Gobierno de Colombia

Cartillas de actualización del

diagnóstico de los Planes Nacionales Sectoriales para la Reforma Rural Integral

PNSRRI

Noviembre 2025

Gobierno de Colombia

Gloria Isabel Cuartas Montoya
Directora Unidad de Implementación del Acuerdo de Paz

Autor:
Edwin Novoa Álvarez
Contratista de la Unidad de Implementación del Acuerdo de Paz.

Revisión de contenido:
Sebastián Gómez Zúñiga
Contratista de la Unidad de Implementación del Acuerdo de Paz.

Diseño y corrección de estilo
Equipo Comunicaciones Unidad de Implementación del Acuerdo de Paz

© Unidad de Implementación del Acuerdo de Paz
Calle 7 No. 6-54
Conmutador: (601) 5629300 - (601) 5629300

Correos:
contacto@presidencia.gov.co
implementacion@presidencia.gov.co

https://portalparalapaz.gov.co
Bogotá, Colombia
2025

Gobierno de Colombia

INTRODUCCIÓN:

La presente publicación corresponde a la primera entrega de una serie de cartillas de actualización elaboradas por la Unidad de Implementación del Acuerdo Final de Paz, cuyo propósito es dar a conocer las novedades y avances en la formulación e implementación de los Planes Nacionales Sectoriales de la Reforma Rural Integral (PNSRRI). Estas cartillas complementan el documento "Diagnóstico del diseño de los Planes Nacionales Sectoriales de la Reforma Rural Integral (PNSRRI)", elaborado por la Unidad con corte a diciembre de 2024, cuyo objetivo principal fue identificar fortalezas, vacíos y aspectos susceptibles de mejora en los PNSRRI, mediante el análisis de sus documentos narrativos (anexos técnicos). Dicho diagnóstico busca reconocer los factores de diseño que inciden, positiva o negativamente, en la efectividad de su implementación.

Dado que la mayoría de los documentos narrativos de los PNSRRI fueron elaborados entre 2020 y 2024, varios de ellos requieren actualización de sus diagnósticos y proyecciones prospectivas, a fin de alinearse con las condiciones actuales del país y los nuevos enfoques de política pública. Asimismo, tal como se expone en el diagnóstico general y se profundizará en las próximas cartillas, algunos planes necesitan ajustes estructurales por presentar inconsistencias con lo establecido en el Acuerdo Final de Paz, la normatividad vigente o los mecanismos de articulación interinstitucional necesarios para su cumplimiento. En este sentido, esta serie de cartillas tiene como propósito ofrecer una evaluación actualizada y comparativa de los Planes Nacionales Sectoriales que han sido objeto de revisión o modificación, destacando los avances, retos y aprendizajes que orientan la consolidación de la Reforma Rural Integral como eje transformador de la paz territorial.

La estructura del documento general de diagnóstico y de las cartillas de actualización es la misma y tiene las siguientes secciones:

- Descripción general del Plan.
- Principales fortalezas o potencialidades.
- Principales puntos críticos y alertas.
- Recomendaciones.

Para conocer el estado general de los Planes Nacionales Sectoriales de la Reforma Rural Integral tendrá que consultarse el documento de ***Diagnóstico del diseño de los Planes Nacionales Sectoriales de la Reforma Rural Integral (PNSRRI)*** y deberá tenerse en cuenta si el Plan que analiza continúa vigente. Para reconocer las eventuales modificaciones que pueda presentar cada Plan podrá consultar las cartillas de actualización anexas. A continuación, exponemos el análisis del Plan Nacional de Salud Rural, actualizado el 27 de marzo del 2025.

Gobierno de Colombia

Imagen de la Unidad de Implementación del Acuerdo de Paz

ACTUALIZACIÓN: PLAN NACIONAL DE SALUD RURAL

La presente cartilla trata sobre el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), el cual se expidió el presente año mediante el Decreto 0351 y en este momento está iniciando su implementación. El PNSR busca garantizar el derecho fundamental a la salud de las y los campesinos, pueblos y comunidades étnicas y trabajadores de las zonas rurales y zonas rurales dispersas, mediante la implementación del modelo especial de salud pública, mejorando las condiciones de bienestar y buen vivir de esta población.

Descripción general del Plan:

El Plan en términos generales está bien alineado con el Acuerdo Final de Paz y con el PMI, pues establece tres líneas estratégicas que incluyen transversalmente la mayoría de los puntos del tema del derecho a la salud que están distribuidos a lo

largo del Acuerdo de Paz: En primera medida, plantea un esquema de Gobernanza y Gobernabilidad, el cual contiene el marco institucional y participativo para la implementación del PNSR, destacando:

- Rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social con participación multinivel
- Construcción participativa del componente territorial con comunidades rurales
- Articulación intersectorial a través de instancias como la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP)
- Integración con otros instrumentos de paz como los PDET, PNIS y programas de reincorporación
- Enfoque diferencial que reconoce particularidades étnicas y territoriales

Posteriormente, se plantea un modelo especial de salud pública para zonas rurales, el cual constituye el núcleo operativo del PNSR, fundamentado en la Atención Primaria en Salud con enfoque intercultural, diferencial y de género. Este modelo responde coordinadamente a las necesidades sociales de salud de campesinos, pueblos y comunidades étnicas y trabajadores rurales, articulándose con sistemas de salud propios como el SISPI en territorialidades étnicas.

El plan tiene tres líneas estratégicas a saber: ***(i) Gobernanza y gobernabilidad, (ii) Modelo especial de salud pública para zonas rurales y zonas rurales dispersas y (iii) Garantía de la calidad en salud para las personas, familias y comunidades rural.***

i. Primera línea estratégica: busca que las entidades territoriales se apropien de la estrategia en coordinación con la institucionalidad de salud nacional y territorial de modo que se garanticen las condiciones mínimas para el establecimiento del plan.
ii. Segunda línea estratégica es el núcleo del PNSR y por tanto tiene varios componentes:

    a. **Componente 1:** establece Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, donde cada municipio debe contar con sedes principales y satélites distribuidas equitativamente, priorizando territorios PDET[1], PNIS[2], RRA[3] y ZOMAC[4]. Las sedes garantizan infraestructura, dotación biomédica, transporte asistencial adaptado (aéreo, fluvial, terrestre) y modalidades de atención

1. Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial
2. Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito
3. Reforma Rural Agraria
4. Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado

intramural, extramural y telemedicina. También se planifica la operatividad de los Equipos Básicos de Salud operan permanentemente desarrollando detección temprana, educación, entrega de medicamentos, tamizajes y vigilancia en salud pública, construyendo planes de cuidado primario que contribuyen a la construcción de paz y reconciliación.

b. **Componente 2:** aborda Construcción, Mejoramiento de Infraestructura y Dotación, mediante fortalecimiento de infraestructura física, creación de nuevas sedes estratégicas y modalidades innovadoras como telesalud y unidades móviles, priorizando estos proyectos en planes bienales de inversión con participación comunitaria integral.

c. **Componente 3:** está relacionado con el Personal de Salud para la Ruralidad se enfoca en distribución equitativa del talento humano, aumentando plazas de Servicio Social Obligatorio (más conocido como el "rural" de los recién egresados) con incentivos como reducción del plazo a seis meses, fortaleciendo empleo digno y formando personal comunitario nominado por las propias comunidades rurales.

d. **Componente 4:** de esta línea estratégica corresponde a la Participación de Organizaciones Sociales y Comunitarias garantiza co-gestión entre personal de salud y agentes comunitarios, reconociendo al campesinado como sujeto de derechos y asegurando participación activa, vinculante e inclusiva en planes territoriales de salud.

e. **Componente 5:** se trata de la Adopción de Enfoques Diferenciales implementa enfoques de género, étnico, intercultural, territorial y poblacional, incluyendo lineamientos de transversalización de género, articulación con el SISPI y modelos de salud intercultural para comunidades étnicas.

f. **Componente 6:** de esta línea estratégica hace referencia a la Salud de Trabajadores Rurales se orienta al bienestar laboral mediante promoción, prevención y vigilancia de riesgos ocupacionales, incluyendo prevención de efectos por plaguicidas, sustitución de combustibles contaminantes, acciones frente al mercurio y fortalecimiento de vigilancia en salud pública ocupacional.

iii. Tercera línea estratégica: sobre la calidad en el derecho a la salud, establece que los servicios brindados a personas, familias y comunidades rurales deben cumplir con atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y demás que contribuyan al mejoramiento de resultados y garantía del derecho

fundamental a la salud. Las entidades territoriales, promotoras de salud e instituciones prestadoras deben organizar la oferta de servicios en el marco de redes integrales e integradas, garantizando oportunidad y acceso evitando retrasos que pongan en riesgo la vida o salud de poblaciones rurales.

El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con todos los actores del sistema, implementa mecanismos necesarios para el monitoreo de calidad mediante el Sistema de Información para la Calidad. Esta línea incluye el fortalecimiento del monitoreo de calidad de servicios prestados a poblaciones rurales, asistencia técnica a entidades territoriales para establecer estrategias y planes de mejora en el marco del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, e implementación de estas estrategias por parte de todos los actores responsables de la garantía de calidad en salud.

El Plan Nacional de Salud Rural depende en gran medida de la Reforma a la Salud que se tramita en este momento en el Congreso de la República, reforma que aún no ha sido aprobada y que tiene varios debates pendientes. Sin embargo, el Gobierno Nacional expidió normas vía decreto en las que se evidencia un cambio en la estructura institucional y de competencias en el sector de la salud: Especialmente, el decreto 0858 de julio del año 2025, que modifica las competencias de las EPS y establece una estrategia de territorialización de las competencias, creando los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), los cuales tendrán como función principal atender de forma primaria a las personas de los diferentes territorios donde se priorizará, lo cual estaría en consonancia con lo planteado en el Plan Nacional de Salud Rural.

Si bien estos CAPS aún no se han implementado y las EPS aún no han manifestado claramente su disposición hacia el cambio de competencias, se puede interpretar de este esquema del decreto que el Plan Nacional de Salud Rural sí está en armonía con esta nueva legislación nacional y, por lo tanto, que las líneas planteadas en materia de salud en el Acuerdo Final de Paz podrían armonizarse fácilmente con las políticas de salud ordinarias.

Imagen de la Agencia Nacional de Tierras_Campesino sembrando

2. Semaforización cualitativa del plan

Como se menciona en el *Diagnóstico del diseño de los Planes Nacionales Sectoriales de la Reforma Rural Integral (PNSRRI),* sobre cada uno de los planes se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo, para lo cual se emplearon presupuestos metodológicos e instrumentos propios de la evaluación de diseño de política pública, útil para analizar la lógica interna, conceptualización y despliegue de programas en cualquier fase (ex ante, implementación, ex post), especialmente en contextos dinámicos. Dado que los PNSRRI están en fase de implementación, este enfoque permite identificar factores de diseño que afectan su ejecución, como limitaciones estructurales, desalineaciones entre planes de acción y el diseño original, o incoherencias internas. Los hallazgos pueden orientar decisiones informadas para mejorar la implementación mediante ajustes o rediseños. Para delimitar el estudio, se siguieron pasos metodológicos como la elección del tipo de estudio y técnicas, definición de fuentes de información, criterios de evaluación, formulación de preguntas de investigación y construcción de una herramienta de análisis, los cuales fueron adaptados al presente diagnóstico.

Ante la necesidad urgente del Gobierno Nacional de generar insumos que permitan evaluar los PNSRRI y facilitar su implementación conforme al Acuerdo Final de Paz, se optó por un diagnóstico ágil basado en fuentes secundarias y con enfoque

cualitativo, lo cual permite adaptarse rápidamente a las dinámicas institucionales y obtener una visión panorámica del tema. Se utilizó como técnica el análisis documental, centrado en revisar los elementos del diseño original del Acuerdo y los PNSRRI para identificar factores que puedan haber afectado su ejecución. Las fuentes analizadas incluyeron los anexos técnicos de los 15 PNSRRI (2018–2022), el Acuerdo Final de Paz (2016), el Plan Marco de Implementación (2017), las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026, el Decreto 1406 de 2023 sobre el SINRADR, y otros instrumentos de política relevantes.

Luego de hacer una primera revisión general de los documentos narrativos de los PNSRRI y de verificar que cada uno incluyera los elementos requeridos para este tipo de instrumento de planeación (ver "Introducción"), se diseñó un *corpus diagnóstico* para interpelar a las fuentes secundarias, con el fin de analizar la calidad de sus elementos, el grado de alineación de cada plan con el Acuerdo y su articulación con los instrumentos de política seleccionados. El diseño del corpus siguió este procedimiento:

- **Criterios diagnósticos.** Se adaptaron los siguientes criterios utilizados en la evaluación de diseño de política pública:

Tabla 3. Criterios diagnósticos aplicados en el diagnóstico

Presencia	El PNSRRI incluye las secciones o elementos requeridos para este instrumento de planeación.
Claridad	Las secciones o elementos que presenta el PNSRRI se entienden claramente.
Pertinencia	Grado en que las medidas propuestas por el PNSRRI están orientadas a resolver la necesidad o problemática existente en el contexto en el que esta se produce (según el AFP, adaptación de la oferta a las características, condiciones ynecesidades de las comunidades y territorios).
Suficiencia	Grado en que las medidas propuestas por el PNSRRI son suficientes para resolver la necesidad o problemática existente en el contexto en el que esta se produce.
Cobertura	Segmentos de la población o territorios priorizados para la intervención específica del plan.
Coherencia (PNSRRI y AFP-PMI)	Adecuación o alineación entre el marco estratégico (objetivos, estrategias, acciones), la territorialización y la incorporación de enfoques diferenciales planteados en el PNSRRI y lo establecido en el diseño original del AFP.
Complementariedad o articulación(PNSRRI y otros instrumentos)	Suficiencia de pautas, mecanismos y estrategias para la articulación y armonización entre el PNSRRI y otros instrumentos de política que intervienen en la resolución del problema (otros instrumentos de planeación nacional, sectorial, territorial; instrumentos de planeación de los pueblos étnicos; otros instrumentos del AFP).

Fuente: UIAFP, a partir de IEPP (2020, p. 15).

- **Categorías.** Una vez definidos los criterios diagnósticos, se establecieron 7 categorías temáticas para la sistematización y clasificación de la información:

Tabla 4. Categorías utilizadas en el diagnóstico de los documentos narrativos de los PNSRRI

A	Alineación con el Acuerdo Final de Paz	Coherencia del diseño del PNSRRI con lo establecido en el diseño original del AFP.
B	Articulación con PND 2022-2026	Correspondencia del PNSRRI con las transformaciones, ejes y metas del actual PND.
C	Normatividad	Ajustes normativos requeridos para implementar el plan y normatividad vigente.
D	Articulación con otros PNSRRI	Correspondencia y armonización entre el plan y otros PNSRRI.
E	Arquitectura institucional	Estructura institucional para la implementación del plan (actores, roles, distribución de competencias)
F	Presupuesto	Esquema de financiación del plan (fuentes, mecanismos, costeo) en línea con el AFP.
G	Observaciones	Notas o comentarios claves sobre los temas reportados y/o sobre nuevos temas.

Fuente: UIAFP.

Variables y preguntas orientadoras. A partir de los criterios diagnósticos establecidos, se definió un conjunto de variables por cada categoría. A su vez, para indagar las variables en las fuentes secundarias, se formularon preguntas orientadoras cualitativas de tipo abierto y cerrado, dirigidas tanto al levantamiento como al análisis de la información.

Herramienta de registro y análisis. Se construyó una matriz en Excel para la sistematización, clasificación y análisis de la información identificada en las fuentes documentales, siguiendo la estructura del corpus diagnóstico (Anexo 1. Matriz diagnóstica PNSRRI). Adicionalmente, se aplicó la técnica de semaforización de las respuestas para identificar ágilmente las fortalezas y puntos críticos en el diseño de los PNSRRI, así como el tipo de ajustes requeridos (si este fuera el caso) y su nivel de prioridad. La semaforización también se usó en la presentación gráfica de los resultados del diagnóstico.

Figura 1. Semaforización aplicada en el diagnóstico

Verde	Suficiente, no requiere ajustes.
Amarillo	Requiere ajustes que pueden hacerse en los planes de acción o en los indicadores del plan.
Rojo	Insuficiente, requiere ajustes mayores en el documento narrativo y/o en las fichas técnicas del plan.
Gris	Pendiente por verificar, no hay información suficiente.

Fuente: UIAFP.

A partir del análisis de las fuentes relacionadas con el PNSR, de cara a estas variables mencionadas, se tienen los siguientes resultados cualitativos:

Grado de alineación general con Acuerdo Final de Paz

- El PNSR se articula eficazmente con instrumentos del Acuerdo Final, priorizando territorios PDET, PNIS y ZOMAC para garantizar cobertura en zonas afectadas por el conflicto.
- Cuenta con una arquitectura participativa robusta que incluye mesas técnicas y comités, asegurando la voz de comunidades rurales y étnicas en todas las etapas.
- Propone un modelo técnico innovador con equipos básicos de salud en zonas dispersas, integrando sistemas propios de pueblos étnicos y abordando integralmente los determinanates sociales de la salud rural.

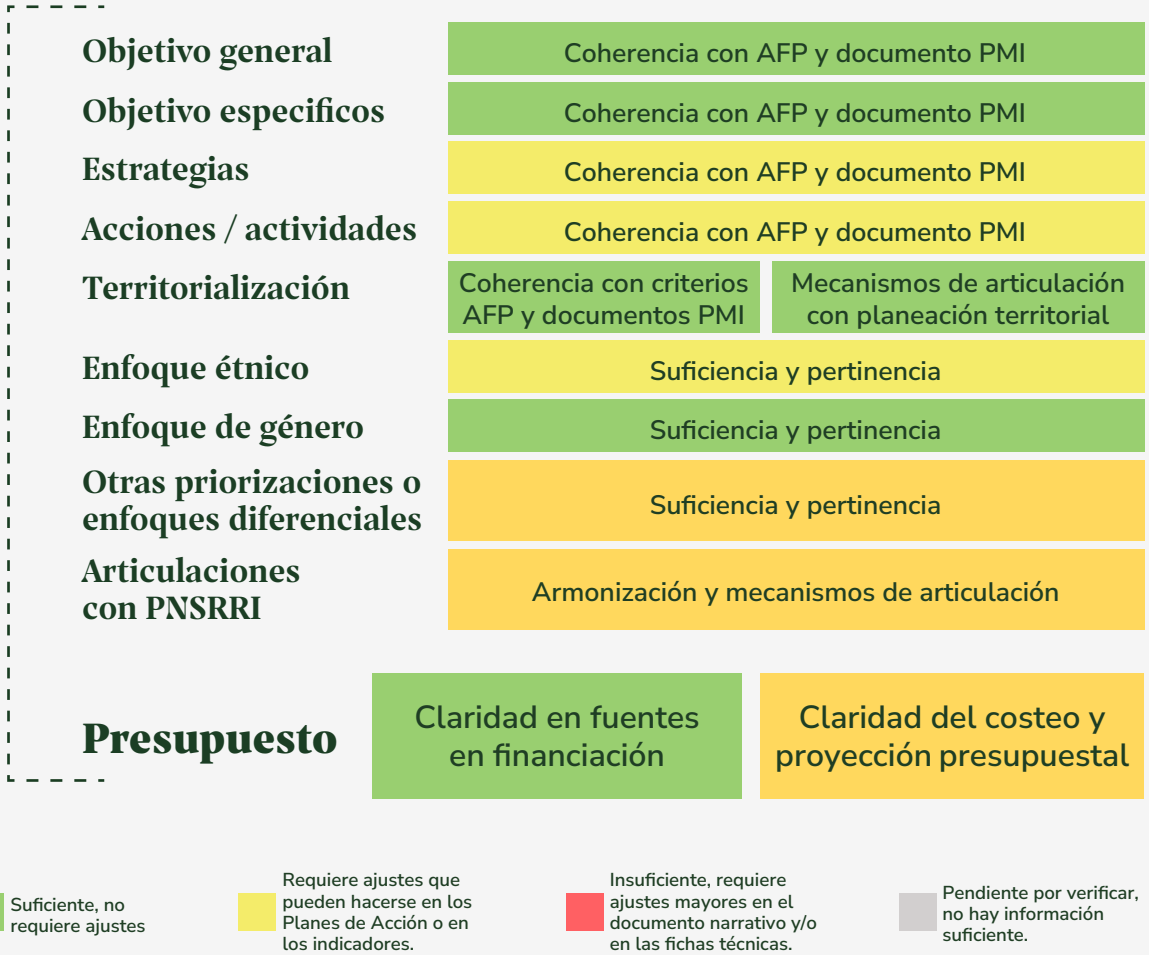
Arquitectura institucional

Claridad y pertinencia en roles y competencias

Suficiencia de la estructura institucional

Normatividad

Suficiencia y pertinencia



Fuente: Unidad de Implemetación del Acuerdo de Paz, diagnóstico PNSRRI- documentos narrativos. Fecha de corte: 31/12/2024

3. Principales fortalezas o potencialidades:

Una fortaleza fundamental del Plan Nacional de Salud Rural -PNSR- es su coordinación explícita con los instrumentos del Acuerdo Final. El plan establece mecanismos concretos de articulación con los PATR de los PDET, el Programa de Reincorporación Integral (PRI), y el capítulo étnico del Acuerdo. Esta integración se materializa en la priorización de municipios PDET, PNIS y ZOMAC, garantizando que la salud rural llegue precisamente a los territorios más afectados por el conflicto.

El PNSR presenta una arquitectura participativa sólida a través de las Mesas Técnicas de Salud Rural, el Comité Institucional de Salud Rural, y la garantía de participación de organizaciones campesinas y pueblos étnicos en todas las etapas del plan. Esta estructura democratiza las decisiones en salud y reconoce a las comunidades rurales como sujetos activos de derecho, elemento fundamental para la construcción de paz.

La propuesta del modelo especial de salud pública para zonas rurales constituye una fortaleza técnica excepcional. Los Equipos Básicos de Salud operando permanentemente en zonas dispersas, con capacidades para desarrollar planes de cuidado primario territorialmente articulados, representan una innovación transformadora para el acceso a servicios de salud en la ruralidad colombiana.

Una fortaleza diferencial es el reconocimiento explícito de los sistemas de salud propios de los pueblos étnicos. La concertación de modelos propios conforme con el SISPI[5] y los sistemas de comunidades negras, afrodescendientes, raizales y palenqueras, articulados con el modelo especial, demuestra un enfoque verdaderamente intercultural que reconoce la diversidad epistémica en salud.

El PNSR aborda integralmente los determinantes sociales[6] de la salud rural, incluyendo componentes específicos para trabajadores rurales, infraestructura, personal de salud y calidad de servicios. Además, presenta mecanismos operativos concretos con responsables definidos, ajustes normativos propuestos y articulación con el Sistema Nacional de Reforma Agraria , configurando una hoja de ruta viable para materializar el derecho a la salud rural.

5. El Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) es una política pública especial que reconoce y articula los saberes ancestrales, prácticas tradicionales y cosmovisiones de los pueblos indígenas de Colombia para garantizar su derecho a la salud. Este sistema se complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, promoviendo la autonomía, la gratuidad y el respeto por la medicina tradicional indígena.
6. Son “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OPS, 2005).

Imagen de la Unidad para las víctimas - Trabajo con las comunidades Emberá Katío

4. Principales puntos críticos y alertas:

Una debilidad crítica del PNSR es la ausencia de lineamientos específicos para interpretar y abordar el problema de las drogas ilícitas desde una perspectiva de salud pública y cuidado, mencionado en el punto 4 (Solución al Problema de las Drogas Ilícitas) del Acuerdo Final de Paz. Aunque el plan menciona tangencialmente la "Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas" (subpunto 4.2 del Acuerdo Final de Paz), no desarrolla un marco conceptual claro que reoriente el enfoque tradicional punitivo hacia un modelo de salud pública integral, mi menciona cómo este enfoque debe ser transversal en el Plan. Esta omisión es particularmente grave considerando que las zonas rurales priorizadas por el PNSR (municipios PDET, PNIS, ZOMAC) son precisamente los territorios más afectados por economías de drogas ilícitas y donde el consumo problemático se entrelaza con condiciones de vulnerabilidad social, violencia y ausencia estatal[7].

7. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Lineamientos para la formulación y ejecución de proyectos territoriales dirigidos al abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas - CAMAD. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamientos-abordaje-consumo-sustancias-psicoactivas-implementacion-camad-2023.pdf

El Punto 4 del Acuerdo de Paz estableció explícitamente la necesidad de un cambio de paradigma del modelo prohibicionista hacia un enfoque de salud pública que tratara el consumo de drogas como un asunto de Derechos Humanos. Sin embargo, el Plan Nacional de Salud Rural no operacionaliza este compromiso fundamental, dejando un vacío conceptual y operativo que perpetúa la criminalización de usuarios en territorios rurales y dificulta la implementación efectiva del Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS).

La ausencia de protocolos diferenciados de atención, estrategias de reducción de daños adaptadas a contextos rurales, y mecanismos de articulación entre programas de sustitución y servicios de salud mental comunitaria, representa una falla estructural que compromete tanto la garantía del derecho a la salud como la sostenibilidad de la paz territorial en las zonas más afectadas por el conflicto armado y las economías ilícitas. Si bien la población consumidora puede ser baja en las zonas productoras y en general en el país, sí es necesario que este enfoque sea transversal en la política, pues es uno de los principales legados de Acuerdo de paz que deben institucionalizarse de cara a futuros gobiernos.

Otra debilidad crítica del PNSR es la desconexión entre los componentes de salud mental y la atención psicosocial integral a víctimas del conflicto armado. Aunque el plan reconoce la importancia de la salud mental rural y menciona programas como el mhGAP[8], la Política Nacional de Salud Mental (no está enfocada en el conflicto armado, sino que es general para toda la población) y la "Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad"[9], no establece líneas específicas de coordinación con la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) ni desarrolla protocolos diferenciados para el abordaje aspectos psicosociales relacionados con el estrés postraumático y el trauma múltiple derivado del conflicto armado. Esta omisión es particularmente grave considerando que el Punto 5 del Acuerdo de Paz (Víctimas) estableció como componente central de la reparación integral el derecho a la rehabilitación psicosocial, y que las zonas rurales priorizadas por el PNSR concentran las mayores afectaciones por hechos victimizantes como desplazamiento forzado, desaparición, violencia sexual, reclutamiento de menores y masacres.

8. Guía de la OMS sobre intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada

9. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, la Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC, "es una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Grupos de Apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país." Fuente: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/rehabilitacion-RBC.aspx

La ausencia de articulación específica con los Programas de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) y los procesos de reincorporación de excombatientes representa una falla estructural que compromete tanto la reparación efectiva como la sostenibilidad de la paz territorial. Los Firmantes de Paz de las FARC-EP enfrentan altas prevalencias de trastornos de estrés postraumático[10], depresión, ansiedad y trastornos por uso de sustancias que dificultan su tránsito exitoso a la vida civil, contribuyendo a procesos de reincidencia y re-vinculación a estructuras armadas ilegales. Sin líneas específicas de atención en salud mental que reconozcan las particularidades del trauma de guerra, la culpa del perpetrador, y los desafíos de la reintegración socioeconómica, el PNSR pierde una oportunidad crucial para aportar a la no repetición del conflicto y a la construcción de paz desde la perspectiva de la salud pública rural.

10. Bustos, G.M. Uribe, L. y Ardila, L. (2024). Trastorno por estrés postraumático en excombatientes de grupos armados organizados. Estudios de la Paz y el Conflicto, Revista Latinoamericana, Volumen 5, Número 9, 72-83. https://doi.org/10.5377/rlpc.v5i9.16926

5. Recomendaciones:

Se recomienda incorporar al PNSR un marco conceptual y operativo explícito de reducción de daños que operacionalice el cambio de paradigma del Punto 4 del Acuerdo de Paz. Esta incorporación debe incluir: (i) el desarrollo de lineamientos técnicos que definan el consumo de drogas como un asunto de salud pública y no de seguridad, especialmente en contextos rurales; (ii) la creación de servicios de reducción de daños adaptados a las particularidades territoriales, incluyendo programas de intercambio de jeringas, terapias de sustitución y centros de consumo supervisado donde sea pertinente; (iii) la articulación directa entre los programas de sustitución de cultivos ilícitos (PNIS) y los servicios de salud mental comunitaria para abordar integralmente tanto las causas como las consecuencias del involucramiento en economías ilícitas; y (iv) la capacitación del personal de salud rural en enfoques de reducción de daños y atención no estigmatizante a personas que usan drogas, garantizando que los servicios de salud en territorios PDET se conviertan en espacios de protección y no de criminalización.

Se recomienda que el PNSR desarrolle un componente específico de salud mental territorial que articule de manera explícita la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y excombatientes con los servicios de salud rural. Esta integración debe materializarse a través de: (i) la creación de protocolos diferenciados de atención en salud mental que reconozcan las especificidades del trauma derivado del conflicto armado; (ii) el establecimiento de mecanismos de coordinación directa entre los Equipos Básicos de Salud, el PAPSIVI y los programas de reincorporación; y (iii) la formación especializada del personal de salud rural en enfoques psicosociales para el abordaje del trauma de guerra, tanto desde la perspectiva de víctimas como de excombatientes. Este componente debe incluir indicadores específicos de impacto en salud mental y protocolos de seguimiento conjunto entre el Ministerio de Salud, la UARIV y la Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARN).

Gobierno de
Colombia

Para comunicarse con nosotros puede escribirnos a
contacto@presidencia.gov.co,
Implementacion@presidencia.gov.co

Para mayor información ingrese a nuestro
portal web escaneando el código QR o en
www.portalparalapaz.gov.co