

**Propuesta de intervención en salud pública:**  
**Deterioro de la salud mental, la convivencia social y el bienestar emocional asociado a**  
**violencia, consumo de sustancias psicoactivas y condiciones socioeconómicas en el**  
**departamento del Huila – 2025**

Yeison Andrés Cabrera Trujillo

William Bernardo Collo Quebrada

Liceth Daniela Cortes Hernández

Wendy Liceth Patiño Marín

Angélica Muñoz Sánchez

Andrés Gómez Argote

Asesora

Deisy Leandra Angarita

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud – ECISA

Administración en salud, Tecnología en Radiología e Imágenes Diagnosticas

2026

## Resumen

El presente trabajo desarrolla una propuesta de intervención en salud pública orientada a enfrentar el deterioro de la salud mental, la convivencia social y el bienestar emocional en el departamento del Huila, problemática asociada a la violencia, el consumo de sustancias psicoactivas y condiciones socioeconómicas adversas evidenciadas en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) participativo 2025. Partiendo de un diagnóstico territorial que articula los determinantes sociales de la salud (Dahlgren y Whitehead), el modelo biopsicosocial (Engel) y el enfoque ecológico (Bronfenbrenner), la propuesta se alinea con la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018), la Ley 1616 de 2013 y el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. Se estructura en cuatro componentes estratégicos —promoción de la salud mental comunitaria, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, atención integral a víctimas de violencia y fortalecimiento de la red de servicios de salud mental—, articulando a los principales actores institucionales, comunitarios e intersectoriales del territorio. Se definen objetivos, metodología, cronograma, recursos y un sistema de evaluación con indicadores de proceso, resultado e impacto que permiten monitorear los avances y ajustar las acciones. Los resultados esperados incluyen mejorar la detección temprana, ampliar la cobertura efectiva de atención en salud mental y consolidar entornos protectores en municipios priorizados, contribuyendo así a la garantía del derecho fundamental a la salud y a la reducción de las brechas en bienestar emocional de la población huilense.

**Palabras clave:** salud mental, salud pública, determinantes sociales, consumo de sustancias psicoactivas, departamento del Huila.

### **Abstract**

This work presents a public health intervention proposal aimed at addressing the deterioration of mental health, social coexistence, and emotional well-being in the department of Huila (Colombia), a problem linked to violence, psychoactive substance use, and adverse socioeconomic conditions documented in the participatory 2025 Health Situation Analysis (ASIS). Building on a territorial diagnosis that integrates the social determinants of health framework (Dahlgren and Whitehead), the biopsychosocial model (Engel), and the ecological approach (Bronfenbrenner), the proposal aligns with Colombia's National Mental Health Policy (Resolution 4886 of 2018), Law 1616 of 2013, and the Ten-Year Public Health Plan 2022–2031. It is organized around four strategic components—community mental health promotion, prevention of psychoactive substance use, comprehensive care for victims of violence, and strengthening of the mental health service network—articulating the main institutional, community, and intersectoral stakeholders in the territory. Specific objectives, methodology, timeline, resources, and an evaluation system with process, outcome, and impact indicators are defined to monitor progress and adjust actions. Expected results include improved early detection, expanded effective coverage of mental health care, and the consolidation of protective environments in priority municipalities, thereby contributing to the guarantee of the fundamental right to health and to the reduction of gaps in emotional well-being among the population of Huila.

**Keywords:** mental health, public health, social determinants, psychoactive substance use, Huila department.

## Tabla de Contenido

Introducción .....	5
Diagnóstico Situacional del Territorio .....	7
Condiciones Demográficas, Sociales y Ambientales .....	7
Determinantes Sociales de la Salud (DSS) .....	8
Brechas en Acceso, Capacidad Resolutiva y Recursos del Sistema de Salud .....	10
Problemática Priorizada .....	11
Justificación y Planteamiento del Problema.....	12
Magnitud, Trascendencia y Vulnerabilidad .....	12
Alineación con el PDSP y el PTS .....	14
Objetivos .....	15
Objetivo General .....	15
Objetivos Específicos .....	15
Marco Teórico y Normativo.....	17
Fundamentos Conceptuales.....	17
Marco Normativo .....	19
Actores Sectoriales y Transectoriales.....	22
Actores del Sector Salud .....	22
Actores Transectoriales .....	23
Actores Comunitarios y de la Sociedad Civil .....	24
Sector Académico y de Cooperación .....	25
Matriz de Actores .....	25
Componentes Estratégicos .....	27

Acceso y Equidad.....	27
Coordinación Intersectorial .....	28
Participación Comunitaria.....	29
Fortalecimiento de Capacidades Locales .....	30
Metodología .....	32
Fases de la Intervención .....	32
Enfoques Metodológicos.....	33
Resultados Esperados e Indicadores .....	34
Cronograma y Recursos .....	36
Fases del proyecto .....	36
Recursos requeridos y fuentes de financiación .....	37
Evaluación y Sostenibilidad .....	40
Conclusiones .....	41
Referencias Bibliográficas .....	43

## Lista De Tablas

<b>Tabla 1</b> <i>Brechas en Acceso, Capacidad Resolutiva y Recursos del Sistema de Salud en el Huila, 2025</i> .....	10
<b>Tabla 2</b> <i>Indicadores de Salud mental en el Departamento del Huila, 2025</i> .....	13
<b>Tabla 3</b> <i>Marco Normativo Nacional</i> .....	20
<b>Tabla 4</b> <i>Matriz de Actores, Roles y Nivel de Articulación</i> .....	26
<b>Tabla 5</b> <i>Recurso Humano Requerido</i> .....	38
<b>Tabla 6</b> <i>Tecnología, Dotación e Infraestructura</i> .....	38
<b>Tabla 7</b> <i>Operación, Logística y Desplazamiento</i> .....	39
<b>Tabla 8</b> <i>Formación, Eventos y Participación</i> .....	39
<b>Tabla 9</b> <i>Estimación Presupuestaria General</i> .....	40

## Introducción

La salud mental constituye uno de los pilares fundamentales del bienestar humano y del desarrollo social. La Organización Mundial de la Salud la define como un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Sin embargo, en las últimas décadas el deterioro de la salud mental se ha consolidado como uno de los principales desafíos globales y territoriales, particularmente en contextos marcados por la violencia, el conflicto armado, la pobreza y la inequidad estructural (OMS, 2022; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

En Colombia, este fenómeno se ha agudizado por factores históricos como el conflicto armado interno, las desigualdades socioeconómicas y las brechas en el acceso a servicios especializados, situación que se traduce en un aumento sostenido de los trastornos mentales, los suicidios, los homicidios y el consumo problemático de sustancias psicoactivas (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2018a; MSPS, 2024). El Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 reconoce la salud mental y la convivencia social como una dimensión prioritaria, e insta a los entes territoriales a formular respuestas intersectoriales basadas en el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud (MSPS, 2022).

El departamento del Huila no es ajeno a esta realidad. El Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2025, elaborado por la Secretaría de Salud Departamental y el Observatorio de Salud, evidencia que entre 2015 y 2024 los homicidios aumentaron un 89% (de 213 a 402 casos anuales), las lesiones autoinfligidas (suicidios) alcanzaron 89 casos en 2024 con tendencia ascendente desde 2020, y la ansiedad se configuró como la condición de salud mental de mayor crecimiento entre adolescentes y jóvenes, con incrementos del 38,35% y 38,02%

respectivamente en un solo año (Secretaría de Salud Departamental del Huila [SSDH], 2025). Estos datos reflejan una problemática multidimensional cuya respuesta requiere superar el enfoque clínico tradicional e integrar acciones sobre los determinantes estructurales —pobreza, ruralidad, conflicto armado, brechas educativas— que la sostienen (Whitehead & Dahlgren, 1991; Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [CDSS], 2008).

La presente propuesta de intervención fue formulada por estudiantes de Administración en Salud de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), en el marco del Diplomado de Profundización en Gestión de la Salud Pública (opción de grado), durante el periodo académico 2025–2026. Se desarrolla a partir del trabajo diagnóstico realizado en la Fase 3 y del análisis del Plan Territorial de Salud (PTS) realizado en la Fase 4, articulando los hallazgos del ASIS 2025 con los lineamientos nacionales e internacionales en salud pública (UNAD, 2024; SSDH, 2025).

La propuesta está concebida para implementarse en los 37 municipios del departamento del Huila durante un periodo de 24 meses (junio de 2026 a mayo de 2028), con focalización inicial en municipios de mayor vulnerabilidad social y epidemiológica. Su marco conceptual integra cuatro pilares: el modelo de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS, 2008), el enfoque de curso de vida (MSPS, 2015), la estrategia de Atención Primaria en Salud renovada en las Declaraciones de Alma-Ata (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978) y Astaná (OMS & UNICEF, 2018), y la gestión integral del riesgo en salud establecida en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) (MSPS, 2016a; MSPS, 2019).

Desde el punto de vista normativo, la intervención se ancla en la Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud Mental), la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Derecho Fundamental a la Salud), la

Resolución 4886 de 2018 (Política Nacional de Salud Mental), la Resolución 089 de 2019 (Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas), la Resolución 3280 de 2018 (Rutas Integrales de Atención en Salud), la Resolución 518 de 2015 (Plan de Intervenciones Colectivas) y el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (MSPS, 2015a; MSPS, 2018a; MSPS, 2018b; MSPS, 2019; MSPS, 2022; Congreso de la República de Colombia, 2013, 2015).

El propósito final es contribuir, desde el rol del talento humano en salud y de los futuros administradores en salud, al fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria del departamento del Huila para reducir la carga de morbilidad asociada a la salud mental, promover entornos protectores, con el fin de avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible —en particular el ODS 3 (Salud y Bienestar), el ODS 16 (Paz, Justicia e Instituciones Sólidas) y el ODS 1 (Fin de la Pobreza)— (Naciones Unidas, 2015; Pérez Martell, 2023).

## **Diagnóstico Situacional del Territorio Condiciones Demográficas, Sociales y Ambientales**

El departamento del Huila se ubica en la región suroccidental de Colombia, limitando con Tolima, Cundinamarca, Meta, Caquetá y Cauca. Cuenta con una extensión territorial de aproximadamente 19.890 km<sup>2</sup> y está conformado por 37 municipios, siendo Neiva la capital. De acuerdo con el ASIS 2025, la población departamental asciende a 1.205.318 habitantes, con distribución equilibrada por sexo (49,7% hombres; 50,3% mujeres). El 59,7% reside en cabeceras municipales y el 40,3% en zonas rurales.

La estructura demográfica refleja un proceso de transición: disminución de la población infantil y juvenil, aumento progresivo del grupo de adultos mayores. La tasa bruta de mortalidad general muestra tendencia ligeramente ascendente (de 4,9 por mil en 2014 a 5,4 por mil en 2024). La ruralidad —que abarca cerca del 65% del territorio— determina importantes limitaciones en el acceso oportuno a servicios de salud especializados.

En términos ambientales y de saneamiento, el ASIS 2025 identifica un rezago crítico en la eliminación inadecuada de excretas, especialmente en zonas rurales, y municipios con niveles de riesgo alto o inviabilidad sanitaria en el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua (IRCA). Estos factores inciden en la carga de enfermedad infecciosa y en las condiciones de bienestar general de la población.

La economía huilense se sustenta en agricultura (café, arroz, cacao, caña panelera), actividades pecuarias, sector petrolero y comercio. Durante el último periodo el crecimiento económico mostró desaceleración, con una tasa de desocupación del 8,4% en 2024. El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) ha mostrado mejoras hacia 2023, aunque persisten rezagos críticos en logro educativo y condiciones habitacionales, particularmente en zonas rurales.

## **Determinantes Sociales de la Salud (DSS)**

El ASIS 2025 identifica los siguientes determinantes estructurales e intermedios que influyen en la morbilidad y mortalidad del departamento:

### ***Condiciones Socioeconómicas***

Pobreza, desempleo e informalidad laboral generan estrés familiar, conflictos intrafamiliares y vulnerabilidad psicosocial, incrementando el riesgo de trastornos mentales, consumo de SPA y violencias.

### ***Nivel Educativo***

El rezago escolar y el abandono educativo —especialmente en secundaria y media— limitan el desarrollo de habilidades socioemocionales y exponen a adolescentes y jóvenes a factores de riesgo asociados a conductas violentas y consumo de SPA.

### ***Entornos Familiares y Sociales***

La violencia intrafamiliar, la desintegración familiar y la ausencia de redes de apoyo emocional afectan el desarrollo psicológico de niños, adolescentes y jóvenes, favoreciendo ansiedad, depresión y conductas agresivas.

### ***Acceso a Servicios de Salud***

Brechas en disponibilidad de profesionales en salud mental (psicólogos, psiquiatras) en zonas rurales y dispersas; baja proporción de población vinculada a programas de prevención del consumo de SPA, en contraste con tasas elevadas de intento de suicidio reportadas por múltiples EAPB.

### ***Conflicto Armado y Desplazamiento***

El Huila ha sido históricamente afectado por el conflicto armado interno. La Defensoría del Pueblo emitió en 2025 alertas tempranas electorales con riesgo alto y extremo en 19 municipios. La presencia de población desplazada genera impactos emocionales y sociales directos en la salud mental comunitaria.

### ***Saneamiento Ambiental***

Condiciones deficientes de agua y saneamiento en zonas rurales incrementan la carga de enfermedad y deterioran las condiciones generales de bienestar.

La situación de salud mental en el Huila no puede entenderse de forma aislada: responde a una red de factores que se entrelazan con las condiciones propias del territorio. El hecho de que gran parte de su población viva en zonas rurales y dispersas dificulta enormemente el acceso a atención especializada, pues las distancias, los costos y la escasez de profesionales capacitados terminan interrumpiendo o impidiendo del todo una atención continua y oportuna.

A esto se suman realidades socioeconómicas que golpean duramente el bienestar emocional de las familias: el desempleo, el trabajo informal y la pobreza sostenida crean un caldo de cultivo para la violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias y el deterioro de los vínculos comunitarios. En ese mismo sentido, las deficiencias en el sistema educativo afectan de manera desproporcionada a jóvenes y adolescentes, cerrándoles puertas y dejándolos más expuestos a situaciones de riesgo.

Hay además una herida histórica que no puede ignorarse: el conflicto armado ha marcado profundamente a la región. Las personas víctimas de desplazamiento forzado cargan con niveles elevados de ansiedad, depresión y trauma que con frecuencia no reciben la atención que merecen, en parte porque la oferta institucional en salud mental sigue siendo insuficiente —tanto en profesionales como en programas de prevención y acompañamiento.

Todo esto lleva a una conclusión clara: la problemática de salud mental en el Huila no es casualidad ni excepción, sino el reflejo de condiciones estructurales profundas que explican por qué los casos aumentan y por qué la distancia entre lo que la población necesita y lo que el sistema puede ofrecer sigue siendo tan amplia.

## Brechas en Acceso, Capacidad Resolutiva y Recursos del Sistema de Salud

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2025 evidencia brechas significativas en la respuesta del sistema de salud frente a la problemática de salud mental en el departamento del Huila. Estas limitaciones se reflejan en la baja cobertura de programas de promoción y prevención, lo cual contrasta con el incremento de eventos como el suicidio, la violencia y los trastornos mentales en la población. Asimismo, se identifican dificultades estructurales relacionadas con la disponibilidad de talento humano, la articulación institucional y el uso de herramientas tecnológicas, lo que afecta la capacidad resolutiva del sistema (Secretaría de Salud del Huila, 2025).

A continuación, se presentan las principales brechas identificadas:

**Tabla 1**

*Brechas en Acceso, Capacidad Resolutiva y Recursos del Sistema de Salud en el Huila, 2025*

Dimensión	Situación identificada en ASIS 2025	Implicación
Cobertura en salud mental	Baja proporción de afiliados vinculados a programas de prevención de SPA en varias EAPB, contrastando con tasas elevadas de intento de suicidio	Brecha crítica entre magnitud del problema y respuesta institucional
Disponibilidad de especialistas	Limitada presencia de psicólogos y psiquiatras en zonas rurales dispersas	Barreras geográficas de acceso a atención especializada
Articulación institucional	Brechas en coordinación entre EAPB para detección, control y seguimiento de eventos de salud mental	Fragmentación en la ruta de atención
Telemedicina	Subutilización de herramientas digitales para atención psicológica en IPS rurales	Oportunidad no aprovechada para ampliar cobertura

Dimensión	Situación identificada en ASIS 2025	Implicación
Sistemas de información	Subregistro en eventos de salud mental; variabilidad entre EAPB en la captación de casos	Limitaciones para la vigilancia epidemiológica efectiva

*Nota.* La tabla expone las principales brechas identificadas en el departamento del Huila respecto al acceso, la capacidad resolutoria y los recursos del sistema de salud en el componente de salud mental, evidenciando vacíos críticos entre la magnitud del problema y la respuesta institucional. Adaptado del Análisis de Situación de Salud (ASIS) del Huila 2025 (Secretaría de Salud Departamental del Huila, 2025).

Todo lo anterior revela que el sistema de salud cuenta con una capacidad limitada para responder a una problemática que no deja de crecer. La falta de profesionales en las zonas rurales, combinada con las barreras geográficas y económicas, retrasa o impide el acceso a atención especializada, afectando con mayor fuerza a quienes ya se encuentran en condiciones de vulnerabilidad. A esto se añade la desarticulación entre los distintos actores del sistema, que compromete la continuidad de los tratamientos y el seguimiento adecuado de los casos, dejando sin atención una parte importante de los eventos que se presentan.

Por otro lado, el subregistro de situaciones relacionadas con la salud mental y el escaso aprovechamiento de herramientas como la telemedicina debilitan tanto la vigilancia epidemiológica como la posibilidad de ampliar la cobertura en territorios de difícil acceso. El resultado de todo esto es un número creciente de casos que nunca son diagnosticados ni tratados, lo que profundiza la carga de la enfermedad mental en el departamento y deja en evidencia la urgencia de fortalecer la capacidad del sistema para dar respuestas efectivas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

## **Problemática Priorizada**

Con base en el ASIS 2025 y el análisis desarrollado en la Fase 3, la problemática priorizada es:

El deterioro de la salud mental, la convivencia social y el bienestar emocional, asociado principalmente a fenómenos de violencia, consumo de sustancias psicoactivas y condiciones socioeconómicas adversas en el departamento del Huila.

La dimensión de este problema es significativa y va en aumento: los registros muestran un incremento en homicidios (402), suicidios (89) en 2024 y trastornos mentales, junto con una mayor presencia de ansiedad del 38 % y afectaciones emocionales entre adolescentes y jóvenes (Secretaría de Salud del Huila, 2025). Sus consecuencias van mucho más allá del ámbito clínico, pues comprometen la cohesión social, la convivencia, el desarrollo económico y el bienestar general de las comunidades.

Grupos como adolescentes, jóvenes, mujeres, víctimas del conflicto armado y habitantes de zonas rurales son los más afectados, lo que pone de manifiesto la necesidad de respuestas que reconozcan las diferencias y particularidades de cada contexto. En definitiva, esta situación no solo interpela al sistema de salud pública, sino que expone las desigualdades estructurales que persisten en el departamento.

## Justificación y Planteamiento del Problema

### Magnitud, Trascendencia y Vulnerabilidad

La salud mental se ha convertido en uno de los problemas de mayor peso dentro de la carga de enfermedad en el Huila, y su atención representa hoy una prioridad ineludible en salud pública. Así lo evidencian su crecimiento sostenido, las profundas repercusiones que tiene sobre la vida social y la insuficiente capacidad del sistema para hacerle frente. Según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2025, eventos como el suicidio, los trastornos de ansiedad y la violencia interpersonal han ido en aumento de manera constante, con especial preocupación en adolescentes y jóvenes, lo que habla de un deterioro progresivo en el bienestar emocional de la población (Secretaría de Salud del Huila, 2025).

Para comprender la dimensión real de esta problemática, los indicadores del ASIS ofrecen un panorama concreto:

**Tabla 2**

*Indicadores de salud mental en el departamento del Huila, 2025*

Indicador	Dato ASIS 2025 / Huila	Tendencia
Agresiones (homicidios)	402 casos en 2024 (↑89% vs. 213 en 2015)	Ascendente sostenido
Lesiones autoinfligidas (suicidios)	89 casos en 2024; repunte desde 2020	Ascendente
Trastornos mentales y del comportamiento	39 muertes en 2024 (↑ desde 15 en 2015)	Ascendente
Ansiedad (adolescencia)	Incremento del 38,35% en 2024	Aumento significativo
Ansiedad (juventud)	38,02% de la carga en salud mental	Crecimiento marcado
Trastornos por uso de SPA	21,48% en jóvenes	Persistente

Indicador	Dato ASIS 2025 / Huila	Tendencia
Maltrato infantil	99,8 casos por 100.000 menores	Alta prevalencia
Violencia en menores	75,0 y 36,4 por 100.000	Relevante
Mortalidad por sexo	Mayor en hombres (8 a 14 veces)	Sobrecarga masculina

*Nota.* La tabla resume los principales indicadores epidemiológicos asociados a la salud mental, las violencias y el consumo de sustancias psicoactivas en el departamento del Huila durante el periodo 2015–2024, presentando para cada indicador la magnitud, su valor de referencia y la tendencia observada. Adaptado del Análisis de Situación de Salud (ASIS) del Huila 2025 (Secretaría de Salud Departamental del Huila, 2025).

Estas cifras dejan claro que no se trata de un problema estático ni menor, su crecimiento ha sido constante y golpea de forma diferente a distintos grupos de la población. Más allá de lo individual, las consecuencias de la salud mental mal atendida se sienten en las familias, en los barrios y en la comunidad entera. Se traduce en convivencia deteriorada, menor productividad, mayor presión sobre los sistemas de salud, justicia y seguridad, y abandono escolar, todo lo cual alimenta ciclos de violencia y exclusión que se repiten de generación en generación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Quienes más lo resienten son adolescentes, jóvenes, mujeres, víctimas del conflicto armado, personas desplazadas y habitantes de zonas rurales. Estos grupos no solo están más expuestos a factores de riesgo psicosocial, sino que también enfrentan más obstáculos para acceder a atención: condiciones económicas difíciles, distancia geográfica y servicios insuficientes que hacen más probable tanto la aparición como el agravamiento de los trastornos mentales. Por eso, cualquier respuesta efectiva debe partir de un enfoque diferencial y focalizado (Secretaría de Salud del Huila, 2025).

A ello se suman las fallas estructurales del sistema: programas de promoción y prevención con cobertura insuficiente, escasez de profesionales especializados y una articulación institucional fragmentada que dificulta una atención oportuna y sostenida. El resultado es un número importante de casos que nunca llegan a ser diagnosticados ni tratados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Frente a este panorama, la intervención que se propone cobra pleno sentido. Se trata de fortalecer las acciones de promoción de la salud mental, reducir los riesgos psicosociales y mejorar el acceso a los servicios, en línea con lo que establece el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031, que reconoce la salud mental como una prioridad para reducir inequidades y mejorar la calidad de vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Esta propuesta también se articula con el Plan Territorial de Salud del Huila, que apunta a estrategias integrales e intersectoriales acordes con las realidades del territorio.

### **Alineación con el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y el Plan Territorial de Salud (PTS)**

La intervención que se plantea no surge de manera aislada, sino que se conecta directamente con los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031. En particular, con sus dimensiones de Convivencia Social y Salud Mental, Seguridad y Convivencia Ciudadana, y Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables, todas orientadas a promover el bienestar emocional, prevenir las violencias y garantizar una atención integral en salud mental como camino para reducir las desigualdades en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

A nivel local, el Plan Territorial de Salud (PTS) del Huila ya contempla acciones concretas en esta dirección: promoción de la salud mental, prevención del consumo de sustancias

psicoactivas y atención psicosocial a poblaciones vulnerables, todo ello en coherencia con los lineamientos nacionales. Este marco se sustenta en un conjunto de normas vigentes —la Resolución 518 de 2015, la Resolución 4886 de 2018 (Política Nacional de Salud Mental), la Resolución 295 de 2023, la Resolución 100 de 2023 y la Resolución 1597 de 2025— que orientan cómo deben implementarse las intervenciones en salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; 2018; 2023; 2025).

Sin embargo, el ASIS 2025 muestra con claridad que existe una distancia importante entre lo que se ha hecho y lo que la situación exige. Datos como los 402 homicidios anuales, los 89 casos de suicidio y el aumento constante de los trastornos de ansiedad contrastan con el bajo porcentaje de personas vinculadas a programas de promoción y prevención en salud mental, lo que pone en evidencia que las acciones actuales no están llegando con suficiente fuerza ni cobertura (Secretaría de Salud del Huila, 2025).

Es precisamente ahí donde se justifica esta propuesta: en la necesidad de avanzar hacia estrategias más integrales, intersectoriales y adaptadas al territorio, que permitan cerrar esas brechas, ampliar el acceso a los servicios de salud mental y aportar al cumplimiento de las metas trazadas tanto en el PDSP como en el PTS departamental.

## Objetivos

### Objetivo General

Fortalecer la salud mental, la convivencia social y el bienestar emocional de la población del departamento del Huila, mediante la implementación de una propuesta de intervención integral, intersectorial y basada en la Atención Primaria en Salud, que articule acciones de promoción, prevención, detección temprana, atención integral y rehabilitación, con cobertura en los 37 municipios del territorio durante el periodo comprendido entre junio de 2026 y mayo de 2028 (24 meses), focalizando esfuerzos en poblaciones de mayor vulnerabilidad —adolescentes, jóvenes, mujeres, víctimas del conflicto armado y habitantes de zonas rurales dispersas— con el propósito de reducir las tasas de mortalidad por suicidio y homicidio, disminuir el consumo problemático de sustancias psicoactivas y mejorar los indicadores de convivencia social registrados en el ASIS 2025 (SSDH, 2025; MSPS, 2018a; MSPS, 2022).

### Objetivos Específicos

Diseñar e implementar 12 estrategias comunitarias de promoción de la salud mental y el bienestar emocional, con enfoque diferencial para adolescentes, jóvenes, mujeres y poblaciones rurales, en al menos 25 de los 37 municipios del Huila, ejecutadas en un periodo de 24 meses (junio 2026 – mayo 2028), con un alcance estimado de 30.000 beneficiarios directos, en concordancia con la Política Nacional de Salud Mental y los lineamientos del PDSP 2022–2031 (MSPS, 2018a; MSPS, 2022).

Fortalecer la detección temprana y la atención integral de personas con trastornos mentales, riesgo suicida, consumo problemático de SPA y afectaciones por violencia, mediante la actualización y operativización de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en los 37 municipios y la capacitación de al menos 300 trabajadores del talento humano en salud, durante

los meses 4 al 18 del proyecto, con base en la Resolución 3280 de 2018 y la Ley 1616 de 2013 (Congreso de la República, 2013; MSPS, 2018b).

Ampliar el acceso oportuno y equitativo a servicios de salud mental en zonas rurales y dispersas del Huila, mediante la implementación de servicios de telepsicología y telepsiquiatría en al menos 15 municipios priorizados y la conformación de cuatro Equipos Básicos de Salud (EBS) interdisciplinarios, durante los meses 3 al 24 del proyecto, en cumplimiento del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y la estrategia de APS renovada (MSPS, 2016a; OPS, 2020).

Implementar mecanismos sistemáticos de monitoreo, evaluación de impacto y gestión del conocimiento para el seguimiento de la propuesta, incluyendo evaluaciones intermedias semestrales (meses 6, 12, 18) y una evaluación final (mes 24), con uso del SIVIGILA, RIPS, SISPRO y los indicadores trazadores definidos en el ASIS 2025 y el PTS departamental (MSPS, 2018c; SSDH, 2025).

Fortalecer la gobernanza territorial y la participación social mediante la formación de al menos 200 agentes comunitarios en salud mental y la conformación de redes municipales de apoyo psicosocial en los 37 municipios, durante los meses 3 al 22 del proyecto, en coherencia con los principios de la APS, el MAITE y el enfoque de empoderamiento comunitario (Andrade Pérez, 2023; OPS & OMS, 2018).

## Marco Teórico y Normativo

### Fundamentos Conceptuales

#### *Determinantes Sociales de la Salud (DSS)*

El modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, formulado inicialmente por Whitehead y Dahlgren (1991) y consolidado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008), plantea que la salud y la enfermedad son el resultado de un conjunto de factores que operan en múltiples niveles —individual, familiar, comunitario, social y estructural—. Este modelo distingue entre determinantes estructurales (posición socioeconómica, género, etnia, educación, ocupación, ingresos) y determinantes intermedios (condiciones materiales, factores psicosociales, comportamientos y factores biológicos, sistema de salud) (CDSS, 2008; OPS, 2017).

Aplicado a la salud mental en el Huila, este modelo permite comprender que el aumento sostenido en homicidios, suicidios y trastornos mentales no obedece únicamente a factores individuales, sino que está fuertemente condicionado por la pobreza, la ruralidad, las brechas educativas, las dinámicas del conflicto armado y las desigualdades en el acceso a servicios (SSDH, 2025; MSPS, 2015b). En consecuencia, las intervenciones eficaces deben actuar simultáneamente sobre los determinantes estructurales e intermedios, lo cual exige una respuesta intersectorial y territorializada (CDSS, 2008; MSPS, 2024).

#### *Modelo Biopsicosocial y Modelo Ecológico*

El Modelo Biopsicosocial, propuesto por Engel (1977), constituye uno de los pilares contemporáneos de la comprensión integral de la salud mental. Plantea que la salud humana resulta de la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales, superando la visión reduccionista del modelo biomédico tradicional. Por su parte, el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979) complementa este enfoque al señalar que el desarrollo humano —y por

tanto la salud mental— se ve influido por sistemas concéntricos: microsistema (familia, escuela), mesosistema (relaciones entre microsistemas), exosistema (entornos comunitarios) y macrosistema (cultura, política, economía).

La adopción de estos modelos en la presente propuesta justifica intervenciones simultáneas en los planos individual (atención clínica), familiar (acompañamiento psicosocial), comunitario (estrategias colectivas) e institucional (políticas y gobernanza) (Engel, 1977; Bronfenbrenner, 1979; OMS, 2022).

### ***Enfoque de Curso de Vida***

El Enfoque de Curso de Vida, adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social como uno de los pilares de la Política de Atención Integral en Salud, sostiene que la salud se construye a lo largo de las distintas etapas de la vida y que las experiencias acumuladas en cada una de ellas inciden sobre las siguientes (MSPS, 2015b). Las experiencias adversas en la infancia (ACE, por sus siglas en inglés) —violencia, negligencia, abuso, exposición a conflicto armado— se han documentado como factores de riesgo significativos para trastornos mentales, consumo de SPA y conductas violentas en la adultez (Felitti et al., 1998; OMS, 2022).

En el Huila, donde el ASIS 2025 reporta una tasa de maltrato infantil de 99,8 casos por 100.000 menores de 18 años (negligencia/abandono), el enfoque de curso de vida justifica priorizar intervenciones tempranas en infancia y adolescencia para prevenir la cronificación de problemas en etapas posteriores (SSDH, 2025; MSPS, 2015b).

### ***Atención Primaria en Salud (APS)***

La Atención Primaria en Salud, formulada en la Declaración de Alma-Ata (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978), constituye la estrategia fundamental para alcanzar la salud para todos. Esta declaración define la APS como la atención sanitaria esencial basada en métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al

alcance de todas las personas y familias mediante su plena participación. Cuatro décadas después, la Declaración de Astaná (OMS & UNICEF, 2018) reafirmó la vigencia de la APS y la posicionó como la columna vertebral para alcanzar la cobertura universal en salud.

Para la salud mental, la OPS (2018) ha promovido la integración de los servicios de salud mental en la APS como una estrategia costo-efectiva para superar la brecha de tratamiento, especialmente en territorios rurales y dispersos. Esta integración requiere capacitación del personal de primer nivel, disponibilidad de medicamentos esenciales en salud mental, sistemas de referencia y contrarreferencia, y participación comunitaria activa (OPS, 2018; OMS, 2022).

### ***Gestión Integral del Riesgo en Salud***

La Gestión Integral del Riesgo en Salud, establecida en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y formalizada por el MSPS (2018c), implica identificar, intervenir y monitorear los factores de riesgo individuales y colectivos que generan deterioro de la salud, aplicando estrategias diferenciadas a poblaciones según su perfil de riesgo. Para la salud mental, la GIRS exige la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) específicas para promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, y atención de los principales eventos en salud mental (MSPS, 2018b; MSPS, 2018c).

### ***Salud Mental Comunitaria y Empoderamiento***

El paradigma de la salud mental comunitaria, desarrollado a partir de la reforma psiquiátrica latinoamericana (OPS, 1990 — Declaración de Caracas) y reforzado por la Declaración de Brasilia (OPS, 2005), promueve la desinstitucionalización, la atención centrada en la comunidad, los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y el empoderamiento comunitario como ejes de la respuesta en salud mental. En este marco, la formación de agentes comunitarios y el fortalecimiento de redes de apoyo social se constituyen

en estrategias fundamentales para la prevención, detección y acompañamiento (Andrade Pérez, 2023; OPS, 1990, 2005; OMS, 2022).

## **Marco Normativo**

### ***Marco Normativo Internacional***

A nivel internacional, las directrices de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y las Naciones Unidas constituyen el referente para las políticas nacionales. La Declaración de Alma-Ata (1978) estableció la APS como estrategia mundial para alcanzar la salud para todos (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978). La Declaración de Caracas (1990) y la Declaración de Brasilia (2005) sentaron las bases de la reforma psiquiátrica latinoamericana, promoviendo la atención comunitaria y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales (OPS, 1990, 2005). La Declaración de Astaná (2018) renovó el compromiso global con la APS como base para la cobertura universal (OMS & UNICEF, 2018). Adicionalmente, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030 de la OMS (OMS, 2021) y el Informe Mundial sobre Salud Mental (OMS, 2022) ofrecen los lineamientos técnicos vigentes. Finalmente, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible establece metas concretas en sus ODS 3, 4, 5, 10 y 16, todos relevantes para la presente propuesta (Naciones Unidas, 2015).

### ***Marco Normativo Nacional***

#### **Tabla 3**

##### *Marco normativo nacional*

Norma	Contenido	Aplicación
Constitución Política de Colombia (1991), arts. 48 y 49	Consagra la salud como derecho fundamental y servicio público	Fundamento constitucional de la propuesta

Norma	Contenido	Aplicación
Ley 100 de 1993	Crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	Marco general del aseguramiento y la prestación
Ley 1438 de 2011	Reforma el SGSSS y prioriza la APS	Sustento legal del enfoque APS de la propuesta
Ley 1616 de 2013 — Ley de Salud Mental	Garantiza el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, define atención integral, promoción, prevención, atención y rehabilitación	Eje legal central de toda la propuesta
Ley Estatutaria 1751 de 2015	Regula el derecho fundamental a la salud, garantiza acceso, calidad y oportunidad	Fundamento del componente de equidad y acceso
Ley 1566 de 2012	Garantiza atención integral a personas con consumo problemático de SPA	Marco para el componente de prevención y atención del consumo de SPA
Resolución 429 de 2016	Adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)	Marco operativo de la atención integral propuesta
Resolución 3202 de 2016	Adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS	Soporte para operativización de rutas de atención
Resolución 3280 de 2018	Adopta los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención (RIPMS y RIAMP)	Marco operativo de las rutas en salud mental
Resolución 4886 de 2018 — Política	Define lineamientos para promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental	Política sectorial de referencia directa

Norma	Contenido	Aplicación
Nacional de Salud Mental		
Resolución 089 de 2019 — Política Integral SPA	Establece la política integral frente al consumo de SPA	Marco específico para el componente SPA
Resolución 2626 de 2019	Adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)	Marco operativo de articulación intersectorial territorial
Resolución 518 de 2015	Define la Gestión de la Salud Pública y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	Marco para acciones colectivas de promoción y prevención
Resolución 1035 de 2022	Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031	Plan decenal de referencia en cuya dimensión 8 se inscribe la propuesta
Resolución 100 de 2024 / Lineamientos ASIS 2025	Lineamientos para la actualización del ASIS	Insumo metodológico del diagnóstico
Resolución 1597 de 2025	Lineamientos sobre planeación integral en salud (ámbito territorial)	Marco para la articulación con el PTS

*Nota.* La tabla compila las principales normas del nivel nacional que constituyen el marco jurídico de la propuesta de intervención, indicando para cada una su contenido relevante y su aplicación específica dentro del proceso de fortalecimiento de la salud mental en el departamento del Huila.

### ***Marco Normativo Territorial***

En el ámbito departamental, la propuesta se articula con el Plan Territorial de Salud (PTS) del Huila 2024–2027, instrumento de planeación que prioriza la dimensión de Convivencia Social y Salud Mental (SSDH, 2025; Gobernación del Huila, 2024). Asimismo, se enmarca en los planes municipales de salud y en los planes de desarrollo departamental y municipal vigentes, garantizando coherencia con las apuestas territoriales en materia de salud pública (Gobernación del Huila, 2024).

“La salud mental es un componente esencial de la salud y un derecho humano fundamental. Las inversiones en salud mental son inversiones en una mejor vida y un mejor futuro para todas las personas” (OMS, 2022, p. 9).

## **Actores Sectoriales y Transectoriales**

El abordaje de la problemática priorizada requiere una respuesta articulada entre múltiples actores sectoriales y transectoriales, en coherencia con el principio rector del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), que reconoce que los determinantes sociales de la salud trascienden las competencias del sector salud y demandan corresponsabilidad institucional, comunitaria y privada (MSPS, 2019; CDSS, 2008). La acción intersectorial constituye, según la OPS (2017), una de las estrategias más eficaces para reducir las inequidades en salud y abordar problemáticas multidimensionales como las relacionadas con la salud mental, las violencias y el consumo de sustancias psicoactivas.

### **Actores del Sector Salud**

El sector salud constituye el eje articulador de la propuesta, asumiendo la rectoría técnica, la prestación de servicios y el aseguramiento. Sus principales actores son:

#### ***Secretaría de Salud Departamental del Huila y Observatorio de Salud***

Ejercen la rectoría territorial en salud pública, coordinan el MAITE, elaboran y actualizan el ASIS, gestionan los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) destinados al PIC, y lideran los Comités Territoriales de Salud Mental (SSDH, 2025; MSPS, 2019).

#### ***Secretarías Locales de Salud (37 municipios)***

Implementan las acciones colectivas en el territorio, articulan con la Secretaría Departamental y son responsables de la ejecución del PIC municipal y de la formulación del Plan Municipal de Salud (Congreso de la República, 2011).

#### ***Empresas Sociales del Estado (ESE) y Red Pública Hospitalaria***

Conformadas por hospitales locales en los 37 municipios y por instituciones de mediana y alta complejidad en Neiva (Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo). Son

responsables de la prestación de servicios de salud mental en los distintos niveles de complejidad y de la operativización de las RIAS (MSPS, 2018b; SSDH, 2025).

### ***Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)***

Nueva EPS, Salud Total, Coosalud, Pijaos Salud EPSI, Sanitas, Famisanar, entre otras. Tienen a cargo la gestión del riesgo en salud, la garantía del acceso a servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, la vinculación de afiliados a programas preventivos y la operativización de las rutas de atención específicas (MSPS, 2018c; SSDH, 2025).

### ***Talento Humano en Salud***

Psiquiatras, psicólogos, médicos generales y de familia, enfermeros profesionales, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, promotores de salud y agentes comunitarios. Son los actores que materializan la intervención en el contacto directo con personas, familias y comunidades. La Resolución 0429 de 2016 reconoce al talento humano en salud como uno de los pilares fundamentales de la PAIS, y su capacitación continua es eje estratégico de la presente propuesta (MSPS, 2016a; Andrade Pérez, 2023; Jaramillo Mesa et al., 2020).

### ***Instituto Departamental de Salud y Entidades de Inspección, Vigilancia y Control***

Superintendencia Nacional de Salud (regional), garantes de la calidad y oportunidad de los servicios prestados (MSPS, 2018c).

### ***Actores Transectoriales (otros Sectores del Estado)***

La problemática priorizada exige la corresponsabilidad de sectores que actúan sobre los determinantes sociales estructurales e intermedios. La articulación transectorial se materializa a través de los Comités Territoriales de Salud Mental, las mesas intersectoriales de convivencia y los espacios de planeación territorial (MSPS, 2019; SSDH, 2025).

### ***Sector Educativo***

Secretaría de Educación Departamental y Secretarías Municipales de Educación; instituciones educativas públicas y privadas del Huila. Su rol incluye la implementación de programas de habilidades para la vida, educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, prevención del consumo de SPA en entornos escolares, detección temprana de signos de alerta en estudiantes y conformación de redes de apoyo escolar (MSPS, 2018a; OPS & OMS, 2018). Se articula con la Ley 1098 de 2006 (Código de la Infancia y Adolescencia) y los lineamientos del Ministerio de Educación Nacional.

### ***Sector Justicia y Protección***

Comisarías de Familia, Fiscalía General de la Nación (Unidades de Vida y Atención a Víctimas), Defensoría del Pueblo, Procuraduría General, Personerías municipales, ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) y Policía Nacional. Sus responsabilidades incluyen la atención a víctimas de violencia intrafamiliar y sexual, el restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes, la activación de rutas de atención y la prevención del delito (Congreso de la República, 2006; MSPS, 2018a).

### ***Sector Desarrollo Social e Inclusión***

Secretaría de Desarrollo Social Departamental, programas Familias en Acción, Jóvenes en Acción, Adulto Mayor, Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). Operan sobre los determinantes socioeconómicos mediante transferencias monetarias condicionadas, atención a víctimas del conflicto armado y promoción de oportunidades para poblaciones vulnerables (CDSS, 2008; UARIV, 2023).

### ***Sector Cultura, Deporte y Recreación***

Secretaría de Cultura Departamental, INDERHuila (deportes), Casas de la Cultura municipales. Las actividades culturales, deportivas y recreativas constituyen factores protectores fundamentales para la salud mental, especialmente en adolescentes y jóvenes, al promover el uso

constructivo del tiempo libre, el sentido de pertenencia y el desarrollo de habilidades socioemocionales (OMS, 2022).

### ***Sector Ambiente, Vivienda y Agua***

Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena (CAM), Secretaría de Vivienda Departamental, empresas prestadoras de servicios públicos. Su intervención sobre saneamiento básico, calidad del agua y vivienda digna impacta los determinantes intermedios identificados en el ASIS 2025 (SSDH, 2025).

### ***Sector Trabajo y Empleo***

Servicio Público de Empleo, programas de formación para el trabajo del SENA. Contribuyen a reducir el desempleo y la informalidad —factores asociados al estrés psicosocial y al deterioro de la salud mental— (OMS, 2022; CDSS, 2008).

### ***Sector Agricultura y Desarrollo Rural***

Secretaría de Agricultura Departamental, ADR, Banco Agrario. Promueven el desarrollo económico de zonas rurales, factor protector frente a la migración forzada y los conflictos sociales (Naciones Unidas, 2015).

### ***Actores Comunitarios y de la Sociedad Civil***

La participación comunitaria es un componente esencial de la APS y un principio orientador de la Política Nacional de Salud Mental (MSPS, 2018a; OPS & OMS, 2018). Los siguientes actores resultan estratégicos:

#### ***Juntas de Acción Comunal (JAC) y Organizaciones Comunitarias***

Con presencia en cabeceras urbanas y veredas rurales, son la base del tejido social comunitario.

#### ***Organizaciones de Víctimas del Conflicto Armado***

Aportan voces y experiencias decisivas para el diseño de intervenciones psicosociales pertinentes.

***Organizaciones de Mujeres, Jóvenes, LGBTIQ+ y Comunidades Indígenas***

Contribuyen a la incorporación de enfoques diferenciales y de género (MSPS, 2018a).

***Líderes y Líderesas Comunitarias***

Agentes multiplicadores en los entornos comunitarios.

***Veedurías Ciudadanas en Salud***

Ejercen control social sobre la calidad y oportunidad de los servicios.

***Iglesias y Comunidades Religiosas***

Con amplia capacidad de convocatoria comunitaria, especialmente en zonas rurales.

**Sector Académico y de Cooperación*****Universidades Regionales***

Universidad Surcolombiana (USCO), Corhuila, UNAD, entre otras. Aportan investigación, formación de talento humano, asistencia técnica y desarrollo de programas de extensión solidaria (UNAD, 2024).

***Cooperación Internacional***

OPS/OMS Colombia, UNICEF, ACNUR, Unión Europea, USAID, agencias de cooperación bilateral. Pueden aportar recursos técnicos y financieros para el fortalecimiento de la salud mental en territorios afectados por el conflicto (OPS, 2023; Naciones Unidas, 2015).

***Sector Privado y Responsabilidad Social Empresarial***

Empresas locales y nacionales con presencia en el Huila pueden contribuir mediante alianzas público-privadas para programas de salud mental ocupacional y comunitaria.

**Matriz de Actores, Roles y Nivel de Articulación**

**Tabla 4***Matriz de actores, roles y nivel de articulación*

Categoría	Actor	Rol clave	Nivel de articulación
Salud — rectoría	Secretaría de Salud Departamental – Observatorio	Liderazgo técnico, ASIS, MAITE, financiación	Estratégico
Salud — prestación	ESE y red hospitalaria (37 municipios)	Prestación de servicios y operativización RIAS	Operativo
Salud — aseguramiento	EAPB	Gestión del riesgo y vinculación de afiliados	Operativo
Salud — talento humano	Profesionales y agentes comunitarios	Atención directa y multiplicación comunitaria	Operativo
Educación	Secretarías de Educación e IE	Habilidades para la vida, detección temprana	Estratégico– operativo
Justicia y protección	ICBF, Comisarías, Fiscalía, Policía, Defensoría	Atención a víctimas, restablecimiento de derechos	Operativo
Desarrollo social	Secretaría Desarrollo Social, UARIV	Acción sobre DSS estructurales y atención a víctimas	Estratégico
Cultura y deporte	Secretaría de Cultura, INDERHuila	Factores protectores y entornos de cuidado	Operativo
Ambiente y agua	CAM, prestadoras de servicios	Saneamiento y entornos saludables	Estratégico
Trabajo	SENA, SPE	Empleabilidad y formación para el trabajo	Estratégico

Categoría	Actor	Rol clave	Nivel de articulación
Comunidad	JAC, organizaciones de víctimas, mujeres, jóvenes	Participación, control social, agencia comunitaria	Operativo y estratégico
Academia	USCO, UNAD, Corhuila	Investigación, formación y asistencia técnica	Estratégico
Cooperación	OPS/OMS, UNICEF, agencias bilaterales	Recursos técnicos y financieros	Estratégico

*Nota.* Autoría propia. La tabla presenta la matriz consolidada de actores sectoriales y transectoriales involucrados en la implementación de la propuesta, especificando para cada uno su categoría, rol clave y nivel de articulación dentro del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE).

## **Componentes Estratégicos**

La propuesta se estructura en cuatro componentes estratégicos articulados, derivados del diseño territorial de las políticas públicas en salud y de los lineamientos de la APS renovada (OPS & OMS, 2018; MSPS, 2016a). Cada componente integra dimensiones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y rectoría, evitando la fragmentación característica de las intervenciones tradicionales en salud mental (OMS, 2022).

### **Acceso y Equidad**

Este componente busca garantizar servicios de salud mental de calidad, oportunos y culturalmente pertinentes, reduciendo las desigualdades en el acceso entre zonas urbanas y rurales, así como entre grupos poblacionales con distintos perfiles de vulnerabilidad. La equidad en salud, según la OMS (2022) y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, supone que las personas reciban la atención que necesitan independientemente de su lugar de residencia, condición socioeconómica, etnia, género o situación de movilidad (Congreso de la República, 2015; OMS, 2022).

### **Líneas de Acción**

#### ***Ampliación de la Oferta Institucional***

Fortalecimiento de los servicios ambulatorios de salud mental en las 37 ESE municipales mediante la asignación de talento humano calificado y la dotación básica para atención psicosocial, priorizando los municipios con mayores tasas de suicidio, homicidio y consumo de SPA según ASIS 2025 (SSDH, 2025; MSPS, 2018b).

#### ***Telesalud y Telepsiquiatría***

Implementación de servicios de telepsicología y telepsiquiatría en al menos 15 municipios rurales priorizados, conforme a la Resolución 2654 de 2019 que regula la telesalud

en Colombia. Esto permite superar las barreras geográficas que persisten en el territorio huilense (MSPS, 2019b; OPS, 2020).

### ***Equipos Básicos de Salud (EBS)***

Conformación de cuatro EBS interdisciplinarios (médico, enfermero, psicólogo, trabajador social, técnico en salud pública) que realicen visitas domiciliarias y trabajo extramural en zonas rurales dispersas, en coherencia con el modelo de APS y las experiencias del MIAS (MSPS, 2016a; OPS, 2018).

### ***Garantía de la Ruta de Atención***

Operativización plena de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIPMS) y la Ruta Integral de Atención en Salud Mental, eliminando barreras administrativas y de autorizaciones (MSPS, 2018b).

### ***Enfoque Diferencial***

Incorporación de adaptaciones culturales en la atención a comunidades indígenas (Yanaconas, Nasa-Páez), afrodescendientes, campesinas y víctimas del conflicto armado, así como enfoques específicos para mujeres, niños, niñas, adolescentes y población LGBTIQ+ (MSPS, 2018a; UARIV, 2023).

### ***Reducción de Barreras Económicas***

Garantía del acceso a medicamentos esenciales en salud mental conforme al Plan de Beneficios en Salud, y articulación con programas sociales para la atención de la población no asegurada (Congreso de la República, 2015).

La OPS (2018) ha demostrado que la integración de la salud mental en la APS y el uso de tecnologías de telesalud son estrategias costo-efectivas que pueden reducir hasta en 70% la brecha de tratamiento en territorios rurales, lo que respalda la pertinencia de este componente para el Huila (OPS, 2018, 2020).

## **Coordinación Intersectorial**

La naturaleza multidimensional de la problemática exige acciones conjuntas entre el sector salud y otros sectores públicos, privados y comunitarios para impactar los determinantes sociales estructurales e intermedios identificados en el ASIS 2025 (SSDH, 2025; CDSS, 2008). La coordinación intersectorial materializa el principio de “Salud en Todas las Políticas” (HiAP) promovido por la OMS y se operativiza territorialmente a través del MAITE (OPS, 2017; MSPS, 2019).

## **Líneas de Acción**

### ***Activación y Fortalecimiento de los Comités Territoriales de Salud Mental***

Conformación o reactivación de estos comités en los 37 municipios, con participación de salud, educación, justicia, ICBF, comunidad y academia. Los comités sesionarán mensualmente y tendrán como función la planeación, seguimiento y evaluación de las acciones territoriales en salud mental (MSPS, 2018a; SSDH, 2025).

### ***Mesa Departamental de Convivencia Social y Salud Mental***

Espacio de articulación de alto nivel liderado por la Secretaría de Salud Departamental, con participación de los demás sectores y entidades del orden nacional con presencia en el territorio (UARIV, ICBF, Defensoría, MinSalud).

### ***Articulación con Sector Educativo***

Firma de convenios interadministrativos con la Secretaría de Educación Departamental y municipales para implementar el Programa de Habilidades para la Vida, los Proyectos Pedagógicos Transversales (PEI) y la detección temprana de signos de alerta en escolares (Ministerio de Educación Nacional [MEN], 2018; OPS & OMS, 2018).Articulación con Justicia y Protección

### ***Articulación con Justicia y Protección***

Activación de las rutas de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género en coordinación con Comisarías de Familia, ICBF, Fiscalía y Policía, con énfasis en la atención psicosocial y el restablecimiento de derechos (Congreso de la República, 2006).

### ***Articulación con Desarrollo Social***

Trabajo conjunto con la UARIV para la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado mediante la Estrategia de Recuperación Emocional (UARIV, 2023), y con programas de transferencias monetarias condicionadas (Familias en Acción, Jóvenes en Acción) para incorporar componentes de salud mental.

### ***Articulación con Cultura, Deporte y Recreación***

Programación de actividades extramurales conjuntas que promuevan factores protectores en adolescentes y jóvenes (OMS, 2022).

### ***Articulación con Sector Privado***

Alianzas público-privadas para el desarrollo de programas de salud mental laboral, especialmente en sectores agroindustrial, petrolero y comercial del departamento.

Las experiencias internacionales documentadas por la OPS (2017) muestran que la acción intersectorial sostenida puede reducir entre 25% y 40% los indicadores de violencia social y mejorar significativamente los resultados en salud mental en periodos de tres a cinco años (OPS, 2017; OMS, 2022).

### **Participación Comunitaria**

El empoderamiento de las comunidades y la corresponsabilidad social son ejes fundamentales de la propuesta, coherentes con los principios de la APS, la Política Nacional de Salud Mental, la Ley 1616 de 2013 y el paradigma de la salud mental comunitaria (Congreso de la República, 2013; MSPS, 2018a; OPS & OMS, 2018; OPS, 1990, 2005). Andrade Pérez (2023) destaca que el empoderamiento comunitario constituye una estrategia clave para que las personas

y colectividades ganen capacidad de decisión sobre los factores que afectan su salud, fortaleciendo así la sostenibilidad de las intervenciones.

## **Líneas de Acción**

### ***Formación de Agentes Comunitarios en Salud Mental***

Capacitación de al menos 200 agentes comunitarios (líderes barriales, veredales, de organizaciones de víctimas, mujeres y jóvenes) en primeros auxilios psicológicos, identificación de signos de alarma, activación de rutas y acompañamiento psicosocial básico, durante los meses 3 al 22 del proyecto. Esta formación se realizará mediante metodologías participativas y se acompañará de procesos de fortalecimiento organizativo (Andrade Pérez, 2023; OMS, 2022).

### ***Estrategias de Mediación Comunitaria de Conflictos***

Implementación de programas de cultura de paz y mediación comunitaria, articulando con experiencias previas en municipios afectados por el conflicto armado, tales como las Casas de Justicia, los Comités de Convivencia y los procesos de Justicia Especial para la Paz (JEP, 2017; OPS, 2017).

### ***Talleres Participativos de Habilidades para la Vida y la Convivencia***

Desarrollo de talleres con metodología vivencial enfocados en comunicación asertiva, manejo del estrés, regulación emocional, resolución pacífica de conflictos, prevención del consumo de SPA y construcción de redes de apoyo (OMS, 2022; MEN, 2018).

### ***Actividades Culturales, Deportivas y Recreativas***

Implementación de espacios comunitarios de uso constructivo del tiempo libre como factores protectores en adolescentes y jóvenes, particularmente en municipios con altas tasas de consumo de SPA y violencia (OMS, 2022).

### ***Participación de Organizaciones de Víctimas***

Involucramiento activo de las organizaciones de víctimas del conflicto armado en el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones, garantizando pertinencia y apropiación social (UARIV, 2023).

### ***Veedurías Ciudadanas en Salud Mental***

Conformación o fortalecimiento de veedurías ciudadanas que ejerzan control social sobre la calidad y oportunidad de los servicios de salud mental, en coherencia con la Ley 850 de 2003 (Congreso de la República, 2003).

### ***Estrategia de Comunicación Social***

Campaña de comunicación masiva y comunitaria orientada a la reducción del estigma asociado a los trastornos mentales, la promoción del bienestar emocional y la difusión de las rutas de atención (OMS, 2022).

La evidencia internacional muestra que las intervenciones con participación comunitaria activa logran tasas de adherencia y sostenibilidad significativamente superiores a las intervenciones puramente verticales, además de fortalecer el capital social y la resiliencia comunitaria (Andrade Pérez, 2023; OMS, 2022; OPS, 2018).

### **Fortalecimiento de Capacidades Locales**

La sostenibilidad de la propuesta depende del fortalecimiento del talento humano en salud, los sistemas de información, la infraestructura tecnológica y la capacidad rectora de la institucionalidad territorial (Jaramillo Mesa et al., 2020; MSPS, 2016a). Este componente actúa transversalmente sobre los demás, garantizando que las intervenciones puedan replicarse, adaptarse y mantenerse más allá del periodo de implementación de la propuesta.

## **Líneas de Acción**

### ***Capacitación del Talento Humano en Salud***

Formación de al menos 300 trabajadores de la salud (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares) en primeros auxilios psicológicos según el modelo de la OMS (2011), identificación de riesgo suicida (Plan SUPRE, OMS), atención inicial a víctimas de violencia, manejo de la crisis y rutas de atención. La formación se realizará mediante metodologías mixtas (presenciales y virtuales) en alianza con la UNAD y la USCO (Jaramillo Mesa et al., 2020; UNAD, 2024).

### ***Fortalecimiento de los Sistemas de Información***

Mejora del registro y notificación de eventos de salud mental en SIVIGILA (suicidio, intento de suicidio, consumo de SPA, violencias), capacitación a referentes municipales en el uso de los sistemas de información (RIPS, SISPRO, cubo ASIS) y reducción del subregistro identificado en el ASIS 2025 (SSDH, 2025; MSPS, 2018c).

### ***Actualización Continua del ASIS y los Planes Territoriales***

Apoyo técnico a los 37 municipios para la elaboración o actualización de su ASIS municipal, con énfasis en la dimensión de salud mental, conforme a los lineamientos de la Resolución 100 de 2024 (MSPS, 2024; SSDH, 2025).

### ***Plataformas Digitales de Gestión del Conocimiento***

Implementación de un repositorio digital departamental con guías, protocolos, materiales formativos y experiencias sistematizadas en salud mental, accesible para todos los profesionales del territorio (UNAD, 2024).

### ***Investigación Operativa en Salud Mental***

Alianzas con la UNAD, la USCO y otras universidades regionales para la realización de investigaciones aplicadas sobre la efectividad de las intervenciones, la identificación de factores de riesgo locales y la formulación de recomendaciones de política. Esta línea constituye un

punteo con la formación profesional, en coherencia con el ejercicio académico de los Diplomados de Profundización (UNAD, 2024).

### ***Liderazgo Gerencial y Administración en Salud***

Formación de coordinadores municipales y referentes de salud mental en herramientas de gestión administrativa, planeación estratégica, formulación de proyectos y rendición de cuentas, con base en el rol del administrador en salud como líder de procesos territoriales (Jaramillo Mesa et al., 2020).

### ***Infraestructura y Dotación***

Adecuación de espacios de atención en salud mental en las E.S.E municipales priorizadas, con criterios de privacidad, accesibilidad y pertinencia cultural; dotación de equipos para telesalud y materiales para actividades comunitarias (MSPS, 2018b).

Jaramillo Mesa et al. (2020) destacan que la gestión estratégica del talento humano en salud —entendida como el conjunto de prácticas orientadas a la motivación, el liderazgo y el desarrollo de capacidades de los trabajadores— constituye uno de los factores más determinantes del éxito de las intervenciones en salud pública. En la misma línea, Andrade Pérez (2023) sostiene que el empoderamiento del talento humano y de las comunidades son procesos complementarios e indispensables para transformar las condiciones de salud en los territorios.

## **Metodología**

### **Fases de la Intervención**

La metodología de la propuesta se fundamenta en el enfoque de gestión en salud pública basado en el ciclo de mejora continua (planear–hacer–verificar–actuar), articulado con los lineamientos de la Atención Primaria en Salud (APS) y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), los cuales promueven intervenciones progresivas, participativas y basadas en evidencia (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2019; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

#### ***Fase 1 – Formulación (Meses 1–3)***

Durante esta fase se desarrollará la planeación estratégica de la intervención, partiendo de la socialización del diagnóstico del ASIS 2025 con actores clave del territorio. Se implementarán metodologías participativas como grupos focales, cartografía social y diagnósticos rápidos participativos, las cuales permiten comprender las percepciones comunitarias y fortalecer la pertinencia de las acciones (OPS, 2017).

Asimismo, se conformará el equipo intersectorial departamental y municipal, garantizando la inclusión de actores del sector salud, educación, justicia y comunidad. En esta etapa se definirán el plan operativo, cronograma, metas e indicadores, así como las fuentes de financiación. Esta fase responde a la necesidad de asegurar coherencia entre el diagnóstico territorial y las estrategias propuestas (MSPS, 2024).

#### ***Fase 2 – Ejecución (Meses 6–18)***

En esta fase se implementarán de manera articulada los cuatro componentes estratégicos definidos en la propuesta. Se priorizará el desarrollo simultáneo de acciones de promoción, prevención, atención y fortalecimiento institucional, evitando la fragmentación de los servicios en salud mental (OMS, 2022).

Se pondrán en marcha estrategias como:

- Formación de agentes comunitarios en salud mental.
- Implementación de telepsicología y telepsiquiatría.
- Desarrollo de talleres de habilidades para la vida en instituciones educativas.
- Activación de rutas integrales de atención en salud mental.
- Ejecución de actividades comunitarias de integración social.

Estas acciones se sustentan en evidencia que demuestra que las intervenciones comunitarias e intersectoriales generan mejores resultados en salud mental que los enfoques exclusivamente clínicos (OPS, 2018).

### ***Fase 3 – Monitoreo y Evaluación (Meses 6–24, de Forma Continua)***

El seguimiento será continuo mediante indicadores definidos en el ASIS y sistemas de información como SIVIGILA, RIPS y SISPRO. Se realizarán evaluaciones semestrales para identificar avances, barreras y oportunidades de mejora.

Este proceso permitirá la toma de decisiones basada en evidencia, facilitando ajustes oportunos en la intervención (MSPS, 2018). Además, se realizará la sistematización de experiencias para fortalecer la gestión del conocimiento en el territorio.

### ***Fase 4 – Evaluación de Impacto y Sostenibilidad (Meses 18–24 y Proyección a Largo Plazo)***

Se evaluará el impacto de la intervención mediante indicadores de resultado como reducción de suicidio, homicidio y consumo de SPA. Asimismo, se analizarán cambios en el acceso a servicios y en la percepción comunitaria del bienestar.

Finalmente, se formularán estrategias de sostenibilidad, incluyendo la institucionalización de acciones en políticas públicas territoriales, lo cual es clave para garantizar la continuidad de los resultados (OMS, 2022).

## **Enfoques Metodológicos**

La propuesta se desarrolla bajo un conjunto de enfoques que garantizan integralidad, equidad y pertinencia territorial:

### **Enfoque Participativo**

Promueve la co-construcción de soluciones con la comunidad, fortaleciendo la apropiación social y la sostenibilidad de las intervenciones (OPS & OMS, 2018).

### **Enfoque Diferencial e Intercultural**

Reconoce las particularidades culturales, sociales y territoriales de poblaciones vulnerables, en coherencia con la Política Nacional de Salud Mental (MSPS, 2018).

### **Enfoque de Género**

Considera las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres, especialmente en relación con violencia, salud mental y acceso a servicios (OMS, 2022).

### **Enfoque Territorial**

Adapta las estrategias a las condiciones específicas de cada municipio, considerando factores como ruralidad, acceso geográfico y capacidad institucional.

### **Gestión Basada en Evidencia**

Utiliza información proveniente del ASIS, SIVIGILA y otras fuentes oficiales para orientar la toma de decisiones (MSPS, 2024).

## **Resultados Esperados e Indicadores**

Los resultados esperados de la presente propuesta se estructuran en dos niveles complementarios: (1) productos directos de la intervención a corto plazo y (2) efectos medibles en los indicadores de salud pública a mediano y largo plazo, en coherencia con los lineamientos del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2025 y el Plan Territorial de Salud (PTS) del Huila.

Este enfoque permite no solo evaluar la ejecución de las actividades, sino también medir su impacto real sobre la salud mental, la convivencia social y el bienestar emocional de la población, en línea con los modelos de gestión basada en resultados promovidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2022) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022).

En este sentido, los resultados esperados se orientan a la transformación progresiva de los principales indicadores críticos identificados en el diagnóstico territorial, especialmente aquellos relacionados con suicidio, violencia, consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y acceso a servicios de salud mental.

En primer lugar, se proyecta la reducción de la mortalidad por lesiones autoinfligidas, medida a través de la tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes, con una meta de disminución del 15% respecto a la línea base del año 2024. Este resultado responde a la necesidad de intervenir de manera prioritaria uno de los eventos más críticos en salud mental, cuya tendencia ha sido ascendente en el departamento (Secretaría de Salud del Huila, 2025).

De manera complementaria, se espera la reducción de la mortalidad por homicidios en un 10%, lo cual implica una acción articulada entre el sector salud, justicia y seguridad. Este indicador refleja no solo condiciones de violencia, sino también el deterioro de la convivencia social, por lo que su abordaje requiere estrategias intersectoriales sostenidas (OMS, 2022).

En relación con la prevención, se plantea la ampliación de la cobertura en programas preventivos de consumo de SPA, con un incremento del 30% en el porcentaje de afiliados vinculados a estos programas frente a la línea base de las EAPB en 2024. Este resultado es clave para intervenir factores de riesgo asociados al deterioro de la salud mental en adolescentes y jóvenes (MSPS, 2018).

Asimismo, se proyecta fortalecer la detección temprana del riesgo en salud mental, mediante la identificación y remisión de al menos 5.000 personas con riesgo psicosocial en un periodo de 24 meses. Esta acción permitirá intervenir oportunamente casos antes de su agravamiento, en coherencia con las Rutas Integrales de Atención en Salud (MSPS, 2018).

En el componente de fortalecimiento institucional, se espera la capacitación de al menos 300 trabajadores del talento humano en salud en primeros auxilios psicológicos y rutas de atención, lo cual contribuirá a mejorar la capacidad resolutoria del sistema. De igual forma, se contempla la formación de mínimo 200 agentes comunitarios en salud mental, fortaleciendo el enfoque de salud mental comunitaria y el empoderamiento social (OPS, 2018).

En cuanto al acceso a servicios, se proyecta la implementación de servicios de telepsicología y telepsiquiatría en al menos 15 municipios, especialmente en zonas rurales y dispersas, lo cual permitirá superar barreras geográficas y mejorar la cobertura en atención especializada (OPS, 2020).

Por otro lado, se espera una reducción del 20% en los casos de violencia intrafamiliar en menores de edad, específicamente en situaciones de negligencia y abandono, tomando como referencia la línea base del año 2025. Este resultado evidencia el impacto esperado de las acciones intersectoriales en protección social y fortalecimiento familiar.

En el ámbito comunitario, se proyecta fortalecer la participación social mediante la activación de Comités Territoriales de Salud Mental en al menos 25 de los 37 municipios, lo cual permitirá mejorar la articulación institucional y la gobernanza territorial en salud mental (MSPS, 2019).

Finalmente, uno de los resultados más relevantes es la reducción de la brecha en el acceso a servicios de salud mental entre zonas urbanas y rurales en un 25%, lo cual constituye un indicador clave de equidad en salud. Este resultado refleja el impacto estructural de la intervención sobre las desigualdades territoriales, en concordancia con el enfoque de determinantes sociales de la salud (OMS, 2022).

La verificación de estos resultados se realizará mediante fuentes oficiales como SIVIGILA, SISPRO, RIPS, DANE, reportes de EAPB y registros institucionales, garantizando la confiabilidad y trazabilidad de la información.

En conjunto, estos indicadores permiten evaluar de manera integral el desempeño de la intervención, no solo en términos de cobertura, sino también en su capacidad de generar cambios significativos en las condiciones de salud mental y bienestar de la población huilense.

## **Cronograma y Recursos**

Para la implementación de la propuesta orientada a mejorar el bienestar emocional, la convivencia social y la salud mental en el territorio de Huila, se plantea un cronograma estructurado por fases, que integra actividades, responsables, tiempos y recursos necesarios para garantizar la ejecución efectiva del proyecto.

### **Fases del Proyecto**

El proyecto se desarrollará en un periodo estimado de 24 meses, organizado en las siguientes fases:

#### ***Fase 1: Planeación y Alistamiento (Mes 1 al 3)***

Socialización del proyecto con actores institucionales y comunitarios.

Conformación del equipo interdisciplinario.

Diseño de instrumentos (encuestas, talleres, rutas de atención).

Responsables: Coordinadores del proyecto, psicólogo, trabajador social.

Resultados esperados: Plan operativo definido y actores vinculados.

#### ***Fase 2: Diagnóstico Participativo (Meses 4, 5 y 6)***

Aplicación de encuestas y entrevistas.

Identificación de factores de riesgo psicosocial.

Análisis de necesidades en salud mental.

Responsables: Equipo psicosocial.

Resultados esperados: Caracterización de la población.

#### ***Fase 3: Implementación de Estrategias (Mes 6 al 18)***

Talleres de promoción de salud mental.

Prevención del consumo de SPA.

Intervenciones comunitarias.

Fortalecimiento de redes de apoyo.

Responsables: Psicólogo, promotores de salud, instituciones educativas.

Resultados esperados: Reducción de factores de riesgo y fortalecimiento de habilidades psicosociales.

#### ***Fase 4: Evaluación y Cierre (Mes 18 al 24)***

Evaluación de resultados.

Sistematización de experiencias.

Socialización de resultados.

Responsables: Coordinadores del proyecto.

Resultados esperados: Informe final y recomendaciones.

#### **Recursos Requeridos y Fuentes de Financiación**

La sostenibilidad financiera y técnica de la propuesta de intervención en salud mental requiere una asignación estratégica de recursos que permita cubrir las necesidades operativas, humanas, tecnológicas y logísticas identificadas en el diagnóstico. La estimación de recursos se fundamenta en la magnitud de la población objetivo (1.2 millones de habitantes), la cobertura territorial (37 municipios) y la complejidad de las acciones intersectoriales propuestas para un periodo de ejecución de 24 meses.

#### **Desagregación de Recursos y Requerimientos**

Los recursos necesarios se clasifican en cuatro grandes categorías: Talento Humano, Tecnología e Infraestructura, Operación y Logística, y Formación y Comunicaciones.

#### ***Recurso Humano (Talento Humano)***

Es el componente más crítico, dado que la intervención requiere profesionales especializados y equipos territoriales.

**Tabla 5***Recurso humano requerido*

Rubro	Cantidad / Descripción	Justificación
Coordinación y Gestión	1 coordinador Departamental, 1 Profesional de Planeación y Seguimiento, 1 Auxiliar Administrativo.	Garantizar la gobernanza, articulación intersectorial y cumplimiento de cronograma y metas.
Equipos Técnicos Territoriales	4 equipos Básicos de Salud (EBS) Interdisciplinarios. Cada equipo: Médico, Enfermero(a), Psicólogo, Trabajador Social.	Correspondiente al objetivo específico de ampliar cobertura en zonas rurales. Se requieren para atención extramural, visitas domiciliarias y detección temprana.
Profesionales de Apoyo	2 psicólogos y 1 Psiquiatra dedicados a modalidad de Telesalud.	Para operativizar el componente de Telepsicología y Telepsiquiatría en los 15 municipios priorizados.
Facilitadores y Formadores	Contratación de expertos temáticos para capacitaciones a THS y Agentes Comunitarios.	Necesario para transferir conocimientos especializados en Rutas de Atención, Primeros Auxilios Psicológicos y Manejo de Crisis.

*Nota.* Autoría propia. La tabla detalla los rubros de talento humano requeridos para la ejecución de la propuesta de intervención, especificando cantidad, perfil profesional y justificación técnica de cada componente, en correspondencia con las metas y los componentes estratégicos definidos para los 24 meses de implementación.

***Tecnología, Dotación e Infraestructura***

Para cerrar la brecha digital y geográfica en salud mental.

**Tabla 6***Tecnología, dotación e infraestructura*

Rubro	Cantidad / Descripción	Justificación
Plataforma de Telesalud	Licenciamiento, implementación y mantenimiento de plataforma tecnológica segura y compatible con estándares del Ministerio de Salud.	Requerido para la prestación de servicios de telepsicología y telepsiquiatría según Resolución 2654 de 2019.
Dotación de Equipos	Tablets, computadores portátiles y dispositivos móviles para los EBS y puntos de atención rural.	Facilitar el registro en línea, acceso a historias clínicas y conectividad en terreno.
Conectividad	Planes de datos e internet dedicado para zonas de difícil acceso.	Superar barreras de acceso a la información y comunicación.
Adecuación de Espacios	Adecuación menor de consultorios de salud mental en ESEs priorizadas (privacidad acústica, mobiliario adecuado).	Garantizar espacios dignos, seguros y culturalmente pertinentes para la atención psicológica y psiquiátrica.

*Nota.* Autoría propia. La tabla relaciona los componentes tecnológicos, de dotación e infraestructura necesarios para la implementación de la propuesta, orientados especialmente a cerrar la brecha digital y geográfica para el acceso a servicios de salud mental en zonas rurales y dispersas del departamento.

***Operación, Logística y Desplazamiento***

Dada la extensión territorial del Huila (19.890 km<sup>2</sup>) y la ruralidad.

**Tabla 7***Operación, logística y desplazamiento*

Rubro	Cantidad / Descripción	Justificación
Transporte y Movilidad	Combustible, mantenimiento vehicular y/o tiquetes para desplazamiento de equipos técnicos a los 37 municipios.	Indispensable para las visitas de asistencia técnica, supervisión y ejecución de actividades comunitarias.
Materiales Didácticos y Educativos	Impresión de guías, manuales, cartillas, folletos y material POP.	Necesario para las estrategias de información, educación y comunicación (IEC), reducción de estigma y difusión de rutas de atención.
Insumos	Papelería, elementos de oficina y bioseguridad.	Soporte administrativo y operativo diario.

*Nota.* Autoría propia. La tabla presenta los rubros asociados a la operación, logística y desplazamiento territorial requeridos por la extensión geográfica del Huila (19.890 km<sup>2</sup>) y su elevada ruralidad, garantizando la cobertura efectiva en los 37 municipios del departamento.

***Formación, Eventos y Participación***

Para el desarrollo de las capacidades locales y comunitarias.

**Tabla 8***Formación, eventos y participación*

Rubro	Cantidad / Descripción	Justificación
Eventos de Capacitación	Espacios físicos, refrigerios y materiales para 300 profesionales de salud y 200 agentes comunitarios.	Cumplimiento de metas de fortalecimiento de capacidades.
Actividades Comunitarias	Implementación de ferias de salud mental, jornadas deportivas y culturales.	Estrategias clave para la promoción de la salud mental y la convivencia social.

*Nota.* Autoría propia. La tabla detalla los recursos destinados a procesos de formación, eventos y actividades participativas orientados al fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud y de los agentes comunitarios, en cumplimiento de las metas de capacitación previstas en la propuesta.

***Estimación Presupuestaria General (Referencia)***

**Tabla 9**

*Estimación presupuestaria general*

Categoría de Gasto	% Asignación	Valor Estimado (COP)	Descripción Principal
1. Talento Humano	55% - 60%	2.400.000.000 - 2.700.000.000	Salarios, honorarios profesionales, prestaciones sociales y seguridad social del equipo ejecutor.
2. Tecnología y Dotación	15% - 20%	675.000.000 - 900.000.000	Plataforma de telesalud, equipos de cómputo, conectividad y adecuación de espacios.
3. Operación y Logística	10% - 12%	450.000.000 - 540.000.000	Transporte, combustible, materiales y suministros.
4. Formación y Eventos	8% - 10%	360.000.000 - 450.000.000	Capacitaciones, talleres, actividades comunitarias y estrategias IEC.

Categoría de Gasto	% Asignación	Valor Estimado (COP)	Descripción Principal
5. Gastos Administrativos	5% - 8%	225.000.000 - 360.000.000	Arriendos, servicios públicos, papelería general.
Total, estimado	100%	4.500.000.000 - 5.000.000.000	Inversión total proyectada a 24 meses.

*Nota.* Autoría propia. La tabla presenta la estimación presupuestaria general de la propuesta de intervención, distribuida por categorías de gasto, con su porcentaje de asignación, valor estimado en pesos colombianos (COP) y la descripción principal de cada categoría para un periodo de implementación de 24 meses (junio 2026 – mayo 2028). Los valores se presentan en moneda legal colombiana y deben ajustarse mediante cotizaciones actualizadas al momento de la formulación definitiva.

### **Fuentes de Financiación**

La financiación de la propuesta se sustenta en un esquema mixto y sostenible, articulando recursos públicos territoriales, nacionales y cooperación, conforme a la normativa vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

#### ***Recursos del Sistema General de Participaciones (SGP)***

Rubro: Salud Pública.

Justificación: Los recursos del SGP asignados al departamento y municipios están destinados prioritariamente al desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), tal como lo establece la Resolución 518 de 2015. Las acciones de promoción de la salud mental, prevención del consumo de SPA y convivencia social son elegibles y prioritarias dentro de este marco.

Origen: Rentas departamentales y municipales.

Justificación: Corresponsabilidad fiscal territorial. La inversión en salud mental reduce la carga de morbimortalidad y mejora la productividad y seguridad ciudadana, impactando positivamente el desarrollo económico regional. Se alinea con los Planes de Desarrollo Territorial.

### ***Recursos del Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación (FCTeI) - SGR***

Origen: Sistema General de Regalías.

Justificación: La propuesta incluye componentes de investigación, gestión del conocimiento y fortalecimiento institucional que pueden ser financiados mediante convocatorias del FCTeI, especialmente aquellas orientadas a soluciones innovadoras en salud y desarrollo territorial.

### ***Cooperación Técnica y Financiera Internacional***

Fuentes Potenciales: OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, Unión Europea, Agencias de Cooperación Bilateral (como AECID, USAID).

Justificación: La problemática abordada coincide con las agendas globales de salud mental, construcción de paz, reconciliación y reducción de desigualdades (ODS 3, ODS 10, ODS 16). Existe ventanilla abierta para proyectos en territorios afectados por el conflicto armado.

### ***Gestión de Proyectos Especiales Nacionales***

Fuentes: Ministerio de Salud y Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma Sectorial (PARS), Fondo de Previsión Social.

Justificación: El Ministerio de Salud prioriza anualmente proyectos de salud mental y convivencia social, especialmente aquellos que implementan modelos innovadores como la Telesalud y la Atención Primaria en Salud renovada.

## **Evaluación y Sostenibilidad**

### **Mecanismos de Seguimiento y Evaluación de Impacto**

La evaluación de la propuesta se estructura en tres niveles complementarios:

#### ***Evaluación de Proceso (Monitoreo Continuo)***

Seguimiento mensual de actividades programadas versus ejecutadas mediante tableros de control. Revisión trimestral de indicadores de producto en reuniones del comité intersectorial. Supervisión in situ en municipios priorizados con informes de campo. Análisis de la información proveniente del SIVIGILA, RIPS y reportes de EAPB para detección oportuna de brechas en la implementación.

#### ***Evaluación de Resultados (cada Seis Meses)***

Medición del avance en los indicadores definidos en el punto 8 (coberturas, formaciones realizadas, municipios con servicios de telemedicina activos). Análisis comparativo con la línea base 2024–2025 establecida en el ASIS. Retroalimentación con actores clave para identificar factores facilitadores y obstáculos. Ajuste de estrategias con base en la evidencia generada.

#### ***Evaluación de Impacto (al Final del Período de Implementación y a 36 Meses)***

Medición del cambio en tasas de suicidio, homicidio, violencia intrafamiliar y consumo de SPA respecto a la línea base. Análisis de reducción de brechas entre zonas urbanas y rurales en el acceso a servicios de salud mental. Evaluación de cambios en la percepción comunitaria de bienestar emocional y convivencia social mediante encuestas de percepción. Publicación de resultados para contribuir al acervo de evidencia en salud mental territorial.

### **Sostenibilidad a Largo Plazo**

La sostenibilidad de la intervención se garantiza a través de las siguientes estrategias:

Institucionalización de los Comités Territoriales de Salud Mental en el nivel departamental y municipal, con soporte normativo en el PTS.

Inclusión de las estrategias probadas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de años subsiguientes, garantizando financiación con recursos del SGP.

Formación de capacidades locales en el talento humano en salud y en agentes comunitarios, creando tejido humano que trasciende el período del proyecto.

Integración de los sistemas de información fortalecidos (SIVIGILA, ASIS municipal) en la rutina de gestión de la salud pública departamental.

Formulación de una política pública departamental de salud mental basada en la evidencia generada, que garantice continuidad más allá de los cambios de administración.

Alianzas estratégicas con cooperantes internacionales (OPS/OMS), academia (UNAD, Surcolombiana) y sector privado para diversificar las fuentes de financiación.

Empoderamiento comunitario: las comunidades capacitadas y organizadas se convierten en garantes de la continuidad y pertinencia de las intervenciones en salud mental.

## Conclusiones

El análisis realizado al Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2025 del departamento del Huila evidencia que el deterioro de la salud mental, la convivencia social y el bienestar emocional, asociado a fenómenos de violencia, consumo de sustancias psicoactivas y condiciones socioeconómicas adversas, constituye la problemática de salud pública más relevante y de mayor crecimiento en el territorio. Los datos epidemiológicos revisados —402 homicidios y 89 suicidios en 2024, incrementos del 38% en la ansiedad de adolescentes y jóvenes, tasas elevadas de maltrato infantil y persistencia de poblaciones vulnerables afectadas por el conflicto armado— confirman la urgencia de una respuesta integral, intersectorial y sostenida en el tiempo (SSDH, 2025; MSPS, 2024).

La presente propuesta demuestra que esta problemática debe trascender el enfoque clínico individual e incorporar acciones simultáneas sobre los determinantes sociales estructurales e intermedios identificados en el ASIS. La aplicación del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS, 2008), del enfoque de curso de vida (MSPS, 2015b), del modelo biopsicosocial (Engel, 1977) y del paradigma de la salud mental comunitaria (OPS, 1990, 2005) ofrece un marco conceptual robusto que justifica intervenciones articuladas en múltiples niveles —individual, familiar, comunitario e institucional—.

Los cuatro componentes estratégicos formulados —acceso y equidad, coordinación intersectorial, participación comunitaria y fortalecimiento de capacidades locales— constituyen un sistema integrado que materializa los principios de la APS renovada (OMS & UNICEF, 2018) y del Modelo de Acción Integral Territorial (MSPS, 2019). Su implementación en los 37 municipios del Huila durante el periodo 2026–2028, con focalización en poblaciones vulnerables

y zonas rurales dispersas, contribuirá a reducir las inequidades en salud y a fortalecer el tejido social del territorio.

El liderazgo desde el talento humano en salud y desde la administración en salud constituye el eje articulador de la propuesta. Los profesionales de la salud —médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, administradores y agentes comunitarios— son agentes de cambio que no solo brindan atención directa, sino que también activan rutas, forman a la comunidad, generan información epidemiológica, gestionan recursos y promueven la intersectorialidad (Andrade Pérez, 2023; Jaramillo Mesa et al., 2020). Como señalan Jaramillo Mesa, Quinchía Villa y Sotter Arrieta (2020), las estrategias gerenciales orientadas a la motivación, el liderazgo y la toma de decisiones del talento humano en salud son determinantes para el éxito de las intervenciones territoriales en salud pública. En esa misma línea, Andrade Pérez (2023) destaca que el empoderamiento del talento humano y de las comunidades constituyen procesos complementarios e indispensables para transformar las condiciones de salud en los territorios. Para los futuros administradores en salud egresados de la UNAD, esta propuesta representa un escenario concreto de aplicación de las competencias adquiridas durante el Diplomado de Profundización en Gestión de la Salud Pública (UNAD, 2024).

La sostenibilidad de la propuesta depende de varios factores convergentes: la voluntad política del nivel departamental y municipal; la disponibilidad de recursos del Sistema General de Participaciones, del Plan de Intervenciones Colectivas y de las EAPB; el fortalecimiento de alianzas estratégicas con la academia y la cooperación internacional (OPS, UNICEF, UNAD, USCO); y, especialmente, el empoderamiento comunitario que garantiza la apropiación social de las intervenciones (OPS & OMS, 2018; Andrade Pérez, 2023). La formulación de una política pública departamental de salud mental, sustentada en la evidencia generada por la propia

intervención, representa el horizonte estratégico al que debe apuntar este esfuerzo, para trascender los periodos de gobierno y consolidarse como una transformación estructural en la respuesta territorial (MSPS, 2018a; MSPS, 2022).

Esta propuesta evidencia que la gestión de la salud pública requiere una visión integral que articule la rectoría territorial, la participación comunitaria, el rigor técnico, la pertinencia cultural y la perspectiva de derechos humanos. Abordar los determinantes sociales, fortalecer el tejido comunitario, garantizar la equidad territorial, empoderar al talento humano y a las comunidades son condiciones necesarias —aunque no suficientes— para mejorar los indicadores de salud mental en el Huila y contribuir al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el ODS 3 (Salud y bienestar), el ODS 16 (Paz, justicia e instituciones sólidas), el ODS 1 (Fin de la pobreza), el ODS 4 (Educación de calidad), el ODS 5 (Igualdad de género) y el ODS 10 (Reducción de las desigualdades) (Naciones Unidas, 2015; Pérez Martell, 2023).

Finalmente, la formulación de esta propuesta como ejercicio académico de profundización en la opción de grado del Diplomado de Gestión de la Salud Pública de la UNAD demuestra el compromiso de los futuros profesionales en Administración en Salud con la construcción de un sistema de salud más equitativo, eficiente y centrado en las personas garantizando una atención integral y de calidad. La consolidación de competencias en planeación estratégica, formulación de proyectos, análisis de información territorial, articulación intersectorial y liderazgo comunitario que se evidencia en este trabajo constituye un aporte concreto al fortalecimiento del talento humano que el departamento del Huila y el país requieren para enfrentar los retos contemporáneos de la salud pública (UNAD, 2024; Jaramillo Mesa et al., 2020).

## Referencias Bibliográficas

- Andrade Pérez, K. J. (2023). *Empoderamiento de comunidades y talento humano para la promoción y el cuidado de la salud en Colombia* [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional UdeA.  
<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/848900ff-c4bd-42b9-a998-da15f89fd087/content>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final*. Organización Mundial de la Salud.  
[https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Gaceta Constitucional No. 116. <https://www.constitucioncolombia.com/>
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 41.148.
- Congreso de la República de Colombia. (2003). *Ley 850 de 2003, Por medio de la cual se reglamentan las Veedurías Ciudadanas*. Diario Oficial No. 45.376.

- Congreso de la República de Colombia. (2006). *Ley 1098 de 2006, Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia*. Diario Oficial No. 46.446.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 47.957.
- Congreso de la República de Colombia. (2012). *Ley 1566 de 2012, Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas*. Diario Oficial No. 48.508.
- Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 2013, Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 48.680.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 49.427.  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- Departamento Nacional de Planeación. (2018). *Documento CONPES 3919: Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Colombia*.  
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction

- to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Gobernación del Huila. (2024). *Plan Territorial de Salud del Departamento del Huila 2024–2027*. Secretaría de Salud Departamental del Huila.
- Jaramillo Mesa, M., Quinchía Villa, D., & Sotter Arrieta, J. J. (2020). *Estrategias gerenciales para la gestión del talento humano en salud para la promoción de la motivación, el liderazgo y la toma de decisiones en el personal de salud* [Trabajo de grado, Universidad CES]. Repositorio Institucional CES. <https://repository.ces.edu.co/items/83dd4d35-e0cf-47b3-a846-8e982a17bfde>
- Ministerio de Educación Nacional. (2018). *Programa de Educación para el Ejercicio de los Derechos Humanos. Habilidades para la vida*. MEN.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). *Resolución 518 de 2015, Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015b). *ABC: Enfoque de curso de vida*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfocue CV.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Resolución 429 de 2016, Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *Resolución 3202 de 2016, Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Resolución 4886 de 2018, Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.*

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). *Resolución 3280 de 2018, Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.*

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018c). *Gestión integral del riesgo en salud.*

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/gestionintegral-de-riesgo-ensalud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 2626 de 2019, Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE).*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019b). *Resolución 2654 de 2019, Por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019c). *Resolución 089 de 2019, Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Resolución 1035 de 2022, Por medio de la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.*

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Resolución 100 de 2024 — Lineamientos para la actualización del Análisis de Situación de Salud (ASIS).*

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/paginas/asis.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Resolución 1597 de 2025, Por la cual se establecen lineamientos sobre planeación integral en salud para entidades territoriales.*

Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (Resolución A/RES/70/1). <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Naciones Unidas. (2023). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023.*

<https://colombia.un.org/es/sdgs>

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo.* OMS, War Trauma Foundation y World Vision International.

<https://iris.who.int/handle/10665/44837>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2030.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050860>

Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). *Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud.* OMS & UNICEF. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas. Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. OPS/OMS.

[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/declaracion\\_de\\_caracas.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/declaracion_de_caracas.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Principios de Brasilia: principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas*. OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en todas las políticas: aproximación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud*. OPS.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34160>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. OPS/OMS. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas: una renovación para el siglo XXI*. OPS/OMS.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53124>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19*. OPS.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/57504>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2018). *Atención Primaria de Salud para alcanzar la cobertura universal en salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. OPS/OMS.

Pérez Martell, R. (2023). *Los objetivos de desarrollo sostenible* (2.<sup>a</sup> ed.). J. M. Bosch Editor.

- Secretaría de Salud Departamental del Huila — Observatorio de Salud. (2025). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) participativo con el modelo de los determinantes sociales en salud del Departamento del Huila. Actualización 2025*. Gobernación del Huila.
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2023). *Estrategia de Recuperación Emocional para víctimas del conflicto armado*. UARIV.  
<https://www.unidadvictimas.gov.co/>
- Universidad Nacional Abierta y a Distancia. (2019). *Políticas públicas y su importancia en la salud de los territorios*. <https://ruv.unad.edu.co/ruvwp/programas/saludglobal>
- Universidad Nacional Abierta y a Distancia. (2024). *Lineamientos del Diplomado de Profundización en Gestión de la Salud Pública*. Escuela de Ciencias de la Salud — ECISA. UNAD.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies.