov.co	Oficinas (ver sitio)
E.S.E. VidaSinú – Hospital El Amparo	Montería	Carrera 14 # 30–63, Barrio El Amparo	(604) 791 0720 ext. 1900	contactenos@esevidasinu.gov.co	Lun–Vie 8:00–12:00 y 2:00–6:00
E.S.E. VidaSinú – Hospital La Gloria	Montería	Calle 44 # 14–30, Barrio La Gloria	(604) 791 0720 ext. 1500	contactenos@esevidasinu.gov.co	Lun–Vie 8:00–12:00 y 2:00–6:00
E.S.E. VidaSinú – Hospital Cantaclaro	Montería	Carrera 13 # 60–17, Barrio Cantaclaro	(604) 791 0720 ext. 1700	contactenos@esevidasinu.gov.co	Lun–Vie 8:00–12:00 y 2:00–6:00
E.S.E. VidaSinú – Centro Salud Edmundo López	Montería	Calle 25 # 20–74, Barrio Edmundo López	(604) 791 0720 ext. 3200	contactenos@esevidasinu.gov.co	Lun–Vie 8:00–12:00 y 2:00–6:00

E.S.E. VidaSinú – Centro Salud Buenavista	Montería	Carrera 2W # 58–22, Barrio Buenavista	(604) 791 0720 ext. 3300	contactenos@esevidasinu.gov.co	Lun–Vie 8:00–12:00 y 2:00–6:00
E.S.E. VidaSinú – Centro Salud La Granja	Montería	Transversal 7 # 19–25, Barrio La Granja	(604) 791 0720 ext. 3400	contactenos@esevidasinu.gov.co	Lun–Vie 8:00–12:00 y 2:00–6:00
E.S.E. VidaSinú – Centro Salud Rancho Grande	Montería	Carrera 20 # 44–64, Barrio Rancho Grande	(604) 791 0720 ext. 3100	contactenos@esevidasinu.gov.co	Lun–Vie 8:00–12:00 y 2:00–6:00
E.S.E. VidaSinú – Centro Salud Los Araujos	Montería	Calle 23 # 4–06, Barrio Los Araujos	(604) 791 0720 ext. 3500	contactenos@esevidasinu.gov.co	Lun–Vie 8:00–12:00 y 2:00–6:00
E.S.E. VidaSinú – Centro Salud El Dorado	Montería	Carrera 8W # 42–44, Barrio El Dorado	(604) 791 0720 ext. 3600	contactenos@esevidasinu.gov.co	Lun–Vie 8:00–12:00 y 2:00–6:00
ICBF – Centro Zonal Montería	Montería	Calle 30 # 01-48, Barrio Centro,	(57 1) 437 7630, Extensiones: 470 006, 470 015, 470 031, 470 032		Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (jornada continua

7. DEPARTAMENTO DE META.

a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.

El departamento del Meta presenta una compleja realidad sociopolítica marcada por la transición post-acuerdo de paz y los desafíos de consolidación territorial. Según las proyecciones poblacionales del DANE para 2025, el departamento cuenta con aproximadamente 1.15 millones habitantes, de los cuales el 76% se concentra en áreas urbanas, principalmente en Villavicencio (DANE, 2025a). Esta concentración urbana contrasta con la amplia extensión rural del departamento, donde históricamente se han presentado mayores brechas en el acceso a servicios estatales.

El Meta forma parte del Programa de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), reconociendo su condición de territorio afectado por el conflicto armado. Sin embargo, la implementación del Acuerdo Final de Paz presenta avances limitados. Según el Instituto Kroc (2023), la implementación integral de los acuerdos en el Meta alcanza apenas un 24% de cumplimiento, evidenciando retrasos significativos en la reforma rural integral y la sustitución de cultivos ilícitos.

El liderazgo social y comunitario enfrenta graves amenazas. Durante 2024 y lo que va de 2025, se registraron al menos 9 homicidios de líderes sociales y firmantes del acuerdo de paz en el departamento, concentrados principalmente en los municipios de Puerto Gaitán, San Juan de Arama, El Castillo, Puerto López, Mapiripán, La Macarena, Mesetas y Vista Hermosa (INDEPAZ, 2025). Esta situación genera un efecto disuasivo en la participación comunitaria y debilita los procesos organizativos territoriales.

La gobernanza departamental del Meta para el periodo 2024-2027 se articula en torno al "Plan de Desarrollo económico y social del departamento del Meta 'El Gobierno de la Unidad'" (Gobernación del Meta, 2024). Este documento de planeación estratégica se erige sobre seis pilares fundamentales, de los cuales dos son de particular relevancia para el presente análisis: "Seguridad Total y Derechos Humanos" y "Desarrollo Social para la Unidad del Meta" (Gobernación del Meta, 2024). La inclusión de un pilar de "Seguridad Total" no se limita a una mera respuesta a la violencia, sino que se interpreta como una declaración política de la administración local que reconoce la necesidad de un entorno social armónico como soporte esencial para el desarrollo y el progreso.

La Gobernación ha demostrado una proactiva búsqueda de articulación con actores de la cooperación internacional, mencionando explícitamente la Alianza para la Gobernanza Territorial del Meta, así como la colaboración con agencias internacionales (Gobernación del Meta, 2024). Esta estrategia colaborativa sugiere que la administración departamental no confía únicamente en sus propios recursos para enfrentar la complejidad del conflicto, lo que podría constituir un punto de entrada favorable para la coordinación con organizaciones de la sociedad civil y la cooperación internacional. La adopción de este plan de desarrollo proporciona un marco legal y estratégico sólido para que intervenciones como la del convenio de la Corporación Infancia y Desarrollo se alineen con las prioridades de la autoridad territorial, maximizando su impacto y legitimidad.

La economía del Meta se caracteriza por su dependencia de actividades extractivas, particularmente la explotación petrolera y la ganadería extensiva. El PIB departamental representa aproximadamente el 3.2% del PIB nacional, ubicándose entre los diez departamentos con mayor aporte económico del país (DANE, 2024e). Mientras la economía de Colombia experimentó un crecimiento modesto del 0.6% en 2023, el PIB del Meta lo sitúa como la octava economía más dinámica del país (Periódico del Meta, 2024). Este desempeño es aún más notable si se considera que se logró a pesar de las recurrentes afectaciones, como los cierres de la vía a Bogotá y la inseguridad (Periódico del Meta, 2024). Sin embargo, esta aparente fortaleza económica no se traduce en distribución equitativa de la riqueza.

El índice de pobreza multidimensional (IPM) del Meta para 2024 es de 10.4%, inferior al promedio nacional del 11.5% (DANE, 2024d). Esta situación se agudiza en las zonas rurales, donde el IPM alcanza el 18.2%, evidenciando profundas brechas campo-ciudad. Los municipios más afectados por la pobreza son Mapiripán, Puerto Concordia y La Macarena, todos ellos con alta presencia de grupos armados ilegales. A pesar de que el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) se redujo en Colombia, de acuerdo al informe entregado por el DANE, la Orinoquia-Amazonia siguen siendo las regiones más pobres del país (Periódico del Meta, 2025).

De acuerdo a los datos entregados en el 2024 el 20,3% de los hogares en esta parte del país se mantuvo en esa condición de pobreza y, aunque fue la que presentó mayor variación respecto al 2023, cuando estuvo en el 24,1%, la pobreza de los Llanos y el Amazonas es muy superior a zonas como el Pacífico, donde en 2024 fue de 11,8% (Periódico del Meta, 2025). La informalidad laboral afecta al 54.7% de la población ocupada, muy cerca del promedio nacional del 55% (DANE, 2025b). Este fenómeno se concentra especialmente en actividades agropecuarias de subsistencia y pequeño comercio urbano, reflejando las limitaciones en la generación de empleo formal y decente.

Los cultivos de uso ilícito representan un desafío económico y social persistente. Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), para 2023 la región entre el sur del Meta y Guaviare registro 7.164 hectáreas sembradas con coca, con un incremento de 6% respecto de las 6.769 hectáreas del año 2022 (UNODC, 2025). Los municipios más afectados son La Macarena, Mapiripán, Puerto Rico, Vista Hermosa, La Uribe y Mesetas. Existe una persistente la vulnerabilidad de las zonas rurales, donde las economías ilegales se entrelazan con la violencia y el control territorial ejercido por los grupos armados (Quintero Díaz, 2025; Banco Mundial, 2024). La dependencia de la minería ilegal, los cultivos ilícitos y la extorsión a los ganaderos como fuentes de financiamiento para estos grupos demuestra que las comunidades pueden quedar atrapadas entre la dependencia económica de estas actividades y el riesgo constante de ser blanco de la violencia.

El sistema de salud del Meta enfrenta desafíos estructurales que afectan diferencialmente a diversos grupos poblacionales. A nivel de la prestación de servicios, existe una marcada disparidad geográfica. En la subregión sur del departamento, se ha documentado la carencia de instalaciones médicas adecuadas y de personal sanitario suficiente en las zonas rurales. Esta falta de oferta limita el acceso a la atención oportuna y de calidad, creando una barrera significativa para la población víctima que reside en estas áreas de

alta conflictividad. El contexto sociosanitario del departamento del Meta, refleja una juventud en transición, comunidades marcadas por la violencia, desplazamientos forzados, diversidad étnica y sexual, y la necesidad de que las políticas públicas respondan a esa complejidad.

El departamento del Meta cuenta con una población proyectada de 1.145.766 habitantes para 2024, con una distribución equilibrada entre hombres (50,4 %) y mujeres (49,6 %). La capital, Villavicencio, concentra más de la mitad de la población (51,28 %), lo que representa 549.922 habitantes (Gobernación del Meta, 2024). Esta composición poblacional revela una tendencia hacia el envejecimiento progresivo, aunque todavía predominan los jóvenes entre 14 y 29 años, hecho que implica un reto en términos de educación, empleo y seguridad social en salud.

El Meta es uno de los departamentos más afectados por el conflicto armado en Colombia. Con corte al 31 de Julio de 2025, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) registra 288.930 personas reconocidas en el marco de la Ley 1448 de 2011. Los municipios con mayor número de víctimas son Vista Hermosa (16,32 %), Mapiripán (8,95 %) y Puerto Rico (8,71 %) (UARIV, 2025).

La caracterización por sexo evidencia una distribución similar a la población general: hombres (50,54 %), mujeres (49,38 %), además de 207 personas LGBTI (0,7 %) y cinco personas intersexuales. Según el ciclo vital, los principales grupos corresponden a la juventud (22,01 %), adultez (42,50 %) y vejez (15,30 %), lo que refleja una diversidad de necesidades en materia de salud, atención psicosocial y proyectos de vida.

El Plan de Desarrollo del Meta 2024–2027 plantea la inversión social con prioridad en poblaciones vulnerables: primera infancia, campesinos, adultos mayores, personas con discapacidad y víctimas del conflicto. Esta estrategia busca garantizar derechos a través de servicios de salud de calidad, educación con altos estándares, recreación, deporte, cultura y seguridad alimentaria (Gobernación del Meta, 2024).

En cuanto a la población víctima, el plan destaca subprogramas como:

- Atención psicosocial a víctimas (PAPSIVI): implementación de estrategias para la salud integral con enfoque diferencial en municipios priorizados.

- Reparación integral: en línea con la Ley 1448 de 2011 y los Decretos Leyes Étnicos, se promueven medidas de verdad, justicia y reparación, incluyendo proyectos de reparación colectiva y acciones de memoria como el programa *Tejiendo Memoria*.

Un convenio entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el departamento (056 de 2024) destinó $40 mil millones a la atención diferencial de 1.280 firmantes de paz con discapacidad por lesiones de guerra, representando cerca del 70 % de los casos caracterizados en el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

A nivel nacional, la implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) sigue siendo la principal herramienta de mitigación del daño físico, psicosocial y mental en las comunidades afectadas. Entre 2019 y 2021 se fortalecieron procesos de gestión social, atención a comunidades étnicas y asistencia técnica a los actores del sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

En el Meta, para 2024 se garantizó un 97,7 % de cobertura en aseguramiento en salud para la población víctima, aunque aún persiste un 2,3 % no afiliada. En el 2023 y 2024 se ejecutó la estrategia PAPSIVI en el departamento del Meta mediante recursos entregados por el Ministerio de Salud a través de las resoluciones 1912 de 2023 y 820 de 2024 en 11 de los 29 municipios del departamento con una cobertura de 2190 personas atendidas (MinSalud, 2024). De igual forma en el 2025 se está ejecutando, por medio de la resolución 1162 de 2025. El PAPSIVI se implementa en once municipios del departamento, entre ellos, Puerto López, Fuente de Oro, Mapiripán, El Castillo, Vista Hermosa, Lejanías, San Juan de Arama, Puerto Concordia, Cumaral, Puerto Lleras y Mesetas (MinSalud, 2024).

El Plan de Desarrollo del Meta 2024-2027 ha priorizado acciones para fortalecer la garantía de derechos en salud, educación, cultura y seguridad alimentaria, con énfasis en primera infancia, víctimas, campesinos, adultos mayores, personas con discapacidad y comunidades étnicas.

Entre los subprogramas, se destacan:

- Atención psicosocial y salud integral (PAPSIVI), que implementa acciones en 11 municipios del Meta para la rehabilitación psicosocial, física y mental de víctimas del conflicto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022; UARIV, 2024).

- Reparación integral, articulada con la Ley 1448 de 2011 y los Decretos Leyes Étnicos 4633, 4634 y 4635, incluyendo medidas simbólicas como la estrategia “Tejiendo Memoria” desde el Laboratorio de Memoria y Paz.

- Convenios interinstitucionales, como el número 056 de 2024, con una inversión de $40 mil millones para atender a firmantes de paz con discapacidad por lesiones de guerra.

Estos programas buscan responder a las demandas específicas de cada grupo poblacional, generando una atención que reconozca la diversidad cultural, el género, la edad, las condiciones de discapacidad y las trayectorias de violencia vividas.

b. *Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.*

El departamento del Meta ha sido epicentro del conflicto armado colombiano durante más de seis décadas. Su ubicación estratégica como puerta de entrada a la región amazónica y de los Llanos Orientales, sumada a su riqueza en recursos naturales, lo ha convertido en territorio de interés para diversos actores armados ilegales (Defensoría del Pueblo, 2024c).

Durante el periodo 2024-2025, la situación humanitaria en Colombia se deterioró debido a la intensificación y fragmentación de los grupos armados (Cruz Roja Internacional, 2024). Se registró un incremento del 102% en los eventos de confinamiento y un 89% en la población afectada a nivel nacional, lo que demuestra que la violencia y el control territorial persisten (Cruz Roja Internacional, 2024). Este fenómeno no es ajeno al Meta.

La estrategia de los grupos armados se ha adaptado, pasando de un control puramente militar a uno económico. La minería ilegal se ha convertido en el "nuevo combustible" para la expansión de estas estructuras (Quintero Díaz, 2025; Defensoría del Pueblo, 2024a). En la Amazonía, Orinoquia y los departamentos aledaños, la construcción de vías ilegales fomenta la deforestación, la ganadería extensiva y los cultivos de uso ilícito, actividades que a su vez financian a estos grupos (Quintero Díaz, 2025). Esta diversificación de ingresos demuestra una sofisticación en la estrategia de control.

La violencia en el Meta, manifestada en combates (Naranjo, 2025) y la imposición de "órdenes" a los comerciantes por parte de las disidencias de las FARC (Defensoría del Pueblo, 2024b), no es un simple enfrentamiento, sino un esfuerzo por consolidar una forma de gobierno de facto, ejerciendo control social y económico sobre la población. Esta situación exige que la respuesta humanitaria y de reparación no sea superficial, sino que aborde la vulnerabilidad de las comunidades que se ven forzadas a depender de estas economías ilícitas para subsistir.

Los grupos disidentes de las antiguas FARC-EP mantienen una presencia significativa en el territorio. El *Bloque Jorge Suárez Briceño*, bajo la comandancia de alias 'Calarcá Córdoba', ejerce control territorial en los municipios de La Macarena, Uribe, Mesetas, Puerto Rico y Vistahermosa (Defensoría del Pueblo, 2024d). Esta estructura comprende varios frentes:

- Frente Éver Castro: Opera principalmente en Uribe y Mesetas, desarrollando actividades de extorsión al sector comercial y ganadero.
- Frente Gaitán Gutiérrez: Presente en la subregión del Sumapaz, con influencia en Cubarral, El Castillo y Lejanías.
- Frente Carolina Ramírez: Activo en la región del Guayabero, en límites con Caquetá y Guaviare.

El *Bloque Amazonas Manuel Marulanda Vélez*, bajo el mando de alias 'Iván Mordisco', disputa territorios tradicionalmente controlados por el Bloque Jorge Suárez Briceño, generando confrontaciones que afectan directamente a la población civil (Defensoría del Pueblo, 2025a).

La Segunda Marquetalia mantiene presencia en la zona de cordillera, particularmente en San Vicente del Caguán y Puerto Rico, en disputa territorial con las disidencias del Jorge Suárez Briceño. Su presencia se ha incrementado desde mediados de 2024, extendiendo su influencia hacia el sur del Meta (Defensoría del Pueblo, 2025a).

El ELN, a través del Frente José Daniel Pérez Carrero, mantiene presencia esporádica en zonas fronterizas con Arauca y Casanare, desarrollando principalmente actividades de extorsión a la industria petrolera y secuestros (Fundación Paz y Reconciliación, 2024).

Las Autodefensas Gaitanistas de Colombia (Clan del Golfo) mantienen operaciones en el departamento, disputando territorios con las disidencias y ejerciendo control sobre rutas de narcotráfico. Su presencia se ha documentado en zonas rurales donde compiten por el control de cultivos de coca y rutas de comercialización (Fundación Paz y Reconciliación, 2024).

Los Grupos de Crimen Organizado y diversas estructuras criminales de alcance local y regional operan en el departamento, dedicándose principalmente al narcotráfico, minería ilegal y tráfico de armas. Destacan las organizaciones conocidas como "Los Megateo", "Los Pelusos" y estructuras sin denominación específica que operan en Villavicencio y su área metropolitana (Defensoría del Pueblo, 2024e).

La Defensoría del Pueblo ha emitido múltiples alertas tempranas para el departamento del Meta, evidenciando la persistencia y agudización de los riesgos para la población civil:

Alerta Temprana N.º 001-2025: Emitida el 21 de enero de 2025, advierte sobre el riesgo extremo e inminente para la población civil derivado de la disputa territorial entre los grupos disidentes bajo el mando de 'Calarcá Córdoba' e 'Iván Mordisco'. Esta alerta focaliza los municipios de La Macarena, Uribe, Mesetas, Vistahermosa, Puerto Rico, Puerto Concordia, Mapiripán, Puerto Gaitán y Lejanías. La alerta destaca el riesgo de confrontaciones armadas, homicidios, amenazas, desplazamientos forzados, confinamientos, reclutamiento forzado de niños, niñas y adolescentes, y afectaciones a pueblos indígenas en riesgo de exterminio físico y cultural (Defensoría del Pueblo, 2025a).

Alerta Temprana N.º 003-2025: la Defensoría del Pueblo advierte un escenario de riesgo vinculado a la presencia y expansión de estructuras armadas disidentes de las FARC, particularmente el Frente *Joaquín González*, que ha extendido sus operaciones hacia esta región junto con Caquetá y Huila. Dicho grupo ejerce control territorial mediante atentados, extorsiones y amenazas contra líderes sociales, comerciantes y comunidades rurales, consolidando su influencia en zonas estratégicas para las economías ilícitas. Esta dinámica, que se articula con disputas entre diferentes facciones armadas, incrementa la vulnerabilidad de la población civil y afecta gravemente el ejercicio de derechos fundamentales como la vida, la seguridad y la libertad (Defensoría del Pueblo, 2025b).

Alerta Temprana N.º 018-2024: Específica para los municipios de Uribe y Mesetas, advertía sobre el riesgo inminente de violaciones masivas a los derechos humanos por parte del Frente Éver Castro. La alerta documentó citaciones masivas a comerciantes, imposición de contribuciones forzosas y amenazas de desplazamiento (Defensoría del Pueblo, 2024d).

Alerta Temprana N.º 006-2024: Dirigida al perímetro urbano de Villavicencio, advirtió sobre el riesgo para población migrante venezolana, trabajadoras sexuales y población socialmente estigmatizada por disputas entre grupos de criminalidad urbana (Defensoría del Pueblo, 2024e).

El conflicto armado en el Meta presenta patrones diferenciados según las subregiones. Por ejemplo en Ariari-Guayabero, esta subregión, que incluye La Macarena, Uribe, Mesetas y Puerto Rico, representa el epicentro de la confrontación entre disidencias de las FARC-EP. Los grupos armados ejercen control social y territorial mediante regulaciones a la movilidad, horarios comerciales y actividades productivas (Defensoría del Pueblo, 2025a).

Así mismo en el Piedemonte Llanero en municipios como Villavicencio, Acacías y Cumaral, predominan las actividades de grupos de crimen organizado urbano, con énfasis en microtráfico, extorsión y control de economías ilegales urbanas. Por último en el Alto Ariari los municipios de Granada, San Carlos de Guaroa y El Castillo presentan disputas por corredores de movilidad y control de economías extractivas, tanto legales como ilegales.

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

A nivel nacional, el desplazamiento forzado sigue siendo el hecho victimizante más prevalente, con 8,680,808 personas registradas, seguido por el homicidio (1,110,187) y las amenazas (713,000) (Universidad del Tolima, 2024). A esto se suma el confinamiento, una problemática que se ha agudizado, afectando a más de 500 personas diariamente en el primer semestre de 2025 (Refworld, 2025). Como respuesta, el Gobierno nacional adoptó el Decreto 525 de 2025, que establece un marco de atención humanitaria al confinamiento (SUIN-Juriscol, 2025; Función Pública, 2025). Aunque la creación de este marco normativo es un avance, su éxito dependerá de la capacidad de las entidades territoriales, como las del Meta, para implementarlo de manera eficaz y coordinada en el terreno (Gobernación de Cundinamarca, 2025).

El impacto del conflicto armado se manifiesta de forma particular en poblaciones con enfoque diferencial. El RUV destaca que, a nivel nacional, un 50.2% de las víctimas son mujeres, un 49.7% son hombres y un 0.6% tienen otra orientación sexual (Universidad del Tolima, 2024). Además, el 39% de las víctimas de desplazamiento forzado pertenecen a un grupo étnico (Universidad del Tolima, 2024). Específicamente en el Meta, se ha documentado el desplazamiento de más de 3,100 indígenas en la región de Puerto Rico (Codhes, 2020). En Villavicencio, una Alerta Temprana advirtió sobre la vulnerabilidad de la población juvenil, incluyendo migrantes, y el riesgo de trata de personas para la prostitución de mujeres y niñas (Defensoría del Pueblo, 2024d).

La violencia ejercida por los grupos armados ha sido históricamente dirigida y focalizada. El RUV detalla que los paramilitares fueron responsables del 36.5% de las violaciones contra la población LGBTIQ+, seguidos por las FARC-EP (20.7%) y la Fuerza Pública (6.8%) (Universidad del Tolima, 2024). De manera preocupante, los reportes de reclutamiento de niños y secuestros han aumentado en 2024 a nivel nacional (Human Rights Watch, 2024). La violencia sexual, por su parte, sigue siendo una problemática invisibilizada, con un alto

subregistro debido al miedo y la desconfianza en las instituciones (Cruz Roja Internacional, 2024). Estos datos demuestran que el daño del conflicto no es homogéneo; su naturaleza es específica y dirigida a las vulnerabilidades particulares de cada población. Una respuesta de reparación en salud debe ser sensible a estas dinámicas y culturalmente apropiada para ser efectiva, considerando las barreras de confianza y estigmatización que enfrentan estas víctimas.

El departamento del Meta continúa siendo uno de los territorios más afectados por el conflicto armado en Colombia. Según la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), con corte al 31 de agosto de 2024 se registran 288.930 personas víctimas reconocidas en el marco de la Ley 1448 de 2011. Los municipios más afectados son Vista Hermosa (16,32 %), Mapiripán (8,95 %) y Puerto Rico (8,71 %) (UARIV, 2024).

En términos sociodemográficos, las víctimas corresponden en un 50,54 % a hombres y en un 49,38 % a mujeres, con una minoría identificada como población LGBTI (0,7 %) e intersexual (menos del 1 %). La mayoría de víctimas se concentra en los grupos de juventud (22,01 %) y adultez (42,50 %), reflejando un impacto diferencial según el ciclo vital (UARIV, 2024). Además, 13.542 personas (4,69 %) presentan alguna condición de discapacidad, especialmente física y múltiple.

De acuerdo con el Registro Único de Víctimas (RUV), los hechos victimizantes con mayor incidencia en el Meta son:

- Desplazamiento forzado: 445 casos (22 % de los hechos discriminados), que representa el 74,62 % del total acumulado histórico, similar a la tendencia nacional.
- Homicidio: 191 casos (10 %).
- Amenazas: 262 casos (13 %).
- Otros hechos incluyen desaparición forzada (8 %), delitos contra la libertad e integridad sexual (6 %), tortura (3 %), secuestro (4 %) y reclutamiento de menores (3 %). También se destacan lesiones físicas y psicológicas, despojo de tierras y confinamiento (UARIV, 2025).

Esta distribución evidencia que el desplazamiento forzado continúa siendo el principal mecanismo de victimización, generando profundas rupturas comunitarias y retos para la garantía de derechos. En el departamento se han identificado 17.968 víctimas con pertenencia étnica, de las cuales el 2,45 % corresponde a población afrocolombiana (7.093 personas), el 1,51 % a pueblos indígenas (4.361 personas) y el 1,07 % a indígenas acreditados como resguardos (3.086 personas). Otros grupos, como raizales, gitanos y palenqueros, representan porcentajes menores (UARIV, 2024).

El Informe de Dinámicas Territoriales de la UARIV (2023) señala que los municipios con mayores Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) son Uribe (53,02 %), Mapiripán (51,84

%) y Puerto Concordia (45,60 %). Asimismo, Vista Hermosa, Mesetas, La Macarena y Mapiripán presentan un Índice de Riesgo de Victimización Alto, lo que refleja la convergencia entre pobreza estructural, debilidad institucional y persistencia de grupos armados ilegales.

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

La red prestadora de servicios de salud en el departamento del Meta está conformada por 305 IPS habilitadas, distribuidas de la siguiente manera: 95% de régimen privado y 5% de régimen público. La concentración geográfica es notable, con el 82% de estas instituciones ubicadas en Villavicencio, capital departamental, evidenciando una centralización de la oferta que genera desequilibrios en el acceso a servicios especializados.

Las principales EAPB que operan en el territorio son Capital Salud EPS con 221.225 usuarios afiliados, Nueva EPS con 204.676 usuarios, Sanitas EPS con 185.925 usuarios y Cajacopi EPS con 169.127 usuarios. En relación con la población víctima del conflicto armado específicamente, la distribución es: 38,13% afiliados a Capital Salud EPS, 28,23% a Sanitas EPS, 24,36% a Nueva EPS y menores porcentajes en otras entidades.

La red hospitalaria pública está liderada por el Hospital Departamental de Villavicencio ESE, catalogado como la principal IPS pública de la región de la Orinoquia. Esta institución ha implementado herramientas de administración efectivas para aumentar su competitividad en términos de cobertura, accesibilidad y calidad de servicios.

La ESE Departamental "Solución Salud" gestiona múltiples centros de atención primaria distribuidos en el departamento, incluyendo el Hospital de Mapiripán que atiende a 33 usuarios beneficiarios de las 9 Sentencias. En el municipio de Mapiripán se evidencian avances en la capacidad instalada de servicios de salud entre 2024 y 2025, aunque persisten limitaciones estructurales propias de su condición rural. A comienzos del año 2024 el hospital local contaba únicamente con dos médicos generales para atender la totalidad de la demanda poblacional, situación que restringía de manera significativa el acceso y la oportunidad en la atención.

Para el año 2025, de acuerdo con información suministrada por la dirección del hospital, la planta de personal se ha ampliado y actualmente se dispone de 15 auxiliares de enfermería, 2 enfermeras jefe, 1 médico rural, 2 médicos generales, una bacterióloga y dos conductores de ambulancia. Estos avances reflejan un incremento importante en el recurso humano en salud para hacer frente a las necesidades de la población víctima residente en el territorio, la cual demanda mayores esfuerzos para garantizar la sostenibilidad en el tiempo.

A nivel departamental, la Secretaría de Salud del Meta ha designado referentes específicos para la atención de víctimas del conflicto armado. Camilo Cárdenas Cruz ocupa el cargo de Referente Designado Víctimas de Conflicto Armado y Población 9 Sentencias, mientras que

Maritza Cruz Álvarez coordina el Servicio de Atención a la Comunidad (SAC). Adicionalmente, Joise Gómez actúa como Referente de Poblaciones Vulnerables.

En el nivel municipal, se han establecido referencias específicas en los municipios priorizados: Villavicencio cuenta con enlaces en la Secretaría de Salud Municipal, Acacías tiene a María Dolores Rivera como Referente Víctimas, y Mapiripán coordina la atención a través de la Secretaría de Desarrollo Social.

Desde el año 2021 la Secretaría de Salud Departamental no contaba con equipos PAPSIVI para la atención psicosocial directa a víctimas del conflicto armado, situación que llevó a que el equipo de salud mental en la dimensión de poblaciones especiales reorientara sus acciones hacia el fortalecimiento institucional de entidades territoriales municipales, EAPB, IPS y demás actores responsables de la garantía de derechos de esta población. Esta ausencia generó un vacío en la atención psicosocial especializada, que fue parcialmente cubierto mediante los convenios suscritos con la Corporación Infancia y Desarrollo en el marco de la implementación de las 9 Sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

No obstante, para el año 2025 se evidencia un avance significativo, dado que la Secretaría de Salud Departamental, con recursos de orden nacional, contrató con la ESE Solución Salud la operación de los equipos PAPSIVI en los municipios de su jurisdicción. En el caso de Mapiripán, actualmente se cuenta con dos equipos que prestan servicios en el casco urbano, lo cual representa un importante paso en la restitución de la oferta psicosocial; sin embargo, persisten retos asociados a la cobertura en áreas rurales dispersas y la necesidad de consolidar mecanismos de articulación interinstitucional que aseguren la continuidad y calidad de la atención psicosocial en el marco de la Medida de Reparación en Salud.

Avances en la Reparación Integral de las Víctimas. Medida de Reparación en Salud - 9 Sentencias CIDH

Los principales logros incluyen:

1. Focalización y caracterización: Se logró un 96,7% de avance respecto a la meta estimada de 4.090 beneficiarios proyectados inicialmente para las 9 Sentencias.

2. Atención integral: Se han realizado 15 planes familiares y 39 planes individuales de atención psicosocial y salud integral, distribuidos principalmente en Villavicencio (8 familiares, 14 individuales) y Mapiripán (5 familiares, 12 individuales).

3. Gestión de barreras en salud: Se han gestionado 163 casos de barreras de acceso, con 149 casos solucionados exitosamente, evidenciando una efectividad del 91,4% en la resolución de obstáculos para el acceso a servicios de salud.

Desarrollo de Capacidades Institucionales

Se implementaron asesorías en salud dirigidas a fortalecer las capacidades de los actores del SGSSS. Estas incluyeron 3 municipios priorizados (Villavicencio, Acacías y Mapiripán), 4 EAPB (Cajacopi EPS, Capital Salud EPS, Nueva EPS, Sanitas EPS) y 4 IPS principales.

Las temáticas abordadas incluyeron la Resolución 1166 de 2018, Decreto 1652 de 2022, y lineamientos para la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial.

Capacidades Comunitarias

Se consolidaron dos grupos comunitarios: "La unión hace la fuerza" en Villavicencio (14 participantes) y "Mapiripaz" en Mapiripán (10 participantes), con beneficiarios de las Sentencias Masacre de Mapiripán, Masacre de Pueblo Bello y Masacre La Rochela. El 60,86% de los participantes son mujeres y 34,78% hombres.

Condiciones de la Institucionalidad

Fortalezas Identificadas

1. Marco normativo robusto: Existe una estructura legal sólida para la atención a víctimas, incluyendo la Ley 1448 de 2011, la Resolución 1166 de 2018 y el Decreto 1652 de 2022.

2. Coordinación interinstitucional: Se han establecido mecanismos de articulación entre entidades territoriales, EAPB e IPS para la implementación de la Medida de Reparación en Salud.

3. Compromiso institucional: Las entidades municipales de Villavicencio y Mapiripán han demostrado compromiso en los ejercicios de asistencia técnica y seguimiento al cumplimiento de competencias institucionales.

Debilidades y Desafíos

1. Alta rotación del personal: Constituye una limitación permanente que afecta la continuidad de los procesos y la apropiación institucional de los lineamientos.

2. Centralización de servicios: La concentración de servicios especializados en Villavicencio genera barreras de acceso para población rural y de municipios apartados.

3. Falta de instrumentos de seguimiento: Las entidades territoriales carecen de herramientas efectivas para el seguimiento a la gestión de barreras y cierre de casos reportados.

4. Identificación en sistemas de información: Persisten dificultades en la identificación específica de beneficiarios en los software de prestadores externos y algunas IPS.

e. Matriz de Oferta Institucional

Actor/Entidad	Oferta/Acción	Cobertura y población beneficiaria	Limitaciones identificadas
Secretaría de Salud del Meta	Coordinación intersectorial; referentes para víctimas	Todo el departamento; focalización en municipios priorizados	Alta dependencia de recursos externos; falta de equipos PAPSIVI propios
Hospital Departamental de Villavicencio ESE	Atención de alta complejidad; referencia regional	Pacientes del Meta y Orinoquía	Centralización de servicios; sobrecarga en urgencias
ESE Departamental "Solución Salud"	Atención primaria y hospitalaria en municipios rurales	Mapiripán, Acacías, Granada	Déficit de personal y capacidad instalada
EPS (Capital Salud, Nueva EPS, Sanitas, Cajacopi)	Aseguramiento, red prestadora y gestión de barreras	97,7% de víctimas afiliadas	Cobros indebidos; errores en autorizaciones
Corporación Infancia y Desarrollo	Implementación Medida de Reparación en Salud – 9 Sentencias	71 beneficiarios en Villavicencio y Mapiripán	Cobertura limitada; dependencia contractual
UARIV	Centros de atención (Villavicencio y Granada); AHI e indemnizaciones	19.249 personas atendidas en 2024	Limitada capacidad en infraestructura social
Cooperación internacional (AECID, OIM, PNUD)	Proyectos de reparación integral, memoria y paz	Población víctima en Meta	Alta dependencia de financiación externa; proyectos focalizados

8. DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER.

a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.

Para hablar del contexto sociopolítico del departamento norte de Santander es necesario contextualizar sobre la dinámica fronteriza y control territorial, Según Fundaredes (2025), la frontera colombo-venezolana en Norte de Santander está compuesta por zonas urbanas, suburbanas y rurales atravesadas por trochas informales, muchas de ellas controladas por grupos armados irregulares. Esta situación ha generado corredores para el tránsito de personas y mercancías lícitas e ilícitas, en un contexto de débil presencia estatal. La falta

de presencia estatal efectiva, sumada a la inacción o complicidad de autoridades locales y binacionales, ha permitido que estas estructuras criminales operen con impunidad.

La escalada del conflicto armado en el Catatumbo evidencia la persistencia de actividades ilegales en zonas estratégicas, intensificando la violencia armada. En esta región convergen intereses de grupos como el ELN, disidencias de las FARC, el Ejército Gaitanista de Colombia (EGC) y bandas transnacionales como el Tren de Aragua, que disputan el control territorial, rutas de narcotráfico y economías ilícitas, generando impactos devastadores en la población civil (Fundación Ideas para la Paz, 2025)

La Violencia Basada en Género (VBG) persiste como una problemática estructural en Norte de Santander, especialmente en escenarios marcados por el conflicto armado, la migración forzada y la debilidad institucional. Mujeres, niñas y adolescentes enfrentan riesgos elevados de explotación sexual, trata de personas, violencia intrafamiliar y afectaciones graves a su integridad física y psicológica, en territorios donde el control de actores armados ilegales y la precariedad de los servicios de protección limitan el ejercicio pleno de sus derechos.

El subregistro de casos continúa siendo una barrera crítica para la respuesta institucional, alimentado por factores como la estigmatización social, la desconfianza en las entidades competentes, la limitada accesibilidad a rutas de atención y el temor a represalias en zonas de presencia armada.

Según el Boletín Epidemiológico VII del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, publicado el 19 de agosto de 2025, se reportaron 2.492 casos de violencia de género e intrafamiliar, incluyendo ataques con agentes químicos. Los municipios con mayor tasa de incidencia fueron Ocaña, Convención y Teorama, evidenciando una correlación directa con zonas de alta afectación por el conflicto armado. Por su parte, San José de Cúcuta, debido a su densidad poblacional, concentró el mayor número absoluto de casos (1.017 reportes), lo que refleja una presión significativa sobre los servicios de salud, protección y justicia en la capital departamental.

Este panorama demanda el fortalecimiento urgente de las rutas de atención integral, la articulación intersectorial efectiva y la implementación de estrategias con enfoque de género, diferencial y territorial, que respondan a las realidades específicas de las comunidades afectadas.

Norte de Santander presenta una extensión de 22.130 Km2 , para una densidad poblacional de aproximadamente 77 Habitantes por Kilómetro cuadrado. El 80% de los municipios tienen una densidad poblacional por debajo del promedio departamental; Los municipios con mayor densidad poblacional son Villa del Rosario, Cúcuta y Los Patios. Los municipios con menor densidad poblacional son Chitagá, El Carmen y Cáchira. En relación con la distribución territorial, el 79% reside en la cabecera y el 21% en los centros poblados y área rural dispersa. Sin embargo, se encuentran diferencias municipales significativas. Los municipios de Bucarasica, Cáchira, El Carmen, La Esperanza, Hacarí, La Playa, San Calixto, Teorama, Cucutilla, Mutiscua, Silos y Herrán son predominantes rurales, con el

80% o más de sus habitantes en el área rural. Igualmente, se destaca la mayor concentración de población rural en San Cayetano, Arboledas, Gramalote, Cácota, Pamplonita y Labateca; en estos municipios, entre el 65% al 78% de sus habitantes residen en esta zona. Por el contrario, los municipios de Cúcuta, Ocaña, Los Patios, Puerto Santander, Villa del Rosario y Pamplona, son predominantemente urbanos, con el 90% o más de sus habitantes localizados en las cabeceras.

A 2024 el 79,4% de la población del Departamento reside en áreas urbanas, dando respuesta a que la mayor parte reside en la ciudad de Cúcuta, el cual representa el 48% de población del departamento; sin embargo, el grado de urbanización a nivel general es bajo, el 79% de los municipios tiene un grado de urbanización por debajo del 50%. Los municipios con menor grado de urbanización son Bucarasica La Playa, Hacarí, Silos y Teorama (entre el 9 y 17%).

Norte de Santander para la vigencia 2024, cuenta con un total de 593.113 viviendas ocupadas, de las cuales 472500 viviendas en la zona urbana y 120613 viviendas corresponden a la zona rural. Norte de Santander para el año 2024, cuenta con un total de 520.521 hogares, de los cuales 421.599 hogares, están ubicados en la zona urbana y 98.922 hogares en la zona rural.

Los grupos étnicos de Norte de Santander son el 1,83% de la población total del departamento en estimado según censo 2018, está compuesta por NARP, ROM e Indígenas, principalmente Motilón-Barí, y otros grupos indígenas que habitan el departamento son U'wa, que si bien no es un alto porcentaje es importante, y su estudio permite planear soluciones en cuanto a inequidades, desigualdades y deficiencias en cuanto a calidad de vida.

En estudio realizado por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander con cooperación de la comunidad U'wa en el año 2019 se halló un total de 1.132 habitantes, donde se logró caracterizar por sexo y edad a 1.089 personas dentro de estos 549 hombres (50,4%) y 541 mujeres (49,6%).

En cuanto a la pertenencia étnica, según las proyecciones del DANE, en el año 2024, el 0,8% de la población pertenece a algún grupo étnico. Específicamente, el 0,34% son indígenas (5.764), 0,02 ROM (308), 0,003% raizales (46), 0,002% Palenquero (27) y 0,41% afrodescendientes (6.983).

La población indígena se ubica especialmente en los municipios de El Carmen, Tibú, Convención, Toledo, Teorama, Cúcuta, Chitagá y El Tarra; pertenecen principalmente a las comunidades Motilón-Barí y U´wa.

Los Indígenas Motilón Barí pertenecen a una etnia milenaria, conformada por 23 comunidades en Colombia; habitan la cuenca del Rio Catatumbo, en Norte de Santander y la frontera con Venezuela; posen conciencia colectiva, cultura propia y conservan su territorio, usos, costumbres, valores y tradiciones; pertenecen a la familia ARAWAK y su lengua se denomina BARÍ ARA. Se caracterizaban por ser seminómadas, pero han

disminuido su movilidad en el territorio, debido a la explotación indiscriminada de los recursos naturales. El pueblo U´wa conserva su lengua nativa perteneciente al grupo lingüístico Chibcha, y se caracteriza por su alto sentido de respeto al medio natural y gran conocimiento sobre las plantas medicinales, así como por la histórica lucha que han mantenido frente a las trasnacionales explotadoras de hidrocarburos en sus tierras ancestrales. Las autoridades U'wa son generalmente masculinas; el Gobernador del Cabildo, el Werjaya (medico tradicional), los cantores (se consideran la autoridad que orienta y recuerda las leyes escritas por el dios Sira), los caciques, los ancianos, los padres de familia y otros líderes, participan en la organización y cumplimiento de las leyes dentro de cada comunidad. Sin embargo, las mujeres también pueden desempeñar cargos de importancia relacionados con la sabiduría y conocimiento tradicional y espiritual.
La población ROM reside principalmente en Cúcuta (267 personas) y Villa del Rosario (30 personas); está organizada en la Kumpania ROM de Cúcuta 2. La población raizal que habita el departamento asciende a 46 personas, de las cuales 32 residen en Cúcuta. Por su parte, del total de la población afrodescendiente o afrocolombiana en el departamento, el mayor porcentaje se concentra en Cúcuta (61%), seguido de Los Patios (8%), Villa del Rosario (7%), Ocaña (6%), Pamplona (5%) y Puerto Santander (1%).

Para 2024, su contexto territorial de Norte de Santander puede ser analizado bajo un enfoque diferencial, considerando aspectos específicos como el conflicto armado, el fenómeno migratorio, la diversidad étnica, y la ruralidad; este enfoque también busca integrar la riqueza natural, cultural y productiva, así como el talento e innovación de su población. Esto se refleja en iniciativas como el Plan de Desarrollo Departamental "Norte, Territorio de Paz" 2024-2027, que busca superar desafíos y promover la transformación social y territorial, incluyendo el Catatumbo.

b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

Escenario de conflicto armado
• Disputa por corredores estratégicos y economías ilícitas
• Declaratoria de Estado de Conmoción Interior (Decreto 062 de enero 2025)
• Impactos: desplazamientos, confinamientos, homicidios

Alertas Tempranas – Defensoría del Pueblo (2024–2025)

Alerta Temprana de Inminencia 026-24
Fecha de emisión: 15 de noviembre de 2024
Territorios afectados: Teorama, La Playa, Ábrego, Convención, El Carmen, Ocaña (Norte de Santander); Río de Oro y González (Cesar)

La alerta advierte sobre una escalada violenta protagonizada por el ELN, el reacomodo del EPL y la expansión territorial de las disidencias de las FARC (Frente 33). El escenario de riesgo se configura por enfrentamientos armados con interposición de población civil, reclutamiento forzado de niños, niñas y adolescentes, extorsiones, desplazamientos forzados y confinamientos, contaminación por minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI)

Poblaciones en riesgo: Líderes sociales, docentes, comerciantes, campesinos, población indígena y afrodescendiente, misión médica, jóvenes y personas en proceso de reincorporación

Alerta Temprana de Inminencia 027-24
Fecha de emisión: 31 de diciembre de 2024
Territorios afectados: San José de Cúcuta, Puerto Santander, Villa del Rosario, Los Patios

La alerta señala el fortalecimiento del Ejército Gaitanista de Colombia (EGC) en zonas urbanas, junto con la consolidación del ELN en áreas rurales. Además, se identifican bandas criminales como el Tren de Aragua, AK-47 y Los del Norte, que operan en microtráfico, trata de personas y tráfico de migrantes. Entre las conductas advertidas se encuentran homicidios selectivos, amenazas y desplazamientos forzados, reclutamiento de menores, especialmente de comunidades indígenas Yukpa, control social armado y desestabilización institucional, explotación de pasos fronterizos como corredores ilícitos, se tiene como factores agravantes los altos niveles de pobreza, falta de acceso a servicios básicos, desempleo y aumento de población en situación de calle

Alerta Temprana de Inminencia 021-24
Fecha de emisión: 22 de agosto de 2024
Territorios afectados: La Esperanza (Norte de Santander), San Alberto (Cesar)

La alerta advierte sobre la expansión del Frente 33 de las disidencias de las FARC, desde el Catatumbo hacia zonas montañosas del sur del Cesar. También se reporta presencia de los bloques Gentil Duarte, Jorge Suárez Briceño y Raúl Reyes, con riesgo de afectación directa a la vida, libertad e integridad de la población civil. Las conductas advertidas están relacionadas con reclutamiento forzado de niños, niñas y adolescentes, instalación de minas antipersonal, extorsiones, desapariciones forzadas y confinamientos, amenazas contra líderes sociales y autoridades locales.

En la parte baja de los municipios, se reporta actividad del EGC – Bloque Arístides Meza Páez y Frente Edgar Madrid Benjumea, con vínculos al sur de Bolívar

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

Según el comunicado oficial de ONU Derechos Humanos del 21 de enero de 2025, se verificaron los siguientes hechos en municipios como Tibú, Teorama, Sardinata, Convención, El Tarra, San Calixto, Hacarí y Ábrego:

- Homicidios Al menos 60 personas asesinadas, incluyendo líderes sociales y firmantes del Acuerdo de Paz.
- Desplazamiento forzado: Más de 18.000 personas obligadas a abandonar sus hogares.
- Confinamiento: Más de 1.000 personas, incluidas 23 comunidades indígenas del Pueblo Barí y Yukpa, permanecen sin poder movilizarse.

- Privación de la libertad: Al menos 30 personas fueron secuestradas por grupos armados.
- Desescolarización: Cerca de 46.000 niños, niñas y adolescentes han visto interrumpido su acceso a la educación.
- Amenazas y estigmatización: Líderes sociales, defensores de derechos humanos y población reincorporada han sido objeto de intimidaciones sistemáticas.

Infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH)

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha documentado graves infracciones al DIH cometidas por grupos armados no estatales, especialmente el ELN y las disidencias de las FARC:

- Ataques indiscriminados contra civiles en zonas rurales y urbanas del Catatumbo.
-Reclutamiento forzado de menores, incluyendo población migrante venezolana no acompañada.
- Uso de minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI) en caminos veredales y zonas escolares.
- Instrumentalización de la población civil para actividades ilícitas, como transporte de insumos o vigilancia forzada.
- Violencia sexual y de género en contextos de desplazamiento y confinamiento, con especial afectación a mujeres y niñas.

Impacto sobre poblaciones vulnerables

- Comunidades indígenas: El Pueblo Barí y Yukpa han sido víctimas de confinamientos, desplazamientos y amenazas, con afectación directa a sus territorios ancestrales.
- Niñez y adolescencia: Riesgo elevado de reclutamiento, desescolarización y afectación psicosocial.
- Mujeres: Expuestas a explotación sexual, trata de personas y violencia intrafamiliar en entornos de alta militarización.
- Firmantes del Acuerdo de Paz: Se han registrado asesinatos selectivos y amenazas contra personas en proceso de reincorporación.

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

El Gobierno nacional, en articulación con la Gobernación de Norte de Santander, el Ministerio de Salud y cooperación internacional, ha desplegado una serie de inversiones estratégicas orientadas al fortalecimiento del sistema de salud en el departamento. Estas acciones se enmarcan en una política de modernización hospitalaria, ampliación de cobertura y mejora en la capacidad resolutiva de los servicios, con énfasis en infraestructura, dotación biomédica y atención extramural.

Según la Presidencia de la República, el presidente Gustavo Petro y el ministro de Salud, Guillermo Alfonso Jaramillo, anunciaron y supervisaron directamente las inversiones en salud en Norte de Santander, destacando la construcción del Hospital Local de Los Patios como una de las obras más significativas. La inversión asciende a $28.123 millones, y beneficiará a más de 98.000 habitantes, con servicios especializados en cirugía, ginecología, obstetricia, urgencias, radiología y laboratorio clínico. La obra fue iniciada en enero de 2024 y está proyectada para ser entregada antes de finalizar 2025

El Hospital de Los Patios también confirma que el proyecto inició el 30 de enero de 2024, con un avance físico superior al programado. El valor total de la obra, incluyendo interventoría, es de $28.122.968.856, y el plazo de ejecución es de 20 meses

En Pamplona, se inauguró una nueva sala de partos en el Hospital San Juan de Dios, diseñada bajo criterios de humanización y calidad, conforme a la Resolución 3100 de 2019. Esta infraestructura incluye consultorio de ginecología, sala de parto, área de recuperación, zona de residuos, espacio para equipos biomédicos y vestidores médicos. Está equipada con tecnología de última generación como lámparas cielíticas, incubadoras y suministro de oxígeno medicinal, lo que garantiza condiciones óptimas para la atención materno-infantil.

En Cúcuta, el Hospital Universitario Erasmo Meoz fue ampliado con seis nuevos quirófanos completamente dotados, que se suman a los dos ya existentes, elevando a ocho el número total de salas operativas. Este proyecto, con una inversión superior a $11.000 millones, fue viabilizado por el Instituto Departamental de Salud y cofinanciado por el Ministerio de Salud y la Gobernación.

En Ocaña, el Hospital Emiro Quintero Cañizares avanza hacia su transición como centro de atención terciario. Se han destinado $90.000 millones para la construcción de una moderna torre de urgencias y $30.000 millones adicionales para la dotación de equipos biomédicos de alta tecnología. Esta transformación posicionará al hospital como referente regional de tercer y cuarto nivel, en concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud. Para fortalecer la atención en zonas rurales y dispersas, se han destinado $4.522 millones en vehículos asistenciales para los municipios de Cúcuta, Ábrego, Ocaña, Pamplona, San Calixto, Hacarí, Teorama, Pamplonita, Cucutilla y El Zulia. Esta inversión incluye la entrega de 10 ambulancias básicas, una ambulancia medicalizada, una unidad médico-odontológica y un vehículo de transporte extramural. En total, durante la administración actual, Norte de Santander ha recibido 39 vehículos de transporte asistencial, con una inversión acumulada de $12.365 millones.

En el marco de la estrategia de modernización hospitalaria, el Gobierno ha asignado $53.694 millones para la ejecución de 25 proyectos de infraestructura y dotación, que incluyen la adquisición de equipos biomédicos y la adecuación de instalaciones en diferentes municipios. Además, en el contexto de cooperación internacional, los gobiernos de Japón y España han aportado $1.111 millones para fortalecer la dotación hospitalaria en el territorio.

Actualmente, el departamento cuenta con 370 Equipos Básicos en Salud (EBS), distribuidos en zonas urbanas y rurales. Estos equipos constituyen el eje operativo de la atención primaria en salud, brindando servicios integrales, preventivos y promocionales directamente en los territorios. Su labor se orienta al fortalecimiento del enfoque territorial, la detección temprana de riesgos, el acompañamiento familiar y la articulación con redes comunitarias para garantizar una atención continua, digna y resolutiva.

El Plan Territorial de Salud 2024–2027 del departamento de Norte de Santander identifica profundas disparidades en la cobertura de servicios de salud entre las distintas subregiones del territorio. Estas diferencias están condicionadas por factores estructurales como la densidad poblacional, la conectividad vial, la presencia institucional, el nivel de ruralidad y los riesgos epidemiológicos y sociales. Esta heterogeneidad territorial exige enfoques diferenciados, adaptativos y culturalmente pertinentes que garanticen el acceso oportuno, equitativo y digno a servicios de salud física, mental y psicosocial, especialmente para las poblaciones afectadas por el conflicto armado y la migración forzada.

1. Subregión Metropolitana, esta subregión contempla los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario, Los Patios, El Zulia, lo cuales presentan una alta cobertura en salud, sus características consisten en una concentración de infraestructura hospitalaria, incluyendo el único hospital de tercer nivel del departamento (ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz), alta disponibilidad de IPS públicas y privadas, servicios especializados y equipos básicos de salud, así como una mayor capacidad de respuesta institucional ante emergencias y atención integral a víctimas. En cuanto a sus desafíos se identifica una mayor saturación del sistema por alta demanda de población migrante y desplazada; brechas en salud mental y atención psicosocial.

2. Subregión Occidente, comprende a los municipios de Toledo, Labateca, Herrán, Chinácota, presentan una cobertura en salud media, entre sus características se identifican presencia de hospitales de mediana complejidad y sedes de atención primaria; cobertura parcial en zonas rurales dispersas y acceso condicionado por factores geográficos y climáticos. En lo que respecta a los desafíos, se identifican riesgo sísmico y de remoción en masa que afecta la infraestructura; y la necesidad de fortalecer rutas de atención diferencial.

3. Subregión Norte, los municipios que comprenden esta subregión incluyen a Puerto Santander, Tibú, Sardinata, los cuales presentan una Cobertura en salud, baja, sus características son alta dispersión poblacional y presencia de actores armados. Débil infraestructura hospitalaria y escasa oferta de servicios especializados y Bajo número de profesionales en salud mental y atención psicosocial. Como desafíos se tienen los Confinamiento, desplazamiento y violencia generalizada los que dificulta la implementación de acciones en salud pública.

4. Subregión Centro incluye a los municipios de Pamplona, Pamplonita, Cácota, los cuales cuentan con una cobertura en salud alta, sus características generales son; presencia de hospitales regionales y sedes educativas en salud, buen nivel de articulación interinstitucional y cobertura adecuada en cabeceras municipales. Sin embargo; presentan desafíos en lo que respecta a las brechas en zonas rurales y comunidades étnicas; necesidad de fortalecer atención psicosocial.

5. Subregión Sur Oriental, contempla a los municipios de Convención, Teorama, El Tarra, cuya cobertura en salud es baja, sus características particulares incluyen a Hospitales de mediana complejidad y sedes de atención primaria, cobertura aceptable en cabeceras, pero limitada en veredas, presencia de población víctima priorizada por sentencias de la Corte IDH. En cuanto a los Desafíos se tiene la articulación con EPS e IPS para garantizar continuidad en atención integral, la alta ruralidad y difícil acceso por condiciones geográficas, infraestructura limitada y baja capacidad instalada y la alta prevalencia de hechos victimizantes y afectaciones psicosociales, lo cual demanda la necesidad de Implementar estrategias móviles y comunitarias, así como, fortalecer talento humano con enfoque psicosocial, de manera que permita responder de manera pertinente y digna a las necesidades de las comunidades afectadas.

6. Subregión Sur Occidental, incluye a los municipios de Ocaña, Ábrego, La Playa, Hacarí, su cobertura en salud es media, sus características particulares contemplan a Hospitales de mediana complejidad y sedes de atención primaria, cobertura aceptable en cabeceras, pero limitada en veredas y presencia de población víctima priorizada por sentencias de la Corte IDH. En cuanto a los desafíos incluye la articulación con EPS e IPS para garantizar continuidad en atención integral.

Niveles de atención en salud en Norte de Santander
El departamento de Norte de Santander está conformado por 40 municipios, organizados territorialmente en 6 subregiones de planeación. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuenta con una red institucional conformada por 16 Empresas Sociales del Estado (ESE), distribuidas según su capacidad resolutiva en los siguientes niveles de atención:
- 11 ESE de nivel 1, orientadas a la atención primaria y servicios básicos en salud
- 4 ESE de nivel 2, con capacidad para brindar servicios de mediana complejidad
- 1 ESE de nivel 3, que opera como centro de referencia regional en alta complejidad
Esta estructura permite articular la prestación de servicios en función de las necesidades territoriales, garantizando cobertura progresiva y atención integral en salud. La distribución detallada por nivel se presenta en las tablas 2, 3 y 4 del documento.

Las ESE de nivel 1 están orientadas a la atención básica en salud, con énfasis en medicina general, odontología, promoción y prevención, vacunación, control prenatal y atención de enfermedades prevalentes. Se ubican principalmente en municipios rurales y de mediana población, cumplen un rol fundamental en la estrategia de Equipos Básicos en Salud (EBS), articulando acciones comunitarias y extramurales, presentan desafíos en infraestructura, talento humano especializado y acceso en zonas dispersas.

Las Empresas Sociales del Estado (ESE) de nivel 2 en Norte de Santander son instituciones que prestan servicios hospitalarios de mediana complejidad, incluyendo cirugía general, ginecología, pediatría, medicina interna, urgencias y hospitalización. Se localizan en municipios estratégicos como Pamplona, Ocaña, Cúcuta (Imsalud y Hospital Mental Rudesindo Soto). La ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares (Ocaña) se encuentra en proceso de transición hacia nivel 3, con inversiones superiores a $120.000 millones. Estas ESE son fundamentales para garantizar el acceso a servicios integrales de salud a población víctima del conflicto armado, migrante y rural, especialmente en el marco de las medidas de reparación en salud ordenadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

La única institución pública de tercer nivel en el departamento es la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, ubicada en la ciudad de Cúcuta. Es el principal centro de referencia regional, con capacidad para atención especializada en cirugía mayor, cuidados intensivos, medicina nuclear, oncología, neonatología, entre otros. Atiende población de todo el departamento, así como pacientes remitidos desde Arauca, Cesar y zonas fronterizas con Venezuela. En 2025, se amplió su capacidad quirúrgica con la entrega de seis nuevos quirófanos, elevando a ocho los activos, y se proyecta la incorporación de cuatro más.

La distribución por niveles refleja una estructura piramidal, donde el nivel 1 sostiene la base comunitaria, el nivel 2 articula la atención especializada intermedia, y el nivel 3 concentra la alta complejidad.

La red enfrenta retos en equidad territorial, especialmente en subregiones como el Catatumbo y el Sur Oriental, donde la cobertura es limitada y las condiciones de acceso son adversas.

La articulación entre niveles es clave para garantizar continuidad en la atención, referencia efectiva y respuesta integral a las necesidades de salud física, mental y psicosocial.

Implementación del Protocolo de Atención Integral a Víctimas del Conflicto Armado con Enfoque Psicosocial

La implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado en Norte de Santander se enmarca en el desarrollo del programa nacional PAPSIVI (Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas), liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Este protocolo establece lineamientos técnicos, rutas de atención y estrategias diferenciales para garantizar el acceso digno, oportuno y humanizado a servicios de salud física, mental y psicosocial

A nivel departamental, el Instituto Departamental de Salud (IDS) entre sus actividades del programa Participación Social – Componente de Víctimas, realiza actividades de asistencias técnica y verificación de la implementación del Protocolo de Atención Integral a Víctimas del Conflicto Armado con Enfoque Psicosocial en los diferentes municipios: Secretarias de Salud municipal y/o Direcciones locales de salud y/o Coordinaciones de Salud Pública, ESES, EAPB - IPS. En las visitas realizadas a las diferentes instituciones

se evidencia la implementación del protocolo, la dificultad está en la rotación del personal que maneja el programa y que en ocasiones no se hace empalme de entrega del programa al personal nuevo. Otra situación particular es el desconocimiento de la medida por los colaboradores de la institución, lo cual genera inconsistencias en la atención a esta población ya identificada.

De acuerdo con el Boletín Técnico de Seguimiento a la Implementación del Programa PAPSIVI – III Trimestre de 2024, elaborado por el Grupo de Gestión del Conocimiento y Análisis de la Información (GESCO) de la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social, el departamento de Norte de Santander reportó una cobertura de 2.353 personas atendidas bajo el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado.

Este resultado evidencia avances significativos en la implementación territorial del programa, especialmente en municipios priorizados por su alta concentración de población víctima, condiciones de ruralidad, presencia de actores armados y vulnerabilidad estructural. Las atenciones se han realizado a través de Equipos Psicosociales Interdisciplinarios, con enfoque diferencial, comunitario y de derechos, en articulación con las Empresas Sociales del Estado (ESE) y entidades territoriales.

El boletín también destaca que la cobertura acumulada nacional del programa alcanzó 95.483 beneficiarios, con una inversión superior a $41.963 millones, asignados mediante las Resoluciones 1912 de 2023 y 820 de 2024. En el caso de Norte de Santander, el despliegue operativo se ha concentrado en zonas rurales dispersas, corregimientos y cabeceras municipales con alta incidencia de hechos victimizantes, donde se han fortalecido las acciones de acompañamiento psicosocial, promoción de la salud mental y reconstrucción del proyecto de vida.

e. Matriz de Oferta Institucional

Tabla. Atención a población víctima del conflicto armado y crisis humanitaria

Componente	*Actor Institucional*	*Cobertura Territorial*	*Servicios Ofertados*	*Observaciones / Avances 2025*
Atención en salud	EPS e IPS públicas y privadas	Cúcuta, Ocaña, Tibú, Convención, El Tarra	Consulta médica, urgencias, atención materno-infantil, vacunación	Brechas en zonas rurales; fortalecimiento de APS en municipios priorizados
Atención psicosocial (PAPSIVI)	Ministerio de Salud – Equipos PAPSIVI	Tibú, Ocaña, Cúcuta, Teorama, El Carmen	Atención individual, familiar y comunitaria; intervención en crisis	Avance en cobertura rural; limitaciones en talento humano especializado
Asistencia humanitaria	Unidad para las Víctimas – UARIV	Todo el departamento	Ayuda alimentaria, alojamiento temporal, transporte humanitario	$164.327 millones invertidos en 2025; coordinación con OIM y ACNUR
Reparación integral	UARIV – Dirección de Reparación	Ocaña, Teorama, Cúcuta	Indemnización administrativa,	2 municipios priorizados por sentencias CIDH;

			retornos, restitución de derechos	445 nuevas víctimas registradas en 2024
Protección de derechos	Defensoría del Pueblo	Catatumbo, Cúcuta, Villa del Rosario	Recepción de quejas, activación de rutas, seguimiento a alertas tempranas	Emisión de 3 alertas en 2024–2025; seguimiento a confinamientos y amenazas
Atención a migrantes y refugiados	ACNUR, OIM, Cruz Roja, Pastoral Social	Cúcuta, Puerto Santander, Villa del Rosario	Orientación legal, albergues, atención en salud, protección internacional	86.000 personas asistidas en 2025; aumento de casos de VBG y trata de personas
Educación y prevención	ICBF, Secretaría de Educación, ONG locales	Cúcuta, Ocaña, Tibú, Convención	Prevención del reclutamiento, atención a infancia, apoyo psicosocial escolar	46.000 niños desescolarizados; fortalecimiento de entornos protectores
Justicia transicional	JEP, Comisión de la Verdad (cierre), UARIV	Ocaña, Teorama, Cúcuta	Participación en procesos judiciales, memoria histórica, reparación simbólica	Avances en cumplimiento de sentencias internacionales; articulación con víctimas

Fuente: DNP – Ficha de inversión víctimas Norte de Santander 2025

De acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación – DNP. (2025), la matriz evidencia un esfuerzo interinstitucional robusto para atender integralmente a la población víctima del conflicto armado y la crisis humanitaria en Norte de Santander. Se articulan actores nacionales e internacionales en componentes clave, con cobertura territorial diferenciada y avances significativos en inversión, atención psicosocial, protección de derechos y justicia transicional**.**

9. DEPARTAMENTO DE SANTANDER.

a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.

Con relación al contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial en el departamento de Santander, se debe mencionar que La desigualdad socioeconómica dificulta el desarrollo de un territorio, además fomenta desequilibrios de género, raciales, algunos relacionados con el ciclo de vida de las personas y promueve las brechas territoriales, condiciones que impactan negativamente en los derechos civiles, el acceso a trabajo con ingreso digno, educación, salud, protección social y los espacios de participación ciudadana. (BUCARAMANGA, 2022)

Las cifras del DANE señalan a Santander como el sexto departamento más poblado del país, con un total de 2.324.0901 habitantes en el 2022, aumentando en 23,5% frente al año 2005 y 46,8% con respecto a 1993, periodos en los cuales se realizaron censos poblacionales en Colombia. La participación de la población rural del departamento pasó de 35,1% en 1993 a 22,8% en el 2022, diferencia que alcanzó los 12,3 puntos porcentuales. Este descenso contrasta con el crecimiento constate en los habitantes del área urbana, que para el 2022 agrupa el 77,2% del total de Santander, condición que se atribuye a eventos

de migración interna, pasando de un estado rural a uno más urbanizado y moderno, pero que crea profundas diferencias económicas y sociales entre las provincias.

El crecimiento urbano ha generado un exceso de mano de obra en el mercado laboral multiplicando la informalidad. Según el DANE esta condición presenta cifras superiores al 50% en el área metropolitana y su tendencia no muestra señales que permitan suponer que descenderá a niveles cercanos a los que registran países miembros de la OCDE, al menos en el corto y mediano plazo.

La edad es un factor determinante en la distribución del bienestar social y está condicionada a la asignación de responsabilidades y roles en la sociedad. La concentración de la población en edades potencialmente activas (personas entre 15 y 64 años) resulta particularmente favorable para el crecimiento económico, ya que la fuerza laboral potencial crece más rápidamente que la población dependiente (personas menores de 15 y mayores de 64 años). La disminución de la fecundidad, el aumento del uso de métodos anticonceptivos, más parejas que deciden posponer la llegada de los hijos, el mayor número de personas que superan los ochenta años, sumado al grupo que migran hacia otras regiones en búsqueda de mejores oportunidades, se encuentran entre los factores más influyentes en el fenómeno de la transición demográfica. En Santander una gran parte de la población está representada por los niños y jóvenes (0 y 14 años), esta alcanza una participación de 21,6% en el 2022, siendo más alta para las mujeres en la zona rural. Entre 1993 y 2022 se destaca una disminución de 33,7% en el área rural, frente al aumento de 17,8% en el área urbana para este grupo poblacional. (BUCARAMANGA, 2022)

La desigualdad de género varía en cada región de acuerdo con los niveles de pobreza, condición de discapacidad, comunidades étnicas y actividad económica, entre otros factores. Por otra parte, las brechas salariales de género frenan la participación plena de la mujer en el mercado laboral. Estas disparidades de género son consecuencia directa de las perspectivas tradicionales sobre el lugar y el papel que deben ocupar las mujeres en la sociedad, basadas en prejuicios y cambios sociales, girando en torno al trabajo doméstico debido a su naturaleza biológica de madres, limitándolas al papel de amas de casa. La desigualdad de género es una limitante del desarrollo y el crecimiento económico, la proporción de mujeres representa más de la mitad de la población, lo que significa una gran parte del potencial de la economía. Según el DANE, en el 2022 el 51,1% (1.187.232) del total de la población de Santander son mujeres, cifra que aumentó en 46,0% con respecto a la de 1993. La población de mujeres que habitan en zonas rurales es considerablemente menor frente a la urbana. En el área rural la población femenina experimenta una situación de desigualdad, en algunos casos debido a las pocas oportunidades laborales, bajos niveles de educación y altos índices de pobreza, hechos que obligan a esta parte de la población a trasladarse a otras regiones. Santander en la zona rural cuenta con un total de 249.286 mujeres, valor que se reduce en 4,6%, con respecto al año 1993, mientras que en el área urbana se observa un crecimiento acelerado de 70,0%. (SANTANDER, 2020)

b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

Las zonas rurales del departamento han sido históricamente escenario de diversos tipos de violencia, perpetrados por grupos guerrilleros, narcotraficantes, delincuentes comunes e incluso por integrantes de las fuerzas militares. No obstante, en los últimos diez años, se han intensificado los esfuerzos para fomentar la convivencia pacífica en estos territorios, mediante la participación activa de actores como la ciudadanía, líderes indígenas, organismos de cooperación multilateral, instituciones educativas, autoridades locales y el gobierno. Estas iniciativas han buscado impulsar dinámicas orientadas a la prevención de la violencia y a la protección colectiva de las comunidades. (UNICIENCIA, 2020)

En este mismo contexto, en el municipio de Bucaramanga y su área metropolitana (Floridablanca, Girón y Piedecuesta), los índices de criminalidad registrados están principalmente asociados al tráfico y expendio de sustancias psicoactivas. Si bien esta problemática no presenta una vinculación directa con estructuras subversivas o paramilitares, sí se relaciona con el creciente surgimiento de bandas criminales que se disputan el control territorial, especialmente en lo referente a la cadena productiva y de distribución de dichas sustancias. Esta disputa se ha constituido en uno de los principales factores generadores de violencia en el territorio.

En este sentido, puede afirmarse que la ubicación geográfica del territorio ha desempeñado un papel estratégico en su configuración como un punto de interés para estructuras delincuenciales. Su proximidad a corredores utilizados para el tráfico de estupefacientes, así como la presencia significativa de población en situación de desplazamiento forzado y migrantes, ha incrementado su vulnerabilidad frente a dinámicas de criminalidad. Según lo reportado en el informe de Alertas Tempranas de mayo de 2024, esta situación ha generado un contexto de riesgo particular para servidores públicos, contratistas y colaboradores, debido a la existencia de amenazas directas, como el denominado 'plan pistola', que comprometen gravemente los derechos a la vida, la libertad, la integridad y la seguridad personal. (PUEBLO, 2025)

Los ataques mencionados han sido coordinados desde establecimientos penitenciarios por personas privadas de la libertad vinculadas a estructuras de criminalidad organizada con presencia en distintas regiones del país. Estas organizaciones operan bajo seudónimos como 'MAGO' (Muerte a Guardianes Opresores) y 'RPL' (Respeto al Privado de la Libertad). Tales acciones violentas se presentan como represalias frente a las intervenciones desarrolladas por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) en el marco de la 'Operación Dominó', orientada a desarticular a los principales actores detrás de las redes de extorsión que operan desde los centros de reclusión. Esta situación se agrava debido a factores estructurales de vulnerabilidad identificados en el presente documento, entre los que se incluyen el aislamiento geográfico, la obsolescencia del parque automotor, la falta de medios de transporte institucional, y la ausencia o insuficiencia en la implementación de medidas efectivas de protección para el personal. (PUEBLO, 2025)

De acuerdo con información suministrada por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, entre los meses de mayo y junio de 2024 se realizaron 750 giros de

indemnización administrativa, por un valor total de 7.293 millones de pesos, a personas reconocidas como víctimas del conflicto armado en el departamento de Santander. Estas compensaciones económicas beneficiaron a ciudadanos de los municipios de Barbosa, Betulia, Bolívar, Bucaramanga, Capitanejo, Carcasí, Cerrito, Charalá, Concepción, Chima, El Carmen de Chucurí, Florián, Floridablanca, Gambita, Girón, Guadalupe, Guavatá, Güepsa, Jesús María, La Belleza, Lebrija, Los Santos, Málaga, Matanza, Mogotes, Onzaga, Piedecuesta, Rionegro, San Gil, Socorro, San Vicente de Chucurí, Simacota, Suratá y Vélez. (COLOMBIA, UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS, 2024)

Con estas acciones, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas avanza en el cumplimiento de su meta nacional de indemnizar a la totalidad de las víctimas incluidas en la ruta priorizada hasta diciembre de 2024 (Unidad para las Víctimas, 2024). El conflicto armado interno ha generado afectaciones profundas y multifacéticas en el departamento de Santander, con impactos físicos, psicológicos, económicos y sociales que han vulnerado derechos fundamentales como la integridad personal y la libertad. Entre los efectos más graves se encuentra la generación de condiciones de discapacidad en una parte significativa de la población víctima. En el departamento, se registran aproximadamente 218.000 personas con alguna discapacidad auditiva, física, intelectual, múltiple, psicosocial o visual, lo que evidencia la magnitud del daño sufrido y la necesidad de avanzar en medidas de reparación integral que contribuyan a la no repetición.

Asimismo, el conflicto ha afectado transversalmente a todas las generaciones. En Santander, dentro de los registros por ocurrencia, se identifican 35.100 personas mayores de 61 años víctimas del conflicto armado, discriminadas así: 17.845 hombres, 17.244 mujeres, 2 personas intersexuales y 9 personas que se identifican como parte de la población LGBTI, lo que subraya la importancia de aplicar enfoques diferenciales en las estrategias de atención, reparación y prevención**.**

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

El cese bilateral del fuego entre el Gobierno y las FARC-EP se reflejó en una importante reducción de las confrontaciones armadas. Algunas zonas del país que antes sufrían los efectos de constantes enfrentamientos hoy son testigos de una situación que ha mejorado significativamente. Sin embargo, los avances en materia humanitaria requieren de más celeridad y acciones concretas para dar respuestas a las víctimas. Se necesita voluntad política constante para que los afectados por un conflicto tan prolongado reciban la respuesta y la atención que merecen. (COLOMBIA, FUNCION PUBLICA, 2023)

Otra prioridad, vigente aún más allá de la firma del Acuerdo Final, es el esclarecimiento del paradero de miles de personas que han desaparecido, y que siguen desapareciendo hoy en día debido al conflicto y la violencia. Un agravante es que es imposible calcular la magnitud real del fenómeno. Mientras el Registro Nacional de Desaparecidos tiene documentadas a 24.900 víctimas de presunta desaparición forzada, un informe del Centro de Memoria Histórica asegura que son más de 60.600. En toda guerra quedan deudas sin saldar. Pero las desapariciones, así hayan ocurrido hace décadas, no deben quedar en el

olvido. Ese es un deber no solo de los responsables y de las autoridades, sino también de todo el país. Es una obligación de cada colombiano ser solidario con las familias que esperan noticias de sus seres queridos. (CRUZ ROJA, 2025)

Dentro del total del proyecto de presupuesto de inversión para las víctimas 2025, en materia de asistencia, atención y reparación integral a la población víctima del conflicto armado interno, las entidades han priorizado preliminarmente para el departamento de Santander la suma de $198.749 millones. De acuerdo con lo establecido en la Ley 1448 de 2011, prorrogada por la Ley 2078 de 2021, modificada mediante la Ley 2421 de 2024 y conforme al plan de financiación para la sostenibilidad de la política aprobado por el Consejo Nacional de Política Económica y Social mediante documento CONPES 4031 de 2021 "Política Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas", a continuación, se presenta la distribución para el departamento por cada una de las medidas y componentes de la Ley. (CRUZ ROJA, 2025)

En el departamento de Santander, particularmente en la subregión del Catatumbo, persisten graves violaciones a los Derechos Humanos (DD.HH.) e infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH) en 2025, evidenciadas por desplazamientos masivos, confinamientos, homicidios y la desaparición de firmantes de paz, debido a la escalada del conflicto armado entre actores como el ELN y las disidencias de las Farc. Estas acciones constituyen una crisis humanitaria que requiere atención urgente, fortalecimiento de la ayuda humanitaria y la implementación de acciones estatales para la protección de la población civil.

La capacidad de transformación del enfoque territorial se logra por medio de la participación ciudadana, en el sentido de dar una real intervención a los pobladores y ciudadanos quienes son los que conocen sus territorios, sus necesidades y sus potencialidades. Este conocimiento es necesario tenerlo en cuenta al momento de diseñar planes, estrategias y políticas con enfoque territorial, que partan de las consideraciones y soluciones que las comunidades han elaborado para enfrentar sus problemáticas. De esta forma, se generan capacidades en los mismos territorios que estimulan sus posibilidades de gestión y desarrollo desde local, es decir desde lo propio; superando con ello las intervenciones sectoriales y centralistas y de esta manera potencializando la capacidad de las personas y las relaciones que faciliten la gobernabilidad.

Por otro lado, el enfoque diferencial al igual que el territorial tienen como intención, analizar y valorar las diferencias para direccionar su forma de actuar; en este sentido, reconoce dentro de su método de estudio las diferencias étnicas, el trascurrir vital o los distintos ciclos de vida, los géneros, las orientaciones sexuales e identidades de género, entre otros. El enfoque diferencial en el análisis de contexto territorial, supone que las respuestas para cada grupo deben construir soluciones a los problemas y el cubrimiento de sus necesidades, de forma eficaz y eficiente considerando las diferentes demandas que surgen de la desigualdad y que conforman el grueso del conjunto social. (CENTRO NACIONAL, 2024)

El enfoque diferencial propicia que personas reconocidas bajo la condición de discriminación histórica y de especial protección constitucional, puedan en términos de igualdad acceder, usar y disfrutar de los bienes y servicios de la sociedad". Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social entiende el enfoque diferencial como "el método de análisis, actuación y evaluación, que toma en cuenta las diversidades e inequidades de la población (…) para brindar una atención integral, protección y garantía de derechos, que cualifique la respuesta institucional y comunitaria". (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) Según lo anterior, se puede asumir este tratamiento como una perspectiva que permite reconocer las diferencias para diseñar soluciones de carácter igualitario con principios de equidad y justicia. (CENTRO NACIONAL, 2024)

El enfoque diferencial permite reconocer las cualidades, conocimientos y capacidades de las diversas poblaciones, teniendo como función principal garantizar la igualdad en las garantías de todos los derechos, a la libertad y diferencia, a la no discriminación, a la igualdad en el acceso y el desarrollo de respuestas diferenciadas. Por ello resulta fundamental aplicarlo en la gestión de políticas públicas, debido que a través de éste se logra visibilizar la dinámica de las desigualdades e inequidades sociales.

Siguiendo con los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE, en el departamento de Santander se concentran 2.008.841 personas. En Bucaramanga y su área metropolitana se ubica el 55,3% de la población. La capital santandereana sigue siendo el municipio con el mayor número de habitantes, con 528.855 personas. En el departamento la proporción de hombres es del 51% de sus habitantes, mientras que la de mujeres es del 49%. También, el 44,9% de la población son personas mayores de 65 años, el 24,9% son jóvenes, entre los 15 y 29 años. El 30,2% restante se distribuye entre los 30 y 64 años, y menores de 15 años. La región es uno de los pocos departamentos que goza con gran cobertura de servicios públicos: el 99,1% cuenta con luz; el 84,9% con agua; el 79,6% tiene recolección de basuras; el 75,8% tiene alcantarillado. Pero, el 31,8% no cuenta con gas natural y en internet aún existe una gran brecha, ya que el 55% de los habitantes no tienen este servicio.

El departamento de Santander, con una importante participación del sector del petróleo, es desde 1993 la cuarta economía de la nación, después de las de Bogotá, Valle y Antioquia. Ha mostrado ser en la última década la de mayor tasa de crecimiento respecto de la participación del PIB. Donde su participación es del 6,5% en el PIB nacional. Sin embargo, aun cuando tiene uno de los ingresos per cápita más altos del país, mayor que el de Antioquia y Valle, y muy cercano al de Bogotá, la distribución de la riqueza bajo indicadores como el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), así como el de miseria, ponen en evidencia un gran desequilibrio económico entre las brechas del desarrollo del Área Metropolitana de Bucaramanga y la zona rural del departamento.

Siguiendo los datos del Ministerio de comercio, industria y turismo, en la capital del departamento de Santander, Bucaramanga, las actividades de comercio y reparación de vehículos representaron el 21,2 % del total de ocupados, seguido por las ocupaciones en la industria manufacturera. En el departamento las actividades industriales más importantes son la fabricación de productos de la refinación de petróleo y después el procesamiento y conservación de carne, pescado, crustáceos y moluscos. Por otro lado, en su estructura

agrícola, se destaca la producción de piña, palma de aceite y caña panelera, y en los cultivos transitorios del departamento se encuentran la yuca, la cebolla de rama y la papa.

Los santandereanos presentan riesgo alto de padecer trastornos mentales, relacionados no solamente con enfermedades como psicosis o delirios, sino también depresión, violencia intrafamiliar, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, entre otras con un porcentaje del 0.5% en población de 14 a 18 años, así como también un aumento de las diferentes formas de violencia en la población, asociados en la mayoría de casos a la existencia de serios problemas psicosociales derivados de experiencias y situaciones relacionadas con el conflicto armado, la exclusión social, la falta de oportunidades, el incremento de la pobreza y el desplazamiento forzado, entre otras variables.

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

El sistema de salud debe brindar un servicio de alta calidad a todas las personas sin ningún tipo de discriminación, procurando su cuidado integral con el fin de mejorar los indicadores de morbilidad que aseguren una población más sana con mayores capacidades para producir y aportar competitividad a la región. Según la Ley 100 de 1993, el objetivo principal del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia consiste en crear condiciones de acceso a toda la población en los diferentes niveles de atención. El Gobierno Nacional tiene como función dirigir, regular y vigilar el servicio público esencial de salud, teniendo en cuenta que todo colombiano debe ser participe del mismo a través del régimen contributivo, subsidiado o excepciones y especiales (REPUBLICA DE COLOMBIA, 1993)

Con la socialización del protocolo de Atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, se desarrolló la Mesa temática de salud mental y rehabilitación en la que participó la Dirección Territorial Santander de la Unidad para las Víctimas y seis entidades más departamentales. Como lo dice en el Artículo 37 de la Ley 1448 de 2011, esta mesa de trabajo tiene como objetivo “facilitar la articulación de las conceptualizaciones en relación con el enfoque psicosocial, así como la divulgación y articulación institucional, para el cumplimiento de las medidas de rehabilitación físicas, psicológica, social y comunitaria”.

Esta mesa se realizó en cumplimiento al decreto de asistencia y atención para las víctimas, en esta ocasión se realizó la socialización del protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, la socialización de la medida de rehabilitación desde el punto de vista de PAPSIVI y la medida de rehabilitación que se está implementando con las víctimas de la sentencia de la masacre de La Rochela y de la sentencia de la masacre de los 19 comerciantes. Estas acciones aportan para realizar el seguimiento al trabajo que se está haciendo con las entidades y que logra que esas víctimas sean atendidas de manera prioritaria.

El monitoreo realizado por las Alcaldías y la Gobernación de Santander se enfoca en contar los casos y remitirlos según su competencia, pero no en brindar el apoyo necesario a las víctimas para que sigan adecuadamente la ruta de protección con las entidades correspondientes, ni en acompañarlas para asegurar una atención eficaz de otras entidades. En este sentido, el trabajo de las Alcaldías y la Gobernación en la activación de la ruta de protección necesita mejorar. Además, persiste una gran preocupación por los casos de violencia de género que están ocurriendo en el departamento. Por otro lado, a continuación, se presenta la información sobre la población afiliada al SGSSS en el departamento de Santander, desglosada por tipo de régimen, EAPB y municipios afectados por la Medida de Reparación en Salud

e. Matriz de Oferta Institucional

Santander posee una amplia red de infraestructura, tanto pública como privada, que atiende de manera compleja, principalmente desde centros como la FCV y el HUS. No obstante, la escasez de camas UCI y la alta ocupación en urgencias indican que la capacidad instalada sigue siendo insuficiente frente a la demanda creciente. La inversión tanto del gobierno nacional como departamental apunta decididamente a fortalecer la atención primaria, infraestructura y transporte asistencial, con el fin de aumentar la cobertura y descongestionar los servicios hospitalarios.

Aspecto	Cifras / Detalles clave
Infraestructura pública	53 hospitales públicos, 631 clínicas, 94 puestos de salud, 175 laboratorios
Indicadores por habitantes	1,28 camas totales; 0,01 UCI; 0,18 ambulancias básicas; 0,03 medicalizadas
Saturación hospitalaria	Urgencias del HUS al 150 % de ocupación
Inversión nacional (2025)	395 mil millones COP destinados a EBS, infraestructura y transporte
Inversión departamental	248.746 millones COP en salud pública (2022–2024): EBS, infraestructura, transporte

Fuente: ASIS SANTANDER 2023 Parte Cuantitativa 29-12-2023

El departamento cuenta con más de 6.000 empresas del sector salud, que incluyen 53 hospitales públicos, 631 clínicas y consultorios privados, 94 puestos de salud (37 ubicados en el área metropolitana de Bucaramanga), y 175 laboratorios clínicos y centros de diagnóstico. En Bucaramanga, la red pública de atención está conformada por 21 centros de salud, 2 unidades intermedias, 1 unidad móvil y el Hospital Local del Norte. La Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV) destaca como uno de los complejos médicos más importantes de Colombia y América Latina, con alta complejidad en cardiología, neurología,

trasplantes, oncología e intervenciones avanzadas. (Secretaria de Salud de Santander, 2023)

De acuerdo al Plan estratégico en Salud para el Departamento de Santander, perteneciente al Plan de Desarrollo Territorial 2024-2027, se establece que, durante el año 2021, las principales causas de mortalidad en Santander estuvieron encabezadas por las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas por otras causas no clasificadas y las neoplasias. Al analizar los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en la población general, se observó que el mayor porcentaje correspondió a "otras causas", seguido de las causas externas y, en tercer lugar, las enfermedades del sistema circulatorio. Sin embargo, al ajustar las tasas de AVPP por edad, las causas externas ocuparon el primer lugar, seguidas nuevamente por "otras causas" y por las enfermedades del sistema circulatorio. En cuanto a las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias agudas fueron la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres.

Respecto a las neoplasias, en la población masculina, la principal causa de muerte fue por tumores malignos de otras localizaciones y no especificados, mientras que, en las mujeres, el cáncer de mama ocupó el primer lugar. Las enfermedades isquémicas del corazón fueron la principal causa de muerte por enfermedades del sistema circulatorio en ambos sexos. (Gobernación de Santander, 2024)

En el grupo de recién nacidos, tanto en hombres como en mujeres, los trastornos respiratorios específicos del período perinatal representaron la principal causa de mortalidad. Las causas externas de mortalidad mostraron que los accidentes de transporte terrestre fueron la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres durante 2021. En cuanto al grupo de "otras causas", en los hombres, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fueron la principal causa, seguidas por la diabetes mellitus. En las mujeres, la diabetes mellitus ocupó el primer lugar dentro de esta categoría. Finalmente, en el ámbito de la salud mental, se reportó una mayor mortalidad en mujeres por trastornos mentales y del comportamiento, mientras que en los hombres se identificó una mayor frecuencia de muertes asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, así como por epilepsia. (Gobernación de Santander, 2024)

En cuanto a los eventos relacionados con salud mental, se identifica un aumento de los mismos de interés en salud pública y salud mental como intentos de suicidio, morbilidad en salud mental, inicio temprano de consumo de SPA, violencia intrafamiliar; en ese sentido, como parte de la respuesta institucional e intersectorial del marco normativo para el sector salud, se establecen sanciones de los organismos de control en caso de incumplimientos de las instituciones en salud, de igual forma se realiza el fortalecimiento de los planes de acción que contribuyan al mejoramiento de la salud mental en el Departamento. La identificación y priorización de los problemas y necesidades sociales en salud se fundamenta en el enfoque de reducción de las inequidades en salud a partir de los determinantes sociales.

10. DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA Y DISTRITO DE BOGOTÁ

a. Contexto sociopolítico, socioeconómico y sociosanitario con enfoque diferencial.

Bogotá concentra un número significativo de víctimas del conflicto que residen en la ciudad (entre ~377.000 y 383.000 según cortes recientes), y registra un alto número de declaraciones y movimientos de población víctima, por lo que es un territorio estratégico para la implementación de la Medida. (Observatorio de Víctimas de Bogotá. 2024)

El CNMH / SIEVCAC documenta la tipología de hechos victimizantes y permite extraer modalidades de violencia (acciones bélicas, masacres, desplazamiento forzado, desaparición forzada, etc.) que sirven para perfilar necesidades de atención en salud. No obstante, los hechos violentos con autoría identificable suelen estar georreferenciados por región y no siempre por localidad de residencia actual de la víctima. Esto obliga a articular información entre bases (Unidad para las Víctimas, SIEVCAC y registros distritales) para la focalización. Centro de Memoria Histórica. s. f.)

En Bogotá hay evidencias de incremento reciente en declaraciones atendidas por la Personería y movimientos de víctimas hacia la ciudad (entradas y salidas durante 2024), lo que genera presión sobre la coordinación interinstitucional y la disponibilidad de rutas diferenciadas de atención. Para Cundinamarca las cifras públicas son más fragmentadas; existen programas sociales que registran población víctima (por ejemplo, beneficiarios de programas de Prosperidad Social), pero faltan consolidaciones públicas con desagregación por discapacidad, género y pertenencia étnica en el mismo nivel de detalle de Bogotá. Esto dificulta la focalización territorial precisa si la información no es compartida entre actores. (Personería de Bogotá. 2025). [Nota de prensa].

La magnitud de la población víctima residente en Bogotá, a Corte a 31 de diciembre de 2023 / primeros trimestres 2024: ≈ 377.830 – 383.441 víctimas del conflicto residiendo en Bogotá (variaciones por fuente/disponibilidad de corte). Estas cifras ubican a Bogotá como uno de los territorios con mayor concentración de población víctima en Colombia. Prosperidad Social. (2025, 9 de abril). *Prosperidad Social se suma a la ruta de las soluciones duraderas para víctimas del conflicto en Cundinamarca*. Prosperidad Social.

Con relación a las declaraciones y dinámicas de recepción, la Personería de Bogotá registró 6.476 declaraciones de víctimas en 2024 (aumento del 24% respecto a 2023), lo que indica un incremento en las solicitudes de reconocimiento/atención y una mayor demanda de gestión y protección. Observatorio de Víctimas de Bogotá. (2024, abril). *Informe de abril de 2024* [PDF].

Boletines distritales (Observatorio Distrital de Víctimas) reportaron movimientos: en el primer trimestre de 2024 llegaron 8.252 VCA (víctimas del conflicto armado) y salieron 5.322, mostrando flujo neto de recepción. Observatorio de Víctimas de Bogotá. (2024). *Boletín Víctimas Bogotá: corte enero a marzo 2024* [PDF].

Modalidades frecuentes documentadas por el Observatorio (SIEVCAC/CNMH): desplazamiento forzado, asesinato selectivo, desaparición forzada, violencia sexual,

masacres, acciones bélicas, atentados terroristas, ataques a bienes civiles, violencia por minas/artefactos explosivos, secuestro, reclutamiento. Estas modalidades tienen consecuencias en salud física, salud mental, discapacidad y necesidades de rehabilitación. Centro de Memoria Histórica. (s. f.).

En Bogotá, la declaración histórica muestra que el desplazamiento forzado es la modalidad predominante en las declaraciones registradas (grandes volúmenes de registros históricos). Esto condiciona necesidades de atención psicosocial, servicios primarios y acompañamiento en aseguramiento. (Datos Abiertos Colombia. s. f.).

Las bases nacionales (Unidad para las Víctimas) contienen información desagregada por enfoque diferencial (discapacidad, género, pertenencia étnica), pero la disponibilidad pública con corte territorial fino (por localidad o municipio) varía y requiere consultas a los observatorios locales. El Ministerio y la Unidad disponen de herramientas de cifras, pero la integración con registros territoriales no siempre es inmediata para la focalización operativa. De tal forma, en la revisión documental, no le encontró cifras disgregadas para Bogotá y Cundinamarca. (Unidad para las Víctimas. s. f.).

De igual manera, aunque en Bogotá existen cifras sobre discapacidad y violencia de género (por ejemplo, estadísticas de violencia intrafamiliar y de género atendidas por salud/entidades distritales), la misma no tiene variable que permita identificar si dentro de estas poblaciones, se encuentra víctimas del conflicto armado o sociopolítico. (Consultorsalud. 2025, **marzo 12**).

Para Cundinamarca hay indicadores parciales: programas sociales registran beneficiarios víctimas (por ejemplo, 40.024 personas víctimas del desplazamiento forzado incluidas en programas de Prosperidad Social en un corte reciente) y el departamento figura como origen y receptor en dinámicas de movilidad asociadas a violencia. Sin embargo, falta una consolidación pública con el mismo nivel de desagregación que Bogotá en materia de discapacidad y etnicidad en fuentes abiertas. (Prosperidad Social. 2025, 8 de abril).

Todo lo anterior, evidencia vacíos de información y problemas operativos relevantes para la implementación. En primer lugar, las fuentes nacionales (SIEVCAC, RUV) documentan hechos y víctimas, pero no siempre existen procesos automatizados/mutualizados para que la Secretaría de Salud local o subredes reciban la versión más actualizada y georreferenciada (listados de beneficiarios con direcciones, contactos, identificación de discapacidad o necesidad de atención priorizada). Esto retrasa la marcación y la programación de citas. (Centro de Memoria Histórica. s. f.).

En segundo lugar, la información por discapacidad, pertenencia étnica y género existe, pero su consolidación a nivel local (Bogotá por localidad y Cundinamarca por municipio) no siempre está pública o accesible. La ausencia de estos desgloses afecta diseño de rutas y prestación culturalmente pertinentes. (Unidad para las Víctimas. s. f.).

En tercer lugar, Bogotá recibe un flujo constante de víctimas procedentes de otras regiones; la residencia registrada en el RUV puede no coincidir con el lugar de atención o ubicación actual de la persona, lo que complica la verificación y coordinación entre EPS, subredes e

instituciones territoriales. Informes distritales muestran entradas/salidas que deben considerarse en la focalización. (Observatorio de Víctimas de Bogotá. 2024).

En cuarto lugar, si bien existen casos históricos de hechos violentos en Bogotá (ej.: atentados), la documentación pública de acciones violentas contemporáneas con autoría del conflicto armado dentro de la ciudad es limitada; por tanto, la relación entre hechos recientes y necesidades específicas de la Medida (cuando el hecho ocurrió fuera y la víctima reside ahora en Bogotá) requiere verificaciones interinstitucionales. (Centro de Memoria Histórica. s. f.).

En este contexto, las entidades del Sistema Nacional de Reparación Integral a Víctimas -SNARIV-, así como los entes territoriales, se han dado a la tarea de fortalecer el enfoque de soluciones duraderas, partiendo del incumplimiento del Estado de Cosas Inconstitucional - ECI - declarado por la Corte Constitucional en el año 2004, a través de la sentencia T-025, haciendo especial énfasis en atención a la población víctima del desplazamiento. En este contexto, la Alcaldía Mayor de Bogotá indica en el boletín trimestral de enero a marzo de 2025 elaborado por el Observatorio Distrital de Víctimas del Conflicto Armado, que del 100% de víctimas que viven en Bogotá, el 66% no superan los niveles de vulnerabilidad ((condiciones de vivienda, acceso a salud, acceso a educación, acceso a empleo/ingresos, acceso a servicios básicos, seguridad alimentaria y acceso a justicia y reparación); esto implica unos importantes retos a nivel local, departamental y nacional, pues da cuenta de las dificultades relacionadas con la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas, especialmente en el objetivo de fortalecer sus proyectos de vida. La mayoría de víctimas que no han logrado superar la situación de vulnerabilidad están ubicadas en Ciudad Bolívar, Bosa, Keneddy y Suba, lo que profundiza ciclos de pobreza, violencia y exclusión, dificultando así la posibilidad de ascenso social y mejorar las condiciones de vida.

b. Situación de conflicto armado, alertas tempranas y actores armados que han tenido presencia en el territorio.

Durante mayo de 2025, la Alcaldía de Bogotá fortaleció la estrategia "*Bogotá Camina Segura"* a través de los cuales se han desmantelado organizaciones de crimen organizado como la banda "Arcángel", dedicada a delitos de alto impacto como secuestro extorsivo, hurto agravado y violencia sexual. En paralelo, en la localidad de Bosa se han adelantado diferentes operativos en conjunto entre el Gaula Militar, la Fiscalía y el CTI que culminó con la captura de alias "John", señalado como coordinador logístico del Tren de Aragua en Bogotá. Durante el procedimiento se incautaron armas cortas, armas largas, proveedores, 130 cartuchos y una significativa suma de dinero en efectivo, elementos que demuestran la capacidad operativa y el nivel de influencia que esta estructura criminal estaba consolidando en la ciudad (Alcaldía de Bogotá, 2025).

Estas acciones evidencian una ofensiva importante orientada a debilitar a organizaciones criminales que operan principalmente en el sur y suroccidente de la capital, con presencia en localidades como Bosa y Ciudad Bolívar. La articulación entre la fuerza pública y la Fiscalía ha permitido identificar y combatir redes dedicadas al microtráfico, la extorsión y la violencia sexual, lo que contribuye a reducir los niveles de victimización en sectores históricamente afectados por la presencia de estructuras armadas y bandas

delincuenciales. Estos operativos hacen parte de una política de seguridad que busca mejorar la percepción ciudadana de seguridad en Bogotá, al tiempo que refuerza la presencia institucional en territorios estratégicos. (Alcaldía Mayor de Bogotá. 2024).

La Alerta Temprana N.º 004-24, emitida el 21 de febrero de 2024 por la Defensoría del Pueblo, señala un riesgo estructural en Bogotá D.C., generado por disputas continuas entre organizaciones criminales locales que compiten por el control social y territorial. Se advierte la posible articulación de estas estructuras con grupos armados ilegales como las Autodefensas Gaitanistas de Colombia (AGC) y el Tren de Aragua. Esta alerta actualiza y amplía el escenario de riesgo identificado anteriormente en los informes 046 de 2019 y 022 de 2020, al incorporar nuevas zonas conurbadas encaminadas por la expansión del crimen. Las localidades priorizadas incluyen Los Mártires, Santa Fe, La Candelaria, Puente Aranda, Antonio Nariño, Tunjuelito, Chapinero, Teusaquillo y Barrios Unidos (Defensoría del Pueblo, 2025).

Desde la emisión de la Alerta, el monitoreo realizado por el Sistema de Alertas Tempranas (SAT) ha evidenciado varios momentos críticos en la evolución del riesgo: primero, la "tercerización" de la criminalidad a través de grupos locales como "los pascuales" o "los boyacos"; segundo, la visibilización creciente de la AGC mediante grafitis y panfletos; y tercero, la irrupción del Tren de Aragua como actor transnacional, que intensifica la competencia por corredores ilícitos y rentas criminales dentro de la ciudad (Defensoría del Pueblo, 2025). En respuesta, la Administración Distrital lanzó en 2025 el Sistema de Información de Alertas Tempranas (SIAT), esta plataforma centraliza el seguimiento de las recomendaciones emitidas por la Defensoría, facilita la coordinación interinstitucional y ya ha registrado 195 medidas adoptadas por 17 entidades distritales, así como 89 acciones de seguimiento diferenciadas según población y localidad (Infobae, 2025). En este contexto, la colaboración institucional se formalizó a través de la Mesa Técnica de Seguimiento a las Alertas Tempranas, vigente desde el Decreto Distrital 204 de 2023. En 2024 se realizaron once sesiones y en 2025 ya se llevaron a cabo encuentros en Kennedy y Suba, todos con el propósito de consolidar respuestas preventivas y sostenidas frente a este escenario complejo de riesgo (Alcaldía de Bogotá, 2025).

El Departamento de Cundinamarca es un territorio geoestratégico dada su conexión con departamentos en donde el conflicto armado fue especialmente profundo: Meta, Huila, Tolima, Caldas y Boyacá. Además, fue epicentro de importantes procesos de resistencia y organización campesina en la provincia del Sumapaz en los municipios de Pasca, Cabrera, Pandi y Fusagasugá, que conectaron con los movimientos agraristas de los años 50 y 60 en San Juan del Sumapaz y otras partes del Tolima. En este contexto, líderes como Juan de la Cruz Varela comienzan a organizar grupos de autodefensas campesinas de filiación inicialmente liberal, pero que posteriormente se identificarán ideológicamente con el comunismo, dada la denominación de "repúblicas independientes" a las zonas donde la organización campesina inició acciones locales de reforma agraria, lo que les valió el señalamiento y la arremetida militar (Rizo, 2002).

A su vez, en las provincias de Viotá, del Tequendama y el Rionegro, al occidente cundinamarqués, la organización campesina de vertiente comunista fue conformando un importante núcleo de procesos sociales relacionados con la lucha agraria y la disputa del escenario político a los partidos tradicionales (Gobernación de Cundinamarca, 2022). Con

los continuos ataques a estas formas de acción colectiva por parte del estructuras militares y posteriormente del paramilitarismo como las Autodefensas de Cundinamarca, con especial presencia en las provincias de Rionegro y Bajo Magdalena, un importante número de personas ingresaron a las filas de la insurgencia, y en la Séptima Conferencia de las FARC en 1982, se definió la importancia estratégica de Cundinamarca.

De esta manera, se promueve el despliegue del Frente 42 en la provincia del Magdalena, los Frentes 25, 52 y 55, así como las columnas móviles Joaquín Ballén, Ernesto Guevara y Vladimir Steven (Gobernación de Cundinamarca, 2022). Luego en Yacopí haría presencia el Frente 22 y para inicios del Siglo XX, las FARC tendrían a cerca de mil combatientes ubicados en el departamento.

Con la intención de expandir hacia Bogotá, el Frente 22 se consolidó a lo largo de los años noventa e inicios del 2000 para cumplir dicha orientación. Esa ruta a seguir estuvo compuesta por los municipios: Bojacá, Zipacón, Facatativá, Funza, Cachipay, La Virgen, San Joaquín, Viotá, La Mesa, Anapoima, Anolaima, Agua de Dios, Girardot, Chaguaní y San Juan de Rioseco, localizados al occidente de la capital. El recorrido propuesto se fue delineando con la ayuda del Frente 42, que operaba también en el occidente del departamento, del cual se reportaron incursiones en Chaguaní, Guataquí, Viani y Quipile (Rutas del Conflicto, 2019).

Entre los años 2005 y 2007 la presencia guerrillera se replegó hacia los límites con el departamento del Meta, dado el accionar militar y paramilitar del Bloque Cundinamarca, las Autodefensas de Yacopí y algunas incursiones de las Autodefensas del Casanare, en connivencia con las autoridades militares y de policía (Gobernación de Cundinamarca, 2022). Ahora bien, en términos de contexto socioeconómico, Cundinamarca presenta una dinámica demográfica caracterizada por un crecimiento poblacional sostenido aunque en proceso de desaceleración. Según proyecciones del DANE, entre 2016 y 2020 aumentó en 165 a 637 personas, lo que representa una tasa anual promedio de crecimiento del 1,52 %, ubicando al departamento como uno de los de mayor expansión demográfica en la Región Administrativa y de Planificación Especial (RAPE), solo superado por Meta (1,89 %). Este ritmo positivo, aunque menor al de épocas anteriores, refleja una tendencia de urbanización y concentración poblacional en determinadas zonas estratégicas como Soacha, Facatativá, Cajicá, Chía y algunos municipios del oriente como Choachí y Fómeque.

Para los municipios de las provincias Sabana Centro, Sabana Occidente y Soacha tienen tasas de crecimiento superiores al 2% anual, lo que evidencia dinámicas demográficas diferenciadas dentro del departamento. En conjunto, estas tres provincias albergan aproximadamente el 54,56 % de la población total de Cundinamarca, demostrando una fuerte polarización en la distribución territorial de la población (Gobernación de Cundinamarca, 2022).

El proceso de urbanización es otra tendencia clave ya que para mediados de la década pasada, cerca del 67,6 % de los habitantes del departamento vivían en zonas urbanas evidenciando cambio estructural en la manera en que se habita y se utiliza el territorio, por otro lado el aumento y concentración de servicios como salud, educación y empleo en los núcleos urbanos ha incidido a reestructurar la configuración de la estructura económica y en la redefinición de políticas públicas dirigidas a la infraestructura, movilidad y calidad de vida.

En paralelo, durante el periodo 2023-2024 se consolidaron avances en la Medida de Reparación en Salud, particularmente en los municipios priorizados por las nueve sentencias judiciales. Las acciones se articularon con las Direcciones Locales de Salud, las IPS y el equipo de atención integral de la Comisión Intersectorial de Seguimiento(Integrada por Delegado/a de la Presidencia de la República, Ministerio del Interior o su delegado/a, Ministerio de Justicia y del Derecho o su delegado/a, Director/a de la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas (UBPD) o su delegado/a — quien preside, Fiscal General de la Nación o su delegado/a, Presidente/a de la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP) o su delegado/a, Director/a de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) o su delegado/a), lo que permitió fortalecer capacidades institucionales y generar una atención con enfoque diferencial. Gracias a este trabajo, se logró dinamizar la demanda activa de servicios en salud, avanzar en la definición de rutas integrales de atención y realizar la caracterización de población beneficiaria. Sin embargo, todavía persisten limitaciones relacionadas con el registro oportuno de la información y con la articulación efectiva entre las entidades del orden territorial y nacional, lo que dificulta garantizar respuestas plenas y sostenibles. (Ministerio de Salud y Protección Social. 2024, 31 de enero).

c. Hechos victimizantes; violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

Según datos del Observatorio de Víctimas de la Alcaldía de Bogotá (2025), las localidades receptoras de víctimas son: Ciudad Bolívar, Keneddy, Bosa, Suba y Engativá, y según el Registro Único de Víctimas (RUV), los hechos victimizantes que han afectado al mayor número de residentes en Bogotá son: desplazamiento forzado, amenazas, homicidio y desaparición forzada. Es importante aclarar que el conteo de víctimas por hecho no es excluyente ni puede sumarse de manera lineal, ya que una misma persona pudo haber sufrido diferentes hechos en distintos lugares o momentos. Esta diferenciación entre víctimas y hechos permite comprender no sólo el impacto individual de cada hecho, sino también la magnitud de su repetición y la recurrencia de la violencia a lo largo del tiempo.

Durante 2024 y lo corrido de 2025, Bogotá ha registrado un aumento de amenazas, desplazamientos intraurbanos hacia periferias como Ciudad Bolívar y Usme, y un incremento en delitos de alto impacto como el sicariato (87 casos en los dos primeros meses de 2025). Estos fenómenos reflejan cómo el conflicto se ha mutado hacia dinámicas urbanas y de crimen organizado con un fuerte impacto en la gobernabilidad local y la seguridad ciudadana.

En Cundinamarca, la dinámica del conflicto armado ha correspondido a la fuerte presencia guerrillera en el departamento, así como las acciones paramilitares, por lo que la mayoría de hechos victimizantes han estado relacionados con asesinatos selectivos, desplazamientos forzados, secuestros, atentados terroristas y amenazas. Las principales víctimas del accionar guerrillero fueron ganaderos y empresarios, y los principales blancos eran las sedes de la Caja Agraria, por su parte, los grupos paramilitares iniciaron una persecución contra miembros del movimiento campesino, sindicalistas y estudiantes, a quienes acusaban de pertenecer a la guerrilla. (Gobernación de Cundinamarca. s. f.).

d. Diagnóstico de la atención en salud y la atención psicosocial. Presencia y oferta de actores del SGSSS, en la cual se identifiquen los referentes de población víctima y la atención a la población víctima, en el último año (avances en la reparación integral de las víctimas) y condiciones de la institucionalidad.

En términos de atención en salud para Bogotá, se evidencia que el 85,1% de las víctimas están afiliadas al SGSSS, por su parte, cerca del 14,8% no están afiliadas. En términos de pertenencia étnica, "el 85,16 % de las personas sin afiliación efectiva en salud no se identifica con una pertenencia étnica diferencial, los grupos étnicos en general cumplen el derecho a la salud" (Observatorio Distrital de Víctimas, 2025). En cuanto a la atención psicosocial, el 95,44% de las personas víctimas de desplazamiento en Bogotá están en la categoría "no aplica". Ya que este derecho sólo es medible cuando las víctimas solicitan la atención.

Con relación a los avances relevantes, se deben destacar los siguientes: En primer lugar, implementación de la Medida de Reparación en Salud (9 sentencias) y lineamientos técnicos: el Ministerio de Salud ha publicado documentos técnicos (resumen y anexo técnico) para orientar la implementación, seguimiento y monitoreo de la "Medida de reparación en salud" con enfoque psicosocial para las víctimas reconocidas en las nueve sentencias. Estos instrumentos orientan rutas de atención, atención psicosocial y la gestión para garantizar continuidad en la atención física y mental. (Ministerio de Salud y Protección Social. 2025).

En segundo lugar, con relación al Programa PAPSIVI (atención psicosocial y salud integral), la política y sentencias reconocen y ordenan la implementación de PAPSIVI como componente central para la rehabilitación y atención integral de víctimas (salud física, psicológica y social) a través del SGSSS y enlaces EPS. Esto reforzó la existencia de rutas específicas y enlaces técnicos entre EPS/IPs y entidades de reparación. (Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 2025).

En tercer lugar, en lo que se refiere a las mejoras normativas y organización territorial: en 2025 se han expedido instrumentos (resoluciones y orientaciones) para consolidar equipos de atención integral a víctimas y mejorar la coordinación interinstitucional (definición de equipos, responsabilidades y rutas). Estos desarrollos normativos buscan estandarizar acciones en los territorios. (Ministerio de Salud y Protección Social. 2025).

En cuarto y último lugar, se hace referencia al fortalecimiento institucional y mejor información. La Unidad para las Víctimas y otras entidades han publicado informes de gestión y acciones de interoperabilidad de bases de datos, mejora de identificación/registro de víctimas y priorización de recursos (lo que facilita la detección y direccionamiento en salud). (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. 2025).

Ahora bien, con relación a la identificación de barreras presentadas en el acceso a salud, para el caso de Bogotá se pueden resaltar las siguientes. En primer lugar, la dispersión territorial y limitaciones de cobertura en poblaciones desplazadas o en asentamientos informales (dificultad para identificación, registro y acceso efectivo a rutas de atención). Las

comunidades indígenas desplazadas (p. ej. emberá) han enfrentado condiciones que dificultan acceso integral, atención materna y protección de la niñez. Díaz, D. (2024, 10 de septiembre).

En segundo lugar, las demoras y discontinuidad en la atención psicosocial y en la continuidad de tratamientos (problemas de articulación entre PAPSIVI, EPS e IPS; demoras en autorizaciones y seguimiento clínico). Evaluaciones y reportes muestran que la demanda supera la capacidad instalada en salud mental para víctimas. (Ministerio de Salud y Protección Social. 2025).

En cuarto lugar, las barreras administrativas y de información: falta de un recorrido claro para víctimas (trámites, priorización, enlaces PAPSIVI) en algunos puntos locales; necesidad de reforzar los Puntos de Atención con capacitación y recursos. (Alcaldía de Bogotá. 2022, 19 de marzo).

En lo que se refiere al departamento de Cundinamarca, cabe resaltar, en primer lugar, limitaciones en capacidad instalada en municipios rurales y cabeceras pequeñas: escasez de especialistas (salud mental, rehabilitación física), equipos y centros de referencia para atender daños complejos asociados al conflicto. Esto genera derivaciones tardías hacia Bogotá u otros centros.(Gobernación de Cundinamarca. 2024)

En segundo lugar, dificultades en identificación y cobertura de víctimas en municipios alejados (problemas de registro, baja densidad poblacional y recursos limitados para jornadas de atención). (Secretaría de Salud de Cundinamarca. 2024).

En tercer lugar, retos de articulación interinstitucional local: en algunos municipios faltan estructuras claras que garanticen el enlace entre Unidad para las Víctimas, la Secretaría de Salud departamental y los prestadores locales, lo que afecta continuidad y priorización de prestaciones. (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. 2023).

Al estar condicionado únicamente a la solicitud explícita de las víctimas, se invisibiliza la magnitud real de las necesidades psicosociales, pues muchas personas no logran acceder a la oferta por desconocimiento, desconfianza institucional o barreras administrativas. Esto genera un subregistro que puede dar la falsa impresión de que la demanda de atención es mínima, cuando en realidad la problemática está latente y no está siendo adecuadamente identificada.

e. Matriz de Oferta Institucional

En Bogotá y Cundinamarca, existen múltiples organismos que ofrecen rutas de atención integral para la población víctima del conflicto armado, coordinadas principalmente por el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV). Este sistema trabaja en colaboración con entidades públicas y privadas para garantizar la atención y reparación de las víctimas, de acuerdo con las directrices a nivel nacional, gubernamental y territorial, en coordinación con la Unidad para las Víctimas (SNARIV, 2024).

A nivel nacional, el Comité Ejecutivo para la Atención y Reparación de las Víctimas formula la política pública en esta materia, mientras que la Unidad para las Víctimas coordina su implementación. En el ámbito territorial, alcaldías y gobernaciones, junto con entidades del

SNARIV, se encargan de ejecutar las acciones necesarias para garantizar los derechos de las víctimas (Unidad para las Víctimas, 2024).

En 2024 y 2025, la Alcaldía Mayor de Bogotá ha continuado con la implementación del Decreto Distrital 473 de 2023, fortaleciendo las instancias de adopción y ejecución de medidas de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas del conflicto armado en la ciudad. Se han priorizado acciones intersectoriales en salud, educación, integración social y empleo para la garantía de derechos de las víctimas sociopolíticas reconocidas por las 9 sentencias.

En Bogotá, se han implementado acciones en las localidades priorizadas a través de los Centros de Encuentro para la Paz y la Integración Local de Víctimas. En estos centros, instituciones como la Unidad para las Víctimas, el SENA, el ICBF y las secretarías distritales brindan asistencia integral en salud, educación, vivienda y empleo a la población víctima. Además, estos centros han fortalecido su operatividad con enfoque territorial, diferencial y psicosocial, retomando la atención presencial de manera estable y continua tras la pandemia de COVID-19. (SNARIV, 2024).

11. REFERENCIAS.

Alcaldía de Bogotá. (2022, 19 de marzo). ¡Infórmate! Estos son los puntos de atención a víctimas del conflicto en Bogotá. https://bogota.gov.co/mi-ciudad/gobierno/estos-son-los-puntos-de-atencion-victimas-del-conflicto-en-bogota

Alcaldía de Bogotá. (2025). Bogotá camina segura. [Informe interno citado en el texto].

Alcaldía de Montería. (s. f.). Contáctenos. Alcaldía de Montería. Recuperado el 23 de agosto de 2025, de https://www.monteria.gov.co/publicaciones/2461/contactenos/

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2024). Informe de seguridad ciudadana: balance operativo primer semestre 2024. https://bogota.gov.co

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2025). Boletín trimestral enero-marzo 2025: Observatorio Distrital de Víctimas del Conflicto Armado.

Banco Mundial. (2024). Perspectivas económicas de América Latina y el Caribe. https://www.bancomundial.org/es/region/lac/publication/perspectivas-economicas-america-latina-caribe

BUCARAMANGA, C. D. (2022). Diagnóstico socioeconómico de Santander. Cámara de Comercio de Bucaramanga.

Caracol Radio. (2025, julio 31). Usuarios del Atlántico rechazan decreto de reforma a la salud anunciado por el gobierno. https://caracol.com.co/2025/08/01/usuarios-del-atlantico-rechazan-decreto-de-reforma-a-la-salud-anunciado-por-el-gobierno/

Ceballos Gómez, J. A. (2010). El departamento de Caldas. Revista Historia de la Educación Latinoamericana, 12, 187–208. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4391747

Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP). (2016). Informe sobre el conflicto armado en Córdoba. https://cinep.org.co/publicaciones/producto/tierra-y-territorio-en-el-departamento-de-cordoba-en-el-escenario-del-posconflicto/

Centro de Memoria Histórica. (s. f.). SIEVCAC [Sitio web]. Recuperado de https://micrositios.centrodememoriahistorica.gov.co/observatorio/sievcac/

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2018). El conflicto armado en Caldas: memorias y resistencias. CNMH. https://centrodememoriahistorica.gov.co

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). ¡Basta Ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Bogotá: Imprenta Nacional. https://centrodememoriahistorica.gov.co/basta-ya-memorias-de-guerra-y-dignidad/

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). Tomas y ataques guerrilleros (1965–2013). Universidad Nacional de Colombia. https://centrodememoriahistorica.gov.co/wp-content/uploads/2020/01/tomas-guerrilleras.pdf

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2021). Boletín estadístico trimestral de eventos de violencia del conflicto armado N.º 1 Región Pacífico. Bogotá: CNMH. https://micrositios.centrodememoriahistorica.gov.co/observatorio/wp-content/uploads/2021/06/Boleti%CC%81n-Triemestral-OMC-N.-1-v7.pdf

Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH). (2013). ¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad. https://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-colombia-memorias-de-guerra-y-dignidad-2016.pdf

Centro Nacional de Memoria Histórica, M. H. (2024). Lineamientos de enfoques diferenciales del CNMH 2024. https://centrodememoriahistorica.gov.co/wp-content/uploads/2025/02/LINEAMIENTOS-ENFOQUES-DIFERENCIALES.pdf

Coclombia, G. D. (2024). Unidad para las Víctimas. https://www.unidadvictimas.gov.co/

CODHES. (2020). Comisión de la Verdad recibió informe que revela el impacto del conflicto armado en el Meta. https://codhes.wordpress.com/2020/09/23/comision-de-la-verdad-recibio-informe-que-revela-el-impacto-del-conflicto-armado-en-el-meta/

COLOMBIA, G. D. (2023). Función Pública. https://www1.funcionpublica.gov.co/preguntas-frecuentes/-/asset_publisher/sqxafjubsrEu/content/preguntas-y-respuestas-sobre-el-acuerdo-de-cese-al-fuego-definitivo-bilateral-para-el-fin-del-conflicto-con-las-fa-2/28585938

Comisión de la Verdad. (2022). Hay futuro si hay verdad. Informe final. https://www.comisiondelaverdad.co/hay-futuro-si-hay-verdad

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). Panorama social de América Latina. Naciones Unidas. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/22d96662-db2d-41a8-ba00-31984da73527/content

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2025). Informe N.º 94/25: Caso 14.304, Solución Amistosa, Jhon Fredy Lopera Jaramillo y familia, Colombia, 26 de junio de 2025. https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2025/COSA_14.304_ES.PDF

Consultorsalud. (2025, marzo 12). Violencia de género en Bogotá: Personería atendió 2.849 casos de riesgo de feminicidio en 2024. https://consultorsalud.com/violencia-de-genero-en-bogota-2849-feminicidio/?utm_source=chatgpt.com

Coordinación Colombia-Europa-Estados Unidos. (2024). Informe sobre infracciones al DIH en Colombia 2024. Bogotá.

Corporación Infancia y Desarrollo. (2024). Matriz de identificación de riesgos LA CID corte a 18/12/2024.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2006). Caso de la Masacre de Pueblo Bello vs. Colombia. Sentencia y medidas de reparación.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2007). Caso Escué Zapata vs. Colombia. Sentencia de 4 de julio de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_165_esp.pdf

Cuaical Tapie, L. A. (2023). Acompañamiento en Dirección Local de Salud de Villamaría – Caldas en su política pública APS: Atención Primaria Social (Octubre 2023) [Trabajo académico, Universidad de Caldas]. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Programa de Sociología.

Cruz Roja, C. I. (2025). Retos humanitarios 2025: La situación en Colombia alcanzó en 2024 su punto más crítico en ocho años. https://www.icrc.org/es/articulo/colombia-retos-humanitarios-2025

Cruz Roja Internacional. (2024). Colombia: Retos humanitarios 2025. https://www.icrc.org/es/articulo/colombia-retos-humanitarios-2025

Gobernación de Caldas. (2024). Informe de gestión sector salud 2024. Secretaría de Salud Departamental de Caldas. https://saluddecaldas.gov.co

Gobernación de Caldas. (2025). Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC). https://saluddecaldas.gov.co

Gobernación de Córdoba. (2024). Plan de desarrollo departamental 2024–2027: Córdoba se transforma contigo. https://www.cordoba.gov.co

Gobernación de Córdoba. (2025). Directorio institucional. https://www.cordoba.gov.co/publicaciones/481/directorio-institucional-incluyendo-sedes-oficinas-sucursales-o-regionales-y-dependencias/

Gobernación del Atlántico. (2024). Boletín estadístico del sector salud, 2024. Barranquilla: Secretaría de Salud del Atlántico.

Gobernación del Meta. (2024). Informe de gestión sector salud. Villavicencio: Secretaría de Salud del Meta.

Gobernación del Santander. (2024). Plan departamental de salud 2024–2027. Bucaramanga: Secretaría de Salud Departamental.

Gobierno de Colombia. (2024). Unidad para las Víctimas. https://www.unidadvictimas.gov.co

Gobierno Nacional de Colombia. (2024). Función Pública. https://www.funcionpublica.gov.co

Gobierno Nacional de Colombia. (2025). Superintendencia Nacional de Salud: seguimiento a entidades territoriales. https://www.supersalud.gov.co

Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. (2025). Informe de atención a víctimas del conflicto armado 2025.

Human Rights Watch. (2024). Informe Mundial 2024: Colombia. https://www.hrw.org/es/world-report/2024/country-chapters/colombia

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2023). Informe de gestión ICBF 2023. Bogotá D.C.

Instituto Nacional de Salud (INS). (2022). Informe técnico de seguimiento COVID-19. https://www.ins.gov.co

Ministerio de Defensa Nacional. (2024). Informe de seguridad y convivencia ciudadana 2024. https://www.mindefensa.gov.co

Ministerio de Justicia y del Derecho. (2023). Política nacional de justicia restaurativa. Bogotá: Gobierno de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. Bogotá D.C. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/pdsp-2022-2031.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Informe anual de gestión del sector salud 2024. Bogotá: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Resolución 1968 de 2025. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1968-de-2025.pdf

Ministerio del Interior. (2024). Informe de cumplimiento de medidas de reparación integral a víctimas. Bogotá: MinInterior.

Ministerio del Interior y de Justicia. (2011). Ley 1448 de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno. Diario Oficial N.º 48.096.

Ministerio del Trabajo. (2025). Observatorio del mercado laboral: informe anual. Bogotá: MinTrabajo.

Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio. (2024). Plan nacional de agua y saneamiento básico 2024–2030.

Municipio de Montería. (2025). Atención a población víctima del conflicto armado. https://www.monteria.gov.co

Naciones Unidas. (2023). Informe anual sobre derechos humanos en Colombia. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. https://www.ohchr.org/es

Naciones Unidas. (2024). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Avances en América Latina. CEPAL.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2023). Educación y memoria: políticas públicas para la paz. París: UNESCO.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Informe sobre salud mental en el mundo. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). Salud en las Américas+ 2022: Panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS. https://www.paho.org/es/salud-en-americas-2022

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). Plan de acción de salud sexual y reproductiva 2024–2030. Washington, D.C.: OPS.

Personería de Bogotá. (2024). Informe de seguimiento a la atención de víctimas del conflicto armado en Bogotá.

Procuraduría General de la Nación. (2024). Informe de gestión del Ministerio Público 2024. Bogotá: PGN.

Procuraduría General de la Nación. (2025). Seguimiento a la implementación de medidas de reparación colectiva. Bogotá: PGN.

Quintero Díaz, D. (2025). Potreros, peajes ilegales y grupos armados: un desastre provocado por cinco vías ilegales en la Amazonía de Colombia. Mongabay. Recuperado de https://es.mongabay.com/2025/06/potreros-peajes-ilegales-grupos-armados-desastre-cinco-vias-ilegales-amazonia-colombia/

Refworld. (2025). Colombia: La cambiante dinámica del conflicto sigue afectando desproporcionadamente a los más vulnerables. Recuperado de https://www.refworld.org/es/download/150329

República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf

Revista Semana. (2024, 29 de junio). Así es la guerra entre indígenas y las comunidades afro por la tierra en el Cauca: la confrontación es a muerte. Recuperado de https://www.semana.com/cali/articulo/asi-es-la-guerra-entre-indigenas-y-las-comunidades-afro-por-la-tierra-en-el-cauca-la-confrontacion-es-a-muerte/202400/

Rizo, J. (2002). Historia de las luchas campesinas en el Sumapaz.

Rivera Motato, A. F. (2025, 17 de mayo). Desafíos actuales del conflicto y la reparación de víctimas en Caldas. Revista Alternativa. Recuperado de https://alternativa.com.co

Rodríguez, P. (2024, 9 de abril). En Caldas destinaron 5 mil millones para la atención de víctimas del conflicto. Radio Nacional de Colombia. Recuperado de https://www.radionacional.co/actualidad/paz/victimas-del-conflicto-en-caldas-destinan-5-mil-millones-para-su-atencion

Rutas del Conflicto. (2019). Rutas de la guerra en Cundinamarca.

Secretaría de Salud Barranquilla. (2025, enero 29). En Barranquilla, la calidad de la atención en salud continúa "A Otro Nivel". https://barranquilla.gov.co/salud/calidad-atencion-salud-continua-a-otro-nivel

Secretaría de Salud de Cundinamarca. (2024). ASIS Cundinamarca 2023 [Análisis de situación de salud]. https://ceopruebas.sispropreprod.gov.co/DocumentosASIS2024/ASIS_CUNDINAMARCA_2023%20OK.pdf

Secretaría de Salud de Santander. (2023). ASIS Santander 2023 – Parte Cuantitativa. Gobernación de Santander. Recuperado de https://es.scribd.com/document/713369604/ASIS-SANTANDER-2023-Parte-Cuantitativa-29-12-2023

SUIN-Juriscol. (2025). Decreto 525 de 2025. Recuperado de https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30054908

Toda Colombia. (2019). Subregiones del Departamento de Norte de Santander. https://www.todacolombia.com/departamentos-de-colombia/norte-de-santander/subregiones.html

Torres Mora, F., Villamizar Yañez, N., Sánchez Lozano, D. M., Porras Moreno, J. F., & Rodríguez Vesga, J. H. (2017). La narrativa del conflicto armado interno en Colombia: una construcción política de la historia. Razón Crítica, 2, 51–77.

Unidad de Reparación de Víctimas. (2024). Boletín Datos para la Paz No. 13 de 2024. https://datospaz.unidadvictimas.gov.co/

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2023). Análisis de dinámicas territoriales del reconocimiento de factores diferenciales del conflicto armado. UARIV.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2024). Registro Único de Víctimas. UARIV.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2025). Informe de gestión 2024. https://www.unidadvictimas.gov.co/wp-content/uploads/2025/02/Informe-de-gestion-2024-UARIV.pdf

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2023). XV informe sobre los avances de la política pública de atención integral a víctimas del conflicto armado. https://www.unidadvictimas.gov.co/wp-content/uploads/2023/09/xvinformesobrelosavancesdelapoliticapublicadeatencionintegralavictimasdelconflictoarmado.pdf

Unidad para las Víctimas. (s. f.). Cifras [Infografía / portal]. Recuperado de https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Cifras/

Unidad para las Víctimas. (2023). Atención y servicios a la ciudadanía. https://www.unidadvictimas.gov.co/atencion-y-servicios-a-la-ciudadania/

Unidad para las Víctimas. (2023). Análisis de dinámicas territoriales. https://www.unidadvictimas.gov.co/

Unidad para las Víctimas. (2025). Informe de atención a población víctima del conflicto armado. https://unidadvictimas.gov.co

Unidad para las Víctimas. (2025, mayo 1). 817 víctimas del conflicto armado de Córdoba recibieron sus cartas de indemnización. https://www.unidadvictimas.gov.co/817-victimas-conflicto-armado-cordoba-recibieron-cartas-indemnizacion-inversion-7400-millones/

Unidad para las Víctimas. (2025). Informe de gestión y avances en reparación integral en el Atlántico. https://www.unidadvictimas.gov.co/wp-content/uploads/2025/01/InformeGestion-2024-UARIV-VF.pdf

Unidad para las Víctimas. (2025). Reparación integral y atención psicosocial en el departamento del Atlántico. https://www.unidadvictimas.gov.co

Unidad para las Víctimas. (2025). Reparación integral y atención a víctimas en el Departamento del Atlántico. https://www.unidadvictimas.gov.co

Unidad para las Víctimas. (2025). Informe situacional y atención psicosocial a víctimas en Caldas.

Unidad para las Víctimas. (2025). Reparación integral: avances y logros en Meta y Cundinamarca.

Universidad de Caldas. (2023). Acompañamiento en Dirección Local de Salud de Villamaría – Caldas en su política pública APS: Atención Primaria Social (Trabajo académico, Universidad de Caldas).

Universidad del Tolima. (2024). Cifras actualizadas 2024 Registro Único de Víctimas. http://administrativos.ut.edu.co/images/VICEACADEMICA/CERE/publicaciones/infograf%C3%ADas/CIFRAS_ACTUALIZADAS_2024_REGISTRO_UNICO_DE_VICTIMAS.pdf

Universidad Nacional. (2024). Diagnóstico situacional población LGBTI Meta. Facultad de Medicina.