

Prácticas innovadoras de la estrategia Centinelas de la Salud, en los procesos de sanación y resiliencia en comunidades afectadas por el conflicto armado, implementada por una Empresa Social del Estado de baja complejidad en Santander de Quilichao, Cauca en el marco de la vigilancia comunitaria desde la Atención Primaria en Salud.



Nathaly Sarria Zapata

Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Gerencia
para la Innovación Social

Supervisora Trabajo de Grado
María Isabel Irurita PhD

Universidad ICESI
Facultad de Ciencias Humanas
Maestría en Gerencia para la Innovación Social
Cali
2025



Tabla de contenido

Capítulo 1	6		
1.2. Introducción	6		
1.2. Planteamiento del problema	13		
1.3. Metodología	17		
Capítulo 2	22		
2.1. Estado del arte	22		
2.1.1.“Porque el territorio es la vida y la vida no se vende, se ama y se defiende”. El conflicto armado colombiano una herida sin sanar	23		
2.1.2. El ASIS: una herramienta para conocer la salud del territorio	26		
2.1.3. Análisis de mortalidad según los ASIS 2023-2024	28		
2.1.4. La violencia como un determinante estructural de la salud en Colombia	31		
2.2. Marco conceptual	33		
2.2.1. Categoría de análisis	33		
2.2.2. APS: base para la equidad territorial	34		
2.2.3. Vigilancia basada en comunidad: gobernanza y sanación desde la base social	35		
2.2.4. La innovación social, motor de transformación en salud comunitaria	36		
2.2.5. Diseño social: herramienta de transformación y empoderamiento social	39		
	48		
Capítulo 3	48		
3.1. Sistematización de la experiencia			
3.1.1. Punto de partida	49		
3.1.2. Las preguntas iniciales: (entrevistas)	52		
3.1.3. La recuperación del proceso vivido	56		
3.1.4. La reflexión de fondo: aprendizajes y tensiones	59		
3.1.5. Los puntos de llegada	63		
Capítulo 4	66		
4.1. Productos innovadores	66		
4.1.1. Caja de herramientas para el Centinela de la Salud	66		
4.1.2. Red territorial de vigilancia comunitaria en salud	66		
4.1.3. Sistema de comunicación comunitaria digital	67		
		4.1.4. Modelo de formación comunitaria en salud	68
		4.1.5. Inventario y cartografía social participativa de los microterritorios y análisis DOFA	69
		4.1.6. Estrategia de intervención en eventos notificados y concertación institucional	72
		4.1.7. Articulación con la cooperación internacional	73
		4.1.8. Estrategia de comunicación	74
		4.1.9. Kit de herramientas lúdico-pedagógicas	76
		4.1.10. Kit de atención a primeros auxilios	76
		4.1.11. Articulación con los EBS y dispositivos comunitarios	77
		4.1.12. Botica comunitaria: un ejemplo de innovación social desde la base	78
		4.2. Análisis conceptual de la innovación en la experiencia de Centinelas de la Salud	78
		4.2.1. Innovación social como enfoque central	78
		4.2.2. Diseño social como práctica aplicada	79
		4.2.3. Design Thinking aplicado de forma empírica	79
		Capítulo 5	82
		5.1. Conclusiones	82
		5.2. Recomendaciones	85
		Referencias	88
		Lista de tablas	
		Tabla 1. Distribución del municipio por extensión territorial y área de residencia, 2023	7
		Lista de figuras	
		Figura 1. Metodologías para estudiar la relación diseño-bienestar humano	40
		Figura 2. Metodologías que pretenden mejorar las condiciones de las personas	41
		Figura 3. Metodologías de diseño para el cambio y la calidad de vida	42
		Figura 4. Fases del Design Thinking	44

Figura 5. Fases para el proceso de innovación	45
Figura 6. Línea de tiempo Red de Centinelas de la Salud (2020-2021)	52
Figura 7. Línea de tiempo Red de Centinelas de la Salud (2021-2024)	53
Figura 8. Dimensiones de análisis de la estrategia Centinelas de la Salud	58
Figura 9. Red territorial de vigilancia comunitaria en salud	61
Figura 10. Diplomado en APS en alianza con la Universidad del Valle	62
Figura 11. Evidencia del proceso de caracterización de los microterritorios	63
Figura 12. Cartografía social y análisis DOFA de la vereda Alegrías	64
Figura 13. Cartografía social y análisis DOFA de la vereda La Capilla	64
Figura 14. Acción territorial de centinelas de la salud en respuesta a eventos notificados	65
Figura 15. Encuentro de centinelas y actores institucionales en el marco de la articulación con cooperación internacional	66
Figura 16. Equipo participante en la estrategia de comunicación de Centinelas de la Salud	67
Figura 17. Kit de herramientas lúdico-pedagógicas	69
Figura 18. Entrega de kits de atención a primeros auxilios	69
Figura 19. Jornada de salud con participación de centinelas y EBS	70



Agradecimientos

Este trabajo no habría sido posible sin el acompañamiento, la inspiración y el respaldo constante de personas que han sido fundamentales en cada etapa de mi vida personal y académica.

A mi madre, por ser siempre mi cómplice incondicional, por su apoyo silencioso pero firme, y por confiar en cada una de mis decisiones, incluso cuando parecían desafiantes. Su amor ha sido el faro que ha guiado cada paso del camino. A mi hermana, por su compañía, por estar presente en los pequeños y grandes momentos, y por darme una razón para avanzar, Ari. A mi pareja, por su infinita paciencia, por ser motivación en los días más complejos e impulsarme a seguir creyendo, aun cuando el cansancio tocaba la puerta.

Expreso también mi profundo agradecimiento a Carlos Gabriel Quiñonez y Lucy Amparo Guzmán González, por confiar en mí y permitirme hacer parte de una estrategia transformadora como Centinelas de la Salud. Su visión y apertura hicieron posible esta experiencia que marcó mi vida profesional. A Rocío Carvajal Barona, quien fue mucho más que una coordinadora: fue y es maestra, guía y cómplice intelectual en este viaje por el fascinante universo de la salud pública. Gracias por enseñarme a mirar los territorios con otros ojos, y por sembrar en mí el compromiso con el cuidado colectivo, por transformar mi ser desde la raíz, serás por siempre quien me enamoro de la salud pública. Y a Martha Gutiérrez, responsable de los proyectos de salud de AECID en Colombia, por su constante respaldo y por creer en mi capacidad para aportar a los procesos de salud pública en contextos desafiantes. Su confianza fue inspiración y responsabilidad.

Mi querido “combrito” de la maestría: ustedes fueron la alegría en medio de las jornadas intensas, el refugio en el regreso a la presencialidad post-pandemia y la prueba viva de que el conocimiento florece mejor en espacios de camaradería, humor y complicidad.

A todas y todos, Alvarito, Clarita, Jaime, Laura, Nathalia, Judith y los gestores sociales, gracias por acompañarme a hacer de esta investigación no solo un ejercicio académico, sino un acto de amor y compromiso con la vida, la salud y la esperanza en los territorios.



CAPÍTULO 1

1.2. Introducción

Desde la Atención Primaria en Salud (APS) han surgido diversas estrategias orientadas a fortalecer la vigilancia comunitaria y promover el bienestar en poblaciones vulnerables, con el fin de apoyar los procesos de sanación, resiliencia y reconstrucción del tejido social en comunidades afectadas por el conflicto armado. Entre estas iniciativas se destaca la estrategia “Centinelas de la salud, vigilantes para la vida”, implementada por una Empresa Social del Estado (ESE) de baja complejidad en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca, Colombia. Esta propuesta fue concebida como respuesta a la crisis sanitaria mundial provocada por la pandemia de COVID-19, con el objetivo de mejorar la respuesta institucional, así como de mitigar y monitorear la situación de salud de las comunidades a través de la vigilancia comunitaria.

En este contexto, Santander de Quilichao se caracteriza por su diversidad geográfica y cultural, con una composición poblacional

pluriétnica y multicultural, lo que hace fundamental que las estrategias en salud incorporen enfoques diferenciales y culturalmente pertinentes. En este municipio, el 45,7% de la población reside en la zona urbana, mientras que el 54,2% habita en zonas rurales. No obstante, solo el 8,58 km² corresponde a la zona urbana y 509,4 km² de zona rural, lo que evidencia una marcada dispersión territorial. La cabecera municipal está conformada por 36 barrios, mientras que la zona rural incluye 104 veredas y un corregimiento o centro poblado llamado Mondomo. Sin embargo, debido a la falta de actualización del Plan de Ordenamiento Territorial no se dispone de una caracterización detallada del número de habitantes, barrios o veredas que conforman este corregimiento (Alcaldía Municipal de Santander de Quilichao, 2023).

Tabla 1.
Distribución del municipio por extensión territorial y área de residencia, 2023

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	%	Extensión	%	Extensión	%
Santander de Quilichao	8.58 km²	1,7	509.42 km²	98,3	518 km²	100

Fuente: Alcaldía Municipal de Santander de Quilichao (2023)

Asimismo, el municipio de Santander de Quilichao cuenta con una población de 118.031 habitantes, de los cuales el 48,6% se autoreconoce como parte de un grupo étnico: indígenas (25,78%), afrodescendientes (22,90%) y población sin adscripción étnica (50,58%) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE],2023). Esta diversidad poblacional y geográfica exige la implementación de estrategias de salud con enfoques diferenciales y culturalmente pertinentes, que mejoren el acceso y la calidad de los servicios, promoviendo la equidad y la inclusión social.

Desde una perspectiva conceptual, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social integral, no se trata únicamente de la ausencia de enfermedad y está entró en vigor desde 1948. De forma complementación Pérez Martínez (2011) sostiene que una persona sana es un ser humano que mantiene un adecuado equilibrio corporal y mental, en armonía con su entorno físico y social. Estos conceptos han evolucionado progresivamente, y actualmente la salud se concibe como un recurso para la vida, entendido como la conciencia del ser humano de mantener un equilibrio entre la sociedad, la edad, el ambiente, los contextos geográficos y políticos (Vergara Quintero, 2007).

Esta evolución conceptual permite comprender que la salud no solo es un objetivo

individual, sino un componente esencial del bienestar colectivo. En este sentido, la estrategia “Centinelas de la Salud, vigilantes para la vida” se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), especialmente con el ODS 3 (Salud y Bienestar), ODS 1 (Fin de la Pobreza), ODS 5 (Igualdad de Género), ODS 10 (Reducción de las Desigualdades), ODS 11 (Ciudades y Comunidades Sostenibles) y ODS 17 (Alianzas para Lograr los Objetivos). (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, [UNESCO], 2017):

En este contexto, la Atención Primaria en Salud se posiciona como un eje fundamental para el fortalecimiento de la salud pública y el desarrollo de estrategias de innovación social, orientadas a abordar los determinantes sociales y eventos en salud, así como a empoderar a las comunidades en la gestión de su bienestar y promoción de la armonía territorial. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s. f.)

En Colombia, el marco legal que regula la atención en salud reconoce su carácter fundamental y obligatorio. La Constitución Política Nacional de 1991, en su artículo 49, modificado por el Acto Legislativo 2 de 2009, artículo 1, establece que la atención en salud es un servicio público que garantiza el acceso en promoción, protección y recuperación de la salud para todas las personas (Congreso de la República de Colombia, 2009). De igual forma, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 define el dere-

cho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable, tanto en el ámbito individual como colectivo. En su artículo 9, la ley señala que es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a reducir las desigualdades de los determinantes sociales de la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel a calidad de vida de la población.

Bajo este marco normativo, la estrategia Centinelas de la Salud se consolida como una propuesta innovadora en vigilancia comunitaria, integrando saberes colectivos, prácticas ancestrales, medicina tradicional y metodologías participativas para fortalecer los procesos de atención en salud y la Cooperación Internacional, a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Cabe resaltar que, hoy en día, la estrategia Centinelas de la Salud se articula con los Equipos Básicos en Salud en el marco del Plan De Intervenciones Colectivas con los Dispositivos comunitarios: Centros de Escucha y las Zonas de Orientación Escolar, estrategias que complementan la Atención Primaria en Salud (en adelante APS), de acuerdo con la Resolución 518 de 2015.

En ese orden de ideas, esta investigación buscó analizar los elementos innovadores de la estrategia Centinelas de la salud y su impacto en la salud, la reconstrucción del tejido social y la resiliencia comunitaria, contribuyendo al diseño de modelos replicables para futuras intervenciones en salud pública.

En ese camino, se exploraron categorías analíticas como innovación social, columna vertebral de esta investigación, vigilancia basada en comunidad, gobernanza territorial y atención diferencial, reconociendo el papel de los saberes ancestrales, la participación de mujeres, jóvenes y comunidades étnicas como pilares del modelo. Los resultados permitieron evidenciar el potencial transformador de este tipo de iniciativas cuando se logra la articulación de actores interinstitucionales, comunidad y cooperación, en torno a una visión

compartida de la salud y el bienestar.

Esta investigación se construyó como un ejercicio de reconocimiento, interpretación y proyección. Reconocimiento del valor del conocimiento situado y la acción colectiva; interpretación crítica de los aprendizajes emergentes, tensiones y desafíos; y proyección de propuestas para futuras intervenciones orientadas a la garantía de los derechos, reducción de brechas, sostenibilidad, la innovación social, la soberanía territorial en salud y la Atención Primaria en Salud.

Partiendo de la premisa de que el Estado tiene la obligación de garantizar el acceso a condiciones adecuadas de salud, es pertinente señalar que la ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, insta al fortalecimiento de la prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia APS. Esta ley promueve la acción coordinada entre el Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de entornos sanos y saludables, orientados hacia una mayor calidad, inclusión y equidad, donde los ciudadanos son el centro de todas las acciones.

El desarrollo normativo de la APS en Colombia ha evolucionado desde un modelo basado en la curación de enfermedades, estableciendo inicialmente por la Ley 100 de 1993, hacia un enfoque más amplio basado en la prevención, la promoción de la salud y la atención integral. A partir de la promulgación de la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, la APS se consolidó como el eje central del sistema de salud colombiano, fortaleciendo la acción intersectorial, la participación comunitaria y la gestión territorial de los servicios de salud.

Este marco normativo encuentra su sustento en la Declaración de Alma-Ata, donde se estableció la APS como la estrategia clave para alcanzar la meta de salud para todos. Dicha declaración propuso el fortalecimiento de las políticas públicas en salud, el aumento de los presupuestos y la consolidación de los re-



curso humano en los territorios, reconociendo que la salud excede el ámbito puramente sanitario e implica una intervención multisectorial. (OMS y UNICEF, 1978).

De hecho, desde los años sesenta, varios municipios de Colombia ya habían desarrollado experiencias locales orientadas al desarrollo social que reconocían la necesidad de superar la mirada exclusivamente biomédica de la salud, impulsando el trabajo intersectorial (Tejada de Rivero, 2018). Pese a estos avances, en muchos territorios las estrategias de APS siguen formulándose desde el nivel central del país, sin considerar plenamente las necesidades, culturas, formas de organización social, ideologías y procesos específicos de cada región. Esta desconexión genera importantes desafíos para la implementación efectiva de las políticas de salud, especialmente en zonas rurales y comunidades históricamente vulneradas.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (s. f.), en Colombia la APS se entiende como una estrategia que reúne varios componentes que funcionan de manera integrada y complementaria. Esta estrategia

promueve la acción conjunta de diferentes sectores en favor de la salud, fomenta la participación activa de las comunidades, las familias y los ciudadanos, y garantiza la prestación de servicios de salud accesibles. Además, la APS responde a las particularidades del contexto político, económico y social del país, siempre poniendo en el centro a las personas y sus comunidades. Su objetivo principal es crear las condiciones necesarias para hacer efectivo el derecho a la salud y disminuir las desigualdades existentes, abordando no solo las enfermedades, sino también los factores sociales y económicos que las determinan. Más allá de ofrecer servicios médicos, la Atención Primaria apuesta por una labor coordinada entre el Estado, las instituciones y la sociedad en su conjunto, para construir entornos que favorezcan la salud y el bienestar de toda la población.

En este marco conceptual, la presente investigación se fundamentó en el Análisis de Situación de Salud (en adelante el ASIS) como herramienta clave para comprender las problemáticas de salud en el municipio de Santander de Quilichao y orientar la formulación de estrategias efectivas de intervención. El ASIS

permitió examinar los determinantes sociales que inciden en la salud de la comunidad, facilitando la construcción de respuestas intersectoriales y fortaleciendo las acciones en APS que se adelantan actualmente en el municipio.

Desde esta perspectiva, el ASIS se posiciona como un instrumento primordial para orientar las acciones del sector salud y coordinar respuestas intersectoriales. Su enfoque implica la aplicación de técnicas y procedimientos analíticos que proporcionan una visión global y, al mismo tiempo, detallada de los factores que determinan en los procesos de salud y enfermedad en las poblaciones. Comprender los contextos en los que se desarrollan dichos procesos resulta fundamental para la formulación de políticas públicas integrales, no solo enfocadas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sino también en el fortalecimiento del empoderamiento de líderes comunitarios. Así, el ASIS contribuye a promover el control social y la participación ciudadana, principios esenciales para avanzar hacia un modelo de salud más equitativo e inclusivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

Al profundizar en el ASIS, este trabajo buscó argumentar la pertinencia de la estrategia Vigías de Salud, así como caracterizar la situación epidemiológica del territorio que dio origen a un proyecto de vigilancia comunitaria participativo, incluyente, innovador y basado en la acción colectiva en salud. Estas dos estrategias, el ASIS y el APS, se entienden como complementarias dentro de la gestión en salud pública: mientras que el ASIS proporciona la base de información necesaria para la toma de decisiones y la planificación de intervenciones en salud, la APS se enfoca en garantizar el acceso equitativo a los servicios, priorizando un enfoque preventivo y comunitario.

En este contexto, la presente investigación pone en el centro la estrategia Centinelas de la Salud, vigilantes para la vida, una apuesta de vigilancia comunitaria que incorpora un enfoque innovador en la promoción de la salud

y la prevención de las enfermedades desde las propias comunidades. Esta iniciativa se desarrolla dentro del proceso de sanación, resiliencia y reconstrucción del tejido social en comunidades afectadas por el conflicto armado, y se fundamenta en los principios de APS.

1.2. Planteamiento del problema

Colombia ha sido escenario de un conflicto armado prolongado que ha generado masivas vulneraciones a los Derechos Humanos. En este contexto, el departamento del Cauca se ha destacado como una de las regiones más afectadas, ocupando históricamente los primeros lugares en los índices de violencia. Sus características geográficas, su biodiversidad, la variedad de pisos térmicos y las amplias extensiones de tierra lo han convertido en un territorio geoestratégico en disputa constante. Según el Observatorio de Memoria y Centro Nacional de Memoria Histórica. (2021), la región del Pacífico, de la cual hace parte el Cauca, posee condiciones geográficas privilegiadas que la posicionan como un punto clave para la economía nacional e internacional. Sin embargo, esta riqueza natural y estratégica no se ha traducido en desarrollo para su población, ya que la región presenta altos niveles de pobreza, acceso limitado a salud y educación, y condiciones precarias de vivienda. Estas circunstancias han favorecido la proliferación de economías ilegales, la explotación ilícita de recursos y el recrudecimiento del conflicto armado.

Dentro del norte del departamento, el municipio de Santander de Quilichao emerge como un punto estratégico, conocido como un “puerto seco” clave para la economía caucana, además de ser la ciudad más grande

de la zona y la más cercana al Valle del Cauca. Estas condiciones han generado dinámicas sociales complejas, caracterizadas por el aumento del desplazamiento forzado, la presencia de actores armados ilegales, altos flujos migratorios, el incremento del consumo de sustancias psicoactivas y la violencia asociada a su distribución, así como los efectos negativos de la minería ilegal sobre el territorio y la salud de sus habitantes.

Por consiguiente, el conflicto armado ha exacerbado estas problemáticas, afectando profundamente la salud de las comunidades locales. Entre las consecuencias más graves se encuentran el aumento de trastornos psicológicos, como el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión; una mayor demanda de servicios médicos por lesiones asociadas a la violencia; la interrupción de programas de salud pública debido al control territorial de grupos armados ilegales; y el deterioro de las condiciones sanitarias producto de desplazamientos masivos y asentamientos precarios.

De igual modo, el acceso a los servicios de salud en las zonas rurales se ve constantemente restringido por enfrentamientos, bloqueos y dominación territorial, lo cual profundiza las brechas de inequidad en salud. Frente a este panorama, resulta prioritario analizar la situación de salud del municipio a través de los informes de ASIS, correspondientes a los años 2023 y 2024, como base para fundamentar la implementación de estrategias de vigilancia en comunitaria en salud.

A partir de este análisis, el estudio de caso de Mera Urbano et al. (2022) sobre la implementación de la Política de Atención Integral en Salud en el Cauca revela que las dificultades de acceso a los servicios de salud obedecen a múltiples barreras económicas, burocráticas y geográficas, así como a intereses particulares que priorizan el lucro sobre el bienestar social. La falta de coordinación entre los niveles de atención y la desconexión entre las acciones individuales y

comunitarias han limitado la efectividad de las políticas de salud.

En respuesta a estos desafíos, en las últimas décadas se han desarrollado reformas normativas destinadas a garantizar el derecho a la salud en Colombia. En primer lugar, la Ley 1122 de 2007 introdujo ajustes en la financiación del sistema y fortaleció los programas de salud pública mediante el Plan Nacional de Salud Pública. Posteriormente, la Ley 1438 de 2011 retomó la estrategia de APS como eje articulador del sistema, promoviendo la coordinación integral del cuidado en torno al bienestar de la persona. De igual manera, la Resolución 1841 de 2013 dio origen al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, orientado a la reducción de inequidades y a la promoción efectiva del derecho a la salud. Asimismo, la Ley Estatutaria 1751 de Salud de 2015 reconoció la salud como un derecho fundamental, reafirmando la obligación del Estado de organizar un sistema de atención equitativo, eficiente y de calidad.

En esta misma línea, la Resolución 429 de 2016 consolidó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual incorporó un modelo basado en la APS y en la gestión integral del riesgo. Tres años después, se implementó el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), que reorganizó las políticas públicas en ocho líneas de acción, al fortalecer su aplicación territorial con un enfoque de equidad. No obstante, pese a los avances normativos, subsisten profundas deficiencias en la cobertura y equidad del sistema de salud. Lo anterior lo identificó el viceministro de Salud, Jaime Urrego, durante su intervención en el XIX Congreso Nacional de Salud, al señalar que 305 municipios del país carecen de salas de parto, 183 no disponen de servicios de urgencias y 347 no cuentan con servicios de hospitalización para adultos, situación que refleja la persistente desigualdad en el acceso a los servicios de salud en amplias regiones del país (Gestarsalud Te Cuenta, 2024).

A nivel internacional, España ha sido reconocida como un referente de APS, gracias

a un enfoque legislativo que garantiza la universalidad, gratuidad y equidad en el acceso al sistema de salud. Un estudio de Jakaba et al. (2024) destaca la importancia de contar con una APS resiliente y orientada a la comunidad, lo que ha permitido a España reducir significativamente las tasas de hospitalización y mejorar la calidad de la atención médica. Además, la investigación resalta la necesidad de fortalecer la orientación comunitaria de la APS, al reconocer este aspecto como un pilar esencial de la innovación social y como base de un sistema de salud eficiente y accesible para toda la población.

En este marco, la innovación social emerge como una estrategia sustancial para diseñar e implementar soluciones efectivas en el ámbito de la salud. La iniciativa de Innovación Social en Salud (SIHI), una red global de centros de investigación y organizaciones asociadas, ha promovido enfoques innovadores que buscan superar barreras en la prestación de servicios sanitarios. En América Latina, el Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM), con sede en Cali, Colombia, y con el apoyo de la Universidad ICESI y la OPS, ha liderado el desarrollo de estrategias para fortalecer la innovación social en salud a través de redes de colaboración y generación de conocimiento (SIHI, s.f. y CIDEIM, s. f.).

En el municipio de Santander de Quilichao, se han identificado brechas importantes en la implementación de estrategias de innovación social en APS en los últimos años. Sin embargo, a partir de 2020, la Secretaría Local de Salud y la E.S.E de baja complejidad, han promovido diversas iniciativas que incluyen la telemedicina, los dispositivos comunitarios (Centros de Escucha y Zonas de Orientación Escolar), los Equipos Básicos en Salud, el Plan de Intervenciones Colectivas y los Planes de Rehabilitación Comunitaria (anteriormente denominados PACTOS) y la articulación con la Cooperación Internacional. Todas estas estrategias buscan fortalecer la APS y contribuir a la reducción de

las brechas de inequidad en el acceso a los servicios sanitarios en la región.

En este sentido, la presente investigación centró su atención en el análisis de la estrategia “Centinelas de la Salud, vigilantes para la vida”, formulando como pregunta problema: ¿cuáles son los elementos innovadores implementados en la estrategia Centinelas de la Salud en el marco de los procesos de vigilancia comunitaria desde la APS, en una Empresa Social del Estado de baja complejidad en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca?

El objetivo general de este estudio fue reconocer las prácticas innovadoras incorporadas en la implementación de la estrategia Centinelas de la Salud dentro del marco de la vigilancia comunitaria en salud, desde la APS. Para alcanzar esta meta, se establecieron los siguientes objetivos específicos:

- Documentar y caracterizar los hitos clave en la implementación de las estrategias Vigías de la salud.
- Identificar y analizar las innovaciones incorporadas en la cadena de valor de esta estrategia dentro de la ESE
- Sintetizar las propuestas de innovación replicables para futuras intervenciones orientadas a la vigilancia comunitaria, resiliencia y sanación en comunidades afectadas por el conflicto armado, en el marco de la APS.

1.3. Metodología

Desde una perspectiva crítica, Freire (1997) plantea que el conocimiento de la historia debe ser entendido no como una determinación inamovible, sino como una posibilidad en construcción. El mundo, lejos de ser una realidad estática, está en constante proceso de transformación. Desde esta visión, el ser humano no es un mero espectador pasivo de los acontecimientos históricos, culturales o políticos, sino un sujeto activo que, mediante su reflexión y acción, interviene en la realidad para transformarla. Así, el papel de cada individuo no se limita a constatar lo que sucede, sino que implica un compromiso ético y político con la transformación del mundo que habitamos.

Esta investigación se fundamenta en un enfoque cualitativo, que permite comprender los fenómenos sociales a partir de la experiencia y la interpretación de los sujetos involucrados. Este enfoque reconoce el mundo social desde la perspectiva de quienes lo construyen y habitan, integrando sus significados, percepciones y sentidos. En esta línea, se adopta la sistematización de experiencias como estrategia metodológica, puesto que posibilita la reconstrucción y el análisis de los elementos innovadores implementados en la estrategia Vigías de la Salud, una iniciativa desarrollada por una ESE de baja complejidad en Santander de Quilichao, Cauca. La pertinencia de este enfoque radica en su capacidad para trascender la mera descripción de prácticas, generando interpretaciones que contribuyen al fortalecimiento de la salud comunitaria y la resiliencia social.

La sistematización de experiencias se presenta como una alternativa metodológica para generar conocimiento crítico sobre las intervenciones en salud pública. Hleap Borrero (2008) define la sistematización como “un en-

foque crítico interpretativo que intenta describir e interpretar prácticas sociales singulares, otorgando un lugar privilegiado al punto de vista de los actores, a la subjetividad, a la historia local, a la lógica y a los sentidos que emergen de la práctica” (p. 45). De esa forma, la sistematización permite comprender el impacto de las intervenciones en su contexto, proporcionando una base empírica para la toma de decisiones en políticas públicas de salud.

Dentro del ámbito de la investigación social, es esencial distinguir entre la sistematización de información y la sistematización de experiencias. Según Jara Holliday (2020), la sistematización de experiencias se enfoca en la interpretación crítica de una o varias vivencias. Este proceso, mediante su ordenamiento y reconstrucción, permite descubrir o explicar la lógica del proceso vivido, los factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué actuaron de determinada manera.

Mientras que la sistematización de información se dedica al ordenamiento, clasificación y catalogación de datos, la sistematización de experiencias abarca procesos históricos y complejos, en los cuales múltiples actores interactúan dentro de un contexto económico, social y cultural específico.

Además, la sistematización de experiencias implica un ejercicio reflexivo y analítico que trasciende la organización de datos, permitiendo comprender las dinámicas subyacentes de las intervenciones y su impacto en las comunidades. De esta manera, se generan conocimientos y aprendizajes significativos que no solo permiten apropiarse de los sentidos de las experiencias, sino también comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora (Jara Holliday, 2020),

Desde una perspectiva cualitativa, la sistematización de experiencias proporciona un análisis integral de las estrategias de salud pública implementadas por la E.S.E. Al adoptar este enfoque, se reconoce la existencia de múltiples realidades sociales y sanitarias, fren-

te a visiones reduccionistas de la salud. Taylor y Bogdan (1987) destacan que la investigación cualitativa permite observar a los individuos, los escenarios y los grupos de manera holística, considerando su interacción con el entorno y el contexto sociohistórico, y evitando reducirlos a meras variables aisladas.

Desde este punto de vista, la sistematización no se limita a documentar prácticas realizadas, sino que también facilita su reflexión crítica y la mejora continua. Carvajal Burbano (2018) plantea que este proceso constituye una herramienta metodológica orientada a generar aprendizajes significativos y a promover transformaciones sociales a partir de la reflexión sobre la práctica.

Dentro de esta metodología, Jara Holliday (2020) identificó cinco momentos fundamentales en el proceso de sistematización cualitativa de experiencias. El primero es el punto de partida, donde se establece el contexto, los actores involucrados y los objetivos de la sistematización. En segundo lugar, se plantean las preguntas iniciales que guiarán el análisis. Luego, se realiza la recuperación del proceso vivido mediante la recopilación de datos desde una perspectiva participativa y multidimensional. Posteriormente, se lleva a cabo una reflexión de fondo que permite interpretar críticamente los aprendizajes surgidos en relación con el contexto. Finalmente, los puntos de llegada sistematizan los hallazgos, formulando propuestas y orientando su aplicación en futuras intervenciones.

En el marco de esta investigación, la sistematización de experiencias permitió analizar y reconstruir los elementos innovadores de la estrategia Centinelas de la Salud, facilitando la identificación de aprendizajes clave y la generación de conocimientos útiles para futuras acciones en salud comunitaria. La metodología utilizada se inscribe dentro de un paradigma interpretativo y descriptivo, lo que favorece un análisis profundo de las prácticas en APS y su impacto en los procesos de sanación, resi-

liencia y reconstrucción del tejido social en comunidades afectadas por el conflicto armado. Finalmente, para el desarrollo de esta investigación se abordaron epistemológicamente los siguientes temas: conflicto armado en Colombia y su impacto en la salud, APS, vigilancia basada en la comunidad, estrategia Centinelas de la Salud, innovación social y diseño social.

CAPÍTULO 2

2.1. Estado del arte

Santander de Quilichao, conocido inicialmente simplemente como Quilichao, es un municipio pluricultural y multiétnico ubicado en el norte del departamento del Cauca. Su origen histórico ha estado rodeado de múltiples interpretaciones debido a la ausencia de documentos formales como actas de fundación, cartas reales o crónicas coloniales. Esta falta de registros ha dado lugar a diversas hipótesis sobre su fundación.

Algunos investigadores sostienen que su origen se remonta a 1543, cuando, por orden del adelantado Sebastián de Belalcázar, se habría fundado bajo el nombre de Jamaica de los Quilichaos. No obstante, la consolidación de la población actual se produjo a comienzos del siglo XVIII, con la creación de la viceparroquia de San Antonio de Quilichao en el lugar donde hoy se asienta el municipio. El 16 de julio de 1755, mediante decreto del virrey José Solís Folch de Cardona, Quilichao obtuvo el título de villa, desligándose administrativamente de Caloto (Perlaza Serna y González Holguín, s. f.).

La designación oficial como municipio se dio posteriormente, en el marco de la nueva organización política del Estado Soberano del Cauca, establecida en la Constitución de Río Negro en 1863. A lo largo de su historia, el territorio ha recibido distintos nombres: Jamaica de los Quilichaos en tiempos coloniales, Villa de Quilichao o San Antonio de Quilichao en el siglo XVIII, y posteriormente Villa de Santander a partir de la ordenanza N.º 8 de octubre de 1851 (Perlaza Serna y González Holguín, s. f.).

La teoría que atribuye su fundación a Sebastián de Belalcázar se apoya en referencias de la obra *Historia del Reino de Quito* del padre jesuita Juan de Velasco, escrita a finales del siglo XVII. Sin embargo, no existe documentación oficial —como actas fundacionales, registros notariales o crónicas de indias— que confirme dicha versión. Esta carencia documental no necesariamente niega el hecho, pues en la época colonial la pérdida o destrucción de archivos era frecuente debido a dificultades logísticas, condiciones cli-

máticas adversas y conflictos que arrasaban los poblados y sus registros (Perlaza Serna y González Holguín, s. f.).

Frente a la falta de evidencia documental, también cobra fuerza la hipótesis de que Quilichao existía antes de la llegada de los europeos, como un asentamiento indígena que prosperó gracias a su estratégica ubicación comercial, favorecida posteriormente por el auge minero en la región. Esta vocación comercial ancestral sigue siendo un rasgo distintivo de Santander de Quilichao en la actualidad (Perlaza Serna y González Holguín, s. f.).

2.1.1. “Porque el territorio es la vida y la vida no se vende, se ama y se defiende”. El conflicto armado colombiano una herida sin sanar

El conflicto armado en Colombia, cuyas raíces se remontan a las primeras décadas del siglo XX, ha configurado un escenario de violencia persistente, caracterizado por desplazamientos forzados, desapariciones, reclutamientos de menores y múltiples pérdidas humanas. Durante más de seis décadas, la guerra ha marcado la memoria histórica del país, dejando profundas cicatrices en la población civil y afectando gravemente la infraestructura social y política (Sánchez Gómez, 1990; Pérez, 2010). Esta violencia sistemática y estructural no solo ha fragmentado territorios, sino que también ha obligado a la sociedad a adaptarse a dinámicas de miedo, pérdida y resistencia.

En este contexto, el 26 de noviembre de 2024 se cumplieron ocho años de la firma de los Acuerdos de Paz entre el Gobierno Nacional y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC-EP). Aunque este acuerdo representó para muchas comunidades un símbolo de esperanza, la promesa de una “paz estable y duradera” aún parece lejana e incluso, en algunos territorios, inalcanzable.

Por otra parte, en la llamada Colombia profunda, aquella descrita desde el realismo mágico, el conflicto armado sigue siendo una realidad latente. Lejos de desaparecer, se recrudece día a día, alimentado por problemáticas sociales como el narcotráfico, la minería ilegal y la presencia de disidencias y otros grupos armados. Esta dinámica incrementa la fricción social y suma nuevas víctimas a la larga lista de muertos, desaparecidos y desplazados. Así, el actual contexto social, económico y político continúa siendo objeto de numerosos estudios que buscan evidenciar las múltiples afectaciones en materia de derechos humanos.

Al respecto, Sánchez Gómez (1990) señala que el miedo a la guerra ha calado profundamente en la cotidianidad colombiana, impregnando de silencio y soledad las calles y convirtiendo los territorios en trincheras marcadas por fronteras invisibles que limitan el disfrute pleno de la ciudad y el campo. De este modo, pese al paso de los años, la aspiración a una paz duradera sigue pareciendo una utopía, mientras el ciclo de la guerra se reproduce y retorna una y otra vez a sus momentos más crudos.

De manera complementaria, Pérez (2010), en su análisis sobre el surgimiento y la permanencia de las guerrillas en Colombia, sostiene que el país ha vivido históricamente en un “Estado de guerra”. Según la autora, la violencia ha sido una constante histórica, alternando períodos de intensa confrontación con otros de menor intensidad, pero manteniéndose como vía privilegiada para la resolución de conflictos y la búsqueda de justicia. Reconocer esta tradición guerrera, como lo

plantea Pérez, resulta esencial para comprender el curso de la política, las relaciones económicas y la vida social y cultural del país.

Por último, tanto Sánchez Gómez (1990) como Pérez (2010) coinciden en que la guerra en Colombia tiene un carácter civil, involucrando a personas de distintas edades, géneros, posiciones ideológicas, clases sociales, partidos políticos —como el liberalismo y el conservatismo— y orientaciones sexuales. En consecuencia, se ha legitimado una cultura de la guerra, profundamente arraigada en los sectores rurales y populares. A este panorama se suma la dimensión étnica del conflicto, donde la lucha por la tierra adquiere un carácter emancipador en la defensa de los territorios ancestrales.

De acuerdo con los hallazgos de la Comisión de la Verdad (2022), el conflicto armado ha dejado un saldo devastador: al menos 450.666 personas perdieron la vida, 121.768 fueron víctimas de desaparición forzada, 50.770 sufrieron secuestros, 16.238 niñas, niños y adolescentes fueron reclutados forzosamente, y 32.446 personas fueron víctimas de violaciones contra su libertad e integridad sexual. Asimismo, cerca de ocho millones de personas fueron desplazadas internamente, entre otras múltiples violaciones a los derechos humanos hasta el año 2022.

En el marco del contexto social actual, y tras ocho años de la firma del Acuerdo de Paz, resulta importante destacar que Colombia continúa enfrentando serios desafíos en materia de criminalidad organizada. Según The Watch (2025), Colombia ocupa el segundo lugar a nivel mundial en cuanto a la presencia de organizaciones criminales, siendo superado únicamente por la República Democrática del Congo, de acuerdo con la clasificación bienal realizada por la Iniciativa Global Contra el Crimen Organizado Transnacional. De manera complementaria, el Instituto Internacional de Estudios para la Paz de Estocolmo (SIPRI, 2022) señaló que, en 2021, la mayoría de los procesos de paz a nivel mundial se estancaron o sufrieron retrocesos significativos, tendencia en la que Colombia no ha sido una excepción.

Por otro lado, datos recientes de Insight Crime, presentados por Shuldiner (2025) indicaron que, para 2024, las FARC incrementaron su actividad violenta en el departamento del Cauca. De acuerdo con lo anterior, entre septiembre de 2023 y septiembre de 2024 se registraron 466 incidentes violentos en el Cauca, convir-

tiéndolo en el departamento con la mayor cifra de hechos violentos en el país durante ese periodo. Asimismo, esta misma fuente advierte que la región del Pacífico, conformada por los departamentos de Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño, es la más afectada por la intensificación de la violencia.

Este panorama no solo confirma el recrudecimiento de la violencia como una realidad persistente en Colombia, sino que también profundiza problemáticas estructurales como el desempleo, la pobreza y el creciente distanciamiento de las comunidades frente al Estado. Además, la violencia sistémica y estructural tiene un impacto considerable en la salud de las poblaciones afectadas, propiciando el aumento de trastornos mentales como la ansiedad, la depresión, el estrés postraumático e incluso el suicidio. Del mismo modo, el deterioro de la salud física se agrava debido a la exposición continua a situaciones de riesgo y a las restricciones de acceso a los servicios de salud impuestas por el control territorial de

grupos armados ilegales. Esta crisis sanitaria no solo compromete el bienestar individual y colectivo, sino que también implica costos significativos para el país, tanto en términos de inversión en atención médica como de limitaciones al desarrollo social y económico.

2.1.2. El ASIS: una herramienta para conocer la salud del territorio

El ASIS es un instrumento fundamental para la gestión de la salud pública, al funcionar como una brújula que orienta la evaluación del estado

de salud de una población y la identificación de los factores determinantes que inciden en ella. A través de un enfoque basado en la evidencia, el ASIS permite a los actores del sistema de salud diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades específicas de cada territorio.

Particularmente, el ASIS realizado en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca, durante los años 2023 y 2024, ofrece un análisis exhaustivo de las condiciones de salud de su población. A partir de la recopilación y análisis de datos demográficos, socioeconómicos y de salud pública, se identifican las principales problemáticas y desigualdades que afectan el bienestar de sus habitantes. Entre los aspectos analizados se incluyen la configuración territorial, las características poblacionales, como la presencia de grupos étnicos, población víctima del conflicto, migrantes y comunidad LGBTQ+, los procesos económicos locales, las condiciones de vida, el contexto institucional en salud y las políticas públicas implementadas. Además, los informes detallan la morbilidad y mortalidad por distintas causas y grupos de edad, así como los factores de riesgo y determinantes sociales que condicionan la salud de la población (Secretaría de Salud de Santander de Quilichao, 2023, 2024):

Dentro del marco de esta investigación, el ASIS ha sido una herramienta clave que permitió a la Secretaría Local de Salud y a la ESE evidenciar problemáticas prioritarias, especialmente en un contexto de crisis sanitaria sin precedentes como lo fue la pandemia de COVID-19. Asimismo, el análisis permitió visibilizar otras problemáticas persistentes, como el aumento de enfermedades transmisibles, la violencia de género, las inequidades en el acceso a los servicios de salud, las condiciones socioeconómicas adversas que impactan la calidad de vida de la población y las barreras impuestas por el control territorial de grupos armados ilegales.

Estos hallazgos resaltaron la urgente necesidad de fortalecer una red de APS con un

enfoque preventivo, predictivo y participativo. Para el desarrollo de esta investigación, se emplearán los informes del ASIS correspondientes a los años 2023 y 2024, los cuales fueron fundamentales en los últimos dos años de ejecución del proyecto Centinelas de la Salud, vigilantes para la vida.

2.1.3. Análisis de mortalidad según los ASIS 2023-2024

En el marco de los informes de ASIS correspondientes a los años 2023 y 2024, se destaca que ambos documentos emplean como referencia el listado de agrupación de mortalidad 6/67 de la OPS para el estudio de la mortalidad general. El análisis se desagrega por quinquenio y sexo para el periodo comprendido entre 2005 y 2020, utilizando información proveniente del DANE y del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). En el segundo informe, este análisis se actualiza hasta el año 2023 (Secretaría de Salud de Santander de Quilichao, 2022, 2023, 2024).

Respecto a las principales causas de mortalidad general, ambos informes coinciden en señalar que las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar. De acuerdo con el ASIS 2023, la tasa de mortalidad atribuida a estas enfermedades fue de 152,23 muertes por cada cien mil habitantes en 2005, disminuyendo a 131,17 en 2020. Por su parte, el ASIS 2024 reporta una tasa de 116,18 para el año 2020 y de 131,01 para 2023. Este comportamiento se asocia, según los informes, con la baja eficiencia y cobertura en las acciones de protección específica y detección temprana, así como con la carencia

de políticas públicas que promuevan estilos de vida saludables (Secretaría de Salud de Santander de Quilichao, 2023):

En segundo lugar, ambos documentos destacan que las causas externas representan una proporción significativa de la mortalidad. El ASIS 2023 identifica un pico en la tasa de muertes por causas externas en 2008, con 163,99 por cada cien mil habitantes, mientras que en 2021 la tasa fue de 135,63. En el ASIS 2024, se evidencia un aumento aún mayor en 2022, alcanzando una tasa de 173,90 por cada cien mil habitantes, y una ligera disminución a 156,91 en 2023. Dentro de este grupo, los homicidios representan la mayoría de las muertes, seguidos por los accidentes de tránsito. Esta situación se explica, en parte, por la ubicación estratégica de Santander de Quilichao como corredor para el tráfico de drogas y armas, factores que intensifican los conflictos armados internos y elevan los índices de violencia (Secretaría de Salud de Santander de Quilichao, 2023).

De manera preocupante, en Santander de Quilichao, la tasa bruta de mortalidad por homicidios se posiciona como la primera causa de muerte entre la juventud. En los últimos tres años, esta tasa ha mostrado un incremento significativo, pasando de 65,5 homicidios por cada 100.000 habitantes en 2020 a 123,2 en 2023. Además, la tasa municipal de homicidios supera ampliamente tanto la tasa departamental (47,6) como la nacional (25,6) registradas para el mismo año. Es importante señalar que los homicidios se concentran principalmente en el área urbana, reflejando un agravamiento progresivo de la inseguridad en el municipio. Esta situación demanda la construcción de enfoques integrales que aborden las causas estructurales de la violencia, promoviendo la inversión en educación, generación de empleo y desarrollo comunitario, así como el fortalecimiento de medidas que reduzcan el acceso a armas de fuego y combatan las desigualdades y la exclusión

social (Secretaría de Salud de Santander de Quilichao, 2024).

Vale agregar que, como tercera causa de mortalidad, ambos informes destacan el grupo denominado “otras causas”, que incluye enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y diabetes mellitus, entre otras patologías. En 2021, la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias fue de 12,74 por cada cien mil habitantes, mientras que la tasa por diabetes mellitus fue de 17,49. Para 2023, se observa un aumento en las enfermedades respiratorias, con una tasa de 20,57 por cada cien mil habitantes, y una ligera disminución en los casos de diabetes mellitus, cuya tasa descendió a 16,06 (Secretaría de Salud de Santander de Quilichao, 2022).

El informe también resalta un incremento preocupante en las lesiones relacionadas con la salud mental. Dentro de este subgrupo, los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas ocuparon el primer lugar, con 15.798 consultas registradas, lo que representa el 93,46% del total, evidenciando un aumento de 1,18 puntos porcentuales respecto al año 2021. A este grupo le siguieron las lesiones no intencionales, que representaron el 4,69%; las lesiones intencionales, con un 1,79%; y las lesiones de intencionalidad indeterminada, que constituyeron el 0,07% de los casos (Secretaría de Salud de Santander de Quilichao, 2022).

Por otra parte, entre los eventos de notificación obligatoria, el informe de 2023 reporta un total de 34 eventos de interés en salud pública hasta el mes de noviembre. El evento más frecuente fueron las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, representando el 32% de los casos notificados. Le siguieron los episodios de violencia de género (18%), los casos de dengue (13,8%), la morbilidad materna extrema (4,6%) y los intentos de suicidio (3,6%). Además, se observó un incremento significativo en la notificación

de casos de hepatitis B, en respuesta a un brote nacional de dengue, así como un aumento en los diagnósticos de cáncer de mama y de cuello uterino, con una variación cercana al 99%. (Secretaría de Salud de Santander de Quilichao, 2023).

Este panorama permite evidenciar no solo un aumento de los riesgos en salud mental y física, sino también una persistente vulnerabilidad frente a enfermedades transmisibles y crónicas. Como lo señalaron Mera-Urbano et al. (2022), en su estudio de caso sobre la implementación de la PAIS en el Cauca, las dificultades en el acceso efectivo a los servicios de salud se deben a múltiples factores, entre ellos, limitaciones económicas, barreras burocráticas administrativas, obstáculos geográficos, intereses individuales que priorizan el lucro sobre el bienestar colectivo, y una descoordinación entre los niveles de atención. Además, los autores destacan que la falta de integración entre las acciones de salud individuales y comunitarias agudiza las brechas de acceso y calidad.

En este sentido, resulta pertinente recordar el recuento histórico que realiza Mera-Urbano et al. (2022) sobre las distintas reformas impulsadas por el gobierno colombiano para garantizar el derecho a la salud. Estas reflexiones son especialmente relevantes en el marco de la presente investigación, dado que evidencian la necesidad de fortalecer los sistemas de salud locales, superar las barreras estructurales y avanzar hacia modelos de atención más equitativos y centrados en las comunidades.

2.1.4. La violencia como un determinante estructural de la salud en Colombia

La violencia tiene efectos devastadores en la salud de las personas y las comunidades, afectando múltiples dimensiones del bienestar físico, mental, social y comunitario. De acuerdo con el “Informe mundial sobre la violencia y la salud” de la OPS (2002), cada año más de 1,6 millones de personas mueren a causa de actos violentos, mientras que muchas más sufren lesiones físicas, trastornos mentales y afectaciones sociales duraderas que deterioran sus condiciones de vida.

Particularmente en contextos como el colombiano, donde la violencia prolongada y estructural ha dejado profundas cicatrices, la salud de las comunidades se ve afectada no solo en términos físicos, sino también de manera silenciosa en el bienestar mental, emocional y colectivo. Así, la violencia no se limita a generar daño corporal inmediato, sino que actúa como un problema crónico de salud pública, provocando colapsos en los servicios sanitarios y generando un alto impacto económico tanto a nivel nacional como territorial.

En el marco de la implementación del modelo de APS, resulta imprescindible reconocer y comprender el impacto que el conflicto armado ha tenido sobre la salud física y mental de las comunidades, en especial en territorios históricamente afectados como Santander de Quilichao, en el departamento del Cauca. Según Rodríguez et al. (2002), en su estudio sobre la salud mental en situaciones de conflicto armado, es urgente fortalecer y descentralizar los servicios de salud mental, particularmente

en los territorios más golpeados por la guerra y en las comunidades desplazadas. Además, los autores advierten que el abandono estatal y la precariedad institucional refuerzan el sufrimiento psicosocial, especialmente en las zonas rurales y marginadas, donde las memorias del dolor colectivo permanecen vivas y no atendidas.

A nivel territorial, investigaciones como la de Mera-Urbano et al. (2022) han documentado que la violencia interfiere de manera directa con el acceso efectivo a la APS. En su análisis del departamento del Cauca, señalan que las barreras económicas, geográficas y políticas, junto con la presencia de actores armados ilegales, los desplazamientos forzados, el asesinato de líderes comunitarios y los bloqueos territoriales, provocan una profunda desarticulación institucional y aumentan la carga de enfermedad mental y física en las poblaciones indígenas, afrodescendientes y campesinas.

Las cifras son contundentes: al corte del 29 de febrero de 2024, el Cauca registraba 362.031 personas reconocidas como víctimas del conflicto armado, y Santander de Quilichao se posicionaba como uno de los municipios más afectados, con un 18,1% de su población reconocida como víctima directa. Además, en 2023, la tasa de homicidios en el municipio alcanzó 123,2 por cada 100.000 habitantes, cifra alarmantemente superior al promedio nacional (25,6%) y al departamental (47,6%). Este panorama no solo evidencia el riesgo físico, sino también un profundo deterioro de la salud mental, la inseguridad emocional y la fragmentación de la confianza social e institucional (Unidad para las Víctimas, 2024a).

Por tanto, resulta fundamental ampliar la concepción de salud para incluir no solo el bienestar físico, sino también los procesos de justicia, memoria y reconstrucción social. Como señalan Sánchez Gómez (1990) y Pérez (2010), Colombia arrastra una profunda tradición guerrera que ha moldeado sus prácticas sociales, políticas y culturales, naturalizando el miedo y convirtiendo los espacios públicos en trincheras de resistencia y conflicto.

Frente a este escenario, iniciativas como Centinelas de la Salud no solo buscan fortalecer el empoderamiento comunitario en torno al cuidado de la salud, sino también fomentar procesos de resignificación del dolor, reapropiación del espacio, reconstrucción del tejido social y fortalecimiento de la resiliencia comunitaria. De esta manera, se abren caminos para la sanación colectiva y la construcción de paz desde las bases sociales.

En conclusión, la violencia en Colombia no solo afecta la salud individual y colectiva, sino que constituye un obstáculo estructural para el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Iniciativas como Centinelas de la Salud emergen como respuestas comunitarias a estas necesidades urgentes, reconociendo que la salud se construye también desde la memoria, la justicia social y la participación activa de las comunidades.

2.2 Marco conceptual

2.2.1. Categoría de análisis

La categoría central que orienta esta investigación es la innovación social en salud comunitaria desde la APS. Esta categoría busca comprender cómo las estrategias comunitarias de salud, en contextos de conflicto y vulnerabilidad, representan no solo respuestas sanitarias, sino también formas de transformación social.

Dentro de esta categoría se desarrollan cuatro subcategorías de análisis interrelacionadas. En primer lugar, se aborda la vigilancia basada en comunidad como estrategia de poder popular en salud, explorando cómo los mecanismos de participación ciudadana se convierten en herramientas de incidencia, gobernanza, movilización y acción concreta para las comunidades, fortaleciendo su capacidad de autogestión en el ámbito de la salud.

En segundo lugar, se examina la participación y el liderazgo comunitario como eje de sanación territorial, analizando el papel de los Centinelas de la Salud como sujetos activos en la reconstrucción del tejido social, quienes no solo promueven prácticas de cuidado, sino que también dinamizan procesos colectivos de resiliencia y memoria social.

La tercera subcategoría se centra en el diseño social e innovación adaptativa en contextos de conflicto, revisando de qué manera se generan respuestas creativas y contextualizadas a partir del diseño participativo, aplicando enfoques diferenciales y territoriales que

reconocen la diversidad y las particularidades culturales de cada comunidad. Finalmente, se analiza la resiliencia colectiva como resultado de procesos de cuidado social, explorando las transformaciones emocionales, organizativas y comunitarias que emergen a partir de la implementación de estrategias de salud participativa. Estas transformaciones no solo fortalecen la capacidad de afrontamiento de las comunidades, sino que reconfiguran el tejido social como base para procesos sostenibles de sanación y paz territorial.

2.2.2. APS: base para la equidad territorial

La APS se reafirma como una política fundamental para el desarrollo de sistemas de salud resilientes, sostenibles y centrados en las personas, tal como lo propusieron la Declaración de Alma-Ata (UNICEF, 1978) y, más recientemente, la Declaración de Astaná (OMS y OPS 2018). En el contexto colombiano, esta visión ha sido respaldada normativamente mediante la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconocen la salud como un derecho fundamental y consolidan la APS como su eje vertebral.

En este marco conceptual y normativo, la estrategia Centinelas de la Salud representa una materialización del espíritu de la APS. Su diseño e implementación incorpora mecanismos comunitarios, promueve un enfoque preventivo, fomenta la acción intersectorial y dinamiza procesos participativos que fortalecen las autonomías territoriales y la gestión comunitaria de la salud.

2.2.3. Vigilancia basada en comunidad: gobernanza y sanación desde la base social

En cuanto a los mecanismos de vigilancia en salud pública, el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido dos estrategias principales para la detección, identificación y recolección de información sobre eventos de interés. La primera, conocida como vigilancia basada en indicadores, implica que los eventos son identificados desde las instituciones de salud en los territorios. La segunda, denominada vigilancia basada en eventos, se enfoca en detectar señales de posibles eventos de salud pública a través del monitoreo de noticias, redes sociales y la participación comunitaria; esta última es conocida como Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) (Prieto Alvarado et al., 2025).

La VBC se concibe, entonces, como un proceso participativo mediante el cual las comunidades identifican, analizan y actúan sobre los eventos de salud pública que afectan su bienestar, apoyándose en su conocimiento del territorio, sus dinámicas sociales, su ancestralidad y su propia gobernanza. De acuerdo con Pérez Martínez (2011), es necesario que la vigilancia en salud pública transite de un enfoque puramente técnico hacia uno participativo, en el que las comunidades no sean consideradas únicamente fuentes de información, sino también agentes de transformación social y sanitaria. En la misma línea, Hleap Borrero (2008) enfatiza que la vigilancia comunitaria otorga un rol protagónico a los actores locales, permitiéndoles construir conocimiento epidemiológico desde su cotidianidad, su

medicina tradicional y sus prácticas propias de sanación.

En este contexto, la estrategia Centinelas de la Salud representa una evolución avanzada de la vigilancia participativa en salud. Su valor radica en varios aspectos fundamentales:

- La creación de una amplia red territorial de líderes comunitarios, los Centinelas de la Salud, que se encargan de recopilar información, reportar eventos y activar rutas de atención en salud pública, tanto en zonas rurales como urbanas.
- La articulación interinstitucional con entidades como los Equipos Básicos en Salud (EBS), los Centros de Escucha, las Zonas de Orientación Escolar, el Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM), la Casa de la Mujer Empoderada, la Casa de Justicia, la Personería Municipal, la ESE Quilisalud, la Secretaría de Salud y el Hospital Francisco de Paula Santander.
- El uso de herramientas participativas como la cartografía social, el análisis DOFA comunitario, el mapeo de riesgos y el diseño de rutas de notificación adaptadas al lenguaje y contexto local.
- La implementación de materiales pedagógicos lúdicos, uniformes de identificación y recursos de apoyo para los 372 Centinelas de la Salud que actualmente están activos en el territorio.

2.2.4. La innovación social, motor de transformación en salud comunitaria

La innovación social emerge como una herramienta poderosa para enfrentar desafíos complejos en salud pública, especialmente en

comunidades marcadas por la exclusión, la inequidad y los efectos persistentes del conflicto armado. En este ámbito, la innovación social se expresa como la capacidad de co-crear soluciones que surjan desde los propios territorios, integrando saberes locales, tecnologías sociales, ancestralidad, gobernanza comunitaria y la participación activa de sus habitantes (Moulaert y Nussbaumer, 2005; Hernández-Ascanio et al., 2016). Esta perspectiva reconoce que el conocimiento y la acción no deben imponerse de manera externa, sino construirse desde las dinámicas sociales propias de cada comunidad.

Desde una mirada económica, Joseph Schumpeter (1978) identifica a la innovación como el motor del cambio social y económico, resaltando su papel fundamental en la transformación de las estructuras productivas y organizativas. Esta concepción se complementa con los aportes de autores como Barzola (2018) y Burkett (2013), quienes destacan que las innovaciones sociales genuinas no solo buscan mejorar la eficiencia, sino que transforman la manera de relacionarse, liderar y construir lo público desde una perspectiva de lo común y de la colaboración.

En este sentido, metodologías como el diseño social y el Design Thinking cobran especial relevancia, ya que permiten interpretar las prácticas comunitarias como formas creativas y adaptativas de responder a necesidades históricamente desatendidas. De acuerdo con Moulaert y Nussbaumer (2005), el enfoque de la innovación social se fundamenta en valores como la solidaridad y la reciprocidad, entendidos como ejes estructurantes de nuevas dinámicas sociales. Por su parte, Porter (1990) señala que innovar implica desarrollar nuevas maneras de hacer las cosas, entendiendo la innovación como un proceso continuo de mejora que abarca no solo productos o servicios, sino también relaciones sociales y estructuras organizativas.

Los autores Hernández-Ascanio et al. (2016) profundizan en esta mirada al indicar

que, si bien una primera aproximación a la innovación la vincula con la creatividad aplicada a los mercados y al valor económico, su verdadero impacto se revela en la transformación del tejido social, en la mejora de las condiciones de vida y en el fortalecimiento del bienestar colectivo. Así, la innovación social no se limita a la generación de valor económico, sino que implica cambios estructurales que benefician a la sociedad en su conjunto.

Desde la perspectiva de las políticas públicas, una referencia importante es la experiencia de la iniciativa SINGICOM (Social Innovation Governance and Community Building), patrocinada por la Comisión Europea entre 2001 y 2004. De este proceso surge el proyecto ALMOLIN (Alternative Model of Local Innovation), liderado por Frank Moulaert y su equipo de la escuela francesa, quienes proponen modelos de desarrollo comunitario sostenible como alternativas al modelo urbano-territorial basado exclusivamente en el mercado (Moulaert y Nussbaumer, 2005; Mokate y Saavedra, 2005). Aunque existe cierta fragmentación conceptual en torno a la innovación social, en su objetivo más profundo se identifica un elemento común: la búsqueda de cambios significativos que resuelvan problemáticas socialmente relevantes.

Asimismo, desde una perspectiva comunicacional, Frascara (2000) destaca que el rol de las comunicaciones visuales no se limita a la producción y distribución de mensajes, sino que debe ser evaluado a partir del efecto que provoca en las personas. Esta mirada resalta la importancia de la innovación no solo en los contenidos, sino también en su capacidad de transformación social.

Bajo esta comprensión, la estrategia Centinelas de la Salud, vigilantes para la vida puede ser interpretada como una experiencia viva de innovación social en salud. Esta iniciativa articula mecanismos de vigilancia comunitaria, empoderamiento ciudadano, gobernanza participativa, sostenibilidad territorial y

procesos de sanación colectiva, respondiendo de forma diferencial y contextualizada a determinantes sociales de la salud profundamente arraigados y normalizados en el territorio.

2.2.5. Diseño social: herramienta de transformación y empoderamiento social

El diseño social se presenta hoy como una herramienta poderosa para la transformación y el empoderamiento social, particularmente en contextos de cambio y vulnerabilidad (Papanek, 1977). El diseño debe convertirse en una vía para que los jóvenes participen activamente en una sociedad cambiante, asumiendo un compromiso moral y social frente a los desafíos del mundo contemporáneo y se vincula a fines y objetivos del trabajo social, ya que, al igual que en esta disciplina, quienes diseñan en el ámbito de lo social buscan profesionalmente el bienestar de individuos, grupos, comunidades y organizaciones (Castillo de Mesa y Méndez Domínguez, 2021).

Varios autores coinciden en caracterizar el diseño social como una práctica transformadora. Burkett (2013) lo define como la aplicación de principios del diseño para abordar realidades sociales como la pobreza o el aislamiento, con el objetivo último de construir sociedades más justas y sostenibles. De manera complementaria, Margolin y Margolin (2002) entienden el diseño social como una práctica orientada a la satisfacción de necesidades humanas, en contraposición a las lógicas tradicionales del mercado. Esta concepción de la responsabilidad del diseñador es también retomada por Huidobro (2005), quien en su Manual de ética para el diseño subraya

que el trabajo de los diseñadores puede incidir incluso en las formas de pensar y de ser de las personas, lo que incrementa su nivel de responsabilidad social.

En este orden de ideas, Barrera y Quiñones (2008) definen el diseño socialmente responsable como la capacidad de abordar problemas fundamentales de la sociedad de manera integral, superando las exigencias del mercado. Desde esta perspectiva, el diseño responsable debe plantear proyectos que consideren los intereses de todas las personas involucradas, asumir un compromiso con la sociedad y la naturaleza, y responsabilizarse por las consecuencias sociales, económicas y ambientales de sus acciones.

En los últimos años, el campo del diseño ha continuado expandiéndose, incorporando nuevas perspectivas como el Diseño centrado en las personas (Human-Centred Design

Según IDEO (2015), el diseño centrado en las personas es un proceso y un conjunto de técnicas para crear soluciones innovadoras que respondan a las necesidades reales de los usuarios. Estas soluciones pueden incluir productos, servicios, espacios, organizaciones y modos de interacción, siempre partiendo de una comprensión profunda de las experiencias y perspectivas de quienes están directamente implicados.

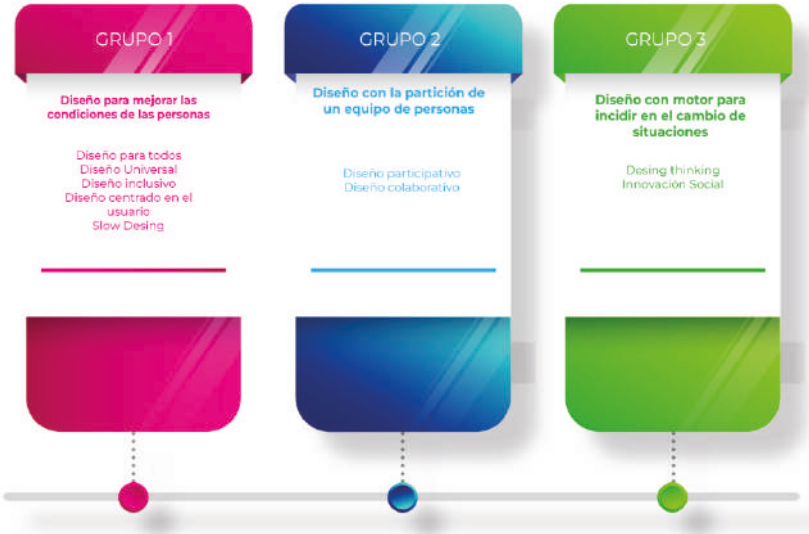


Figura 10.
Grupo de WhatsApp Centinelas de la Salud

Metodologías para estudiar la relación diseño-bienestar humano

Nota. Ramírez Triana et al. (2012)
Seguidamente, la Figura 2 profundiza en las metodologías orientadas a mejorar las condiciones de vida de las personas,

	Diseño para todos	Diseño Universal	Diseño Inclusivo	Diseño Centrado en el Usuario	Slow Desing
Concepto	Igualdad de oportunidades y participación	Uso generalizado, independiente y natural	Uso de tantas personas como sea posible	Centrado en las necesidades e intereses del usuario	Impactar positivamente en los seres humanos y en la naturaleza
Escenario	Entornos Objetivos Servicios Cultura Información	Entornos Productos tecnologías Servicios Información Comunicación	Productos convencionales y/o servicios	Productos	Productos Entornos Sistemas
Características	-Accesible Útil	-Accesible -Comprensible Fácil de usar, sin adaptaciones o soluciones especializadas	-Accesible Utilizables sin adaptación especial ni diseño especializado	-Utilizables Comprensibles	-Local Diversidad cultural -Redes Intercambio de ideas -Innovación
Principios o Filosofía	-Respetuoso -Seguro -Saludable -Funcional -Estético	-Uso equitativo -Flexibilidad de uso -Uso sencillo e intuitivo -Información perceptible -Tolerancia con el error -Esfuerzo físico limitado -Tamaño y espacio	-Funcional -Útil -Deseable -Viable	Utilizar el conocimiento Simplificar las tareas Cosas visibles Realizar bien las topografías Explorar las limitaciones Diseñar dejando margen al error -cuando todo lo demás falla, normalizar	-Reducir uso humano, económico -Reposicionar el diseño -Diseñar para la diversidad y el pluralismo -Diseñar para una visión a largo plazo -Diseño para el presente continuo -Diseño, contrapeso a la velocidad

Figura 2.
Metodologías para estudiar la relación diseño-bienestar humano

Nota. Ramírez Triana et al. (2012)

Finalmente, en la figura 3 se expone las metodologías en las que el diseño actúa como un motor para incidir en el cambio de las situaciones sociales. Se destacan enfoques como el Design Thinking y la innovación social, orientados a la resolución de problemas y la transformación colectiva.

	Desing Thinking	Innovación Social
Concepto	Más que diseño, contempla solución de problemas	Más que diseño, contemplacambios de comportamiento social
Escenario	Resolución de problemas	Sociedad
Características	-Conocimiento del contexto del problema -Generación de ideas -Ajuste de soluciones al contexto	-Trabajo en equipo interdisciplinario -Trabajo con diferentes actores de la sociedad
Principios o Filosofía	-Respetuoso -Seguro -Saludable -Funcional -Estético	-Cambios sociales para mejorar satisfacción de necesidades -Mejorar las relaciones interpersonales y de empoderamiento -Promover el desarrollo y/o el cuidado por el medio ambiente

Figura 3.
Metodologías de diseño para el cambio y la calidad de vida

Nota. Ramírez Triana et al. (2012)

A continuación, se realiza una profundización en metodologías que complementan esta investigación, enfocándose en el Design Thinking y el diseño social, herramientas que se articulan con la innovación social, columna vertebral de este proyecto de investigación enmarcado en la Maestría en Gerencia de la Innovación Social.

De igual forma, Ramírez Triana et al. (2012) proponen metodologías que vinculan explícitamente el diseño con el bienestar humano, agrupándolas en tres grandes enfoques que atienden tanto a las necesidades materiales como a las dimensiones emocionales y relacionales de las personas.

Ahora bien, la Figura 1 presenta una clasificación general de metodologías que vinculan el diseño con el bienestar humano. A través de tres enfoques principales, se organiza cómo distintas prácticas de diseño contribuyen a mejorar las condiciones de vida, fortalecer la participación social o impulsar cambios estructurales.

Design Thinking

Para comprender el origen del Design Thinking, es necesario retroceder a finales de los años ochenta, cuando David Kelley, cofundador de la firma de diseño IDEO y profesor en la Universidad de Stanford, comenzó a desarrollar este

concepto. Posteriormente, su masificación se atribuye a Tim Brown, también profesor de la Universidad de Stanford y director de IDEO, quien explicó y popularizó el término en un artículo publicado en la Harvard Business Review en 2008 (Chacón, s. f.).

Según Abrell (2016), el Design Thinking es un enfoque que busca resolver problemas de manera colectiva y colaborativa, priorizando la empatía hacia los actores involucrados en el proceso. Este método genera soluciones innovadoras capaces de producir nuevos significados, estimulando diversos aspectos de la experiencia humana, tanto a nivel cognitivo, emocional como sensorial. De igual modo, Design Thinking pone a las personas en el centro del proceso creativo, reconociéndolas como fuentes vivas de insights fundamentales para la innovación. Así, este enfoque promueve relaciones positivas, además de fortalecer competencias y habilidades tanto individuales como colectivas, orientadas a mejorar la calidad de vida y el bienestar social de manera complementaria (Frow et al., 2015; Luebbe y Weske, 2010; Rhinow y Meinel, 2014).

Vale agregar que el Design Thinking pone a las personas en el centro del proceso crea-

tivo, reconociéndolas como fuentes vivas de insights fundamentales para la innovación. Así, este enfoque promueve relaciones positivas, además de fortalecer competencias y habilidades tanto individuales como colectivas, orientadas a mejorar la calidad de vida y el bienestar social (Frow et al., 2015; Luebbe y Weske, 2010; Rhinow y Meinel, 2015).

En cuanto a su estructura metodológica, García Peralta (2021), a partir de la revisión del Instituto D.School Executive Education realizada por Balcitis (2019), describe las principales fases del Design Thinking, las cuales serán desarrolladas a continuación:

La primera fase es empatizar, donde se busca comprender profundamente a los usuarios dentro del contexto del desafío de diseño. Durante esta etapa, se trabaja de manera cercana con las personas, observando sus comportamientos y la forma en que interactúan con su entorno, lo que permite captar indicios sobre sus pensamientos, emociones y necesidades. La segunda fase es definir, cuyo propó-

sito es aportar claridad y enfoque al problema identificado. En este momento, se elabora una declaración de problema precisa y significativa, conocida como punto de vista, que orientará el proceso creativo hacia una dirección concreta y accionable. La tercera fase, idear, se centra en la generación amplia de ideas. Aquí, el objetivo es pasar de la identificación del problema a la creación de posibles soluciones, fomentando la creatividad y explorando diversas alternativas para responder a las necesidades de los usuarios.

Posteriormente, en la fase de prototipar, se desarrollan representaciones tempranas de las soluciones propuestas. A través de la creación de prototipos de baja fidelidad, rápidos, económicos y accesibles, se busca recoger retroalimentación valiosa que permita ajustar y mejorar las propuestas antes de llegar a una solución final. Por último, en la fase de testear, los prototipos son sometidos a la evaluación de los usuarios. Esta etapa es clave para obtener comentarios directos que permiten refinar,

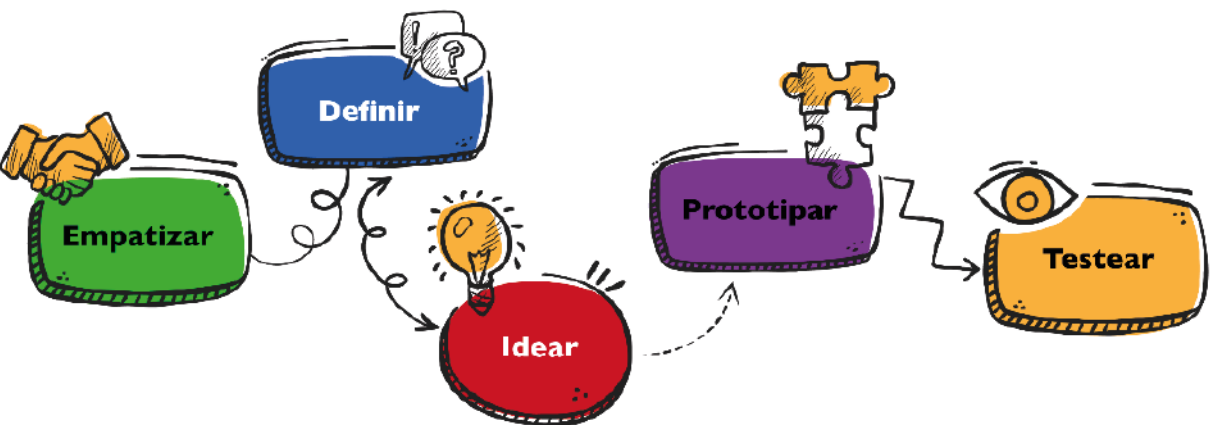


Figura 4.
Fases del Design Thinking

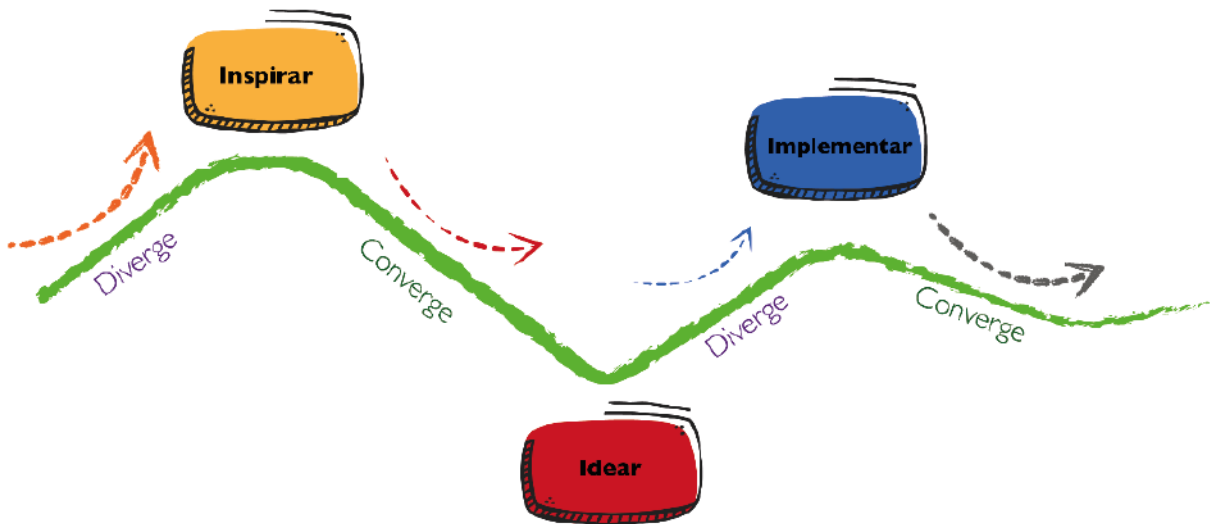


Figura 5.
Fases para el proceso de innovación

corregir y fortalecer las soluciones diseñadas, asegurando que respondan efectivamente a las necesidades reales de quienes serán los destinatarios finales.

Según la metodología de Human-Centered Design (HCD) propuesta por IDEO (2015), el proceso de innovación se estructura en tres fases esenciales: inspiración, ideación e implementación. Cada una de estas etapas permite avanzar de la comprensión profunda de los usuarios y sus necesidades, hacia la generación y puesta en práctica de soluciones innovadoras.

En síntesis, el enfoque de HCD ha encontrado un amplio campo de aplicación en el sector de la salud. De acuerdo con Melles et al. (2021), el éxito del HCD en este ámbito radica en su naturaleza participativa, ya que involucra activamente a los pacientes, promueve un pensamiento sistémico que considera la complejidad de los entornos de atención, y orienta su análisis hacia la identificación de las causas raíz de los problemas, más allá de los síntomas superficiales.

En un mundo donde las crisis sanitas, sociales y ambientales se entrelazan cada vez con mayor complejidad, la innovación social es un faro ineludible para repensar el sistema de salud pública. Innovar en salud pública significa transformar la manera en que concebimos, gestionamos y garantizamos el derecho a la salud, aún más en territorios dispersos o en su efecto víctimas de una violencia sistemática que día a día se agudiza más.

La innovación social reconoce a las comunidades como agentes de cambio, no como simples receptoras pasivas de los servicios. Integra el conocimiento, los saberes ancestrales, la medicina propia y las experiencias locales en la construcción de estrategias sanitarias más humanas y sostenibles y responde a determinantes sociales de la salud como el conflicto armado y las barreras de acceso.

La estrategia Centinelas de la Salud, vigilantes para la Vida materializa esa visión

de la innovación social de no limitarse a intervenir sobre las enfermedades y campañas de prevención en salud, sino que promueve procesos de sanación social, vigilancia participativa, transformación cultural, crear capacidades locales, dignificar saberes ancestrales y construir nuevas formas de gobernanza comunitaria.

El proyecto Centinelas de la Salud, vigilantes para vida se proyecta como una buena práctica y símbolo de que la innovación social en salud no solo es posible, sino necesaria. Esta experiencia demuestra que los procesos de transformación, sanación y construcción de futuros más saludables, sostenibles y dignos deben impulsarse desde las bases comunitarias, reconociendo a las personas, sus dinámicas sociales y territoriales como protagonistas activos del cambio. Apostar a la innovación social en salud es sembrar semillas de bienestar, reconstruir la filigrana del tejido social y la resiliencia colectiva desde la fuerza colectiva de los territorios.



CAPÍTULO 3

3.1. Sistematización de la experiencia

Esta sistematización surge de la reconstrucción de una experiencia emblemática en salud pública que, de una manera empírica, implementó estrategias de innovación social. Este proceso se sustenta en la información proporcionada por la Empresa Social del Estado de baja complejidad y la Secretaría Local de Salud de Santander de Quilichao, Cauca, Colombia. A partir del análisis de estas fuentes institucionales, se evidenció un proceso que va más allá de la prestación tradicional de servicios en salud y se configura como una apuesta estratégica para construir salud pública desde la participación social, la resiliencia y la sanación comunitaria.

La estrategia Centinelas de la Salud, vigilantes para la vida se presenta como una evidencia tangible de que, incluso en un territorio históricamente atravesado por el conflicto, es posible gestar prácticas innovadoras que transformen la vigilancia epidemiológica y la gobernanza en salud. Este cambio se logra por medio de un acto colectivo de cuidado

y empoderamiento ciudadano. De esta forma, esta sistematización no busca únicamente documentar la experiencia, sino también otorgarle reconocimiento como un modelo replicable de APS y VBC territorializada, capaz de inspirar nuevas intervenciones a nivel nacional e internacional. Es así como, desde este punto de vista, el ejercicio realizado reafirma la relevancia de las prácticas locales como fuentes legítimas de conocimiento, transformación social y fortalecimiento de la salud pública con rostro comunitario.

Vale agregar que, esta investigación se basa en la metodología de sistematización de experiencias, entendida como un proceso participativo que pretende reconstruir, interpretar y resignificar críticamente la experiencia, al generar aprendizajes útiles para su mejora, replicabilidad y proyección. Se retoma principalmente el enfoque de Jara Holliday (2018), quien propone sistematizar desde la vivencia, el diálogo de saberes y la práctica reflexiva.

La propuesta de Jara Holliday (2018), sigue cinco momentos clave que establece su metodología cualitativa. A continuación, se describen brevemente: el primero es el punto de partida, donde se establece el contexto, se identifican los actores involucrados y se definen los objetivos de la sistematización. El segundo son las preguntas iniciales, las cuales formulan los interrogantes centrales que guían el análisis. El tercero es la recuperación del proceso vivido, allí se recopilan y analizan los datos desde una perspectiva participativa.

Esto permite reconstruir el proceso de manera integral. El cuarto es la reflexión de fondo, donde se realiza una interpretación crítica de los aprendizajes obtenidos. Esta se relaciona directamente con el contexto de la experiencia. Finalmente están los puntos de llegada, en este caso se organizan los hallazgos y se formulan propuestas. Además, se consideran posibles aplicaciones para futuras intervenciones.

3.1.1. Punto de partida

Esta fase metodológica se enlaza directamente con el primer objetivo específico, el cual se centra en documentar y caracterizar los hitos claves en la implementación de la estrategia Centinelas de la Salud. Para ello, se adoptó el enfoque cualitativo propuesto por Jara Holliday (2018), como se mencionó anteriormente. Se llevó a cabo una revisión documental de informes técnicos de la ESE Quilisalud; a su vez, se desarrollaron entrevistas semiestructuradas con miembros del equipo social y centinelas activos. También se realizó un análisis cronológico y narrativo de la estrategia, desde su creación en el año 2020 hasta su consolidación en 2024.

Todo comenzó en medio de la emergencia sanitaria provocada por el COVID-19; sin embargo, las raíces de esta experiencia eran más profundas: pobreza multidimensional, violencia armada, desconfianza institucional y dispersión geográfica. En este contexto, el municipio de Santander de Quilichao albergaba comunidades incrédulas, con sus saberes dormidos.

La sistematización de la estrategia Centinelas de la Salud, vigilantes para la vida nace de la necesidad de identificar, analizar y visibilizar una práctica significativa y replicable de innovación social en salud pública comunitaria. Esta estrategia, implementada en Santander de Quilichao, se consolidó también en un contexto marcado por el recrudecimiento del conflicto armado, el estallido social que transformó las dinámicas sociales del país y una deuda histórica en el acceso al derecho a la salud.

Desde una ESE de baja complejidad y con el apoyo de la Secretaría Local de Salud, se fomentó la participación activa de las comunidades a través de una red de vigilancia comunitaria que no solo reporta eventos sanitarios, sino que también motiva, plantea y actúa con base en conocimientos de primeros auxilios, transforma entornos y fortalece la resiliencia colectiva. Entre el 2020 y 2024, la estrategia fue creciendo como una semilla nutrida por el compromiso comunitario y el trabajo territorial realizado durante las primeras fases. Lo que inició con 91 líderes hoy conforma una red de 393 centinelas, hombres y mujeres de base comunitaria que, en el marco del proceso de cualificación, aprendieron a leer sus territorios con ojos de salud pública y alma de liderazgo.

Uno de los factores centrales en el desarrollo de esta estrategia fue la voluntad política y la decisión institucional de conformar un equipo interdisciplinario, con enfoque comunitario y territorial, integrado por profesionales comprometidos con la salud pública. En este sentido, Pérez Martínez (2011) manifestó que la efectividad de las estrategias de

vigilancia depende del involucramiento directo de los actores comunitarios, quienes conocen mejor que nadie los riesgos, narrativas y recursos de su entorno. De manera complementaria, Hleap Borrero (2008) señaló que la vigilancia comunitaria debe entenderse como una co-construcción del conocimiento epidemiológico, en la cual el liderazgo social resulta primordial para detectar, comunicar y dar respuesta a los riesgos sociales y sanitarios presentes en el territorio.

La ESE estructuró su equipo social con el objetivo de fortalecer el componente comunitario de la estrategia Centinelas de la Salud. Este equipo se conformó por los siguientes perfiles:

- Un psicólogo comunitario y una enfermera jefe con formación en salud pública.
- Un comunicador social con conocimientos en salud pública, encargado de liderar las estrategias de educación y movilización comunitaria.
- Gestores sociales con cobertura directa en los microterritorios rurales y urbanos. Este grupo integró, además, dos perfiles que aportaron a la inclusión del proyecto: una persona con discapacidad cognitiva y una persona sobreviviente de cáncer.
- Un equipo social prioritario, con el objetivo de brindar un servicio integral y de calidad a sus pacientes. Según Villa Gómez y Insuasty Rodríguez (2016), es necesario contar con equipos mixtos integrado por profesionales y miembros de las comunidades, quienes tienen un conocimiento local invaluable para fomentar, fortalecer, crear y respaldar procesos afianzados en la base social.
- Los Núcleos de APS conformados por un equipo interdisciplinario que incluye una enfermera jefa, un médico, un técnico en saneamiento, un técnico de salud pública, un auxiliar de laboratorio y auxiliares de enfermería. Cada miembro cumple un papel fundamental en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención oportuna a los pacientes.

3.1.2. Las preguntas iniciales:

El proceso de sistematización de la estrategia Centinelas de la Salud, Vigilantes para la vida partió del reconocimiento de una multiplicidad de experiencias, aprendizajes y desafíos vividos por los diversos actores territoriales implicados. Se tuvieron espacios de diálogo con actores tanto institucionales como comunitarios. Estos espacios permitieron sirvieron para construir un hilo conductor para interpretar los sentidos construidos directamente desde la voz de los protagonistas. En la configuración de este ejercicio de caracterización se presentan fragmentos textuales que dan cuenta de las percepciones de quienes vivieron y co- construyeron la experiencia desde distintas visiones.

“Ser Centinela de la salud, para mí, ha sido muy gratificante, me ha abierto muchas puertas para trabajar por mi comunidad, saber cómo direccionar, vigilar y que tengan una atención de calidad y poder ser un puente con las instituciones, que tengan pues una respuesta a tiempo según su necesidad me llena de orgullo y ser parte de esa gran familia me llena de mucho, pero de mucho orgullo y satisfacción. Así es como nace la idea de la Botica comunitaria para ayudar, brindar apoyo a las necesidades con la falencia en la entrega de medicamentos, la botica ha sido de gran ayuda para suplir a quien más lo necesita. Estas donaciones son de la misma comunidad y para la comunidad. Por eso me llena de orgullo ser la vocera, ser la encargada de esta botica, donde yo puedo ayudar las comunidades que lleguen a nuestra casa para que tengan cómo suplir las necesidades”. Jenny Hurtado – Centinela de la Salud encargada de La Botica Comunitaria.

“En Santander de Quilichao, la salud no se concibe como un servicio aislado ni como una respuesta fragmentada. Para nosotros, es un

derecho, una oportunidad y un camino hacia la autonomía. En este territorio con vocación de lucha y esperanza, la Atención Primaria en Salud (APS) y la promoción de la salud hacen parte del ADN colectivo, porque entendemos que la salud comienza donde las personas viven, aprenden, trabajan y se relacionan.

“Asumimos con convicción el concepto de la Organización Mundial de la Salud: la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y mejorarla. Desde esta perspectiva, fortalecemos la capacidad de nuestras comunidades para tomar decisiones informadas, autogestionar su desarrollo y construir una autonomía que no es solo social, sino también económica y política. En ese marco nace la estrategia Centinelas de la Salud, como una idea que se convierte en realidad desde lo comunitario. Esta apuesta busca que el primer contacto no sea entre un usuario y un consultorio, sino entre la comunidad organizada y un sistema de salud que reconoce su responsabilidad territorial. Así, promovemos una relación más humana, más justa, más cercana entre el Estado y su gente. Los Centinelas de la Salud son un símbolo de cómo se transforma la gestión en salud: dejando capacidad instalada, generando participación real, y construyendo un modelo donde la salud se ve, se siente y se vive como un factor clave del desarrollo local. Estamos convencidos de que dejar huella es más que ejecutar proyectos: es sembrar capacidades, formar liderazgo y tejer comunidades que cuidan la vida. En Quilichao, la salud es eso: presente y futuro; cuidado y transformación; raíz y camino”. Lucy Amparo Guzmán González, ex alcaldesa del municipio de Santander de Quilichao, periodo 2020- 2023.

“Mi experiencia como Centinela de la Salud, fue algo muy gratificante, algo único que pude hacer por el bienestar de mi comunidad. Fue una etapa muy bella en Quilisalud, donde pudimos ayudar a muchas personas, desde la ges-

ción de una cita, hasta la vigilancia como tal que pudimos realizar en la comunidad. Todo fue algo muy chévere, y ojalá sigan apareciendo muchos más programas como este, que permitan fomentar desde las comunidades ese conocimiento para velar por el bienestar de cada una de las personas”. Miguel Jurado – Gestor Social.

“La oportunidad que he tenido como Centinela de la Salud, tanto en lo urbano como en lo rural, me sirvió para crecer en mis conocimientos y para poderle brindar una orientación adecuada a la comunidad, sentir que somos valiosos y apoyados por la comunidad y respaldados por un ente de salud el cual se preocupa y se esmera en ello. Para mi fue una experiencia muy magnífica y enriquecedora. Agradezco a todos lo que hicieron posible que yo participara en esta hermosa labor”. Gina González, Centinela de la Salud, barrio El Porvenir.

“Ser gestora social para mi significa dar un alivio y un aporte de confianza en la recuperación de la salud de las comunidades, siendo esto una experiencia maravillosa donde se gestionó y se trabajó con amor, también se brindó el apoyo a la comunidad en los déficits de acceso a la salud y se propuso acciones y planes de trabajo que minimizaron los eventos adversos en salud. Fue también un aprendizaje hermoso donde pude observar mi comunidad con empatía y humanización y donde me hace pensar que siempre que se pueda aportar, será retribuido con amor”. Leidy Johanna Herrera, Gestora Social.

“Son muy importantes las formaciones que hemos tenido ya que nos han permitido romper mitos y desconocimiento que hemos tenido, con todos los conocimientos que hoy tenemos podremos apoyar más a nuestras comunidades”. Yaneth Tenorio, Centinela de la Salud.

“Para mi los Centinelas de la Salud hacen parte de una gran estrategia, que aporta demasiado a

la comunidad, al desarrollo social, económico, teniendo en cuenta que muchos de esos centinelas son líderes comunitarios que toda la vida han trabajado por su comunidad, buscando que haya un bienestar para los habitantes. Esto sin duda contribuye mucho a la mejora de la calidad de vida de estos habitantes, también son un puente importante para las instituciones ya que hacen ese enlace entre el territorio y la institucionalidad, eso nos ayuda a tener una mejor vigilancia epidemiológica a identificar amenazas, que de pronto desde las instituciones no se conocen, y los mismos comuneros saben cuales son las necesidades que tienen en sus territorios y pues eso aporta a que las instituciones puedan llevar programas enfocados a esas necesidades y de esta manera se puedan suplir y para mi vida, los centinelas me permitieron fortalecer habilidades, poder aprender a comunicarnos con las comunidades, ha sido gratificante ya que muchas personas encuentran en uno alguien con quien hablar, sobre las falencias que se presentan en su vida y su comunidad, encuentran en uno como un referente, entonces eso es muy gratificante para la vida de uno". **Fabiana Lasso, Gestora Social.**

"La función de nosotras como centinelas de salud es velar y apoyar a cada una de las personas que necesite, no solo en nuestra comunidad, sino en los distintos lugares, porque hay muchas personas que desconocen sus derechos y pueden estar enfermos y por no tener un acompañamiento pueden llegar a agravarse y no asisten a los distintos centros de salud. Entonces, nosotros como Centinelas de la salud somos voceras en los puestos de salud y hospitales, para dar a conocer el estado, la condición en que viven o que se encuentran las personas que no tienen esa facilidad de conocer y asistir a los lugares determinados.

Entonces nosotros como conocedora de cada uno de nuestros vecinos, de nuestras amistades y en la forma que se encuentra, nosotros podemos llegar a profesionales como,

trabajo social, y otras prestadoras de salud y dar a conocer lo que esta padeciendo nuestras personas, nuestras comunidades". **Zoila Arizala Caicedo, Centinela de la Salud.**

3.1.3. La recuperación del proceso vivido

En esta fase se llevó a cabo la recopilación y análisis de datos desde una perspectiva participativa y multidimensional. Se revisaron informes institucionales, documentos técnicos, DOFA, presentaciones de rendiciones de cuentas y la cartilla escrita por la coordinadora del proyecto. Esta información ayudó a reconstruir el proceso desde múltiples voces y enfoques.

La estrategia de Centinelas de la Salud, vigilantes para la vida parte de un proceso acumulativo, profundamente territorializado y participativo, cuyo desarrollo ha involucrado diferentes fases y niveles de intervención. Desde la metodología propuesta por Jara Holliday (2018), esta sección permite dar cuenta del recorrido vivido en los territorios, por medio del ejercicio de acción-reflexión y de la producción social del cuidado.



Figura 6.
Línea de tiempo Red de Centinelas de la Salud (2020-2021)

Nota. Elaboración propia con base en E.S.E, documento interno (2024)



Figura 7.
Línea de tiempo Red de Centinelas de la Salud (2021-2024)

Nota. Elaboración propia con base en E.S.E, documento interno (2024)

Resumen de los principales indicadores acumulados de la estrategia (2020-2024)

- 6.914 familias caracterizadas.
- 2.205 alertas individuales identificadas e intervenidas.
- 695 planes de cuidado familiar desarrollados.
- 1 caja de herramientas con el Manual del Centinela.
- 193 microterritorios intervenidos.
- 393 centinelas activos formados.
- 101 talleres comunitarios realizados
- 1.166 participantes directos en actividades comunitarias.
- Presencia en 33 zonas rurales y 13 urbanas.
- Articulación con EBS y dispositivos comunitarios.
- Fortalecimiento de la botica comunitaria.
- Diplomado en APS en alianza con la Universidad del Valle (ESE Quilisalud, documentos internos, 2020, 2024, 2025).

3.1.4. La reflexión de fondo: aprendizajes y tensiones

Esta cuarta etapa es un momento esencial dentro del proceso de sistematización propuesto por Jara Holliday (2018), al invitar a una lectura crítica, situada y estratégica de los aprendizajes emergentes, sus implicaciones, su replicabilidad y las tensiones estructurales que atraviesan la estrategia. Centinelas de la Salud tiene una articulación teórica con enfoques contemporáneos de APS y VBC, una base empírica sólida y prácticas de innovación social con un enfoque territorial. Desde

esta perspectiva, se identificaron cuatro dimensiones que le dan orden al análisis:

3.1.4.1. Pertinencia territorial

Esta se relaciona con el primer objetivo específico de la investigación, y evidencia que uno de los hallazgos principales es la pertinencia de la estrategia para la salud pública, particularmente en contextos históricamente desatendidos y marcados por profundas problemáticas sociales. La experiencia ha dado respuestas a una realidad precisa: la desconexión entre un sistema de salud centralizado, diseñado desde el interior del país, y las dinámicas de vida de las comunidades, tanto en zonas urbanas marginadas como en territorios rurales dispersos. Herramientas como la cartografía social, la caracterización familiar y las alertas comunitarias han ayudado a que la vigilancia epidemiológica sea más eficaz al partir del conocimiento situado, el liderazgo local y la acción colectiva organizada.

Casos como el fortalecimiento de la botica comunitaria, la articulación con sabedores ancestrales y la activación de redes de apoyo en salud mental, incluyendo Centros de Escucha y Zonas de Orientación Escolar, son ejemplos empíricos de cómo el enfoque comunitario permitió dar respuestas flexibles y culturalmente pertinentes a situaciones que los modelos tradicionales de atención en salud no logran abordar.

3.1.4.2. Innovación institucional

Esta se vincula con el segundo objetivo específico. Se concluye que Centinelas de la Salud reorganizó el flujo convencional de poder, conocimiento y toma de decisiones dentro del sistema local de salud. Por medio de la incorporación de los centinelas como nodos de una gran red humana con activos de información, cuidado, acompañamiento y capacidad instalada, se transformó el rol comunitario frente a la salud: pasó de ser receptora pasiva de servicios a convertirse en productora de vigilancia, promotora de salud, agente de mantenimiento del bienestar y corresponsable del cuidado colectivo.

Esta innovación representa una transformación profunda en las lógicas tradicionales de atención. El centinela no se limita a ser un informante; es un actor con agencia, voz y legitimidad. Además, la estrategia introdujo elementos de diseño social adaptativo, tales como el desarrollo de rutas comunitarias, el uso de WhatsApp para la notificación en tiempo real de eventos en salud, la segmentación territorial por microterritorios y la apropiación de metodologías participativas. Todo esto constituye una innovación frugal que, como lo manifestó Navi Radjou (2012), se basa en “hacer más con menos”, es decir, optimizar los recursos disponibles, eliminar lo innecesario y concentrarse en lo esencial; a partir de la interacción horizontal entre el conocimiento técnico y el saber popular.

3.1.4.3. Tensiones estructurales: sostenibilidad, modelo de gobernanza y seguridad

Uno de los puntos más críticos identificados en esta investigación, y que se vincula directamente con los tres objetivos específicos, son las tensiones estructurales no resueltas que ponen en riesgo la sostenibilidad, la replicabilidad y la consolidación del modelo. Estas tensiones se evidencian en distintos niveles y necesitan atención urgente para garantizar la continuidad del proceso.

En primer lugar, la sostenibilidad financiera representa un desafío central. El fortalecimiento de la estrategia fue posible gracias a recursos provenientes de la cooperación internacional, pero esta financiación fue temporal. En la actualidad, no existe una línea presupuestal estable ni un marco normativo local que asegure su continuidad en el tiempo. Con el cierre del apoyo internacional previsto para el año 2025, el proyecto pasará a ser operado directamente por la Secretaría Local de Salud. Esta transición implica que su continuidad dependerá, en gran parte, de la voluntad política de las autoridades locales y del fortalecimiento del respaldo social que ha sostenido la iniciativa durante estos años.

Otro punto de tensión es la gobernanza híbrida. La articulación entre la ESE, la Secretaría Local de Salud, las comunidades y los actores de cooperación internacional ha sido un factor determinante para el desarrollo de la estrategia. No obstante, existe el riesgo de que esta relación derive en enfoques asen-

en evidencia la necesidad de avanzar hacia un modelo de gobernanza local que formalice la vigilancia comunitaria como parte integral del sistema de salud.

Por último, la seguridad territorial también constituye una amenaza importante. La presencia de actores armados ilegales y el recrudecimiento del conflicto en el municipio pone en peligro la permanencia de líderes y lideresas sociales, así como de presidentes de Junta de Acción Comunal y a la misma Misión Médica.

3.1.4.4. Replicabilidad y horizonte estratégico

En relación con el tercer objetivo específico, se infiere que la experiencia ofrece una base metodológica sólida que permite su replicabilidad en otros territorios con características similares a Santander de Quilichao. Esta posibilidad resulta especialmente crucial en zonas rurales dispersas, comunidades multiétnicas y territorios afectados por el conflicto armado.

Entre los componentes clave que permiten su adaptación destacan: la formación comunitaria, la comunicación directa, la participación activa en espacios como el Comité de Vigilancia Epidemiológica, el Concejo Municipal y las ligas de usuarios; así como la caracterización territorial, los manuales de acción, las rutas de alerta, los kits lúdico-pedagógicos adaptables y los mecanismos de gobernanza en salud.

En definitiva, los Centinelas de la Salud, vigilantes para la vida no debe ser leída como una acción periférica o anecdótica. Se trata de una estrategia de reorganización institucional que parte desde la base social y que interpela directamente el modelo de atención de salud medicalizada y asistencial. Propone, en su lugar, una política de vigilancia centrada en la comunidad, basada en la corresponsabilidad, la sanación colectiva, la resiliencia, el relevo generacional en la gobernanza en salud y la preservación de saberes ancestrales. Más allá de un conjunto de buenas prácticas, esta estrategia representa una innovación social que demuestra que es posible cogestionar la salud con dignidad y efectividad, siempre que el conocimiento se democratice y el territorio sea reconocido como un actor protagonista en la construcción de soluciones sostenibles.



Figura 8. Dimensiones de análisis de la estrategia Centinelas de la Salud

3.1.5. Los puntos de llegada

Esta etapa marca el cierre del ciclo de reflexión-acción-reflexión planteado por Jara Holliday (2018) y permite posicionar la experiencia como una práctica de referencia en innovación social en salud, especialmente en contextos rurales dispersos, territorios multiétnicos y de alta vulnerabilidad. A partir de la triangulación de diversas fuentes —primarias, como informes institucionales, cartillas, informes de campo, DOFA, espacios de diálogo, y secundarias como marcos conceptuales y lineamientos institucionales— se identificaron los siguientes hallazgos:

- Reconfiguración de la vigilancia en salud como una práctica que se potencia desde lo social y territorial. La inclusión de los centinelas como actores con conocimiento local y liderazgo en sus territorios.
- Producción social del cuidado como una categoría práctica. Los centinelas no solo notifican eventos de salud, y fortalecen la vigilancia epidemiológica, sino que acompañan activamente a sus comunidades: median, orientan y sostienen acciones de cuidado.
- Territorialización efectiva de la APS, reflejada en la construcción de rutas comunitarias, planes de cuidado familiar, ferias de la salud, mapas de riesgo y una articulación con equipos básicos de salud y otros dispositivos comunitarios.
- Implementación empírica de herramientas de innovación, como el diseño social, el enfoque Design Thinking y diversas estrategias de innovación frugal. Ejemplos de ellos son la creación de la botica comunitaria, la co- construcción

de herramientas pedagógicas de acuerdo a los eventos en salud que más se presentan en los territorios, incorporación de estrategias de comunicación, el arte a través de murales, videos y exposiciones testimoniales y el uso de WhatsApp como canal de notificación y la apropiación de metodologías participativas adaptadas al territorio.

- Capacidad de articulación intersectorial, que ha logrado integrar actores diversos como: comunidades, sabedores ancestrales, gestores sociales, la E.S.E, Cooperación Internacional, Zonas de Orientación Escolar, Centros de Escucha, la Administración Municipal, el Hospital Francisco de Paula Santander, la Casa de Justicia, la Personería y la academia. Esta articulación ha generado una gobernanza interdependiente y horizontal.
- Impacto medible en cobertura y legitimidad, lo cual demuestra la capacidad operativa de la estrategia y su aceptación por parte de las comunidades.
- La articulación con la cooperación internacional, en esta fase con la Agencia Española de Cooperación Internacional, estas alianzas en el marco de la innovación social son cruciales ya que se abordan desafíos globales y se promueve el desarrollo sostenible. La Cooperación Internacional permite la transferencia de conocimientos y tecnologías, apoyo financiero y el fortalecimiento de capacidades.
- El impacto en los objetivos de desarrollo sostenibles, lo cual aporta a la agenda 2030 de las Naciones Unidas.



CAPÍTULO 4

4.1. *Productos innovadores*

En este apartado se destacan los principales productos o resultados, tanto tangibles como intangibles, que surgieron de la estrategia. Estos productos se reconocen como expresiones de innovación social, institucional y comunitaria, construidas colectivamente desde el territorio.

4.1.1. *Caja de herramientas para el Centinela de la Salud*

Este documento, compuesto por seis tomos, co-construido con gestores sociales y líderes comunitarios. Su objetivo es guiar la actuación de los centinelas en el territorio, definiendo

funciones, rutas de notificación, herramientas de análisis y mecanismos de articulación institucional. La caja de herramientas se convierte así un insumo vital que acompaña el trabajo de los centinelas, porque contiene orientaciones prácticas como el paso a paso para realizar mapeos de riesgos, análisis de situaciones en salud, matrices DOFA, activación de rutas en casos de violencia de género y salud mental, y procedimientos para instaurar derechos de petición, tutelas y radicación de documentos ante las instituciones público y privadas.

Los seis tomos que componen la caja son: tomo 1: "Centinelas de la Salud, vigilancia para la vida"; tomo 2: "Análisis e interpretación de la información"; tomo 3: "Derechos y deberes del programa", tomo 4: "Estilos de vida saludables"; tomo 5: "Salud mental" y tomo 6: "Salud ambiental".

4.1.2. Red territorial de
vigilancia comunitaria
en salud

Se trata de una estructura funcional compuesta por 393 personas entre hombres y mujeres, líderes, lideresas de base social, distribuidos en los distintos microterritorios del municipio de Santander de Quilichao. Esta red permitió institucionalizar la vigilancia en salud desde la base comunitaria, con un enfoque diferencial y territorial. La red de centinelas, vigente en la actualidad, año 2025, es reconocida como un apoyo en los microterritorios antes eventos en salud, así como por su papel en la activación de rutas institucionales frente a situaciones que afectan el bienestar y la calidad de vida de las comunidades.

4.1.3. Sistema
de comunicación
comunitaria digital

Se implementaron canales de comunicación a través de WhatsApp, los cuales son utilizados por los centinelas para notificar alertas, recibir formación continua, difundir información en tiempo real y mantener una conexión constante entre la institucionalidad y los actores comunitarios vinculados a la estrategia Centinelas de la Salud.



Figura 9.
Red territorial de vigilancia
comunitaria en salud

4.1.4. Modelo de
formación comunitaria
en salud

Se desarrollaron más de 100 talleres presenciales con enfoque participativo, abordando temas como salud pública, primeros auxilios, mapeo de riesgos y derechos y deberes en salud. En el 2024, se realizó un diplomado articulado con la Universidad del Valle, en el cual se formaron 80 centinelas en Atención Primaria en Salud y en Primeros Auxilios psicológicos.

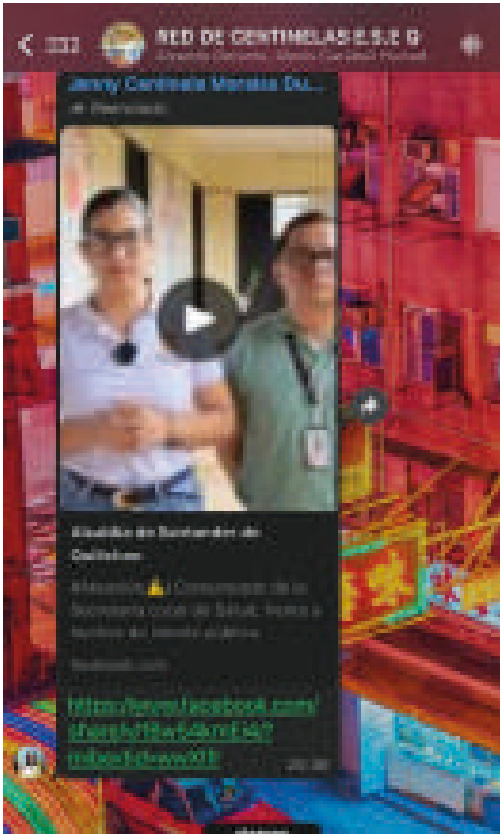


Figura 10.
Grupo de WhatsApp Centinelas de la Salud



Figura 11.
Diplomado en APS en alianza
con la Universidad del Valle



4.1.5. Inventario y cartografía social participativa de los microterritorios y análisis DOFA

Junto con los gestores sociales y centinelas se adelantó un proceso de caracterización de los microterritorios, que incluyó la elaboración de mapas de actores, identificación de escenarios, amenazas, fortalezas, debilidades y oportunidades específicas (DOFA) de cada territorio. Estos espacios de co-diseño se realizaron de manera directa con presidentes de Juntas de Acción Comunal y líderes comunitarios en los propios territorios.



Figura 12.
Evidencia del proceso de caracterización de los microterritorios

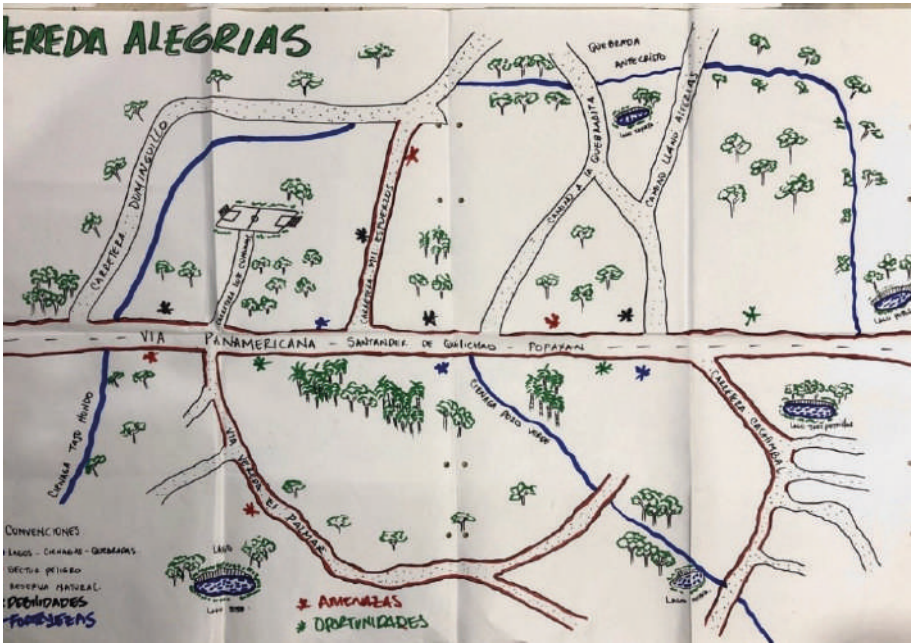
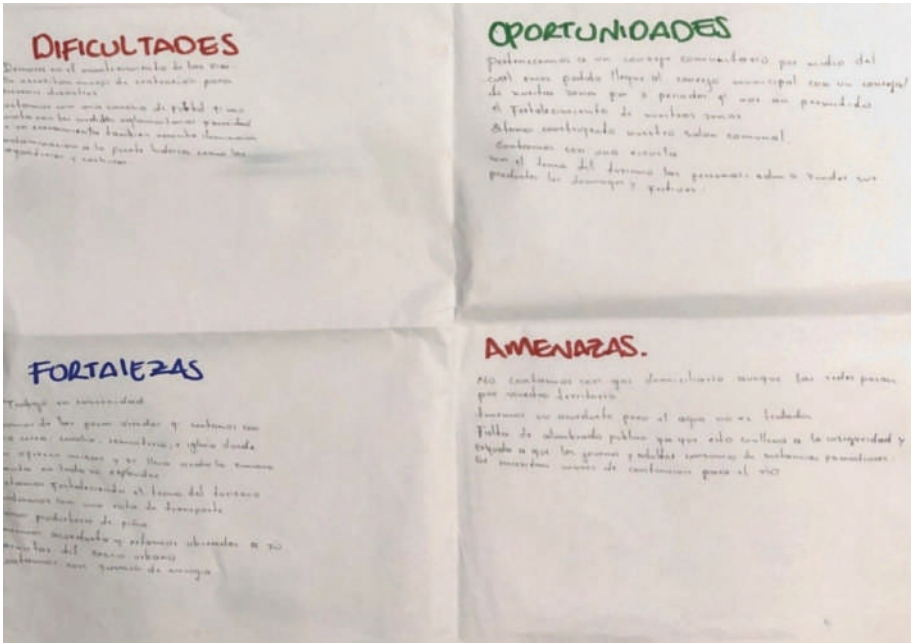


Figura 13.
Cartografía social y análisis DOFA de la vereda Alegrías



Figura 14.
Cartografía social y análisis DOFA de la vereda La Capilla



4.1.6. Estrategia de intervención en eventos notificados y concertación institucional

Se consolidó un proceso de articulación entre la comunidad, la ESE, las autoridades locales y diferentes actores sociales para dar respuesta concreta a problemas priorizados. Se crearon enlaces directos a través de las ligas de usuarios, los COVE y el comité de participación social en salud (COPACOS).



Figura 15.
Acción territorial de centinelas de la salud en respuesta a eventos notificados



Ferias de la salud

4.1.7. Articulación con la cooperación internacional

La estrategia Centinelas de la Salud, vigilantes para la vida fue seleccionado a nivel mundial en el marco del programa de fortalecimiento de los sistemas públicos nacionales de salud. Es la única experiencia seleccionada en Colombia, junto con otras iniciativas implementadas en países como Etiopía, Guinea Ecuatorial, Mali, Mauritania, Mozambique, Bolivia, México y Paraguay (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, 2022).

Esta articulación permitió el fortalecimiento integral de la estrategia y la ampliación de la red de centinelas a nivel urbano y rural, a su vez, permitió el eco de los resultados de la estrategia a instituciones como Ministerio de Salud y Protección Social, al Instituto Nacional de Salud, entre otras organizaciones nacionales.



Figura 16.
Encuentro de centinelas y actores institucionales en el marco de la articulación con cooperación internacional

4.1.8. Estrategia de comunicación

Se implementó una estrategia de comunicación integral, orientada a informar, sensibilizar y vincular a la ciudadanía con el proceso de Centinelas de la Salud. Su propósito fue dar a conocer las convocatorias comunitarias, visibilizar quiénes son los centinelas, cuál es su rol en los territorios y socializar las acciones lideradas en el marco de la caracterización, el inventario y la cartografía social. Para ello, se diseñaron e implementaron piezas gráficas, productos audiovisuales y contenidos sonoros con enfoque educativo, que facilitaron la divulgación de temas primordiales en salud pública, como la vacunación contra el COVID-19 y otros eventos de interés epidemiológico. Asimismo, se realizaron talleres de fotografía con los gestores sociales, con el fin

de documentar territorialmente las acciones realizadas por ellos y por los centinelas.

Entre las acciones destacadas se encuentran la producción de murales comunitarios, la promoción de las ferias de la salud, la difusión de mensajes inspiradores orientados a promover estilos de vida saludables, la reconstrucción del tejido social y el fortalecimiento de la resiliencia comunitaria. A través de medios de comunicación locales y regionales, también se lograron difundir noticias relacionadas con la estrategia. Por consiguiente, esta estrategia comunicativa se consolidó como una herramienta fundamental para el posicionamiento de la estrategia, así como para fortalecer el vínculo entre los centinelas y la ciudadanía, ampliando su impacto territorial en términos de corresponsabilidad, cuidado colectivo y construcción de paz.

Como parte del cierre del proyecto, se elaboró un video documental que resume los logros de la estrategia Centinelas de la Salud, visibilizando su impacto en el territorio (Zapata, 2025).



Figura 17.
Equipo participante en la estrategia de comunicación de Centinelas de la Salud



Como parte del cierre del proyecto, se elaboró un video documental que resume los logros de la estrategia Centinelas de la Salud, visibilizando su impacto en el territorio (Zapata, 2025).

Link de videos realizados:
1. <https://youtu.be/xkjQEwMSfKU?si=B-vy8PoG88kOwcBtR>
2. <https://youtu.be/PHrtAZvUxUg?si=r-nxD8dNH4FbVDtIn>

4.1.9. Kit de herramientas lúdico-pedagógicas

Se co-diseñó un kit de herramientas lúdico-pedagógicas con las cuales los centinela pueden enseñar a sus comunidades temas clave en salud pública. Entre los materiales incluidos se encuentran rotafolios sobre salud mental, salud sexual, tipos de cáncer y estilos de vida saludables; materiales para la prevención del embarazo en adolescentes; el juego de cartas “Volvamos a vivir, ¡Vacúnate!” y un juego de serpientes y escaleras diseñado para la prevención del COVID-19.



4.1.10. Kit de atención a primeros auxilios

Se entregaron kits de primeros auxilios a presidentes de Juntas de Acción Comunal y líderes comunitarios que hacen parte de la red de centinelas. Estos kits incluyeron elementos como tensiómetros, pesas, termómetros y cintas métricas, destinados al uso comunitario.



Figura 19.
Entrega de kits de atención a primeros auxilios

4.1.11. Articulación con los EBS y dispositivos comunitarios

Gracias a los procesos formativos recibidos por los centinelas, fue posible articular su labor con los EBS, acompañando jornadas de

atención en los distintos microterritorios. Las convocatorias a estas actividades se realizaron a través de los gestores sociales y líderes centinelas, y contaron con un equipo interdisciplinar compuesto por médico general, psicólogo, trabajadora social, nutricionista y auxiliares de enfermería.



Figura 20.
Jornada de salud con participación de centinelas y EBS

4.1.12. Botica comunitaria: un ejemplo de innovación social desde la base

Uno de los casos más significativos que emergió durante la implementación de la estrategia fue una iniciativa ciudadana que ejemplifica la producción social del cuidado. Se trata de un gesto profundamente voluntario y solidario, liderado por una mujer de la comunidad que decidió abrir un espacio en su propia vivienda para recibir, ordenar y distribuir insumos de salud donados por la ciudadanía.

De manera autónoma y cuidadosa, esta lideresa clasifica los elementos según su uso, los conserva adecuadamente y garantiza la cadena de refrigeración para aquellos insumos que lo requieren. En medio de la actual crisis del sistema de salud, la botica se ha transformado en un faro de esperanza para personas en situación de alta vulnerabilidad. Recursos como pañales, sillas de ruedas, bastones y medicamentos esenciales se entregan en calidad de préstamo o donación, beneficiando a quienes han esperado largo tiempo el acceso a tratamientos básicos para su bienestar. Incluso, en el marco del proyecto de cooperación, y con el fin de fortalecer esta práctica comunitaria, en 2024 la botica fue dotada con una nevera, estantes, mesas y sillas, lo que permitió mejorar su organización y operatividad.

4.2. Análisis conceptual de la innovación en la experiencia de Centinelas de la Salud

Este bloque vincula los productos descritos anteriormente con los marcos teóricos y conceptuales que sustentan la presente investigación.

4.2.1. Innovación social como enfoque central

Desde la perspectiva de la innovación social, esta estrategia representa una respuesta transformadora a un problema público complejo: la débil vigilancia en salud y la des-

conexión histórica entre instituciones y las comunidades. Lo hace por medio de prácticas participativas, sostenibles y contextualizadas. Autores como Geoff Mulgan (2006), Ezio Manzini (2015), coincidieron en que una innovación social auténtica cumple con ciertas condiciones: surge de la interacción entre distintos actores; busca transformar estructuras o relaciones de poder; y tiene un impacto sostenible en el bienestar colectivo.

La estrategia Centinelas de la Salud cumple con estas condiciones, ya que fue construida desde su base con una fuerte participación comunitaria; reformuló la lógica de la vigilancia epidemiológica, haciéndola más horizontal, cercana y educativa; fomentó nuevas formas de gobernanza comunitaria, más democráticas y con un enfoque diferencial; y, además, integró el enfoque de medicina tradicional y ancestral como parte esencial de su propuesta.

4.2.2. Diseño social como práctica aplicada

El proceso desarrollado por Centinelas de la Salud involucró una forma de diseño centrado en lo social, entendido no como una cuestión estética o de producto, sino como la capacidad de co-crear soluciones desde las personas, sus saberes, creencias y contextos. La articulación entre lo institucional y lo comunitario permitió estructurar respuestas desde el territorio, validarlas en la práctica y ajustarlas mediante una interacción constante. Esto representó un diseño social en acción, orientado a responder con pertinencia a problemas históricamente presentes en los territorios, en particular frente a la actual crisis del sistema de salud y sus múltiples barreras.

4.2.3. Design Thinking aplicado de forma empírica

Aunque el enfoque de Design Thinking no fue declarado formalmente, se manifestó en varias fases del proyecto, confirmando que el pensamiento de diseño puede ser una herramienta poderosa para innovar desde la práctica, especialmente cuando se adapta a contextos comunitarios. El proceso siguió, de manera orgánica, las etapas propuestas por este enfoque:

- **Empatizar:** a través de la lectura del territorio por medio de cartografía social y presencia constante en el contexto.
- **Definir el problema:** mediante el diagnóstico participativo con líderes comunitarios.

- **Idear:** en la co-creación de rutas de acción, el Manual del Centinela, las formas de comunicación y los murales comunitarios.

- **Prototipar y probar:** al realizar ajustes a las rutas y metodologías a partir de la retroalimentación comunitaria.

- **Implementar de forma continua:** con el acompañamiento de la ESE, los gestores sociales, la Secretaría de Salud, y mediante la expansión y mejora del modelo.

La estrategia Centinelas de la Salud, vigilantes para la vida demuestra que la innovación social, cuando es genuina, se expresa no solo en productos o resultados tangibles, sino también en las nuevas relaciones sociales, institucionales y simbólicas que se construyen colectivamente para transformar realidades. Esta experiencia permitió superar una visión exclusivamente medicalizada de la salud, integrándola con dimensiones sociales, emocionales, culturales, ancestrales. Así, se tejió un modelo de vigilancia en salud pública con rostro humano, identidad comunitaria y capacidad transformadora. Lejos de ser una so-

lución impuesta, la estrategia se estableció como una construcción dialógica y situada, en la que los saberes populares confluyeron para generar aprendizajes compartidos.

Uno de los aportes más relevantes —y posiblemente más replicables— es la capacidad de articular la innovación social con los principios de gobernanza comunitaria, a través de mecanismos como las rutas comunitarias de notificación y los procesos de concertación interinstitucional. Este modelo no solo reorganiza la forma en que se gestiona la salud, sino que redistribuye el poder, al abrir espacios eficaces para la participación social con capacidad de decisión. Ejemplo de ello son los Comité de Participación Social en Salud (COPACOS), las ligas de usuarios y los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM), donde hoy participan activamente integrantes de la red de centinelas.

La experiencia también dejó instalada una estructura de sostenibilidad colectiva, es decir, una forma de cuidar lo construido desde las capacidades comunitarias, la apropiación territorial y el compromiso ético de los acto-

res institucionales. Por tanto, la sostenibilidad dependerá en gran medida del tejido de confianza, legitimidad y sentido compartido entre la ESE, las administraciones municipales —a través de la Secretaría Local de Salud— y las comunidades.

En síntesis, la experiencia de Centinelas de Salud, como una apuesta de APS y VBC, demuestra que la innovación social en salud no es solo un enfoque operativo, sino un acto político y ético capaz de reconfigurar el contrato social entre las instituciones y las comunidades. Este proyecto encarna una respuesta pertinente y potente frente a contextos marcados por la desigualdad, el conflicto armado y el abandono estatal, y se erige como una referencia metodológica valiosa para futuras investigaciones. Hasta que la salud se convierta en una realidad vivida, sostenida y gobernada desde las comunidades.

CAPÍTULO 5

5.1. Conclusiones

La experiencia Centinelas de la Salud, vigilantes para la vida representa una innovación social profundamente transformadora, articulada con los principios rectores de la APS en el contexto colombiano. Su puesta en marcha en el municipio de Santander de Quilichao no solo constituye una respuesta técnica y organizativa frente a las brechas estructurales del sistema de salud, sino que encarna una redefinición de la salud pública como proceso territorial, participativo, culturalmente sensible y políticamente movilizador.

El enfoque de la estrategia de Centinelas de la Salud permite: fortalecer las capacidades locales para el autocuidado, la prevención y la vigilancia en salud, promover la participación social efectiva en las decisiones que afectan el bienestar colectivo, contribuir a una gestión articulada con otros sectores, y dejar capacidad instalada en la comunidad, lo que asegura sostenibilidad a las políticas públicas y autonomía frente a los desafíos en salud. Es así como, la estrategia no solo mejora los

indicadores en salud, sino que construye ciudadanía, promueve el liderazgo comunitario y reactiva los tejidos sociales. Así, se transforma el rol del sector salud: ya no siendo un actor asistencial, sino un aliado en el desarrollo humano y territorial.

Desde una mirada estructural, esta estrategia se alinea con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, al incorporar enfoques de APS con acción intersectorial, participación social efectiva y enfoque territorial. Más allá de garantizar acceso a servicios o implementar intervenciones medicalizadas, Centinelas de la Salud ha permitido fortalecer capacidades comunitarias para la gestión del riesgo y la producción social del cuidado, entendida como la conjugación de prácticas, relaciones, saberes y responsabilidades que diferentes actores —familias, comunidades, Estado y mercado— asumen para garantizar el bienestar, la salud cotidiana de las personas y la gobernanza territorial de la salud. De este modo, la estrategia aporta a

la sostenibilidad y apropiación del modelo de APS en el nivel primario.

Uno de los principales hallazgos identificados en el proceso es que el modelo desarrollado permitió transitar en aquellos participantes de una visión asistencialista de la salud hacia una mirada integral, y de gobernabilidad de la salud en los territorios, a su vez una mirada participativa y culturalmente situada, en la que más de 393 personas de base social entre ellos líderes, líderes, presidentes de Juntas de Acción Comunal, sabedores, distribuidos en 193 microterritorios, lograron establecer redes de monitoreo de eventos en salud y epidemiológicos, a su vez activar una respuesta y acompañamiento a sus comunidades. Esta red comunitaria no solo abordó eventos en salud pública como el COVID-19, enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud mental, violencias basadas en género, embarazos en adolescentes y la actividad física, sino que también dinámicas de sanación colectiva, resiliencia territorial y empoderamiento de actores locales que ahora actúan como guardianes del bienestar colectivo.

De la misma manera, cobra especial relevancia en el marco de la apuesta nacional por fortalecer la VBC como componente esencial del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). La red de 393 personas de base social, se convierte en una forma avanzada de vigilancia comunitaria, que supera los esquemas tradicionales centrados en indicadores y posiciona a la comunidad como agente activo. Esta vigilancia —social, cultural y política— democratiza el saber epidemiológico y descentraliza la acción institucional, generando una sinergia poderosa entre el conocimiento popular y la respuesta institucional.

La implementación de la estrategia se caracterizó por un enfoque diferencial e intercultural, vital en un territorio pluriétnico y multicultural como Santander de Quilichao. La participación de sabedores ancestrales brindó una visión amplia e integral del cuidado.

Esta inclusión permitió abordar la salud desde un paradigma plural, reconociendo los saberes propios y las prácticas tradicionales como parte fundamental de una estrategia orientada a la promoción de la vida, el bienestar y la sanación territorial.

En territorios históricamente marcados por el conflicto armado, como Santander de Quilichao, donde el desplazamiento, la violencia y la desconfianza han dejado huellas profundas, esta estrategia también ha funcionado como herramienta para la reconstrucción del tejido social y generación de resiliencia colectiva. Al activar liderazgos comunitarios, reconocer saberes ancestrales, fomentar la confianza interinstitucional y fomentar acciones concretas de cuidado, esta experiencia ha permitido que comunidades antes fragmentadas puedan reorganizarse en torno a la defensa de la vida. La participación activa de mujeres, jóvenes, autoridades étnicas y líderes sociales en una amplia red de vigilancia comunitaria convierte la salud pública en un escenario de sanación y cohesión social territorial.

Para finalizar, los resultados empíricos obtenidos, las metodologías aplicadas, los aprendizajes sistematizados y las transformaciones sociales observadas permiten afirmar que esta experiencia va más allá de una buena práctica. Se trata de un modelo replicable de innovación social en salud, con el potencial de contribuir a los debates nacionales sobre la reforma al sistema de salud, la justicia territorial y la construcción de paz desde la salud. Centinelas de la Salud demuestra que es posible construir salud pública con enfoque diferencial, participación activa y justicia social; que los territorios no son receptores pasivos de políticas, sino arquitectos capaces de trazar su propio horizonte sanitario y social, desde las veredas, los barrios, las comunidades.

5.2. Recomendaciones finales

En el este ejercicio de sistematizar la estrategia de los Centinelas de la Salud, Vigilantes para la vida, no solo se han revelado prácticas transformadoras de vigilancia comunitaria en salud, sino que se han identificado oportunidades y desafíos, que configuran la arquitectura del cuidado en territorios dispersos y que hoy en día se enfrentan a un recrudecimiento de la violencia.

Estas recomendaciones finales no constituyen un cierre convencional, sino una proyección de futuro informada por la evidencia, el análisis multidimensional y la reflexión crítica sobre aprendizajes emergentes del proceso. La documentación de esta experiencia no es un modelo terminado, sino un prototipo social en evolución que representa una forma distinta de hacer salud pública. En este marco, las recomendaciones que se presentan a continuación emergen como una hoja de ruta para quienes deseen replicar, adaptar, escalar y/o estudiar este tipo de estrategias en contextos similares.

Las propuestas presentadas se fundan en la convicción de que la innovación social en salud no puede limitarse a soluciones tecnocráticas o intervenciones medicalizadas, ni en proyectos a corto plazo. La eficacia reside en esa apuesta por alterar las estructuras, redistribuir los liderazgos, democratizar el conocimiento y articular saberes ancestrales. La vigilancia Basada en Comunidad, cuando es participativa, reconfigura la relación entre el estado y la ciudadanía, convirtiendo al actor pasivo en sujeto activo y permite fortalecer la confianza con la institucionalidad.

Asimismo, las recomendaciones que aquí se brindan responden a la comprensión que la Atención Primaria en Salud y la Vigilan-

cia Basada en Comunidad, para ser efectivas, deben territorializarse, adaptarse a las condiciones culturales y políticas del entorno.

Las tensiones entre sostenibilidad, financiación, barreras por la violencia, la fragilidad de las voluntades políticas, no son obstáculos mejores. Son, de hecho, indicadores estructurales de reflexión para que la salud deje de ser una promesa aplazada. Por eso estas recomendaciones asumen un carácter estratégico, con herramientas replicables, pero también acciones de fondo.

Estas recomendaciones están dirigidas a tomadores de decisión, como a investigadores, agencias de cooperación internacional, colectivos, organizaciones de base comunitaria, entidades territoriales; son un llamado a la acción, a la planificación colectiva y a la decisión institucional de seguir apostando a proyectos como este. Por que como lo ha demostrado esta estrategia, la salud es mucho más que la ausencia de la enfermedad: es el derecho a existir dignamente, a sanar con el otro y construir territorios en armonía y para la vida.

Desglose de recomendaciones:

1. Realizar un estudio de Teoría del Cambio sobre la estrategia. Se recomienda desarrollar un estudio formal de Teoría del Cambio que permita mapear los supuestos, relaciones de causa-efecto, condiciones, habitantes y rutas de transformación que sustenten el impacto de la estrategia. Este ejercicio contribuiría a fortalecer la claridad estratégica, mejorar los procesos de evaluación y facilitar la toma de decisiones a futuro.

2. Realizar un estudio de Retorno social de la Inversión (SROI). Con el objetivo de evaluar de forma más completa el impacto de la estrategia, se propone aplicar esta herramienta que permite cuantificar y valorar los beneficios socia-

les, comunitarios y en salud generados en relación con los recursos invertidos, visibilizando el valor intangible de la participación ciudadana, la prevención en salud y la reconstrucción del tejido social.

3. Incorporar el enfoque de innovación social en los planes de salud pública del municipio. La experiencia de Centinelas de la Salud evidencia la potencia del enfoque de innovación social en salud pública. Se recomienda integrarlo en los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) y en las estrategias de APS, como una manera de incrementar la pertinencia, sostenibilidad e impacto de las intervenciones territoriales.

4. Publicar los hallazgos y aprendizajes de la estrategia. Se sugiere la creación de un repositorio digital que permita el acceso libre y directo a los productos, documentos y aprendizajes del proyecto. Esta iniciativa facilitaría la apropiación del conocimiento por parte de la academia, las instituciones y otros actores interesados en replicar o adaptar la experiencia.

5. Diseñar un estudio de caso comparado sobre vigilancia comunitaria en salud. A partir de los resultados obtenidos, se recomienda realizar un estudio de caso comparado con otras estrategias comunitarias implementadas en contextos rurales, urbanos y con comunidades indígenas, afrodescendientes o campesinas del país. Esto comparación permitirá identificar patrones comunes, buenas prácticas y desafíos compartidos, con miras al escalamiento y fortalecimiento del modelo.

6. Mercadeo Social. Diseñar e implementar una estrategia de mercadeo social formando a los centinelas de salud en todo lo referente al mercado social permitiéndoles adquirir herramientas que estimulen comportamientos saludables para sus comunidades, de esta manera

impulsar el bien común, la vigilancia activa y una salud pública más equitativa.

7. Información al alcance de todos: se recomienda que la Empresa Social del Estado tenga en sus espacios digitales (página web) material de consulta digitalizado que le permita a investigadores, academia y futuros innovadores sociales que quieran estudiar más esta estrategia poder tener acceso a información que no sea sensible, sino resultados de las intervenciones en el marco del proyecto.

8. Innovación Social para la Salud: Se recomienda a futuros innovadores sociales, salubristas, y demás profesionales interesados en la gobernanza territorial y construcción de Paz, asumir la estrategia de Centinelas de la Salud como un laboratorio vivo y expansivo de investigación aplicada.

Este proceso, ha demostrado capacidad de transformación desde las bases comunitarias, y podría seguir siendo alimentado desde la academia, no solo para documentar su impacto sino también para innovar metodológicamente, fomentar nuevas líneas de indagación que integren herramientas tecnológicas y sistemas de monitoreo sensibles a dinámicas sociopolíticas locales.

Estas apuestas deben proponerse no solo como ejercicios investigativos sino como intervenciones académicas con impacto real, que fortalezca las capacidades comunitarias, robustezca la relación entre la academia y el territorio y posiciones agendas de innovación social en salud que aporten a la transformación del sistema de salud que hoy en día (2025) cursa una grave crisis en el país.



Referencias

- Abrell, T. (2016). Design thinking and corporate entrepreneurship: An integration and avenues for future research. *Design thinking for innovation: Research and practice*, 25-39.
- Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. (2022). España lanza SALUD COVID, un programa de cooperación para fortalecer los sistemas de salud frente a la COVID-19 en los países en desarrollo. Recuperado de <https://www.aecid.es/w/espana-lanza-salud-covid-un-programa-de-cooperacion-para-fortalecer-los-sistemas-de-salud-frente-a-la-covid-19-en-los-paises-en-desarrollo>
- Alcaldía Municipal de Santander de Quilichao. (2020). Plan de Desarrollo Municipal “Quilichao Vive” 2020-2023. <https://www.santanderdequilichao-cauca.gov.co/Transparencia/PlaneacionGestionControl/Plan%20de%20Desarrollo%20Municipal%20Quilichao%20Vive%202020-2023.pdf>
- Alcaldía Municipal de Santander de Quilichao. (2023). Acuerdo No. 0001 de 2023. Por medio del cual se crea y se adopta la política pública municipal de salud mental 2023-2032.
- Ascanio, J., Tirado-Valencia, P., y Ariza-Montes, A. (2016). El concepto de innovación social: ámbitos, definiciones y alcances teóricos. *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 88, 165–199. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17449696006>
- Balcitis, R. (19 de junio de 2019). Design Thinking models. Stanford d.school. Empathize IT. Recuperado a partir de <https://empathizeit.com/design-thinking-models-stanford-d-school/>
- Barrera, A., y Quiñones, G. (2008). Diseño Socialmente responsable. Pontificia Universidad Javeriana.
- Barzola, M. V. (2018). Prospectiva latinoamericana desde la filosofía del Diseño Social. Cuadernos del Centro de Estudios en Diseño y Comunicación. Ensayos, (69), 1-6. <https://doi.org/10.18682/cdc.vi69.1076>

- [org/10.18682/cdc.vi69.1076](https://doi.org/10.18682/cdc.vi69.1076)
- Bellamy, A. (2023). La Agenda 2030: reducción de todas las formas de violencia. Crónica ONU. <https://www.un.org/es/chronicle/article/la-agenda-2030-reduccion-de-todas-las-formas-de-violencia>
- Burkett, I. (2013). Using the business model canvas for social enterprise design. Recuperado de http://knode.com.au/wp-content/uploads/Knode_BusModCanv4SocEntDesign_E1LR_30p.pdf.
- Chacón, C. (s.f.). Design thinking... más que una herramienta, una disciplina de trabajo. ESDesign. <https://www.esdesignbarcelona.com/sites/default/files/2021-11/Design%20thinking.pdf>
- Carbó Ribugent, G. (2014). Imaginación narrativa y formación de formadores. *Revista de Educación*, (7), 171-186. <http://hdl.handle.net/10256/14458>
- Cala Hernández, O., Sánchez Valdés, X., y Cala Peguero, T. Y. (2021). La formación de formadores para la Rehabilitación Basada en la Comunidad: rasgos distintivos. *Mendive. Revista de Educación*, 19(1), 304-320. <http://mendive.upr.edu.cu/index.php/MendiveUPR/article/view/2133>
- Castillo de Mesa, J. y Méndez Domínguez, P. (2021). Hacia la disrupción digital del trabajo social. Thomson Reuters Aranzadi.
- Carvajal Burbano, P. (2018). Teoría y práctica de la sistematización de experiencias. Ediciones Desde Abajo.
- CIDEIM. (s. f.). Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas: Innovación social en salud. <https://www.cideim.org.co/cideim/>
- Comisión de las Comunidades Europeas. (1995). Libro Verde de la Innovación (COM(95) 688 final). https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:eb5dae41-104d-4724-ac99-d7cbc-fa11b86.0008.01/DOC_2&format=PDF
- Comisión de la Verdad. (2022). Hay futuro si hay verdad: Informe final. Hallazgos y recomendaciones. Informe final. Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición. <https://www.comisiondelaverdad.co/hay-futuro-si-hay-verdad>
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993 (23 de diciembre), por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Congreso de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2009). Acto Legislativo 02 de 2009 (21 de diciembre), por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política. Diario Oficial No. 47.570. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=38289>
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011 (19 de enero), 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. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1448 de 2011: Por la cual se dictan medidas de

atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 48.096.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43043>

Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015 (16 de febrero), 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.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>

Cotonieto-Martínez, E., & Rodríguez-Terán, R. (2021). Salud comunitaria:

Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria.

Journal of Negative and No Positive Results, 6(2), 393-410. <https://doi.org/10.19230/jon-npr.3816>

Defensoría del Pueblo. (2019). Alerta Temprana N° 048-19: Santander de Quilichao, Cauca

Defensoría del Pueblo, Colombia. Recuperado a partir de <https://indepaz.org.co/wp-content/uploads/2020/02/AT-N%C2%B0-048-19-CAU-Santander-de-Quilichao.pdf>

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2015). Decreto 1084 de 2015: Sector de Inclusión Social y Reconciliación. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77715>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2023).

Censo Nacional de Población y Vivienda. Resultados municipales Santander de Quilichao (Cauca). DANE.

Domanski, D., Monge, N., Quitiaquez, G., y Rocha, D. (Eds.). (2016). Innovación social en Latinoamérica. Corporación Universitaria Minuto de Dios (UNIMINUTO).

Eizagirre, M., y Zabala, N. (s.f.). Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo: Investigación-Acción Participativa (IAP). Hegoa.

Recuperado a partir de <https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/132>

Ezio Manzini (2015). Cuando todos diseñan, una introducción al diseño para la innovación social. Editorial Experimenta Theoria.

Frascara, J. (2000). Diseño gráfico para la gente: Comunicaciones de masa y cambio social. Ediciones Infinito.

Ferrin Pulido, J. X. (2021). Las medidas de rehabilitación en los sujetos de reparación colectiva: Los retos que enfrenta Colombia en la implementación de la Ley 1448 de 2011 y los Acuerdos de Paz [Tesis de maestría, Universidad Jorge Tadeo Lozano]. Repositorio UTADEO <http://hdl.handle.net/20.500.12010/19278>

Flórez, F., López, L., y Bernal, C. (2022). Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. Biomédica, 42, 184-195.

<https://doi.org/10.7705/biomedica.6169>

Frow, P., Nenonen, S., Payne, A., y Storbacka, K. (2015). Managing co-creation design: A strategic approach to innovation. British Journal of Management, 26(3), 463-483.

<https://doi.org/10.1111/1467-8551.12087>

Fuad-Luke, A. (2009). Design activism. Beautiful strangeness for a sustainable world. Earthscan

Fundación ONCE y Fundación Arquitectura COAM. (2011). Accesibilidad universal y diseño para todos: Arquitectura y urbanismo. Fundación ONCE. https://www.fundaciononce.es/sites/default/files/docs/Accesibilidad%2520universal%2520y%2520dise%C3%B1o%2520para%-2520todos_1.pdf

García-López, M., Val, E., Olarte, R., y González, M. (2019).

Clasificación de las herramientas de diseño centrado en las personas para proyectos sociosanitarios. 23rd International Congress on Project Management and Engineering. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8224211>

García Márquez, G. (23 de julio de 1994).

Por un país al alcance de los niños. El Espectador.

García Peralta, A. (2021).

Design Thinking en educación. En M. Sánchez González (coord.), #Dienlínea UNIA: guía para una docencia innovadora en red. Universidad Internacional de Andalucía.

Gestarsalud Te Cuenta. (7 de septiembre de 2024).

Intervención del viceministro de Salud Pública, Jaime Urrego, en el XIX Congreso Nacional de Salud [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=J750LuxH10Q>

Geoff Mulgan. (2006). The process of social innovation.

Recuperado a partir de <http://direct.mit.edu/itgg/article-pdf/1/2/145/704243/itgg.2006.1.2.145.pdf>

Global Initiative Against Transnational Organized Crime. (2022).

Índice global de crimen organizado: Cuaderno de trabajo 2021. <https://globalinitiative.net/analysis/cuaderno-trabajo-indice-global/>

Gómez Barrera, Y. N. (2014).

Diseño, responsabilidad social y desarrollo local. Creatividad y Sociedad, (22), 1-16. <https://www.researchgate.net/publication/340619016>

Hleap Borrero, J. (2008).

La sistematización de experiencias. Una forma de investigar en educación. Revista Magisterio, (33), 80-84.

Henao Pérez, L. P. (2018).

La dimensión política del acompañamiento psicosocial: Trayectorias, prácticas cotidianas e intersubjetividad en profesionales psicosociales que trabajan con víctimas del conflicto armado [Tesis de Maestría, Universidad de los Andes]. Repositorio Institución Séneca <https://repositorio.uniandes.edu.co/entities/publication/c406ee2d-73e1-4194-8892-ab41fbdd1c31>

Hernández-Ascanio, J., Tirado-Valencia, P., & Ariza-Montes, A. (2016).

El concepto de innovación social: ámbitos, definiciones y alcances teóricos. CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa, (88), 165-199 <http://dx.doi.org/10.7203/CIRIEC-E.88.8849>

Huidobro, M. G. (2005). Manual de ética para el diseño. DuocUC.

IDEO. (2015). Diseño centrado en las personas: Kit de herramientas (2ª ed.). IDEO.org. https://hcd-connect-production.s3.amazonaws.com/toolkit/en/spanish_download/ideo_hcd_toolkit_final_combined_lr.pdf

Iniciativa de Innovación Social en Salud [SIHI]. (s. f.).

Social Innovation in Health Initiative. <https://socialinnovationinhealth.org/>

Jakaba, M., Dedeua, T., Y Cerezo-Cerezoa, J. (2024).

Hacia una Atención Primaria de Salud resiliente y de alto rendimiento. Estudio de caso sobre la Atención Primaria de Salud en España. Revista Clínica de Medicina de Familia, 17(1), 9-12. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.17102>

Jara Holliday, O. (2020).

Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. <https://centrodere->

- cursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf
- Jara Holliday, O. (2018).
La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles (Primera edición colombiana). Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano (CINDE).
- Jojoa Tobar, E., Bonilla Muñoz, J. A., López Guerrero, N. E., & Muñoz Oviedo, A. M. (2019).
Las huellas del conflicto armado en la salud mental colectiva. *Jangwa Pana*, 18(1), 132–149.
<http://dx.doi.org/10.21676/16574923.2724>
- Lemon, K. N., y Verhoef, P. C. (2016).
Understanding customer experience throughout the customer journey. *Journal of marketing*, 80(6), 69-96. <https://doi.org/10.1509/jm.15.0420>
- Luebbe, A., y Weske, M. (2010). *Bringing Design Thinking to Business*
Process Modeling en C. Meinel y L. Leifer (Eds.), *Understanding Innovation* (pp. 181-196).
Springer International Publishing. Recuperado a partir de
https://hpi.de/fileadmin/user_upload/fachgebiete/meinel/papers/Book_Chapters/Front_Matter_-_Design_Thinking_Understand__Improve__Apply.pdf
- Lupo, E. (2012).
Slow Design: Cultivar cultura y sensorialidad en la forma y en el uso de los artefactos.
Temas de Disseny, 28, 44-55. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5479378>
- Malagón-Rojas, J. N., Rosero Torres, L. E., Peralta Puentes, A., y Téllez-Avila, E. M. (2021). La
“moda del burnout” en el sector salud: una revisión sistemática de la literatura. *Psicología desde el Caribe*, 38(1), 29-46. <https://doi.org/10.14482/psdc.38.1.158.723>
- Margolin, V., y Margolin, S. (2002).
A “Social Model” of Design: Issues of Practice and Research. *Design Issues*, 18(4), 24-30. <https://doi.org/10.1162/074793602320827406>
- Martín-Baró, I., y Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres [CLADEM]. (2006).
Reconstruir el tejido social: el enfoque psicosocial en la acción humanitaria. Icaria Editorial.
- Maya Jariego, I. (2016). 7 usos del análisis de redes en la intervención comunitaria.
Redes. Revista hispana para el análisis de redes sociales, 27(2), 1-10. <https://raco.cat/index.php/Redes/article/view/313638>.
- Melles, M., Albayrak, A., y Goossens, R. (2021).
Innovating health care: key characteristics of human-centered design. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(Supplement_1), 37-44. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa127>
- Méndez Gómez, D. M. (2014).
Desarrollo humano en la formación de formadores: una pedagogía para la paz, la reconciliación y la esperanza. *Revista de la Universidad de La Salle*, (65), 149–161. <https://ciencia.lasalle.edu.co/ruls/vol2014/iss65/9>
- Mera Urbano G. A., Sotelo Daza J., Arias Gordillo A. (2022).
Implementación de la Política Atención Integral en Salud en el Cauca: Un estudio de caso 2016-2019. *Hacia Promoc. Salud* 27(1):67-85. Recuperado a partir de <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/6752>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.).
Atención Primaria en Salud. Recuperado a partir de <https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/atencion-primaria-en-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013).

- Resolución 1841 de 2013: Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015).
Resolución 518 de 2015 (27 de febrero), por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC). *Diario Oficial No. 49.442*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200518%20de%202015.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022).
Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. Recuperado a partir de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016).
Resolución 429 de 2016: Por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017a).
Documento Marco Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – PAPSIVI. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Documento-Marco-papsivi-2017.pdf>
- Ministro de Salud y Protección Social. (2017b).
Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/de/ps/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf>
- Ministro de Salud y Protección Social. (2018).
Orientaciones metodológicas para la atención psicosocial comunitaria. Volumen 4. Ministro de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/orientaciones-metodologicas-atencion-psicosocial-comunitaria-papasivi.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020).
Estrategia de rehabilitación psicosocial comunitaria para la convivencia y la no repetición. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/estrategia-rehabilitacion-psicosocial-convivencia-no-repeticion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023).
Guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del análisis de situación de salud (ASIS) en el territorio.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024).
Guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del Análisis de Situación de Salud (ASIS) en el territorio. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/guia-conceptual-construccion-asis-territorios.pdf>
- Moreno Camacho, M. A., y Díaz Rico, M. E. (2016).
Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *El Ágora USB*, 16(1), 193-213. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=407755353010>
- Moulaert, F., y Nussbaumer, J. (2005).
The social region: Beyond the territorial dynamics of the learning economy. *European Urban and*

- Regional Studies, 12(1), 45-64. <https://doi.org/10.1177/0969776405048500>
- Navi Radjou J. (2012). Juggad Innovación: Think frugal be flexible, generate breakthrough Growth. Recuperado a partir de <https://innovaromir.com/innovacion-frugal-definicion-principios-caracteristicas-ejemplos/>.
- Observatorio de Memoria y Conflicto y Centro Nacional de Memoria Histórica. (2021). Boletín Estadístico Trimestral de Eventos de Violencia del Conflicto Armado N. 1. Región Pacífico. Recuperado a partir de <https://micrositios.centrodememoriahistorica.gov.co/observatorio/wp-content/uploads/2021/06/Boleti%CC%81n-Triestral-OMC-N.-1-v5-VF-1.pdf>
- Ospina Toro, W., y Jurado Grisales, C. (2006). La otra responsabilidad social. Revista KEPES, 3(2), 53-68. <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/kepes/article/view/404>
- Ospina-Alvarado, M. C., Alvarado, S. V., Carmona Parra, J. A., y Arroyo Ortega, A. (Eds.). (2018). Construcción social de niñas y niños en contextos de conflicto armado: Narrativas generativas para la construcción de paz (1ª ed.). Universidad Pedagógica Nacional, Fundación CINDE, Universidad de Manizales. http://ceanj.cinde.org.co/programa/Archivos/publicaciones/Coleccion_virtual/1_CONSTRUCCION_SOCIAL.pdf
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (2015). Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Salud y bienestar. Naciones Unidas.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (2017). La UNESCO avanza la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). <http://en.unesco.org/sdgs>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (1978). Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos. Suplemento de la 45 Edición. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. OMS. Recuperado a partir de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). Declaración de Astaná: Conferencia Global sobre Atención Primaria de Salud. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.). Atención primaria de salud. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Agencia de Cooperación Internacional de Corea [KOICA]. (30 de septiembre de 2020). Bolivia apuesta por la reducción de nuevos casos de COVID-19 y la atención integral de la salud con la implementación de la estrategia de vigilancia comunitaria activa casa por casa. OPS. Recuperado a partir de [PRÁCTICAS INNOVADORAS EN VIGILANCIA COMUNITARIA](https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-bolivia-apuesta-por-re-</p>
</div>
<div data-bbox=)

- duccion-nuevos-casos-covid-19-atencion-integral-salud-con
- Papanek, V. Diseñar para el mundo real. Ecología humana y cambio social. H. Blume Ediciones.
- Pérez, A. L. (2010). Tradiciones de resistencia y lucha: Un análisis sobre el surgimiento y la permanencia de las guerrillas en Colombia. Análisis Político, 70, 63–80. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-47052010000300004&script=sci_abstract&tlng=es
- Pérez Martínez, A. (2011). La comunicación sobre la salud en medios digitales cubanos. Revista Cubana de Salud Pública, 37, 288-305. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21419366010>
- Perlaza Serna D. I. y González Holguín, J. C. (s. f.). Municipio de Santander de Quilichao. Alcaldía Santander de Quilichao. <https://www.santander-dequilichao-cauca.gov.co/Transparencia/BancoDocumentos/Informaci%C3%B3n%20General%20del%20Municipio%20de%20Santander%20de%20Quilichao.pdf>
- Porter, M. E. (1990). The competitive advantage of nations. Free Press.
- Prieto Alvarado F. E., Huguett Aragón C. M., Cortes Molano, N. P., Bonilla Molano, S. L., González Duarte, M. A., Bermúdez Pinzón, L. A., Ávila Mellizo, G. A., Quijada Bonilla, H., Gómez Ortega, L.C. Madero Reales, J. A. y Salas Suspes, H. P. (2025). Lineamientos nacionales para la vigilancia en salud pública 2025. Instituto Nacional de Salud-INS. <https://doi.org/10.33610/709457fmszcm>
- Prieto Alvarado F. E., González Duarte, M. A., Quijada Bonilla, H., López Ávila, D.F., Ferro Mancera, L. M., Rivera, L. J., Quintero Torres, L. D., Moreno Anzola, F. N. (2025) para la Vigilancia Basa en Comunidad 2025.
- Perspective. En L. Leifer, H. Plattner, C. Meinel (Eds.), Design Thinking Research: Building Innovation Eco-Systems. (pp. 239-252). Springer International Publishing. Recuperado a partir de <http://www.springer.com/us/book/9783319013022>
- Quilisalud E.S.E (2023). Informe Ejecutivo. Evaluación audiencia pública de rendición de cuentas realizada por el Dr. Carlos Gabriel Quiñonez Quintero, gerente de la empresa social del estado QUILISALUD.E.S.E sobre la gestión correspondiente a la vigencia 2023. https://quilisalud.gov.co/home/wp-content/uploads/2024/04/Evaluacion_Rendicion_de_Cuentas_2023.pdf
- Ramírez Triana, N., Lecuona López, M., y Cardozo Vásquez, J. J. (2012). Diseño y bienestar humano: puntos de encuentro a partir de metodologías de diseño. Iconofacto, 8(10), 88-105. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5204352>
- Reason, P., y Bradbury, H. (Eds.) (2008). The SAGE Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice (2nd ed.). SAGE Publications.
- Red de Derechos Humanos del Sur Occidente de Colombia “Francisco Isaías Cifuentes” y Red por la Vida y los Derechos Humanos del Cauca. (2020). Situación de emergencia por vulneraciones a los Derechos Humanos en el Departamento del Cauca.
- Rhinow, H., y Meinel, C. (2014). Design Thinking: Expectations from a Management Red de Investigación y Búsqueda de Información [Redinfor]. (s.f.). Manual del curso: Sistematización de experiencias de programas y proyectos sociales. Redinfor.
- Rosenfeld, F. (2010).

- Collective reparation for victims of armed conflict. *International Review of the Red Cross*, 92(879), 731-746. <https://doi.org/10.1017/S1816383110000494>
- Rodríguez, J. De la Torre, A. y Miranda C. T. (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*, 22, 337-346. <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v22iSupp2.1183>
- Carvajal, R. (2025). Centinelas para la vida, una estrategia de vigilancia en salud comunitaria, informe final. Quilisa-lud E.S.E
- Sánchez Gómez, G. (1990). Guerra y política en la sociedad colombiana. *Análisis Político*, (11), 7–23. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/anpol/article/view/74324>
- Sánchez González, M. (Coord.) (2021). # Dlenlínea UNIA: guía para una docencia innovadora en red. Universidad Internacional de Andalucía.
- Secretaría de Salud de Santander de Quilichao. (2022). Análisis de Situación de Salud con Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud (ASIS) 2022. <https://santanderdequilichaocauca.gov.co/Transparencia/Boletines/ASIS%20SANTANDER%202022.pdf>
- Secretaría de Salud de Santander de Quilichao. (2023). Análisis de Situación de Salud con Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud (ASIS) Santander de Quilichao, Cauca 2023. Secretaría de Salud Municipal.
- Secretaría de Salud de Santander de Quilichao. (2024). Análisis de Situación de Salud con Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud (ASIS) Santander de Quilichao, Cauca, 2024.
- Schumpeter, J. A. (1978). Teoría del desenvolvimiento económico: Una investigación sobre ganancias, capital, crédito, interés y ciclo económico (J. Prados Arrarte, Trad.). Fondo de Cultura Económica.
- Seys, D., Wu, A. W., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Scott, S. D., Conway, J., Sermeus, W., y Vanhaecht, K. (2013). Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Evaluation & the Health Professions*, 36(2), 135-162. <https://doi.org/10.1177/0163278712458918>
- Shuldiner, H. (09 de enero de 2025). Los esfuerzos de paz de Colombia provocan disputas y divisiones criminales. InSight Crime. Recuperado a partir de InSight Crime. (2024). Los esfuerzos de paz de Colombia provocan disputas y divisiones criminales. <https://insightcrime.org/es/noticias/esfuerzos-paz-colombia-provocan-disputas-divisiones-criminales/>
- Social Innovation in Health Initiative (SIHI). (2018). Investigaciones sobre Innovaciones Sociales en Salud en Centroamérica y el Caribe: Resultados del concurso de crowdsourcing (Hub SIHI LAC). Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM).
- Stockholm International Peace Research Institute. (2022). SIPRI Yearbook 2022: Armaments, Disarmament and International Security. Resumen en español. SIPRI. https://www.sipri.org/sites/default/files/2022-10/yb22_summary_esp.pdf
- Sursiendo. (2021). Herramienta para la sistematización de experiencias de acompañamiento en fortalecimiento de capacidades digitales. Recuperado a partir de <https://sursiendo.org/2021/10/herramien->

- ta-para-la-sistematizacion-de-experiencias-de-acompanamientos-en-fortalecimiento-de-capacidades-digitales/
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós.
- Tejada de Rivero D.A. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud* 8(2):3-7.
- Tejada de Rivero, D. A. (2018). La historia de la Conferencia de Alma-Ata. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 361–366. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>
- The Watch. (2025). Organized crime's transformation in Latin America and its impact on the region. The Watch Homeland Defense. Recuperado a partir de <https://thewatch-journal.com/2025/04/15/organized-crimes-transformation-in-latin-america-and-its-impact-on-the-region/>
- Torres Pérez, M. L., Yunda Perlaza, L., Lesmes Correa, J. N., & Sabogal Fajardo, C. M. (2022). La estrategia APS en Colombia. En La implementación de la Telesalud en Colombia: parámetros para su abordaje integral (pp. 54-67). Sello Editorial UNAD. <https://doi.org/10.22490/9789586518833>
- Unidad para las Víctimas. (2022). Boletín Fichas estadísticas de registro de víctimas. Cauca. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.
- Unidad para las Víctimas. (2024a). Boletín estratégico Cauca: Fichas estadísticas de registro de víctimas (Corte 29 de febrero de 2024). Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.
- Unidad para las Víctimas. (2024b). Boletín estratégico Santander de Quilichao: Fichas estadísticas de registro de víctimas (Corte 29 de febrero de 2024). Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.
- Vázquez Navarrete, M. L., Ferreira da Silva, M. R., Mogollón Pérez, A. S., Fernández de Sanmamed, M. J., Delgado Gallego, M. E., y Vargas Lorenzo, I. (2017). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Universidad del Valle.
- Vergara Quintero, M. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 41-50. Recuperado a partir de <https://revistasoj.s.ualdas.edu.co/index.php/hacialpromociondelasalud/article/view/1946>
- World Health Organization [WHO]. (2015). Community-based Surveillance (CBS). Training Manual.
- Wolf J. A., Niederhauser V., Marshburn D., LaVela S. L. (2014). Defining Patient Experience. *Patient Experience Journal* 1(1):7-19. https://www.researchgate.net/publication/279962265_Defining_Patient_Experience
- Zapata, N. (2025). Centinelas de la Salud, vigilantes para la vida. [Video]. YouTube. Recuperado de https://youtu.be/8J00QoW_FeQ

