



Diagnóstico de la implementación de políticas públicas de salud dirigidas a niños y niñas menores de cinco años en el municipio de Quibdó y diseño de estrategias de fortalecimiento desde la Atención Primaria en Salud

**Yurany Aguilar Quinto
Gissela Palacios Mosquera**

**Diagnóstico de la implementación de políticas públicas de salud dirigidas a niños y niñas
menores de cinco años en el municipio de Quibdó y diseño de estrategias de fortalecimiento
desde la Atención Primaria en Salud**

Yurany Aguilar Quinto

Gissela Palacios Mosquera

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

Magister en Gobierno y Gestión Pública

Director:

Santiago A. Roa-Ortiz PhD (c)

Modalidad:

Innovación Organizacional

Universidad EAN

Facultad

Maestría en Gobierno y Gestión Pública

Bogotá, Colombia

día/Junio/2026

Agradecimientos

Agradecemos a Dios por brindarnos la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar este proceso académico y personal.

A nuestras familias por su apoyo incondicional, comprensión y acompañamiento durante cada etapa de nuestra formación profesional. Su confianza y motivación fueron fundamentales para alcanzar esta meta.

De manera especial, agradecemos a nuestro director de trabajo de grado, Santiago A. Roa-Ortiz, por su orientación, acompañamiento permanente y sus valiosos aportes durante el desarrollo de esta investigación. Sus observaciones y recomendaciones contribuyeron significativamente al fortalecimiento de este trabajo.

También, a la Universidad EAN y a los docentes que hicieron parte de nuestro proceso educativo, por los conocimientos impartidos y las herramientas académicas brindadas a lo largo de mi carrera.

Extiendo también mi agradecimiento a las instituciones y profesionales del sector del municipio de Quibdó que, mediante el suministro de información, documentos y experiencias, aportaron elementos fundamentales para la construcción de esta investigación.

Resumen

La salud infantil es un desafío prioritario en el municipio de Quibdó debido a la persistencia de altas tasas de mortalidad asociadas a enfermedades prevenibles, limitaciones en el acceso a los servicios de salud y profundas desigualdades territoriales. El objetivo de esta investigación fue diagnosticar la implementación de las políticas públicas de salud infantil dirigidas a niños y niñas menores de cinco años y formular una propuesta de fortalecimiento desde la Atención Primaria en Salud. Para ello, se desarrolló un estudio con un enfoque mixto, mediante revisión documental, análisis de indicadores epidemiológicos y sociales, identificación de barreras institucionales y análisis de experiencias exitosas en salud infantil implementadas en contextos similares. Los hallazgos mostraron debilidades relacionadas con la fragmentación de las instituciones, los obstáculos administrativos del aseguramiento, la baja capacidad de resolución en el primer nivel de atención, las dificultades geográficas para acceder y la influencia de factores sociales como la pobreza y la falta de saneamiento básico. En respuesta a esto, se elaboró el modelo territorial “Cunas del Atrato”, que busca potenciar la prevención, la vigilancia comunitaria, la coordinación entre sectores y la continuidad de la atención infantil. Se llega a la conclusión de que el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud y la reestructuración territorial de los servicios son aspectos clave para mejorar los resultados en salud infantil y disminuir las brechas existentes en Quibdó.

Palabras clave: salud infantil, Atención Primaria en Salud, mortalidad infantil, políticas públicas, prevención, Quibdó.

Abstract

Child health is a priority challenge in the municipality of Quibdó due to persistently high mortality rates associated with preventable diseases, limited access to health services, and profound territorial inequalities. The objective of this research was to diagnose the implementation of public policies for child health aimed at children under five years of age and to formulate a proposal for strengthening these policies through Primary Health Care. To this end, a mixed-methods study was conducted, employing a review of documents, analysis of epidemiological and social indicators, identification of institutional barriers, and analysis of successful child health initiatives implemented in similar contexts. The findings revealed weaknesses related to the fragmentation of institutions, administrative obstacles to insurance coverage, low capacity for resolution at the primary care level, geographical difficulties in accessing services, and the influence of social factors such as poverty and lack of basic sanitation. In response, the "Cunas del Atrato" (Cradles of the Atrato) territorial model was developed, which seeks to enhance prevention, community surveillance, intersectoral coordination, and continuity of child care. It is concluded that strengthening Primary Health Care and the territorial restructuring of services are key aspects to improve child health outcomes and reduce existing gaps in Quibdó.

Keywords: *child health, primary health care, infant mortality, public policies, prevention, Quibdó.*

Contenido

1	Introducción.....	9
2	Objetivos	18
2.1	Objetivo general	18
2.2	Objetivos específicos.....	18
3	Métodos y metodología	19
4	Resultados	25
4.1	Análisis de la implementación actual de las políticas públicas de salud infantil en el municipio de Quibdó.....	25
4.2	Caracterización de la situación de salud infantil	29
4.3	Identificación de barreras	37
4.4	Experiencias y buenas prácticas en salud infantil.....	45
4.4.1	Estratégia Saúde da Família	45
4.4.2	Programa Madre Canguro.....	47
4.4.3	Programa de agentes comunitarios de salud.....	48
4.4.4	Estrategia AIEPI.....	48
4.4.5	Programa “Chile Crece Contigo”	49
4.5	Propuesta para el fortalecimiento de la salud infantil en el municipio de Quibdó	50
5	Referencias	80

Lista de Figuras

Figura 1. Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos) - Colombia.....	10
Figura 2. Comportamientos inusuales en enfermedades prevenibles en Colombia.	12
Figura 3. Flujo de atención en salud infantil en Quibdó.	27
Figura 4. Brecha de mortalidad infantil.	32
Figura 5. Tasas de mortalidad infantil por enfermedades prevenibles en el municipio de Quibdó.....	33
Figura 6. Mapa de Empatía: Madre y Cuidadora del Municipio de Quibdó.....	42
Figura 7. Mapa de Empatía: Médico General del Servicio de Urgencias (ESE Hospital San Francisco de Asís).....	43
Figura 8. Journey Map de acceso a la atención infantil en el municipio de Quibdó.....	44
Figura 9. Esquema conceptual del Modelo Territorio Integrado "Cunas del Atrato".....	53
Figura 10. Storyboard del Modelo 'Cunas del Atrato'.....	55

Lista de tablas

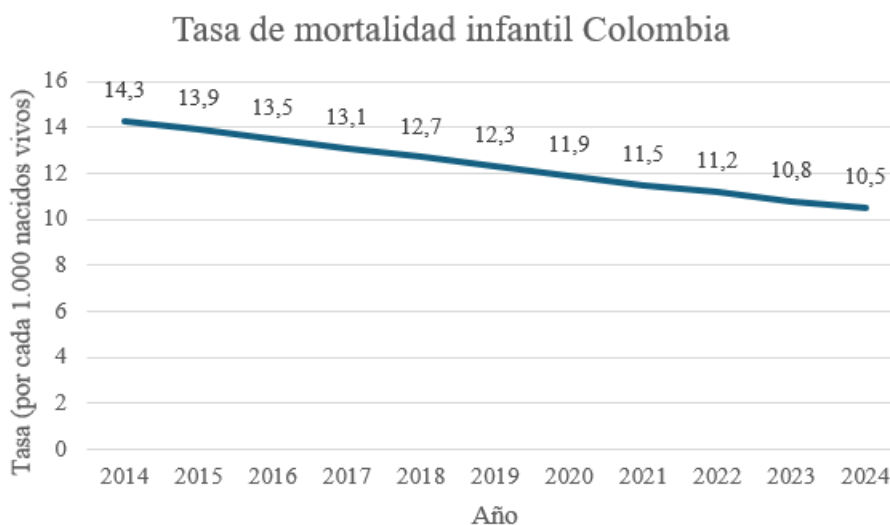
Tabla 1. Matriz de Stakeholders.	40
Tabla 2. Lean Government Canvas del modelo “Cunas del Atrato”.	59
Tabla 3. Matriz de articulación diagnóstico–propuesta	62
Tabla 4. Matriz de articulación CunasNet complementado	64
Tabla 5. Propuesta de complemento: búsqueda activa y monitoreo	66
Tabla 6. Matriz de KPIs por fases.....	67

1 Introducción

La salud infantil, entendida como un indicador esencial del desarrollo social y de la garantía de derechos, se convierte en un espejo de las inequidades territoriales que persisten en Colombia. Aunque la Constitución Política reconoce en su artículo 44 la salud como un derecho fundamental de los niños y las niñas (Constitución Política de Colombia, 1991), y el país ha logrado avances significativos en la reducción de la mortalidad infantil —pasando de más de 30 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en la década de 1990 a cerca de 11 en 2023 (Banco Mundial, 2023). Como se observa en la Figura 1, la tasa de mortalidad infantil —, estas mejoras no se distribuyen de manera homogénea (World Bank Group, 2020).

Además, estos avances han estado asociados al fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la ampliación de coberturas de aseguramiento, el desarrollo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y la adopción de estrategias basadas en Atención Primaria en Salud (APS).

Figura 1. Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos) - Colombia



Nota: Estimaciones desarrolladas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UNICEF, OMS, Banco Mundial, División de Población DESA de las Naciones Unidas) en childmortality.org.

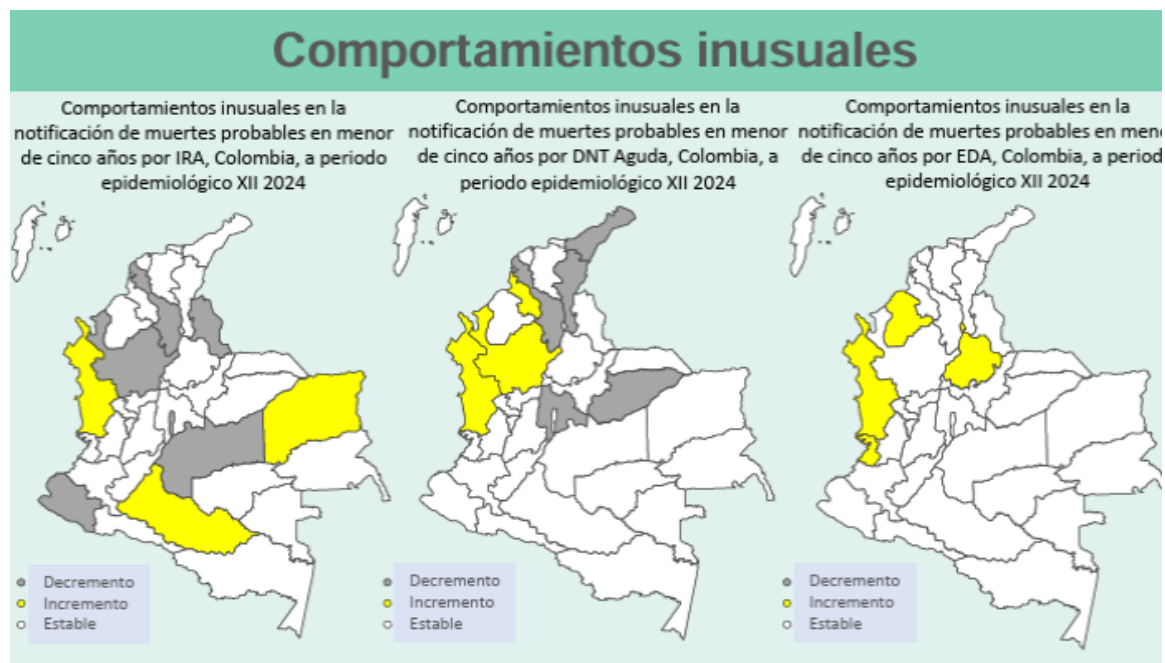
No obstante, pese a los avances nacionales, la distribución territorial de estos resultados continúa siendo profundamente desigual. En departamentos como el Chocó, históricamente afectados por exclusión social y debilidad institucional, la tasa de mortalidad infantil supera las 25 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (Alcaldía de Quibdó, 2023). En Quibdó, capital del departamento, la situación se complejiza por factores estructurales: deficiencia en infraestructura sanitaria, dispersión geográfica, dificultades de transporte fluvial, pobreza multidimensional y fragmentación institucional. Estas condiciones generan barreras de acceso y perpetúan una alta carga de enfermedades prevenibles como infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y desnutrición (Instituto Nacional de Salud, 2024).

Si bien existen investigaciones sobre desnutrición y mortalidad infantil en el Chocó (OPS, 2023; Instituto Nacional de Salud, 2024), la literatura es limitada en cuanto al análisis

integral de la implementación territorial de políticas públicas de salud infantil en Quibdó. Se conoce qué problemas existen y cuáles son sus determinantes, pero aún falta evidencia sobre cómo las políticas nacionales se traducen en acciones locales, qué barreras institucionales frenan su efectividad y qué innovaciones podrían fortalecer la prevención y la garantía del derecho a la salud. Esta brecha de conocimiento justifica la presente investigación, que busca aportar un análisis situado y propositivo.

De acuerdo con el Análisis de la Situación de Salud, una proporción importante de la mortalidad infantil está asociada a enfermedades prevenibles como infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedades diarreicas agudas (EDA) y desnutrición. Los registros institucionales reportan tasas de mortalidad infantil asociadas a IRA de 122,44 por cada 100.000 menores de cinco años, 17,56 por EDA y 44,21 por desnutrición, cifras que reflejan importantes debilidades en los mecanismos de prevención, detección temprana y atención (Alcaldía de Quibdó, 2023). Además, el Instituto Nacional de Salud ha reportado variaciones inusuales en eventos epidemiológicos asociados a enfermedades prevenibles en distintos territorios del país como se muestra en la *Figura 2*, evidenciando la persistencia de riesgos sanitarios y la necesidad de fortalecer los sistemas territoriales de promoción, vigilancia y prevención en salud pública.

Figura 2. Comportamientos inusuales en enfermedades prevenibles en Colombia.



Fuente: Sivigila periodo epidemiológico XII, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

La problemática de salud infantil en Quibdó no puede comprenderse únicamente desde el componente clínico/asistencial, sino también desde los determinantes sociales que indican directamente sobre las condiciones de vida de la población. El departamento del Chocó presenta uno de los índices de pobreza multidimensional más altos de Colombia. Mientras a nivel nacional este indicador se ubicó alrededor del 12,1% en las mediciones oficiales recientes, en el departamento del Chocó alcanzó cifras cercanas al 36,8% de la población (DANE, 2025). Estas condiciones afectan el acceso a servicios básicos, esquemas de alimentación balanceada, saneamiento ambiental y, por ende, las condiciones de salud y desarrollo infantil de la población infantil.

Frente a esta situación, el Estado colombiano ha diseñado múltiples políticas públicas e instrumentos normativos orientados al fortalecimiento de la salud infantil y la reducción de brechas territoriales. Entre las principales estrategias se encuentran el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031¹, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)² y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)³ y la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia “De Cero a Siempre” (Ley 1804 de 2016), las cuales promueven la prevención de enfermedades, la gestión integral del riesgo, la Atención Primaria en Salud, el enfoque diferencial y la articulación intersectorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Asimismo, en el departamento del Chocó y en el municipio de Quibdó se han formulado instrumentos territoriales orientados a adaptar estos lineamientos nacionales a las particularidades del territorio. El departamento del Chocó, formuló el Plan Territorial de Salud 2016-2019, denominado “*Un Chocó saludable que avanza hacia la equidad y la reducción de las desigualdades en salud en todas las regiones*”, el cual se enfocó en priorizar acciones de prevención de enfermedades prevalentes en la infancia y fortalecimiento institucional (Gobernación del Chocó, 2016). De igual manera, el municipio de Quibdó ha incorporado dentro de sus planes de desarrollo territorial metas orientadas a la atención materno-infantil. No

¹ El Plan Decenal de Salud Pública es el principal instrumento de planificación en salud en Colombia, con una vigencia de diez años (actualmente 2022–2031). Su objetivo es orientar las acciones del Estado, las instituciones y la sociedad para mejorar las condiciones de salud de la población. Incluye estrategias específicas para la salud infantil, como la reducción de la mortalidad, la prevención de enfermedades y el fortalecimiento de la atención integral en la primera infancia.

² Marco que orienta el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

³ Busca cerrar brechas de acceso, garantizar el derecho fundamental a la salud y mejorar condiciones de vida mediante un enfoque diferencial, territorial y de atención primaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

obstante, el Departamento Nacional de Planeación (DNP, 2023) señala que la implementación efectiva de estas políticas en Quibdó se ve afectada por dificultades asociadas a limitaciones presupuestales, déficit en la infraestructura hospitalaria y de saneamiento, escasez y alta rotación del talento humano especializado, y debilidades en la articulación institucional.

En este sentido, aunque Colombia dispone actualmente de un marco normativo robusto en materia de salud infantil, persiste una brecha significativa entre el diseño formal de las políticas públicas y su implementación en territorios periféricos como Quibdó. La existencia de programas, lineamientos y estrategias nacionales no necesariamente se traduce en acceso oportuno, continuidad del cuidado o reducción efectiva de la mortalidad infantil en contextos afectados por exclusión histórica y debilidad institucional. Esta situación evidencia la necesidad de analizar no solo la existencia de políticas públicas, sino especialmente sus dinámicas de implementación territorial, sus limitaciones y barreras que afectan su capacidad real de transformación.

Adicionalmente, aunque existen investigaciones como “desnutrición en menores de 5 años en el Chocó” (Instituto Nacional de Salud, 2024) y “Principales factores de contexto asociados a la mortalidad infantil en menores de 5 años en el departamento del Chocó” (OPS, 2023) relacionadas con mortalidad infantil, pobreza y situación sanitaria en el Chocó, son limitados los estudios que analizan de manera integral cómo se implementan las políticas públicas de salud infantil en el municipio de Quibdó, cuales son las barreras institucionales y territoriales que afectan su funcionamiento y qué estrategias podrían fortalecer la prevención de enfermedades y la garantía del derecho a la salud en la infancia. Por ello, la presente

investigación busca aportar un análisis territorial e institucional de la implementación de las políticas públicas de salud infantil, incorporando tanto el análisis epidemiológico como la percepción de actores clave y la identificación de experiencias exitosas aplicables al contexto local.

La investigación parte del supuesto de que el fortalecimiento de la APS, la articulación interinstitucional, la vigencia territorial activa y la participación comunitaria pueden contribuir significativamente a reducir las enfermedades prevenibles y mejorar la garantía efectiva del derecho a la salud infantil en el municipio de Quibdó. Bajo esta lógica, el estudio adopta el enfoque How Might We (HMW) como herramienta de análisis orientada a la formulación de soluciones públicas centradas en el territorio y en las dinámicas reales de implementación institucional.

En consecuencia, la pregunta que orienta esta investigación es la siguiente: ¿Cómo pueden fortalecerse las políticas públicas de salud infantil en el municipio de Quibdó para mejorar la prevención de enfermedades y garantizar de manera más efectiva el derecho a la salud de los niños y niñas? Además, desde enfoque HMW, la investigación se formula a partir del siguiente interrogante estratégico: ¿Cómo podríamos fortalecer la implementación de las políticas públicas de salud infantil en el municipio de Quibdó mediante estrategias de prevención, articulación institucional y participación comunitaria que permitan reducir la mortalidad infantil por causas prevenibles?

La investigación se estructura bajo una teoría del cambio que parte de un problema claro: la alta mortalidad infantil por causas prevenibles en Quibdó. Las barreras identificadas —déficit

institucional, pobreza multidimensional, baja cobertura de APS y falta de pertinencia cultural— requieren una innovación: el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud mediante articulación interinstitucional, participación comunitaria y estrategias de prevención adaptadas al territorio. Los resultados esperados son una mayor cobertura de servicios, reducción de enfermedades prevenibles y mayor involucramiento comunitario; el impacto proyectado es la disminución de la mortalidad infantil y la garantía efectiva del derecho a la salud.

Este enfoque se sustenta en evidencia internacional. Estudios recientes en *The Lancet* (2021), *BMJ Global Health* (2022), *Health Policy* (2023) y la OMS (2022) demuestran que la APS es el mecanismo más costo-efectivo para reducir inequidades y mejorar resultados en salud infantil, especialmente en contextos de vulnerabilidad. Sin embargo, la literatura también advierte que la efectividad de la APS depende de su adaptación cultural y territorial, lo que refuerza la pertinencia de este estudio en Quibdó.

La justificación científica radica en que este trabajo aporta conocimiento nuevo: no se limita a describir indicadores epidemiológicos, sino que analiza la dinámica de implementación de políticas públicas en un territorio periférico, integrando datos cuantitativos, percepciones de actores locales y experiencias exitosas. De esta manera, ofrece evidencia aplicable para la toma de decisiones en salud pública y para el diseño de estrategias diferenciadas en territorios con alta vulnerabilidad.

Finalmente, la investigación formula explícitamente su hipótesis: el fortalecimiento de la APS, la articulación interinstitucional y la participación comunitaria contribuirán

significativamente a reducir la mortalidad infantil por causas prevenibles y a garantizar de manera más efectiva el derecho a la salud de los niños y niñas en Quibdó.

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

Diseñar estrategias de mejora orientadas al fortalecimiento de la implementación de las políticas públicas de salud infantil en el municipio de Quibdó.

2.2 Objetivos específicos

1. Analizar la implementación actual de las políticas públicas de salud infantil en el municipio de Quibdó, identificando sus principales fortalezas y debilidades.
2. Caracterizar la situación de salud infantil en Quibdó mediante el análisis de indicadores epidemiológicos relacionados con morbilidad, mortalidad y enfermedades prevenibles en la población infantil.
3. Identificar las principales barreras de acceso, calidad y oportunidad en los servicios de salud infantil, a partir de la percepción de actores clave como padres, cuidadores y personal médico e instituciones salud.
4. Analizar experiencias y buenas prácticas en políticas públicas de salud infantil implementadas en contextos territoriales similares, con el propósito de identificar estrategias aplicables al municipio de Quibdó.
5. Formular estrategias y recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la prevención de enfermedades infantiles y la mejora en la implementación de las políticas públicas de salud en el municipio de Quibdó.

3 Métodos y metodología

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque metodológico mixto con predominancia cualitativa. Este enfoque permitió comprender de manera integral las dinámicas de implementación de las políticas públicas de salud infantil en el municipio de Quibdó, articulando el análisis interpretativo de las percepciones institucionales y comunitarias con el examen descriptivo de indicadores epidemiológicos y sociales relacionados con la salud infantil.

El componente cualitativo se orientó a comprender las barreras, tensiones y dinámicas territoriales que afectan la implementación de las políticas públicas de salud infantil, especialmente en relación con el acceso, la calidad y la oportunidad de los servicios de salud. Por su parte, el componente cuantitativo se utilizó de manera complementaria para caracterizar la situación epidemiológica del municipio mediante el análisis de indicadores de mortalidad infantil, morbilidad por enfermedades prevenibles, vacunación, desnutrición y pobreza multidimensional.

El estudio se desarrolló bajo un diseño no experimental y descriptivo debido a que no se manipularon variables ni se realizaron intervenciones directas sobre la población objeto de estudio, sino que se analizaron los fenómenos en su contexto real durante un periodo determinado. Asimismo, el diseño descriptivo permitió identificar características, relaciones y problemáticas asociadas a la implementación territorial de las políticas públicas de salud infantil en Quibdó.

La investigación se enmarca territorialmente en el municipio de Quibdó, capital del departamento del Chocó, seleccionado debido a las persistentes brechas epidemiológicas y

sociales relacionadas con la salud infantil, así como por las limitaciones estructurales del sistema de salud en contextos de alta vulnerabilidad social y dispersión geográfica.

La población objetivo de estudio estuvo conformada por los principales actores involucrados en el ecosistema de salud infantil del municipio de Quibdó. Estos actores incluyeron padres y cuidadores de niños menos de cinco años, personal de salud vinculado a la atención materno infantil, funcionarios públicos relacionados con la gestión sanitaria y representantes institucionales del sistema de salud territorial. Debido al carácter cualitativo de la investigación, se utilizó un muestreo no probabilístico, seleccionando actores considerados estratégicos por su nivel de participación, conocimiento o experiencia frente a la implementación de las políticas públicas de salud infantil. La muestra analítica estuvo integrada por: Padres y cuidadores de menores de cinco años residentes en sectores urbanos y periféricos del municipio.

- Personal de salud de primera línea, incluyendo médicos y profesionales de enfermería vinculados a servicios de atención infantil.
- Funcionarios y actores institucionales relacionados con la gestión territorial de salud pública y programas de infancia.

Los criterios de selección incluyeron experiencia directa con el sistema de salud infantil del municipio, conocimiento de las rutas de atención o participación institucional en procesos de implementación de políticas públicas de salud.

La investigación utilizó fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias correspondieron a ejercicios exploratorios de percepción realizados con los actores clave

vinculados al sistema de salud infantil del municipio. Por otra parte, las fuentes secundarias incluyeron:

- Bases de datos epidemiológicas del Instituto Nacional de Salud (INS).
- Estadísticas oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).
- Informes del Departamento Nacional de Planeación (DNP)
- Análisis de Situación de Salud del municipio de Quibdó
- Informes institucionales de la Gobernación del Chocó, Alcaldía de Quibdó, ICBF y OPS.
- Literatura académica y documentos técnicos relacionados con APS, mortalidad infantil y políticas públicas sanitarias.

Para la recolección y sistematización de la información se utilizaron las siguientes técnicas:

Revisión documental: se realizó un análisis de documentos normativos, políticas públicas, informes epidemiológicos y literatura relacionada con salud infantil.

Análisis estadístico: se analizaron indicadores epidemiológicos y sociales relacionados con mortalidad infantil, enfermedades prevalentes de la infancia, vacunación, desnutrición y pobreza multidimensional.

Ejercicios exploratorios de percepción: se desarrollaron guías semiestructuradas orientadas a recoger percepciones de actores clave sobre barreras de acceso a servicios de salud infantil, oportunidad en la atención, funcionamiento de las EPS e IPS, disponibilidad del personal médicos e insumos. Estas percepciones fueron utilizadas como insumo cualitativo orientador para complementar el análisis institucional y epidemiológico del estudio.

Análisis de actores: se identificaron los principales stakeholders vinculados a la implementación de salud infantil en el municipio, evaluando sus niveles de poder, influencia y capacidad de incidencia territorial

Análisis de experiencias exitosas: se investigaron programas y estrategias dentro del marco de la salud infantil en locaciones con condiciones similares al municipio de Quibdó, los cuales resultaron exitosos y permitieran marcar una ruta clara sobre las buenas practicas que se puedan adoptar.

Formulación de estrategias: con base en los hallazgos obtenidos, se estructuró una propuesta territorial orientada al fortalecimiento de la APS, la prevención de enfermedades prevalentes y la mejora en la implementación de las políticas públicas de salud en Quibdó.

Adicionalmente, se emplearon herramientas de innovación publica y diseño centrado en el usuario, tales como mapas de empatía, journey maps, storyboard operativo, análisis de stakeholders y Lean Government Canvas, con el propósito de comprender la experiencia territorial de los actores involucrados y estructurar una propuesta de intervención integral contextualizada al municipio de Quibdó.

Criterios de éxito (KPIs)

Para garantizar que el modelo avance de manera ordenada y sin escalar errores, se hizo indispensable establecer criterios de éxito claros en cada fase. En primer lugar, se parte de una línea base que refleje la situación actual, de modo que las metas puedan medirse con precisión y permitan conocer la evolución del proceso. De esta manera, cada fase cuenta con indicadores específicos que funcionan como condición para autorizar el paso a la siguiente etapa.

En la fase de diagnóstico inicial, la línea base corresponde al tiempo promedio de respuesta institucional, que actualmente se sitúa en diez días. Por consiguiente, la meta será reducir este tiempo en un 20%, alcanzando ocho días efectivos. El criterio de éxito se definirá como el cumplimiento de al menos el 80% de los casos dentro del nuevo tiempo meta, lo que garantizará que la fase pueda considerarse consolidada antes de avanzar.

En la fase de diseño de estrategias, la línea base se relaciona con la participación comunitaria en talleres, que se encuentra en un 40%. Por lo tanto, la meta será incrementar la participación al 60%, asegurando que al menos tres de cada cinco familias estén involucradas en el proceso. El criterio de éxito se establecerá en función de la representatividad alcanzada, pues sin una participación amplia no sería pertinente pasar a la implementación.

En la fase de implementación piloto, la línea base corresponde a la cobertura de niños menores de cinco años, actualmente en un 55%. En consecuencia, la meta será alcanzar un 70% de cobertura, con el criterio de éxito definido como el registro efectivo de al menos el 70% de la población objetivo. Este indicador permitirá verificar que la estrategia logra penetración territorial antes de escalarse.

En la fase de monitoreo y seguimiento, la línea base refleja un ausentismo en controles del 30%. Por ello, la meta será reducirlo al 15%, estableciendo como criterio de éxito que al menos el 85% de los usuarios vinculados cumplan con los controles programados. Este resultado garantizará la continuidad del proceso y evitará que se acumulen errores en la atención.

Finalmente, en la fase de evaluación y ajuste, la línea base muestra indicadores de desnutrición en un 25%. De este modo, la meta será reducirlos al 15%, con el criterio de éxito definido como la evidencia de mejora en al menos dos indicadores de salud infantil. Así, se asegura que la estrategia no solo se implemente, sino que produzca un impacto tangible en la calidad de vida de la población.

4 Resultados

4.1 Análisis de la implementación actual de las políticas públicas de salud infantil en el municipio de Quibdó.

La implementación de las políticas públicas de salud infantil en Colombia se encuentra estructurada bajo el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), articulado con instrumentos como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), los cuales orientan el funcionamiento del sistema hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la gestión integral del riesgo en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Estas políticas buscan garantizar el derecho a la salud de la población infantil mediante acciones integrales de promoción, atención y seguimiento, especialmente en menores de cinco años, considerados población prioritaria dentro de la política pública nacional.

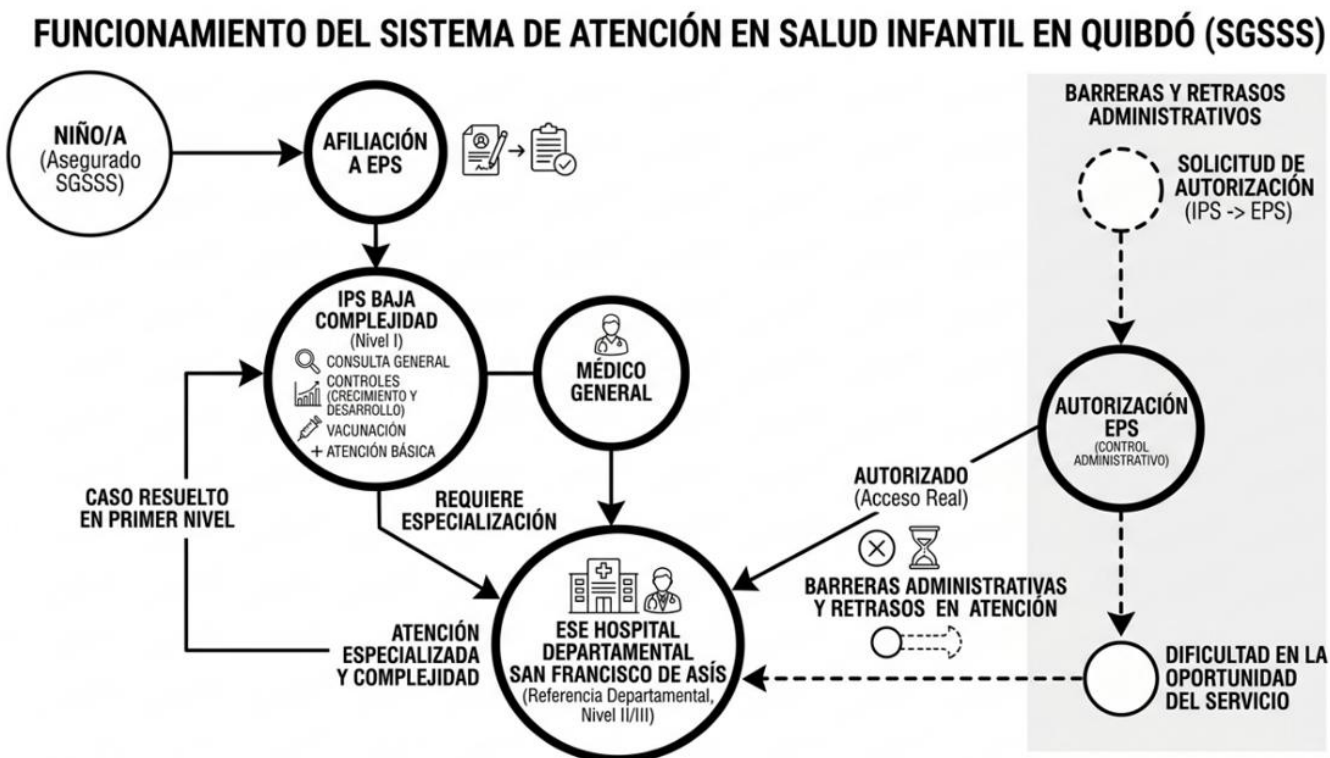
En el escenario territorial de Quibdó, la operativización de estas políticas se desarrolla a través de la Secretaría de Salud Municipal como autoridad sanitaria encargada de coordinar las acciones de salud pública colectiva. Esta gestión se ejecuta en articulación con la red pública hospitalaria, encabezada por la ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís, así como por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas habilitadas en el territorio. A su vez, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) cumplen las funciones de aseguramiento y autorización de servicios médicos para la población afiliada, concentrando su operación en el régimen subsidiado, el cual absorbe a la gran mayoría de los usuarios en el

departamento del Chocó debido a las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica preexistentes (Alcaldía de Quibdó, 2023).

Este modelo de aseguramiento basado en el mercado regulado determina de manera directa la Ruta Integral de Atención en Salud Infantil. El ingreso de los niños y niñas al sistema se realiza mediante la afiliación a la EPS, desde donde se asigna el acceso inicial a las IPS de primer nivel de complejidad, encargadas de ejecutar las actividades de detección temprana, tales como la consulta médica general, los controles de crecimiento y desarrollo, el monitoreo nutricional y las estrategias de vacunación contempladas en el PAI. No obstante, la concordancia interna de este proceso se fractura cuando el menor manifiesta patologías de mediana o alta complejidad que superan la capacidad resolutoria del primer nivel, requiriendo la remisión al Hospital Departamental San Francisco de Asís como principal centro de referencia regional.

Como se ilustra en la *Figura 3*, el tránsito hacia la atención especializada no es directo ni puramente clínico, sino que se encuentra supeditado a la expedición de autorizaciones administrativas emitidas por las EPS, situación que en múltiples ocasiones genera retrasos en la atención y dificultades en la oportunidad del servicio.

Figura 3. Flujo de atención en salud infantil en Quibdó.



Nota: El diagrama representa el tránsito del menor desde su afiliación inicial hasta la atención de alta complejidad. La línea punteada y el bloque sombreado de la derecha evidencian el cuello de botella normativo, donde la solicitud de autorización ante la EPS se convierte en un filtro administrativo que interrumpe la oportunidad y continuidad del servicio médico en el Hospital Departamental.

Esta desarticulación operativa entre las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud constituye una de las principales fallas de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el territorio. Al respecto, la OPS ha señalado que, en departamentos históricamente excluidos como el Chocó, la falta de gobernanza y control sobre las EPS debilita profundamente la continuidad de la APS y restringe la oportunidad de la atención pediátrica, afectando con mayor crudeza a las poblaciones procedentes de zonas rurales dispersas y comunas periféricas del municipio (OPS, 2024).

Precisamente, al analizar la APS como el eje central para acercar los servicios a las comunidades y mitigar las patologías prevalentes de la infancia, se devela una debilidad estructural vinculada a su modelo de gestión y financiamiento. Aunque se despliegan acciones mediante equipos básicos de salud, jornadas extramurales y programas específicos articulados como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) como la estrategia “Mil Días para Cambiar el Mundo” orientada al riesgo de desnutrición (ICBF, 2024), su impacto se torna intermitente. Como identificó Córdoba (2020), la operativización de estos equipos móviles y del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) depende fundamentalmente de proyectos transitorios y recursos presupuestales anualizados variables, lo que impide consolidar la APS como una estrategia permanente, sostenible y robustecida dentro de la estructura institucional del ente territorial. Esta falta de continuidad temporal en el monitoreo intramural limita la capacidad del sistema local para realizar búsquedas activas eficientes e interceptar de forma temprana las alertas captadas por el sistema SIVIGILA en eventos de IRA y EDA (INS, 2024).

A este escenario de desarticulación preventiva se suma la precariedad de la infraestructura física instalada y la limitada capacidad resolutoria del territorio. La ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís atiende a una población de referencia que supera los 80.000 usuarios en todo el departamento, lo que satura crónicamente sus servicios de urgencias pediátricas ante la falta de contención del primer nivel (Semana, 2026). La escasez estructural de talento humano especializado en pediatría, la insuficiencia de camas de cuidados intermedios infantiles y las recurrentes crisis financieras de la red pública impiden dar una respuesta oportuna a la demanda epidemiológica local.

Finalmente, toda esta dinámica institucional se encuentra profundamente condicionada por el peso adverso de los determinantes sociales de la salud que caracterizan a la región. Con un índice de Pobreza Multidimensional que, según el DANE (2025), supera el 30% en el departamento del Chocó, las pautas higiénico-sanitarias y nutricionales dictadas en las consultas preventivas chocan con la realidad del entorno de los pacientes, marcado por un severo déficit de agua potable intradomiciliaria y fallas críticas en el saneamiento básico. En consecuencia, el análisis de la implementación de las políticas públicas de salud infantil en Quibdó evidencia que, si bien existe un marco normativo nacional robusto y programas formalmente establecidos, la conjunción entre la fragmentación del aseguramiento, la discontinuidad financiera de la APS, las limitaciones de la red hospitalaria y el entorno de exclusión estructural neutralizan la efectividad de las políticas, restringiendo la posibilidad de reducir la mortalidad infantil de manera sostenible.

4.2 Caracterización de la situación de salud infantil

La situación de salud infantil en el municipio de Quibdó evidencia la persistencia de múltiples problemáticas epidemiológicas y sociales que afectan de manera significativa las condiciones de vida de la población menor de cinco años. Aunque Colombia ha presentado avances importantes en reducción de mortalidad infantil y ampliación de cobertura en salud, los indicadores territoriales continúan mostrando profundas desigualdades regionales, especialmente en departamentos históricamente vulnerables como el Chocó. En términos generales, la situación epidemiológica de la infancia en Quibdó se caracteriza por la persistencia de enfermedades prevenibles, problemas de desnutrición infantil, limitaciones en acceso efectivo a servicios de

salud y condiciones estructurales asociadas a pobreza multidimensional y deficiencias en saneamiento básico.

Uno de los principales indicadores que permite evidenciar esta problemática es la mortalidad infantil, pues se observa que mientras el promedio nacional se sitúa en 11,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (UNICEF, 2024), en Quibdó la tasa supera las 25 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. En consecuencia, se evidencia una brecha territorial significativa que refleja desigualdades en el acceso efectivo a los servicios de salud.

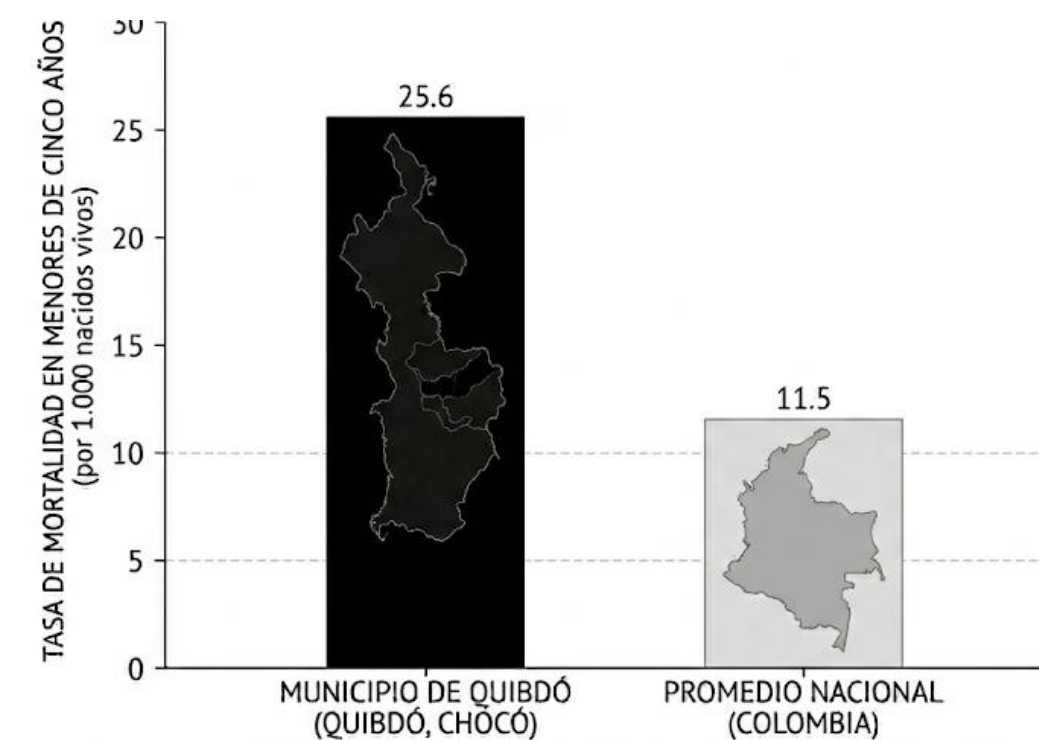
Asimismo, en relación con las enfermedades prevenibles, el análisis municipal reporta tasas críticas: infecciones respiratorias agudas (IRA) con 122,44, enfermedades diarreicas agudas (EDA) con 17,56 y desnutrición infantil con 44,21. Por lo tanto, estas cifras confirman una alta carga epidemiológica vinculada a condiciones que podrían ser contenidas mediante estrategias de promoción, vacunación y control nutricional.

De igual manera, los testimonios cualitativos refuerzan la evidencia estadística. Por ejemplo, una madre señaló: “Nos toca esperar varios días la autorización...” (Entrevistado 4), lo cual refleja las demoras administrativas que afectan la oportunidad en la atención. En la misma línea, un médico general manifestó: “La capacidad de contención en el primer nivel es casi nula...” (Entrevistado 7), evidenciando la insuficiencia de especialistas y recursos. Finalmente, una cuidadora expresó: “Muchas veces no llevamos al niño... porque no hay plata para el transporte” (Entrevistado 9), lo que pone de relieve las barreras económicas y geográficas que limitan el acceso oportuno.

En cuanto a la infraestructura hospitalaria, la ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís atiende a más de 80.000 usuarios, lo que genera una saturación crónica de los servicios pediátricos. De este modo, la escasez de camas y de talento humano especializado se traduce en una limitada capacidad resolutive frente a la demanda epidemiológica local.

Finalmente, los determinantes sociales agravan la situación. El índice de pobreza multidimensional en el Chocó supera el 30% (DANE, 2025), mientras que las deficiencias en agua potable y saneamiento básico condicionan la efectividad de las pautas higiénico-sanitarias y nutricionales impartidas en las consultas preventivas. En consecuencia, la interacción entre pobreza, exclusión territorial y debilidad institucional perpetúa la vulnerabilidad de la infancia en Quibdó. Cómo se puede observar de forma comparativa en la Figura 4, el indicador local suplica el comportamiento del promedio del país, exponiendo gráficamente la asimetría en los resultados de salud pública.

Figura 4. Brecha de mortalidad infantil.

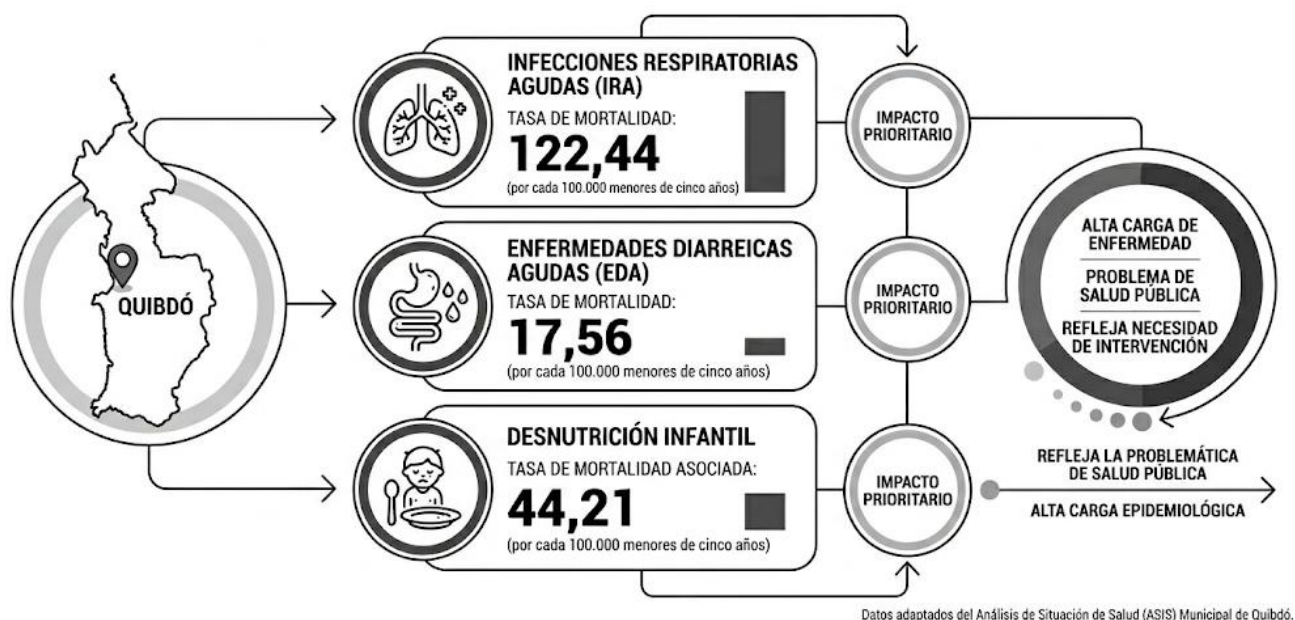


Nota: La figura expone la brecha epidemiológica existente en la mortalidad de la primera infancia (por cada 1.000 nacidos vivos) de acuerdo con los últimos reportes disponibles de 2024. Cifras obtenidas y adaptadas del Análisis de situación de salud de Quibdó y estimaciones institucionales de UNICEF (2024).

Sin embargo, además de la mortalidad infantil general, existen otros indicadores epidemiológicos que permiten comprender con mayor profundidad la situación de salud infantil en el territorio. Uno de ellos corresponde a la mortalidad y morbilidad asociada a enfermedades prevenibles. Según el Instituto Nacional de Salud, las infecciones respiratorias agudas (IRA), las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y la desnutrición continúan siendo eventos prioritarios de vigilancia epidemiológica debido a su impacto sobre la población infantil vulnerable (Instituto Nacional de Salud, 2024).

En Quibdó, el análisis de salud municipal reportó una tasa de mortalidad por IRA de 122,44, una tasa de mortalidad por EDA de 17,56 y una tasa de mortalidad asociada a desnutrición infantil de 44,21, indicadores que reflejan una alta carga epidemiológica relacionada con enfermedades prevenibles mediante estrategias efectivas de promoción, vacunación, control nutricional y Atención Primaria en Salud.

Figura 5. Tasas de mortalidad infantil por enfermedades prevenibles en el municipio de Quibdó.



Nota: El diagrama sintetiza los 3 eventos prioritarios de vigilancia epidemiológica para la población menor de cinco años en el territorio, especificando las tasas de mortalidad registradas por cada causa diagnóstica. Cifras obtenidas del análisis de situación de salud municipal de Quibdó.

Estas enfermedades se encuentran estrechamente relacionadas con las condiciones ambientales y sociales del territorio. Las IRA, por ejemplo, presentan una alta incidencia en contextos caracterizados por hacinamiento, viviendas inadecuadas, alta humedad ambiental y

limitado acceso a atención médica oportuna. En el caso de las EDA, los factores asociados incluyen deficiencias en agua potable, manejo inadecuado de residuos y problemas estructurales de saneamiento básico, situaciones persistentes en amplios sectores urbanos y rurales del municipio.

A esta problemática se suma la situación nutricional de la población infantil. El Instituto Nacional de Salud ha advertido que la desnutrición en menores de cinco años continúa siendo una de las principales causas de mortalidad evitable en el Chocó, particularmente en municipios con alta dispersión geográfica y dificultades de acceso a servicios básicos. El Observatorio Nacional de Salud señala que muchas de estas muertes están relacionadas con fallas en detección temprana, seguimiento nutricional y continuidad de atención médica (Instituto Nacional de Salud, 2024).

De igual manera, UNICEF reportó que durante 2022 el Chocó fue uno de los departamentos con mayor número de muertes infantiles asociadas a malnutrición en Colombia, concentrando una proporción importante de los casos nacionales. Adicionalmente, el organismo evidenció que cerca del 70% de los casos de desnutrición aguda infantil en territorios como el Chocó no fueron detectados oportunamente por el sistema de salud, debido principalmente a dificultades de acceso y debilidades en seguimiento preventivo (UNICEF, 2022).

En términos nutricionales, Colombia continúa enfrentando importantes retos en salud infantil. El Ministerio de Salud reportó que la prevalencia nacional de desnutrición crónica en menores de cinco años alcanzó 10,8%, mientras que la desnutrición aguda se ubicó en 1,6%. Asimismo, el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer alcanzó 10,48%, indicador

considerado un importante factor de riesgo para mortalidad neonatal y enfermedades durante la primera infancia (MinSalud, 2024).

Aunque estos indicadores corresponden al contexto nacional, diversos estudios muestran que departamentos como el Chocó presentan condiciones considerablemente más críticas debido a las desigualdades territoriales y socioeconómicas existentes.

Otro indicador relevante corresponde a las coberturas de vacunación infantil. UNICEF reportó que en Colombia la cobertura de la tercera dosis de vacuna DTP en población infantil alcanzó aproximadamente el 89%, mientras que la cobertura de segunda dosis contra sarampión se ubicó alrededor del 86%. Aunque estas cifras muestran avances importantes a nivel nacional, organismos internacionales han advertido que en territorios vulnerables y de difícil acceso persisten brechas importantes en cobertura efectiva y continuidad de esquemas completos de vacunación.

En este sentido, UNICEF informó que durante 2024 fue necesario desarrollar jornadas intensivas de vacunación en departamentos con coberturas inferiores al 80%, entre ellos el Chocó, donde se identificaron importantes dificultades para garantizar continuidad en inmunización infantil (UNICEF, 2024).

Adicionalmente, las encuestas INTEGRATED SMART desarrolladas por UNICEF y Acción contra el Hambre en municipios del Chocó como Alto Baudó y Bagadó evidenciaron problemáticas críticas relacionadas con salud infantil, nutrición, acceso a agua potable, saneamiento básico y cobertura de vacunación en menores de cinco años. Estas investigaciones

identificaron altos niveles de vulnerabilidad alimentaria y dificultades persistentes en acceso efectivo a servicios básicos de salud (UNICEF; ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE, 2024).

La situación epidemiológica de la infancia en Quibdó también se encuentra estrechamente relacionada con las condiciones de pobreza multidimensional presentes en el territorio. Según cifras del DANE, el Chocó continúa registrando uno de los índices de pobreza multidimensional más altos del país, situación que afecta directamente el acceso a salud, alimentación, vivienda digna, saneamiento básico y condiciones adecuadas para el desarrollo infantil. Estas privaciones incrementan significativamente la exposición de la población infantil a enfermedades infecciosas, desnutrición y mortalidad evitable.

Asimismo, las limitaciones estructurales del sistema de salud en el municipio continúan representando una barrera importante para la atención integral de la infancia. Entre las principales dificultades identificadas se encuentran las barreras administrativas relacionadas con autorizaciones de EPS, la limitada disponibilidad de especialistas pediátricos, la insuficiente capacidad resolutoria del primer nivel de atención y las dificultades geográficas para acceder oportunamente a servicios médicos, especialmente en comunidades rurales y dispersas.

En consecuencia, los resultados obtenidos permiten evidenciar que la situación de salud infantil en Quibdó continúa marcada por profundas desigualdades estructurales y territoriales que limitan el impacto efectivo de las políticas públicas de salud. Aunque existen programas nacionales de vacunación, vigilancia epidemiológica, atención nutricional y promoción de la salud infantil, persisten debilidades significativas relacionadas con cobertura efectiva,

continuidad de la Atención Primaria en Salud y reducción de determinantes sociales asociados a pobreza y exclusión territorial.

4.3 Identificación de barreras

El análisis de las barreras de acceso, calidad y oportunidad en los servicios de salud infantil en el municipio de Quibdó permitió identificar múltiples dificultades estructurales e institucionales que afectan de manera directa la atención de niños y niñas menores de cinco años. A partir de percepciones recopiladas mediante conversaciones informales y revisión de problemáticas recurrentes reportadas en estudios territoriales e informes institucionales, fue posible evidenciar que gran parte de las familias perciben el sistema de salud como un servicio limitado, lento y con dificultades para responder oportunamente a las necesidades de la población infantil.

Uno de los aspectos más recurrentes dentro de las percepciones de padres y cuidadores corresponde a las demoras en la atención médica y los procesos administrativos asociados a las EPS. Diversas familias manifestaron que, aunque los niños se encuentran afiliados al sistema de salud, el acceso real a consultas especializadas, medicamentos y exámenes diagnósticos suele ser lento y complejo. Una madre residente en zona periférica del municipio señaló:

“Cuando uno lleva al niño enfermo al puesto de salud, primero toca hacer filas desde la madrugada para ver si lo pueden atender. Si el médico te manda un examen o un jarabe que no está en el listado básico, empieza el calvario: ir a la oficina de la EPS a esperar que autoricen, que digan si hay convenio, y muchas veces te devuelven diciendo que vuelvas otro día. A veces el niño empeora en la casa antes de que a uno lo atiendan o le entreguen el remedio”

Esta percepción comunitaria evidencia cómo las barreras administrativas terminan afectando la oportunidad en la atención infantil, transformando afecciones fácilmente tratables, en cuadro clínicos de urgencia médica. Esto se agrava de forma exponencial ante la escasez de talento humano especializado en la región, un factor que satura los servicios hospitalarios. Un médico general que labora en el servicio de urgencias de la ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís explica esta problemática de la perspectiva del personal asistencial

“La capacidad de contención en el primero nivel es casi nula. No es solo que falten pediatras en Quibdó, es que las condiciones de infraestructura, la falta de insumos básicos y la inestabilidad de la contratación laboral hacen que no sea atractivo para ningún especialista quedarse a vivir en el Chocó. Nosotros los médicos generales hacemos lo que podemos en las consultas, pero cuando llega un menor con desnutrición agua moderada o una neumonía grave, nuestras manos están atadas. Dependemos de tramitar una remisión a un tercer nivel en Medellín, y es frustrante ver cómo la EPS demora la autorización días enteros analizando costos, mientras la vida del paciente se apaga en una camilla de urgencias”.

Esta perspectiva médica devela la saturación de la red y se articula estrechamente con las vivencias del personal de enfermería, quienes asumen el cuidado directo y la gestión de los P&P y el PAI. Una enfermera profesional, coordinadora del programa de Crecimiento y Desarrollo en una IPS del municipio (Cardiodiagnóstico), describe cómo la fragmentación del sistema erosiona las estrategias preventivas.:

“El modelo actual nos obliga a centrarnos en cumplir metas de cobertura de forma cuantitativa, descuidando la calidad y el seguimiento del paciente. Las madres asisten a los

controles de crecimiento y desarrollo porque es un requisito, pero cuando identificamos un riesgo de bajo peso o una alerta nutricional, el sistema se rompe. No tenemos cómo garantizarles la entrega inmediata de los suplementos porque la EPS tiene los contratos suspendidos o retrasados.”

Los funcionarios del sector público reconocen las limitaciones, pero enfatizan que las causas de la intermitencia institucional obedecen a problemas estructurales de asignación presupuestal y descentralización. Un funcionario de la Secretaría de Salud Municipal de Quibdó argumenta sobre las limitaciones operativas del ente territorial:

“La Secretaría tiene la responsabilidad constitucional de vigilar la salud pública y coordinar el PIC, pero operamos bajo un esquema de asfixia financiera. Los recursos que llegan por el SGP son insuficientes y están rígidamente condicionados. La contratación del PIC suele legalizarse tarde en el año debido a la tramitología estatal, lo que significa que los equipos básicos de salud y las brigadas extramurales solo operan de manera efectiva durante cinco o seis meses al año. El resto del tiempo, las comunidades quedan completamente desprotegidas. No podemos exigirle continuidad a la APS cuando el flujo de dinero es intermitente y dependemos de contratos temporales”

Otro elemento recurrente identificado en las percepciones comunitarias corresponde a las dificultades geográficas y económicas que enfrentan muchas familias para acceder a servicios médicos. En sectores vulnerables y comunidades alejadas del casco urbano, los desplazamientos hacia centros asistenciales representan costos elevados y tiempo prolongados de traslado, situación que limita el acceso oportuno a controles preventivos y atención médica.

Una cuidadora manifestó:

“Muchas veces no llevamos al niño a las vacunas o al control porque simplemente no hay plata para pagar el transporte. Ir hasta el hospital implica perder todo el día de trabajo, gastar lo de la comida en transporte y arriesgarse a que te digan que el sistema se cayó o no hay citas. Uno prefiere esperar y rezar para que el niño sane solo, o buscar al curandero del barrio que le dé una toma, porque salir a Quibdó sin plata es ir a pasar hambre en los pasillos de un hospital”.

Este distanciamiento alimenta en las comunidades una percepción de abandono estatal y una visión del sistema centrada exclusivamente en la atención de la enfermedad crítica, relegando los procesos de educación comunitaria a un segundo plano. Para comprender de forma sistemática las dinámicas de poder, los intereses cruzados y los roles que desempeñan cada uno de los actores involucrados en esta problemática, y con el fin de fundamentar estrategias efectivas de APS, se estructuró una matriz analítica de partes interesadas.

Tabla 1. Matriz de Stakeholders.

Actor Clave	Interés en el Problema	Influencia / Poder	Impacto en las Barreras
Padres y Cuidadores	Alto: Buscan la supervivencia y atención oportuna de sus hijos.	Baja: Tienen poca capacidad de negociación individual frente a las EPS e IPS.	Sufren directamente las barreras de acceso geográfico, económico y administrativo.

Personal Médico y de Enfermería	Alto: Vocación asistencial y ética profesional; sufren la sobrecarga laboral.	Media-Baja: Tienen autonomía médica, pero nula capacidad de decisión sobre recursos o contratos.	Enfrentan la frustración de la baja capacidad resolutive y la escasez de insumos o especialistas.
IPS Públicas y Privadas (Centros de Salud)	Alto: responsables directos de la prestación y de la saturación de urgencias.	Media: Administran la infraestructura local, pero dependen de los giros de las EPS y de la Alcaldía.	Determinan la calidad y las condiciones físicas de la atención y los tiempos de espera.
EPS (Régimen Subsidiado/Contributivo)	Medio-Bajo: Enfocados en la sostenibilidad financiera y el control de costos.	Alta: Autorizan servicios, exámenes, medicamentos y contratos con especialistas.	Son los principales generadores de barreras administrativas y falta de oportunidad.
Secretaría de Salud Municipal (Quibdó)	Alto: Obligación legal y constitucional de vigilar la salud pública y coordinar la APS.	Alta: Tienen poder político y técnico para diseñar políticas locales, pero limitados recursos presupuestales.	Responsables de la intermitencia en las brigadas de salud extramurales y la baja presencia institucional.

Fuente: elaboración propia

El análisis de esta matriz revela una profunda asimetría estructural de poder: los actores que concentran el mayor nivel de interés y que experimentan la afectación biológica y social

directa del problema (padres, cuidadores, médicos y enfermeras) carecen de los mecanismos de influencia para transformar el sistema. Por el contrario, las EPS y los entes territoriales concentran la mayor capacidad de decisión y gobernanza financiera (alta influencia), pero sus prioridades operativas y métricas de contención del gasto suelen distanciar la gestión de las necesidades reales, humanas y urgentes de la población infantil de Quibdó. Esta desconexión perpetúa las barreras analizadas y consolida la inoperancia de las políticas públicas en el territorio.

Figura 6. Mapa de Empatía: Madre y Cuidadora del Municipio de Quibdó.



Nota: elaboración con colaboración de la IA (Gemini).

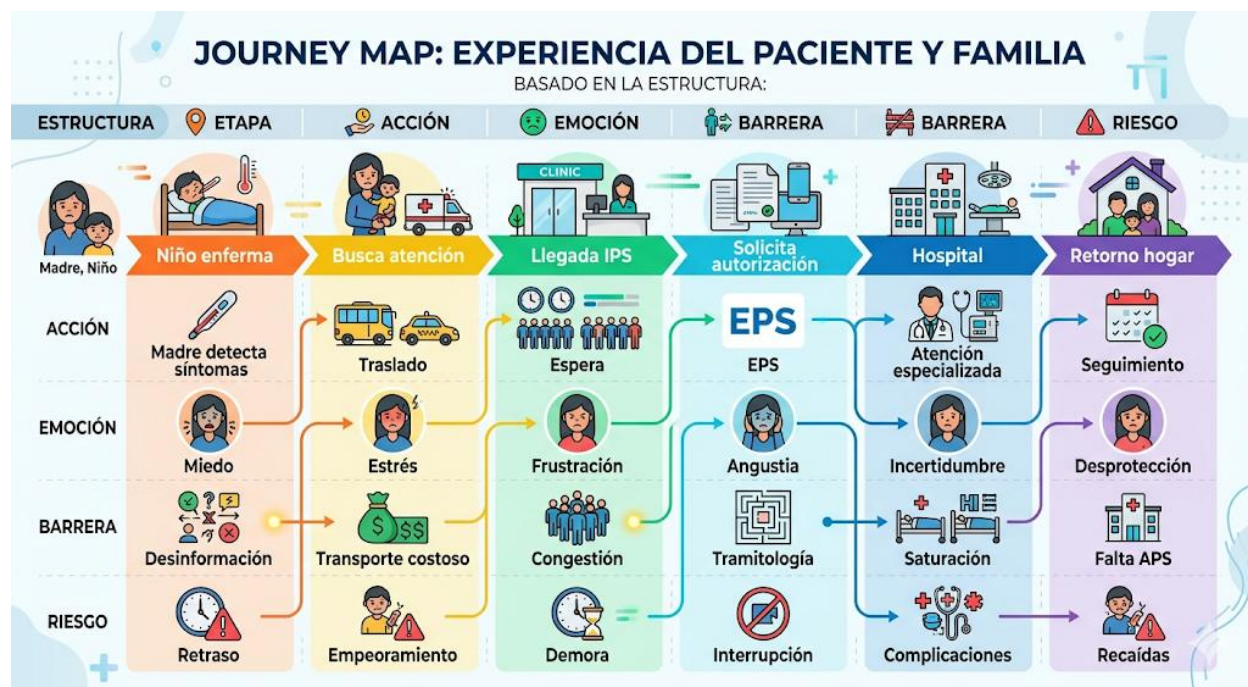
Figura 7. Mapa de Empatía: Médico General del Servicio de Urgencias (ESE Hospital San Francisco de Asís).



Nota: elaboración con colaboración de la IA (Gemini).

Para profundizar en la dimensión subjetiva y emocional de los dos extremos de esta asimetría de poder, se diseñaron dos mapas de empatía. Estos instrumentos permiten comprender de qué manera los actores significan e internalizan las fallas del sistema, contrastando la experiencia de vulnerabilidad de una madre con la experiencia de frustración institucional de un profesional médico de la región.

Figura 8. Journey Map de acceso a la atención infantil en el municipio de Quibdó.



Nota. El mapa de experiencia representa el recorrido que realizan las familias desde la aparición de síntomas en el menor hasta la obtención de atención especializada, identificando emociones predominantes, barreras estructurales y puntos críticos de interrupción dentro del sistema de salud.

El journey map permitió visualizar de manera secuencial las fricciones operativas y emocionales que enfrentan las familias durante el acceso a los servicios de salud infantil. El análisis evidenció que los principales puntos críticos del sistema se concentran en las barreras geográficas de desplazamiento, los procesos administrativos derivados de las autorizaciones de las EPS, la saturación hospitalaria y la ausencia de continuidad en el seguimiento posterior a la atención médica. Asimismo, se identificó una importante carga emocional asociada a miedo, incertidumbre, frustración y percepción de abandono institucional, particularmente en cuidadores provenientes de sectores rurales y periféricos del municipio.

La integración de las percepciones cualitativas de médicos, enfermeras, cuidadores y funcionarios públicos, sumada al análisis de la matriz de stakeholders y a los mapas de empatía demuestra que las barreras en los servicios de salud infantil en Quibdó no son fallas aisladas ni de carácter netamente asistencial. Por el contrario, configuran un problema de desarticulación sistémica y exclusión territorial estructural. Todo este circuito deficitario se desenvuelve sobre un entorno condicionado por un Índice de Pobreza Multidimensional severo, donde las privaciones en saneamiento y agua segura actúan como determinantes biológicos que perpetúan la enfermedad.

4.4 Experiencias y buenas prácticas en salud infantil

El análisis de experiencias exitosas en salud infantil desarrolladas en América Latina y el sur global constituye una herramienta fundamental para identificar modelos de intervención adaptables al contexto crítico del municipio de Quibdó. Se seleccionaron programas implementados en regiones con características homologas en términos de pobreza, desigualdad social, ruralidad dispersa, fallas de conectividad geográfica y alta presencia de poblaciones étnicas y vulnerables. Los resultados de estos modelos demuestran impactos positivos y sostenibles en la reducción de la mortalidad en menores de cinco años, el fortalecimiento de la APS y la contención intramural de patologías prevalente.

4.4.1 Estrategia Saúde da Família

Una de las referencias más robustas en el rediseño de sistemas sanitarios basados en la equidad es la Estrategia Saúde da Família (Estrategia de Salud de la Familia – ESF), creada por el Ministerio de Salud de Brasil en 1994 con el propósito explícito de reorganizar el sistema

asistencial desde un enfoque preventivo y territorial, priorizando a comunidades históricamente excluidas del acceso a la medicina tecnificada (Ministério da Saúde, 2026). El funcionamiento del modelo se basa en la descentralización a través de equipos multidisciplinarios, integrados por un médico general, un enfermero, auxiliares de enfermería y entre cuatro y seis agentes comunitarios de salud. Cada micro equipo asume la responsabilidad sanitaria total de un territorio delimitado que alberga aproximadamente entre 3.000 y 4.000 habitantes, ejecutando un monitoreo permanente de los hogares mediante visitas domiciliarias periódicas y sociales, el seguimiento estricto al estado nutricional, la actualización de esquemas de vacunación, el control prenatal y la educación en salud comunitaria (Ministério da Saúde, 2026).

El núcleo del éxito de la ESF radica en la figura de los agentes comunitarios de salud, quienes, al ser nativos de los mismos sectores geográficos, eliminan de inmediato las barreras de desconfianza cultural y dominan las dinámicas de movilidad del territorio. Estos agentes actúan como un sistema de alerta temprana: visitan los hogares para reconocer signos de alarma epidemiológica en niños y gestantes, vigilan la seguridad alimentaria y activan de manera inmediata las rutas de atención médica institucional en el primer nivel antes de que sobrevenga una complicación crítica. Al financiarse mediante recursos públicos federales blindados y articulados con los presupuestos locales, el modelo garantiza que la APS funcione de manera ininterrumpida como la verdadera puerta de entrada al sistema, neutralizando la dependencia de la infraestructura hospitalaria de alta complejidad. Los impactos biológicos de esta estrategia han sido rigurosamente evaluados; un estudio publicado en *The New England Journal of Medicine* demostró que la expansión de la ESF se asoció con una reducción significativa de la mortalidad

infantil en municipios pobres de Brasil, especialmente por causas prevenibles como diarreas e infecciones respiratorias (Macinko & Harris, 2015). En términos generales, esta priorización de la APS permitió que Brasil redujera su tasa de mortalidad infantil de 52 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a menos de 15 en años recientes (Banco mundial, 2024).

4.4.2 Programa Madre Canguro

En el plano de intervención clínica y comunitaria complementaria, orientado específicamente a la supervivencia neonatal en entornos con severas limitaciones de infraestructura tecnológica y financiera, se destaca el Programa Madre Canguro. Este modelo nació en el Instituto Materno Infantil de Bogotá a finales de la década de 1970 como una respuesta de la medicina pública antes las tasas de mortalidad neonatal y la escasez de incubadoras para recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer (Fundación Canguro, 2026). El funcionamiento del programa se cimenta sobre tres pilares fundamentales: contacto piel a piel continuo y prolongado entre la madre (o el cuidador) y el neonato, la alimentación basada en lactancia materna exclusiva y una estricta estrategia de seguimiento ambulatorio permanente del recién nacido. Al transferir el espacio de cuidado de la incubadora física al cuerpo de los padres, el programa democratiza el soporte vital, reduce los tiempos de hospitalización y mitiga el riesgo de infecciones nosocomiales o intrahospitalarias. Operativamente, los neonatos son estabilizados hemodinámicamente en las unidades de nivel básico y, de inmediato, ingresan al programa junto a sus familias, quienes reciben entrenamiento en el monitoreo de signos de alarma (patrones respiratorios, temperatura) y cuidados específicos en el hogar, asistiendo a revisiones periódicas multidisciplinarias para vigilar el desarrollo neurocognitivo. Los datos

avalados por la OMS confirman que el Método Madre Canguro reduce hasta en un 40% la mortalidad en recién nacidos prematuros y disminuye la incidencia de hipotermia y sepsis neonatal (OMS, 2015).

4.4.3 Programa de agentes comunitarios de salud

Perú consolidó desde la década de 1990 su Programa de Agentes Comunitarios de Salud.

Esta política pública se estructuró con el objetivo de abatir la mortalidad materno-infantil en zonas rurales andinas y amazónicas caracterizadas por dispersión geográfica, pobreza y limitada infraestructura sanitaria. El programa opera mediante la selección y capacitación de líderes comunitarios reconocidos, quienes asumen el rol de enlace vinculante entre las comunidades y el sistema formal de salud (Tovar, 2025). Estos agentes reciben instrucción técnica en vigilancia nutricional comunitaria, promoción de prácticas sanitarias, acompañan a las familias en sus decisiones de salud y tienen la potestad institucional de exigir y activar los sistemas de evacuación fluvial o terrestre cuando detectan un menor de cinco años en condición de riesgo epidemiológico. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2026) ha documentado que este modelo fue el factor determinante para elevar las coberturas vacunales y de control del desarrollo en las zonas más postergadas del Perú, logrando que el país suramericano redujera su mortalidad infantil de 55 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a menos de 13 en el mediano plazo (Banco Mundial, 2024) demostrando que la incorporación de actores comunitarios estables es la única vía efectiva para romper las barreras.

4.4.4 Estrategia AIEPI

A esta red de experiencias se suma la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), diseñada por la OMS y UNICEF en la década

de 1990 con el objetivo de reducir la mortalidad infantil por causas prevenibles en países de ingresos bajos y medios. La premisa científica de AIEPI parte de reconocer que las muertes en menores de cinco años raramente obedecen a un único factor, sino a la convergencia de patologías asociadas como la desnutrición crónica, la neumonía, la EDA y las afecciones inmunoprevenibles. El modelo funciona acoplando varios componentes. El primero es el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud de los niveles iniciales mediante el uso de algoritmos clínicos simplificados que permiten clasificar la gravedad del niño en pocos minutos y definir un tratamiento inmediato. El segundo es la reestructuración de la gestión institucional para asegurar el abastecimiento ininterrumpido de medicamentos esenciales (como sales de rehidratación oral y antibióticos básicos) y biológicos. El tercero es el componente comunitario, enfocado en dotar a las familias de capacidades cognitivas para adoptar practicas clave de higiene, alimentación complementaria saludable y detección oportuna de signos de peligro en el hogar (WHO, 2026). La aplicación de las guías AIEPI ha demostrado reducciones significativas de entre 13% y 27% en mortalidad infantil en geografías con perfiles epidemiológicos idénticos al de Quibdó, optimizando además el uso de recursos al evitar hospitalizaciones innecesarias por cuadros clínicos que debieron resolverse en el hogar o en la consulta primaria (WHO, 2026).

4.4.5 Programa “Chile Crece Contigo”

El modelo chileno conocido como Chile Crece Contigo, implementado de formado continua desde el año 2007 como un sistema integral de protección a la infancia que acompaña la trayectoria de desarrollo de cada niño y niña desde el control de la gestación hasta su ingreso al sistema escolar básico. El principio operativo de esta buena práctica es la co-responsabilidad

institucional obligatoria: el sistema unifica las bases de datos y las intervenciones de los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social, garantizando un seguimiento longitudinal (Gobierno de Chile, 2017). Las familias ingresan al sistema desde la primera consulta prenatal en la red de salud pública, donde se aplica una matriz de vulnerabilidad social y biológica. Si se detectan factores de riesgo como desnutrición materna, pobreza extrema, retrasos en las pautas de estimulación temprana o dinámicas de violencia familiar, el menor y su núcleo reciben de forma automática un subsidio de atención preferencial e intervenciones de equipos interdisciplinarios (psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales y pediatras). Las evaluaciones de impacto de este modelo demuestran una nivelación sustancial en las brechas del desarrollo infantil temprano y el blindaje de la salud biológica de los menores, permitiendo a Chile consolidar una de las tasas de mortalidad más bajas de todo el continente americano (CEPAL, 2007).

4.5 Propuesta para el fortalecimiento de la salud infantil en el municipio de Quibdó

Como respuesta a las profundas brechas estructurales identificadas en la implementación de las políticas públicas de salud infantil en el municipio de Quibdó, se formula el Modelo Territorial Integrado de Atención Primaria Infantil “Cunas del Atrato”, una propuesta orientada a reorganizar integralmente la atención en salud infantil desde un enfoque preventivo, comunitario, territorial e intersectorial, capaz de responder de manera realista a las condiciones de exclusión geográfica, pobreza multidimensional, fragmentación institucional y debilidad operativa que actualmente limitan la garantía efectiva del derecho a la salud de los niños y niñas menores de cinco años en el territorio.

La propuesta surge a partir de los hallazgos obtenidos durante el desarrollo de la investigación, los cuales evidenciaron que, aunque en el municipio existen políticas públicas, programas nacionales y lineamientos técnicos orientados a la protección integral de la infancia, persisten importantes debilidades relacionadas con la discontinuidad de la Atención Primaria en Salud (APS), la fragmentación entre EPS, IPS y entidades territoriales, las barreras administrativas del sistema de aseguramiento, la limitada capacidad resolutive del primer nivel de atención y las dificultades geográficas que enfrentan las comunidades rurales y periurbanas para acceder oportunamente a servicios de salud infantil. Asimismo, el análisis epidemiológico mostró una persistencia elevada de enfermedades prevenibles como infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, desnutrición infantil y mortalidad neonatal, condiciones estrechamente relacionadas con determinantes sociales como pobreza, inseguridad alimentaria, acceso limitado a agua potable y débil presencia institucional.

En este contexto, “Cunas del Atrato” propone sustituir progresivamente el modelo reactivo predominante por un sistema territorial de cuidado infantil basado en vigilancia activa, gestión anticipada del riesgo, continuidad comunitaria e intervención integral sobre los determinantes sociales de la salud. El modelo toma como referencia las experiencias exitosas desarrolladas en Brasil, Chile, Perú y Colombia relacionadas con Atención Primaria Comunitaria, agentes comunitarios de salud, estrategias AIEPI, vigilancia nutricional y sistemas integrales de protección a la primera infancia, adaptándolas a las condiciones étnicas, fluviales y socio territoriales de Quibdó.

La estructura operativa del modelo parte de la reorganización del municipio en micro territorios prioritarios definidos a partir de criterios epidemiológicos, índices de pobreza multidimensional, concentración de población infantil y barreras de acceso geográfico. Estas áreas incluirían inicialmente las comunas urbanas con mayores condiciones de vulnerabilidad social y los corregimientos rurales y fluviales con menor presencia institucional. Cada micro territorio estaría acompañado permanentemente por Equipos Multidisciplinarios Territoriales de Salud Infantil (EMT-Cunas), integrados por médico general, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores comunitarios de salud pertenecientes a las mismas comunidades afrodescendientes e indígenas del territorio. Como se ilustra en la Figura 8, la articulación operativa de estos equipos con el resto de componentes del modelo busca garantizar una transición sinérgica entre el cuidado comunitario y la respuesta institucional.

Figura 9. Esquema conceptual del Modelo Territorio Integrado "Cunas del Atrato".



Nota. Diagrama de bloques que resume los ejes estratégicos, componentes de vigilancia activa, plataformas tecnológicas, rutas de transporte fluvial y gobernanza intersectorial que estructuran la propuesta para el municipio de Quibdó. Elaboración propia a partir de los hallazgos de la investigación (2026).

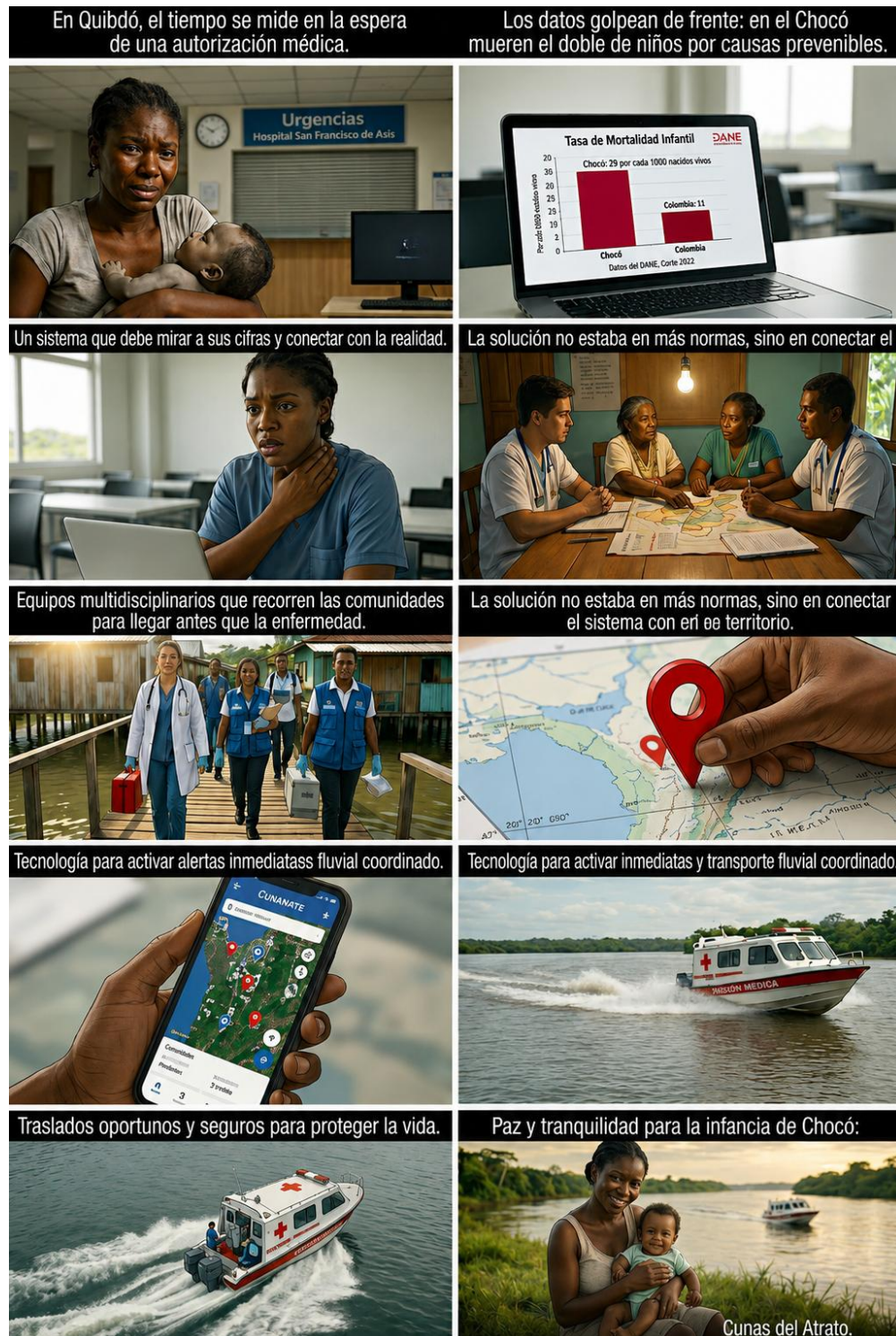
Uno de los principales elementos innovadores del modelo consiste en la incorporación formal y permanente de promotores étnico-comunitarios de salud como actores operativos de la Atención Primaria en Salud. Estos promotores serían seleccionados mediante procesos participativos con consejos comunitarios, organizaciones barriales y autoridades indígenas, priorizando personas con legitimidad social, liderazgo comunitario y conocimiento profundo de las dinámicas territoriales. Su función no se limitaría a actividades pedagógicas, sino que actuarían como puente operativo entre las comunidades y el sistema sanitario mediante visitas domiciliarias permanentes, identificación temprana de signos de alarma, seguimiento nutricional,

verificación de esquemas de vacunación, acompañamiento a gestantes y activación inmediata de rutas de atención en casos críticos.

Para garantizar continuidad y trazabilidad en el cuidado infantil, cada menor de cinco años perteneciente a los territorios priorizados sería incorporado a un Sistema Territorial de Vigilancia Infantil Georreferenciada denominado “CunasNet”, una plataforma comunitaria de seguimiento que permitiría registrar controles de crecimiento y desarrollo, estado nutricional, esquema de vacunación, antecedentes clínicos, riesgos familiares y alertas epidemiológicas. Esta estrategia permitiría sustituir el modelo actual basado en demanda espontánea por un sistema de búsqueda activa y monitoreo preventivo permanente.

El funcionamiento operativo del modelo se activaría desde el nivel comunitario. Cuando un promotor identifique un niño con signos de alarma respiratoria, diarrea severa, desnutrición, fiebre persistente o riesgo neonatal, el caso sería cargado inmediatamente en el sistema “CunasNet”, generando una alerta automática al EMT-Cunas responsable del micro territorio. En un tiempo máximo de doce horas se realizaría valoración domiciliaria o atención directa en el puesto de salud resolutivo más cercano. Si el menor requiere remisión a un nivel superior, el sistema activaría simultáneamente disponibilidad de transporte sanitario, notificación a EPS, priorización hospitalaria pediátrica y autorización temporal automática para evitar retrasos administrativos que actualmente ponen en riesgo la vida de los menores, como se ilustra en el storyboard secuencial de la Figura 10.

Figura 10. Storyboard del Modelo 'Cunas del Atrato'.



Nota. El storyboard presenta la narrativa operativa del modelo desde el microterritorio: (1) Diagnóstico de la mortalidad infantil en Chocó (25 por 1000) vs. promedio nacional; (2) Integración de Equipos Multidisciplinarios Territoriales y promotores étnico-comunitarios; (3) Implementación de CunasNet para vigilancia georreferenciada; (4) Activación de traslados oportunos mediante la Red Fluvial "Río Vivo"; y (5) Resultado de paz y dignidad para la infancia de Quibdó. Elaboración propia a partir de los hallazgos de la investigación (2026).

A nivel clínico, “Cunas del Atrato” propone fortalecer sustancialmente la capacidad resolutive del primer nivel de atención mediante la implementación obligatoria y permanente de la estrategia AIEPI en todas las IPS vinculadas al modelo. Los equipos territoriales recibirían capacitación continua en diagnóstico temprano y manejo oportuno de enfermedades prevalentes de la infancia, permitiendo tratar tempranamente infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas, desnutrición y cuadros febriles antes de que evolucionen hacia complicaciones severas que requieran hospitalización. Asimismo, los puestos de salud priorizados incorporarían unidades básicas de estabilización infantil para manejo inicial de deshidratación, terapia respiratoria básica, vigilancia neonatal y atención pediátrica prioritaria.

Con el propósito de disminuir las barreras derivadas de la escasez de especialistas pediátricos en el territorio, el modelo incorpora un componente de telemedicina pediátrica y asesoría clínica remota. Los puestos de salud resolutivos y los EMT-Cunas estarían conectados mediante plataformas de teleorientación con pediatras del Hospital Departamental San Francisco de Asís y hospitales aliados nacionales, permitiendo apoyo diagnóstico remoto, interpretación de signos de alarma y seguimiento especializado sin necesidad de desplazamientos permanentes hacia el casco urbano.

Adicionalmente, la propuesta contempla la creación de la Red Fluvial Comunitaria de Transporte Sanitario Infantil “Río Vivo”, orientada a garantizar traslados oportunos desde comunidades rurales y ribereñas hacia centros asistenciales. Esta red estaría articulada con consejos comunitarios y líderes territoriales, incorporando rutas fluviales priorizadas, radios comunitarios, georreferenciación de comunidades y subsidios permanentes de combustible para transporte de emergencias pediátricas y neonatales. La propuesta reconoce que en territorios como Quibdó el río constituye el principal corredor de movilidad y que cualquier estrategia de salud pública que ignore esta realidad territorial está destinada a fracasar.

En el componente neonatal, “Cunas del Atrato” incorpora la creación de una Unidad Satélite del Método Madre Canguro Ambulatorio inspirada en la experiencia desarrollada en Bogotá. Esta unidad estaría orientada al acompañamiento integral de recién nacidos prematuros y de bajo peso mediante seguimiento domiciliario, contacto piel a piel continuo, fortalecimiento de lactancia materna exclusiva y monitoreo pediátrico temprano. La estrategia permitiría disminuir riesgos asociados a infecciones intrahospitalarias, reducir tiempos de hospitalización y mejorar la supervivencia neonatal en contextos de limitada infraestructura hospitalaria.

Reconociendo que gran parte de la problemática de salud infantil en Quibdó se encuentra asociada a factores sociales y ambientales, el modelo incorpora un enfoque intersectorial obligatorio. Para ello se propone la creación de la Mesa Territorial de Protección Integral a la Infancia, coordinada por la Alcaldía Municipal y conformada por Secretaría de Salud, ICBF, EPS, IPS, Secretaría de Educación, Secretaría de Inclusión Social, cooperación internacional y organizaciones comunitarias. Esta instancia tendría la responsabilidad de coordinar respuestas

integrales frente a casos de riesgo infantil y evitar la fragmentación institucional actualmente existente.

El modelo incluye además un subsistema específico de vigilancia y recuperación nutricional denominado “1000 Días Atrato”, orientado a intervenir de manera temprana la desnutrición infantil y los riesgos nutricionales durante la gestación y los primeros años de vida. Este componente incluiría tamizaje antropométrico mensual, suplementación nutricional, seguimiento domiciliario intensivo, educación alimentaria familiar, activación prioritaria de programas alimentarios del ICBF y fortalecimiento de huertas comunitarias y escolares en sectores vulnerables.

Desde el enfoque diferencial, “Cunas del Atrato” reconoce la necesidad de construir respuestas culturalmente pertinentes para comunidades afrodescendientes e indígenas. Por ello, el modelo propone integrar prácticas tradicionales de cuidado infantil no lesivas, fortalecer procesos de educación intercultural en salud y garantizar participación activa de líderes comunitarios en la toma de decisiones sanitarias. Asimismo, los procesos de promoción y prevención incorporarían metodologías pedagógicas adaptadas a las dinámicas culturales y lingüísticas de las comunidades.

En términos financieros, la sostenibilidad del modelo requeriría la articulación de recursos provenientes del Sistema General de Participaciones, Plan de Intervenciones Colectivas, contratación territorial con EPS del régimen subsidiado y cooperación internacional orientada al Pacífico colombiano. Con el propósito de evitar las interrupciones periódicas que actualmente afectan la continuidad de programas y equipos de APS, se propone la creación de un Fondo

Territorial de Atención Primaria Infantil que permita garantizar operación continua durante las vigencias fiscales y reducir la dependencia de contrataciones temporales.

La propuesta contempla una implementación progresiva en cuatro fases. Una primera fase piloto sería desarrollada en las comunas urbanas priorizadas; posteriormente se ampliaría a zonas periurbanas y rurales; en una tercera fase se consolidaría la cobertura fluvial y finalmente se avanzaría hacia la integración total del modelo en el sistema municipal de salud.

Paralelamente, se implementaría el Observatorio Infantil del Atrato, encargado de monitorear indicadores epidemiológicos, mortalidad infantil, cobertura de APS, vacunación, desnutrición y tiempos de atención, permitiendo evaluar permanentemente el desempeño del modelo y orientar la toma de decisiones.

Tabla 2. Lean Government Canvas del modelo “Cunas del Atrato”.

Componente	Descripción
Problema público	Mortalidad infantil prevenible
Usuarios	Niños menores de 5 años
Necesidad crítica	Atención oportuna
Solución	Cunas del Atrato
Valor público	APS continua
Actores clave	Alcaldía, EPS, IPS
Recursos clave	Promotores, transporte
Indicadores	Mortalidad, vacunación
Impacto esperado	Reducción inequidades

Nota. La herramienta sintetiza los componentes estratégicos, operativos y de valor público que estructuran la propuesta de fortalecimiento territorial de la salud infantil en el municipio de Quibdó.

La estructuración del modelo mediante un Lean Government Canvas permitió consolidar de manera estratégica los elementos fundamentales de la propuesta identificando el problema público central, los actores, los recursos necesarios, las dinámicas de gobernanza y los impactos esperados.

Entre los impactos esperados se proyecta reducir progresivamente la mortalidad infantil prevenible en al menos un 35% durante los primeros cuatro años de implementación, disminuir hospitalizaciones por infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas, alcanzar coberturas de vacunación superiores al 95%, fortalecer el seguimiento nutricional de menores de cinco años y reducir significativamente los tiempos de respuesta en remisiones pediátricas rurales. Asimismo, se espera fortalecer la articulación institucional, mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención y disminuir las brechas territoriales entre zonas urbanas y rurales del municipio.

Finalmente, “Cunas del Atrato” se proyecta no solo como una estrategia local de fortalecimiento institucional, sino como un modelo territorial de salud infantil adaptable a otros municipios del Pacífico colombiano caracterizados por exclusión geográfica, vulnerabilidad social y debilidad histórica de la presencia estatal. Su principal apuesta consiste en demostrar que la reducción sostenible de la mortalidad infantil en contextos históricamente marginados solo es posible cuando el sistema de salud deja de esperar pasivamente al paciente y comienza a instalarse de manera permanente en el territorio, acompañando cotidianamente la vida de las comunidades y construyendo confianza desde la prevención, la continuidad y el cuidado integral de la infancia.

Para complementar la propuesta y fortalecer su carácter operativo, es fundamental socializar una matriz de riesgos con los grupos de interés y diseñar planes de contingencia conjuntos que permitan anticipar escenarios críticos. En primer lugar, se identifican los actores clave: niños menores de cinco años como población usuaria prioritaria, la APS continua como eje metodológico, la Alcaldía y las EPS/IPS como responsables institucionales, los promotores comunitarios como puente cultural y operativo, y el sistema de transporte como soporte logístico. De esta manera, cada grupo de interés asume un rol específico en la gestión de riesgos.

En segundo lugar, la matriz debe vincular las amenazas más recurrentes con respuestas coordinadas. Por ejemplo, ante un riesgo geográfico como el aumento del nivel del río que aísla un corregimiento, el plan de contingencia debe activar de inmediato la Red Fluvial Comunitaria “Río Vivo”, garantizando transporte alternativo y comunicación con radios comunitarios. Asimismo, frente a riesgos administrativos como la demora en autorizaciones de EPS, CunasNet debe generar alertas automáticas que permitan la atención temporal sin trámites excesivos. En consecuencia, se evita que los niños queden desprotegidos por fallas burocráticas.

Además, los riesgos culturales, como la desconfianza hacia las instituciones, requieren la participación activa de promotores étnico-comunitarios, quienes pueden traducir las estrategias de salud a prácticas culturalmente pertinentes y fortalecer la confianza de las familias. Por otro lado, los riesgos económicos, vinculados a la pobreza multidimensional, deben ser enfrentados mediante el subsistema “1000 Días Atrato”, que asegura suplementación nutricional y apoyo alimentario en situaciones de emergencia. De este modo, se garantiza que las privaciones materiales no se conviertan en barreras insalvables para la atención infantil.

Finalmente, la definición de planes de contingencia conjuntos implica que cada actor del sistema se comprometa con protocolos claros: la Alcaldía coordina la gobernanza intersectorial, las EPS/IPS aseguran continuidad financiera y clínica, los promotores comunitarios activan la vigilancia territorial, y el transporte garantiza movilidad segura. En síntesis, la socialización de la matriz de riesgos y la construcción de respuestas compartidas permiten que la propuesta “Cunas del Atrato” no solo sea un modelo técnico, sino también un sistema resiliente y adaptado a las realidades de Quibdó, capaz de proteger la infancia incluso en escenarios adversos.

A continuación se presenta la matriz de articulación diagnóstico-propuesta que muestre cómo cada componente del modelo responde a una barrera específica identificada, en articulación con los componentes de la propuesta.

Tabla 3. Matriz de articulación diagnóstico-propuesta

Barreras identificadas (Diagnóstico)		Componente APS	Respuesta/Propuesta de fortalecimiento
Deficiencia en infraestructura sanitaria		Capacidad resolutive del primer nivel	Implementación obligatoria de la estrategia AIEPI en todas las IPS; creación de unidades básicas de estabilización infantil; incorporación de telemedicina pediátrica para suplir la escasez de especialistas.
Dispersión geográfica		Accesibilidad y equidad territorial	Organización del municipio en microterritorios; despliegue de Equipos Multidisciplinarios Territoriales (EMT-Cunas); visitas domiciliarias permanentes de promotores comunitarios étnicos.
Dificultades de transporte fluvial		Continuidad y oportunidad en la atención	Creación de la Red Fluvial Comunitaria de Transporte Sanitario Infantil “Río Vivo”; subsidios de combustible; georreferenciación de comunidades ribereñas; articulación con líderes territoriales.

Pobreza multidimensional	Intersectorialidad y promoción de la salud	Implementación del subsistema “1000 Días Atrato” para vigilancia nutricional; fortalecimiento de huertas comunitarias y escolares; activación prioritaria de programas alimentarios del ICBF; educación alimentaria familiar.
Fragmentación institucional	Gobernanza y participación comunitaria	Creación de la Mesa Territorial de Protección Integral a la Infancia; coordinación intersectorial entre Alcaldía, Secretaría de Salud, EPS, IPS, ICBF y cooperación internacional; integración de prácticas culturales pertinentes.

Fuente: elaboración propia

Ajustes propuestos a CunasNet

1. De demanda espontánea a búsqueda activa

- a) Situación actual: Las familias acuden al sistema solo cuando deciden hacerlo, lo que deja por fuera a muchos niños en zonas rurales o comunidades con barreras culturales.

Complemento propuesto:

- ✓ Equipos comunitarios de salud que visiten periódicamente barrios y veredas.
- ✓ Promotores étnico-comunitarios (afrodescendientes e indígenas) que hablen las lenguas locales y comprendan las prácticas culturales.
- ✓ Registro domiciliario de niños menores de cinco años no vinculados al sistema.

2. Monitoreo permanente de usuarios

- b) Situación actual: El seguimiento es intermitente y depende de controles programados.

Complemento propuesto:

- ✓ Plataforma digital y comunitaria que registre controles de crecimiento, estado nutricional, vacunación y alertas epidemiológicas.

- ✓ Integración con el sistema de vigilancia SIVIGILA para activar respuestas tempranas ante casos de IRA, EDA o desnutrición.

- ✓ Alertas automáticas para remisiones y seguimiento domiciliario.

3. Adaptación cultural y demográfica

- a) Situación actual: El modelo no incorpora plenamente las prácticas culturales ni las dinámicas territoriales.

Complemento propuesto:

- ✓ Incorporar prácticas tradicionales de cuidado infantil no lesivas en el modelo.
- ✓ Diseñar materiales pedagógicos en lenguas locales y con pertinencia cultural.
- ✓ Reconocer la movilidad fluvial como eje de acceso, articulando transporte sanitario comunitario.

La figura que se presenta a continuación muestra la matriz de articulación diagnóstico– propuesta que vincula cada barrera identificada con el complemento propuesto de CunasNet.

Tabla 4. Matriz de articulación CunasNet complementado

Barreras identificadas (Diagnóstico)	Componente del complemento CunasNet	Respuesta/Propuesta de fortalecimiento
Administrativa: demoras en autorizaciones de EPS, trámites excesivos	Sistema de alertas automáticas y autorización temporal	Integración de CunasNet con protocolos de autorización inmediata; generación de alertas digitales que eviten retrasos administrativos y garanticen continuidad en la atención.
Geográfica: comunidades rurales dispersas y ribereñas con difícil acceso	Red fluvial “Río Vivo” y microterritorios	Organización del municipio en microterritorios priorizados; creación de rutas fluviales comunitarias con subsidios de transporte y georreferenciación de

		comunidades para asegurar cobertura efectiva.
Cultural: desconfianza hacia instituciones y predominio de prácticas tradicionales	Promotores étnico-comunitarios y educación intercultural	Incorporación formal de promotores afrodescendientes e indígenas; diseño de materiales pedagógicos en lenguas locales; integración de prácticas tradicionales no lesivas en el cuidado infantil.
Económica: pobreza multidimensional, falta de recursos para transporte y alimentación	Subsistema “1000 Días Atrato” y huertas comunitarias	Implementación de vigilancia nutricional intensiva; suplementación alimentaria; fortalecimiento de huertas escolares y comunitarias; activación prioritaria de programas del ICBF para reducir inseguridad alimentaria.

Fuente: elaboración propia

El modelo actual de CunasNet, basado en la demanda espontánea, ha permitido registrar y dar seguimiento a los niños menores de cinco años que acuden voluntariamente a los servicios de salud. Sin embargo, esta modalidad resulta insuficiente en un territorio como Quibdó, caracterizado por dispersión geográfica, pobreza multidimensional y una fuerte diversidad cultural. En consecuencia, muchos menores permanecen invisibles para el sistema, lo que perpetúa la vulnerabilidad y limita la capacidad de respuesta institucional.

Por ello, se plantea complementar CunasNet con un sistema de búsqueda activa y monitoreo permanente, capaz de identificar de manera anticipada los riesgos epidemiológicos y garantizar continuidad en el cuidado infantil. De esta manera, los equipos comunitarios de salud, junto con los promotores étnico-comunitarios, realizarían visitas domiciliarias periódicas, registrando en la plataforma datos sobre crecimiento, estado nutricional, vacunación y alertas clínicas. Así, el sistema dejaría de depender exclusivamente de la iniciativa de las familias y se convertiría en un mecanismo proactivo de vigilancia.

Además, este complemento debe reconocer el perfil cultural y demográfico de la región. En primer lugar, la incorporación de promotores afrodescendientes e indígenas asegura legitimidad social y pertinencia cultural, pues son actores que conocen las dinámicas territoriales y las prácticas tradicionales de cuidado infantil. En segundo lugar, la adaptación de materiales pedagógicos en lenguas locales y el respeto por prácticas culturales no lesivas fortalecen la confianza comunitaria en el sistema. Finalmente, la articulación con la red fluvial “Río Vivo” reconoce que el río es el principal corredor de movilidad, garantizando que la búsqueda activa llegue también a comunidades ribereñas y dispersas.

En síntesis, la transición de un modelo basado en demanda espontánea hacia un sistema de búsqueda activa y monitoreo permanente no solo amplía la cobertura, sino que también asegura equidad territorial y pertinencia cultural. De este modo, CunasNet se convierte en una herramienta integral que acompaña cotidianamente la vida de las comunidades, construye confianza y contribuye a reducir la mortalidad infantil en Quibdó de manera sostenible.

Tabla 5. Propuesta de complemento: búsqueda activa y monitoreo

Componente propuesto	Acción concreta	Adaptación cultural/demográfica
Búsqueda activa	Equipos de salud comunitaria visitan barrios y veredas para identificar niños menores de 5 años no vinculados.	Uso de promotores locales afro e indígenas que hablen las lenguas y comprendan las prácticas culturales.
Monitoreo permanente	Registro digital y físico de controles, alertas tempranas de ausencias y seguimiento domiciliario.	Incorporación de sistemas de información comunitarios y reuniones periódicas con cuidadores.
Intersectorialidad	Vinculación con programas de nutrición, educación inicial y saneamiento básico.	Adaptación a realidades socioeconómicas de Quibdó (alta ruralidad, pobreza multidimensional).

Participación comunitaria	Comités de madres, padres y líderes para vigilancia en salud infantil.	Respeto a prácticas culturales de crianza y fortalecimiento de la confianza institucional.
Gestión institucional	Integración del sistema de monitoreo con la Secretaría de Salud y CunasNet.	Formación de talento humano local y sostenibilidad financiera con apoyo estatal y ONG.

Fuente: elaboración propia

Indicadores sugeridos

- % de niños menores de 5 años vinculados al sistema.
- % de controles de crecimiento y desarrollo cumplidos.
- Reducción de casos de desnutrición y enfermedades prevenibles.
- Nivel de participación comunitaria en comités de salud.

Tabla 6. Matriz de KPIs por fases

Fase	Línea base	Meta (KPI)	Criterio de éxito para avanzar
1. Diagnóstico inicial	Tiempo promedio de respuesta actual: 10 días	Reducir tiempos de respuesta en un 20% (8 días)	Cumplimiento $\geq 80\%$ de los casos dentro del nuevo tiempo meta.
2. Diseño de estrategias	Participación comunitaria en talleres: 40%	Incrementar participación al 60%	Al menos 3 de cada 5 familias involucradas en el diseño.
3. Implementación piloto	Cobertura de niños menores de 5 años: 55%	Alcanzar 70% de cobertura	Registro efectivo de $\geq 70\%$ de la población objetivo.
4. Monitoreo y seguimiento	Ausentismo en controles: 30%	Reducir ausentismo al 15%	Cumplimiento de controles $\geq 85\%$ de los usuarios vinculados.
5. Evaluación y ajuste	Indicadores de desnutrición: 25%	Reducir al 15%	Evidencia de mejora en al menos 2 indicadores de salud infantil.

Fuente: elaboración propia

Discusión

En primer lugar, las cifras de mortalidad infantil superiores a 25 por cada 1.000 nacidos vivos en Quibdó, frente al promedio nacional de 11,5, ponen de manifiesto una desigualdad estructural que no puede explicarse únicamente por la capacidad clínica del sistema, sino que se vincula directamente con determinantes sociales como la pobreza multidimensional y las deficiencias en saneamiento básico. De este modo, la persistencia de enfermedades prevenibles refleja tanto la debilidad institucional como la precariedad de las condiciones de vida.

Asimismo, las tasas críticas de IRA (122,44), EDA (17,56) y desnutrición infantil (44,21) evidencian que el sistema de salud no logra contener oportunamente los riesgos epidemiológicos. En consecuencia, la Atención Primaria en Salud se muestra insuficiente para interceptar tempranamente las alertas, lo que deriva en hospitalizaciones evitables y en una sobrecarga crónica de los servicios pediátricos.

Por otra parte, los testimonios cualitativos permiten comprender las implicaciones sociales de estas cifras. Cuando una madre afirma: “Nos toca esperar varios días la autorización...” (Entrevistado 4), se confirma que las barreras administrativas de las EPS retrasan la atención y transforman afecciones tratables en cuadros críticos. De igual manera, la declaración de un médico: “La capacidad de contención en el primer nivel es casi nula...” (Entrevistado 7), pone en evidencia la falta de especialistas y recursos, mientras que la voz de una cuidadora: “Muchas veces no llevamos al niño... porque no hay plata para el transporte” (Entrevistado 9), revela cómo las barreras económicas y geográficas perpetúan la exclusión sanitaria.

Además, la saturación del Hospital Departamental San Francisco de Asís, que atiende a más de 80.000 usuarios, demuestra que la infraestructura hospitalaria no puede compensar las debilidades del primer nivel de atención. Por consiguiente, la dependencia excesiva de servicios de alta complejidad genera un cuello de botella que limita la oportunidad y continuidad del cuidado infantil.

Además, el peso adverso de los determinantes sociales, como el índice de pobreza multidimensional superior al 30% y el déficit de agua potable intradomiciliaria, explica por qué las pautas higiénico-sanitarias impartidas en las consultas preventivas no logran materializarse en la vida cotidiana de las familias. En suma, la interacción entre pobreza, exclusión territorial y fragmentación institucional neutraliza la efectividad de las políticas públicas y restringe la posibilidad de reducir la mortalidad infantil de manera sostenible.

Los resultados de la presente investigación permiten evidenciar que la problemática de salud infantil en el municipio de Quibdó no responde exclusivamente a limitaciones clínicas o epidemiológicas aisladas, sino a una falla estructural en la implementación territorial de las políticas públicas de salud. Aunque Colombia cuenta con un marco normativo robusto en materia de Atención Primaria en Salud, protección integral a la infancia y gestión del riesgo sanitario, los hallazgos muestran que en contextos históricamente excluidos como el Chocó persiste una profunda brecha entre el diseño institucional de las políticas y su capacidad operativa real dentro del territorio.

Uno de los hallazgos más relevantes corresponde a la fragmentación funcional entre EPS, IPS y entidades territoriales, situación que genera discontinuidad en la atención, retrasos

administrativos y barreras de acceso que afectan especialmente a la población infantil. Este resultado coincide con los planteamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024), la cual ha señalado que los modelos de aseguramiento fragmentados debilitan la continuidad de la Atención Primaria en Salud en regiones periféricas y aumentan las desigualdades sanitarias.

De igual manera, la investigación evidenció que las enfermedades que continúan generando mayor mortalidad infantil en Quibdó son patologías prevenibles como infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y desnutrición. Este hallazgo coincide con la literatura internacional sobre determinantes sociales de la salud, particularmente con los planteamientos de la OMS (2023), según los cuales la mortalidad infantil en contextos vulnerables suele estar estrechamente relacionada con pobreza multidimensional, inseguridad alimentaria, falta de agua potable y debilidad de los sistemas preventivos. En consecuencia, los resultados permiten interpretar que el problema central no radica únicamente en la ausencia de atención médica especializada, sino en la incapacidad del sistema para intervenir tempranamente los riesgos sociales y epidemiológicos dentro de las comunidades.

Otro aspecto significativo corresponde a la debilidad operativa de la Atención Primaria en Salud en el territorio. Aunque existen equipos básicos de salud y jornadas extramurales, los resultados muestran que estas estrategias funcionan de manera intermitente debido a la dependencia de contratos temporales y presupuestos anualizados. Esta situación coincide con experiencias previamente documentadas en municipios rurales del Pacífico colombiano, donde la APS se implementa mediante acciones discontinuas que impiden consolidar procesos

permanentes de vigilancia y seguimiento comunitario (Córdoba, 2020). En contraste, las experiencias internacionales analizadas en Brasil, Perú y Chile demuestran que los modelos territoriales basados en equipos comunitarios permanentes, vigilancia activa y articulación intersectorial logran impactos sostenibles en reducción de mortalidad infantil y fortalecimiento del primer nivel de atención.

En este sentido, la propuesta “Cunas del Atrato” adquiere relevancia como una estrategia orientada no solamente a fortalecer servicios médicos, sino a reorganizar territorialmente la lógica de funcionamiento del sistema de salud infantil en Quibdó. La propuesta retoma elementos de la Estratégia Saúde da Família de Brasil, del Modelo Madre Canguro y de los sistemas comunitarios de vigilancia infantil, adaptándolos a las condiciones geográficas, culturales y fluviales del municipio. La principal contribución del modelo consiste en desplazar el enfoque reactivo centrado en urgencias hospitalarias hacia un sistema preventivo, comunitario y de búsqueda activa, donde el Estado y las instituciones sanitarias logren acercarse de manera permanente a las comunidades.

Desde la perspectiva de política pública, los hallazgos de esta investigación evidencian la necesidad de avanzar hacia modelos de gobernanza sanitaria territorial más integrados y menos fragmentados. Las dificultades identificadas en Quibdó muestran que la existencia de programas nacionales y lineamientos técnicos no garantiza automáticamente resultados efectivos si no existen capacidades locales de implementación, continuidad financiera y coordinación interinstitucional. Por tanto, el estudio aporta evidencia sobre la importancia de fortalecer

mecanismos de articulación entre salud, nutrición, protección social y saneamiento básico como componentes inseparables de la salud infantil.

Un aspecto fundamental para analizar la pertinencia de la propuesta “Cunas del Atrato” consiste en evaluar su viabilidad financiera dentro del contexto institucional del municipio de Quibdó. Con frecuencias, las estrategias de fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud fracasan no por debilidades conceptuales, sino por la ausencia de mecanismos que garanticen esa continuidad presupuestal y sostenibilidad en el tiempo. A consecuencia de esto, la discusión de los resultados debe contener además de la identificación de las barreras existentes, considerar la factibilidad de la solución planteada. El costo estimado de implementación anual del modelo asciende aproximadamente a \$1.647 millones de pesos colombianos, distribuidos principalmente en talento humano comunitario, fortalecimiento tecnológico, vigilancia nutricional, movilidad fluvial y operación de equipo de salud infantil. El desglose detallado de cada uno de estos componentes, incluyendo los rubros presupuestales, cantidades, costos unitarios y costos totales estimados, se presenta en el Anexo A de este documento.

Entrando en materia de gestión pública, la propuesta no implica necesariamente la creación de nuevas fuentes de financiación, sino que comprende la articulación estratégica de recursos ya existentes provenientes del Sistema General de Participaciones para Salud, el Plan de Intervenciones Colectivas, la Unidad de Pago por Capitación de las EPS del régimen subsidiado, los programas de primera infancia del ICBF y los recursos de cooperación internacional gestionados por organismos multilaterales, agencias de cooperación y organizaciones no gubernamentales con presencia histórica en el departamento del Chocó. Entre estos actores se

destacan el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), entre otras, las cuales son organizaciones humanitarias que han financiado proyectos relacionados con salud materno infantil, nutrición, fortalecimiento institucional y desarrollo comunitario en territorios vulnerables del Pacífico colombiano.

Adicionalmente, la experiencia internacional demuestra que las inversiones orientadas al fortalecimiento de la APS pueden generar beneficios económicos y sociales significativos. La OMS y la OPS han señalado que los sistemas de salud basados en una Atención Primaria sólida presentan mejores resultados sanitarios, mayor equidad y un uso más eficiente de los recursos disponibles. Además, la evidencia reportada por la Comisión de Atención Primaria de The Lancet (2018), indica que el fortalecimiento de los servicios preventivos y comunitarios contribuye a disminuir hospitalizaciones evitables, reducir complicaciones clínicas y prevenir eventos de alta complejidad, lo que resulta en ahorros para los sistemas de salud a mediano y largo plazo. En este sentido, la propuesta se consolida como una inversión preventiva de largo plazo y no como un gasto adicional para el sistema de salud municipal.

La propuesta “Cunas del Atrato” fue concebida como una estrategia de transformación progresiva del sistema territorial de salud infantil, proyectando una vida útil inicial de diez años. Durante los dos primeros años se prevé una fase piloto orientada a validar los mecanismos operativos, capacitar el talento humano y consolidar los equipos comunitarios de salud. Entre el tercer y quinto año se desarrollaría una etapa de expansión territorial y fortalecimiento institucional, permitiendo alcanzar cobertura en los principales sectores urbanos, periurbanos y

rurales priorizados. Finalmente, entre el sexto y décimo año se proyecta una fase de sostenibilidad e integración permanente al sistema municipal de salud. La definición de la vida útil de diez años se basó en las experiencias internacionales analizadas durante la investigación. Modelos como la Estratégia Saúde da Família de Brasil, los sistemas de vigilancia infantil implementados en Perú y las políticas de primera infancia desarrolladas en Chile, las cuales evidencian que las transformaciones sostenibles en salud infantil requieren continuidad institucional.

Asimismo, los resultados permiten discutir la necesidad de incorporar enfoques diferenciales y comunitarios dentro de las políticas públicas de salud. La experiencia de Quibdó demuestra que los territorios con alta presencia de comunidades afrodescendientes e indígenas requieren modelos de atención culturalmente pertinentes, construidos con participación comunitaria y adaptados a las dinámicas reales de movilidad, comunicación y organización social. En este aspecto, la incorporación de promotores comunitarios de salud representa no solo una estrategia operativa, sino también un mecanismo de reconstrucción de confianza institucional entre el sistema de salud y la población.

Adicionalmente, la propuesta se encuentra alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, particularmente con el ODS 3 (Salud y Bienestar), al contribuir a la reducción de la mortalidad infantil prevenible y al fortalecimiento de la APA; el ODS 10 (Reducción de desigualdades), al disminuir las brechas de acceso a servicios de salud entre comunidades urbanas, rurales y étnicas; y el ODS 17 (alianzas para lograr los objetivos)

mediante la articulación entre entidades territoriales, EPS, IPS, organizaciones comunitarias y organismos de cooperación internacional.

Como ocurre en cualquier intervención pública, la implementación del modelo se encuentra expuesta a diversos factores de incertidumbre que podrían afectar el cumplimiento de sus objetivos, su sostenibilidad financiera y su consolidación en el mediano y largo plazo. Como consecuencia de ello y con el propósito de fortalecer la viabilidad de la propuesta, se realizó un análisis de riesgos orientado a identificar los eventos potenciales que podrían comprometer su ejecución, estimado para cada uno de ellos su probabilidad de ocurrencia, nivel de impacto y estrategias de mitigación correspondientes. Los resultados de este ejercicio se presentan en el Anexo B, denominado Matriz de riesgos para la implementación del modelo territorial de salud infantil “Cunas del Atrato”. El análisis evidencia que los riesgos más relevantes para la implementación son de carácter institucional y financieros. Los dos riesgos clasificados como críticos corresponden a la discontinuidad administrativa derivada de los cambios de gobierno y a la insuficiencia presupuestal para garantizar la sostenibilidad de los equipos de salud infantil. También se observa que los riesgos asociados a la articulación institucional, la disponibilidad de talento humano y las condiciones geográficas del territorio presentan niveles altos de criticidad. En este punto, la sostenibilidad del modelo no dependerá solamente de la disponibilidad de recursos económicos, sino también de la capacidad de gobernanza local para coordinar actores, mantener compromisos y desarrollar mecanismos permanentes de participación.

No obstante, la investigación presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, el estudio se desarrolló principalmente mediante

análisis documental, revisión de información secundaria y aproximaciones cualitativas exploratorias, lo que limita la posibilidad de generalizar algunos hallazgos a otros contextos territoriales. Asimismo, debido a restricciones de tiempo y acceso institucional, no fue posible desarrollar entrevistas estructuradas de gran escala ni construir indicadores longitudinales propios sobre percepción comunitaria o seguimiento clínico infantil. De igual forma, algunos datos epidemiológicos disponibles presentaban desfases temporales entre las distintas fuentes institucionales consultadas.

Adicionalmente, aunque la propuesta “Cunas del Atrato” se fundamenta en experiencias exitosas y evidencia científica, su implementación real dependería de condiciones políticas, presupuestales e institucionales que superan el alcance de esta investigación. Entre los principales riesgos identificados se encuentran la inestabilidad administrativa de las entidades territoriales, la discontinuidad en la financiación pública, las dificultades de articulación con las EPS y la limitada disponibilidad de talento humano especializado en el departamento. Frente a ello, se plantea como estrategia de mitigación la creación de un Fondo Territorial de Atención Primaria Infantil, el fortalecimiento progresivo de capacidades comunitarias y la construcción de alianzas con cooperación internacional orientada al Pacífico colombiano.

Conclusiones

La presente investigación permitió evidenciar que las dificultades en la salud infantil del municipio de Quibdó no obedecen únicamente a problemas clínicos o epidemiológicos aislados, sino a una combinación de barreras estructurales relacionadas con pobreza multidimensional, fragmentación institucional, debilidad de la Atención Primaria en Salud y limitaciones en la implementación territorial de las políticas públicas. Aunque Colombia cuenta con un marco normativo amplio para la protección integral de la infancia, los hallazgos demostraron que en territorios históricamente excluidos como el Chocó persiste una brecha significativa entre las disposiciones legales y la capacidad real de garantizar atención oportuna, continua y preventiva para los niños y niñas menores de cinco años.

El análisis de la situación de salud infantil evidenció que las enfermedades prevenibles continúan representando una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el municipio. Las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas y la desnutrición mantienen una alta carga epidemiológica, estrechamente relacionada con condiciones deficientes de saneamiento básico, inseguridad alimentaria y dificultades de acceso efectivo a los servicios de salud. Estos resultados permitieron concluir que la mortalidad infantil en Quibdó se encuentra profundamente condicionada por determinantes sociales y territoriales que superan el ámbito estrictamente hospitalario.

Asimismo, la investigación identificó que las principales barreras del sistema de salud infantil se concentran en la fragmentación entre EPS, IPS y entidades territoriales, las demoras administrativas en autorizaciones médicas, la insuficiente capacidad resolutoria del primer nivel

de atención, la intermitencia de los programas de Atención Primaria en Salud y las dificultades geográficas de acceso para comunidades rurales y fluviales. Esta situación genera una atención tardía y reactiva que limita la capacidad institucional para prevenir complicaciones en la población infantil.

Frente a este panorama, el principal aporte del estudio consiste en la formulación del Modelo Territorial Integrado de Atención Primaria Infantil “Cunas del Atrato”, una propuesta orientada a reorganizar la atención en salud infantil desde un enfoque preventivo, comunitario e intersectorial. El modelo plantea la incorporación de equipos multidisciplinarios permanentes, promotores comunitarios de salud, vigilancia activa del riesgo infantil, fortalecimiento de la estrategia AIEPI, telemedicina pediátrica y articulación institucional entre salud, nutrición y protección social. La propuesta busca transformar el funcionamiento actual del sistema, pasando de un modelo centrado en la atención hospitalaria tardía hacia un esquema de presencia territorial continua y búsqueda activa de riesgos en las comunidades.

De igual manera, la investigación permitió concluir que las experiencias internacionales desarrolladas en países como Brasil, Perú y Chile demuestran que la reducción sostenible de la mortalidad infantil en contextos vulnerables es posible cuando existen sistemas de Atención Primaria sólidos, continuidad financiera, participación comunitaria y coordinación intersectorial efectiva. En este sentido, el estudio aporta evidencia sobre la necesidad de adaptar modelos exitosos de salud pública a las realidades sociales, culturales y geográficas del Pacífico colombiano.

En términos prácticos y de política pública, los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la gobernanza territorial en salud infantil, garantizar mayor estabilidad financiera para los programas de APS y consolidar mecanismos de articulación entre entidades responsables de la atención a la infancia. Asimismo, se resalta la importancia de incorporar enfoques diferenciales y comunitarios que permitan construir respuestas culturalmente pertinentes para las poblaciones afrodescendientes e indígenas del territorio.

Finalmente, se reconoce que la presente investigación posee limitaciones relacionadas con el acceso a información primaria y la disponibilidad de datos territoriales actualizados, por lo que futuras investigaciones podrían profundizar mediante estudios longitudinales, análisis comparativos entre municipios del Pacífico colombiano y evaluaciones piloto de modelos comunitarios de Atención Primaria en Salud. No obstante, el estudio permite afirmar que el fortalecimiento de la salud infantil en Quibdó requiere avanzar hacia un sistema preventivo, territorial y continuo, capaz de acercarse de manera permanente a las comunidades y garantizar que el derecho a la salud de la infancia no dependa de las condiciones económicas, administrativas o geográficas del lugar donde nacen los niños y niñas.

5 Referencias

- Alcaldía de Quibdó. (2023). *Rendición de cuentas 2023*. Obtenido de <https://www.quibdo-choco.gov.co/Transparencia/ControlyRendiciondeCuentas/Rendicion%20de%20cuentas%20%202023%20%20final.pdf>
- Banco Mundial. (2023). *Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos) - Colombia*. Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN?locations=CO>
- Banco mundial. (2024). *Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos) - Brazil*. Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN?end=2015&locations=BR&start=1990>
- Banco Mundial. (2024). *Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos) - Peru*. Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN?locations=PE>
- CEPAL. (2007). *Chile Crece Contigo (ChCC): ejemplo de políticas que abordan la reducción de la mortalidad infantil*. Obtenido de <https://igualdad.cepal.org/es/repository-of-policies-and-strategies/chile-crece-contigo-chcc-ejemplo-de-politicas-que-abordan-la>
- Chocó7días. (28 de Junio de 2025). *Alto Baudó: una situación nutricional crítica*. Obtenido de <https://choco7dias.com/alto-baudo-una-situacion-nutricional-critica/>
- Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia. (2013). *Estrategia De Cero a Siempre*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-177829_archivo_pdf_fundamentos_ceroasiempre.pdf

- Córdoba, D. M. (2020). *APS en Quibdó-Chocó: Alcances y Limitaciones*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/596660111/APS-Quibdo>
- DANE. (2025). *Pobreza multidimensional*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional>
- DNP. (Diciembre de 2023). *Metodología de Cierre de Brechas*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Carpeta%202024/SPT/Medici%C3%B3n%20de%20brechas%20territoriales/20231228-CdeE%202.1%20Documento%20te%CC%81cnico_2023_Brechas.pdf
- Establecimientos de Salud. (2026). *Servicios Integrales Para La Salud Ips – Quibdó, Chocó*. Obtenido de <https://co.establecimientosdesalud.info/servicios-integrales-para-la-salud-ips-51198/>
- Fundación Canguro. (2026). *Fundación Canguro*. Obtenido de <https://fundacioncanguro.co/>
- Gobernación del Chocó. (30 de Abril de 2016). *Plan Territorial de Salud 2016-2019*. Obtenido de <https://www.choco.gov.co/planes/plan-territorial-de-salud-20162019>
- Gobierno de Chile. (08 de Agosto de 2017). *Chile Crece Contigo cumple 10 años acompañando en su desarrollo a niños y niñas para lograr un país más equitativo*. Obtenido de <https://www.gob.cl/noticias/chile-crece-contigo-cumple-10-anos-acompanando-en-su-desarrollo-a-ninos-y-ninas-para-lograr-un-pais-mas-equitativo/>

- ICBF. (2024). *Acciones y estrategias para la prevención y atención de los riesgos y la desnutrición infantil: 1.000 días para cambiar el mundo, canastas alimentarias, unidades de búsqueda activa*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.icbf.gov.co/system/files/ppt_mesas_publicas_2024_cz_del_rio_091024.pdf
- ICBF. (2025). *Bienestar Familiar fortalece la atención nutricional en el Chocó con histórica inversión*. Obtenido de https://www.icbf.gov.co/noticias/bienestar-familiar-fortalece-la-atencion-nutricional-en-el-choco-con-historica-inversion
- INS. (24 de Abril de 2024). *Desnutrición aguda en menores de 5 años*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf
- Instituto Nacional de Salud. (Septiembre de 2024). *Boletín Técnico Interactivo: Mortalidad evitable por desnutrición en menores de 5 años en el Chocó*. Obtenido de https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Boletin%2024/index.html
- Macinko, J., & Harris, M. (2015). Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *The New England Journal of Medicine*.
- Medicos Sin Fronteras. (24 de Enero de 2022). *Alto Baudó: las necesidades médicas y económicas se acentúan*. Obtenido de https://www.msf.org.co/actualidad/alto-baudo-las-necesidades-medicas-y-economicas-se-acentuan/

Medicos Sin Fronteras. (09 de Diciembre de 2024). *Chocó: finalizamos nuestro proyecto de salud comunitaria en Alto Baudó*. Obtenido de <https://www.msf.org.co/actualidad/choco-finalizamos-nuestro-proyecto-de-salud-comunitaria-en-alto-baudó/>

Ministério da Saúde. (2026). *Atenção Primária à Saúde*. Obtenido de <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>

Ministerio de Salud. (Enero de 2026). *LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI – 2026*. Obtenido de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/lineamientos-gestion-administracion-pai-2026.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (Enero de 2016). *POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD: “Un sistema de salud al servicio de la gente”*. Obtenido de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (27 de Septiembre de 2019). Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de Mayo de 2022). *PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022 - 2031*. Obtenido de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://extranet.who.int/countryplanningc>

yces/sites/default/files/public_file_rep/COL_Colombia_Plan-Decenal-de-Salud_2022-2031.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de Junio de 2022). *Resolución 1035 de 2022*.

Obtenido de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=124757&>

MinSalud. (2024). *Indicadores básicos de salud*. Obtenido de chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/indicadores-basicos-salud-2024.pdf>

OMS. (14 de Noviembre de 2015). *Kangaroo mother care: a clinical practice guide*. Obtenido

de <https://www.who.int/publications/m/item/kangaroo-mother-care--a-clinical-practice-guide>

OPS. (22 de Abril de 2024). *La OPS/OMS Colombia fortalece la respuesta integral a*

emergencias sanitarias en el Chocó. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/22-4-2024-opsoms-colombia-fortalece-respuesta-integral-emergencias-sanitarias-choco>

OPS. (2026). *Perú*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/peru>

Semana. (12 de Marzo de 2026). *Supersalud revela avances tras intervención del Hospital San*

Francisco de Asís de Quibdó: atiende a unos 80.000 usuarios. Obtenido de <https://www.semana.com/salud/articulo/supersalud-revela-avances-tras-intervencion-del-hospital-san-francisco-de-asis-de-quibdo-atiende-a-unos-80000-usuarios/202647/>

Tovar, A. (02 de Mayo de 2025). *Agentes comunitarios: Una propuesta en manos del Congreso*

puede reivindicar su labor esencial. Obtenido de

<https://saludconlupa.com/noticias/agentes-comunitarios-una-propuesta-del-congreso-puede-reivindicar-su-labor-esencial/>

UNICEF. (2022). *Nutrición*. Obtenido de <https://www.unicef.org/colombia/nutricion>

UNICEF. (2022). *Situación de la Infancia*. Obtenido de <https://www.unicef.org/colombia/situacion-de-la-infancia>

UNICEF. (2024). *Colombia (COL) - Demographics, Health & Infant mortality - UNICEF DATA*. Obtenido de <https://data.unicef.org/country/col/>

UNICEF; ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE. (Noviembre de 2024). *NFORME DE LA ENCUESTA INTERGRATED SMART*. Obtenido de <https://www.unicef.org/colombia/media/15751/file/Alto%20Baudo-SMART-Esp.pdf.pdf>

WHO. (2026). *Integrated management of childhood illness*. Obtenido de <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/child-health/integrated-management-of-childhood-illness>

World Bank Group. (2020). *Early Years: The Foundation for Human Capital*. Obtenido de <https://www.worldbank.org/en/programs/earlyyears>

Anexo A

El presente anexo presenta la estimación de costos anuales requerida para la implementación del modelo territorial de salud infantil “Cunas del Atrato” en el municipio de Quibdó. Los valores fueron calculados con base en referencias salariales del sector salud colombiano, costos promedio de operación de programas comunitarios de salud y requerimientos técnicos definidos para la propuesta.

Anexo A. Presupuesto detallado estimado para la implementación anual del Modelo Territorial Integrado de Salud Infantil "Cunas del Atrato"

88

Componente	Subcomponente	Unidad	Cantidad	Valor Unitario (COP)	Frecuencia	Costo Total Anual (COP)
Talento humano	Médico general territorial	Profesional	2	\$ 7.500.000	12 meses	\$ 180.000.000
Talento humano	Enfermera profesional	Profesional	2	\$ 5.500.000	12 meses	\$ 132.000.000
Talento humano	Auxiliar de enfermería	Profesional	4	\$ 2.500.000	12 meses	\$ 120.000.000
Talento humano	Nutricionista	Profesional	1	\$ 5.000.000	12 meses	\$ 60.000.000
Talento humano	Psicólogo comunitario	Profesional	1	\$ 4.500.000	12 meses	\$ 54.000.000
Talento humano	Coordinador técnico del programa	Profesional	1	\$ 7.000.000	12 meses	\$ 84.000.000
Talento humano	Promotores comunitarios de salud	Promotor	20	\$ 1.800.000	12 meses	\$ 432.000.000
Talento humano	Auxiliar administrativo	Profesional	1	\$ 2.500.000	12 meses	\$ 30.000.000
Tecnología CunasNet	Tablets para promotores	Equipo	20	\$ 1.200.000	Compra única	\$ 24.000.000
Tecnología CunasNet	Computadores portátiles	Equipo	5	\$ 3.500.000	Compra única	\$ 17.500.000
Tecnología CunasNet	Servidor y almacenamiento	Equipo	1	\$ 12.000.000	Compra única	\$ 12.000.000
Tecnología CunasNet	Impresoras multifuncionales	Equipo	3	\$ 1.500.000	Compra única	\$ 4.500.000
Tecnología CunasNet	Desarrollo de plataforma	Servicio	1	\$ 25.000.000	Anual	\$ 25.000.000
Tecnología CunasNet	Hosting y mantenimiento	Servicio	1	\$ 18.000.000	Anual	\$ 18.000.000
Vigilancia nutricional	Básculas pediátricas	Equipo	10	\$ 1.200.000	Compra única	\$ 12.000.000
Vigilancia nutricional	Tallímetros	Equipo	10	\$ 350.000	Compra única	\$ 3.500.000
Vigilancia nutricional	Cintas MUAC	Insumo	50	\$ 20.000	Compra única	\$ 1.000.000
Vigilancia nutricional	Suplementos nutricionales	Niño beneficiario	500	\$ 150.000	Anual	\$ 75.000.000
Vigilancia nutricional	Material educativo nutricional	Kit	1.000	\$ 20.000	Anual	\$ 20.000.000
Transporte fluvial Río Vivo	Lancha sanitaria equipada	Embarcación	2	\$ 35.000.000	Compra única	\$ 70.000.000
Transporte fluvial Río Vivo	Combustible	Operación	1	\$ 45.000.000	Anual	\$ 45.000.000
Transporte fluvial Río Vivo	Mantenimiento embarcaciones	Operación	1	\$ 15.000.000	Anual	\$ 15.000.000
Transporte fluvial Río Vivo	Seguros y permisos	Operación	1	\$ 8.000.000	Anual	\$ 8.000.000
Transporte fluvial Río Vivo	Equipos de seguridad fluvial	Kit	1	\$ 12.000.000	Anual	\$ 12.000.000
Telemedicina	Equipos videoconferencia	Equipo	2	\$ 5.000.000	Compra única	\$ 10.000.000
Telemedicina	Plataforma especializada	Servicio	1	\$ 6.000.000	Anual	\$ 6.000.000
Telemedicina	Internet dedicado	Servicio	12	\$ 1.500.000	Mensual	\$ 18.000.000
Telemedicina	Honorarios especialistas remotos	Servicio	1	\$ 24.000.000	Anual	\$ 24.000.000
Capacitación	Formación AIEPI	Jornada	4	\$ 5.000.000	Anual	\$ 20.000.000
Capacitación	Formación promotores comunitarios	Jornada	4	\$ 6.000.000	Anual	\$ 24.000.000
Capacitación	Talleres interculturales	Jornada	4	\$ 4.000.000	Anual	\$ 16.000.000
Capacitación	Material pedagógico	Kit	500	\$ 30.000	Anual	\$ 15.000.000
Monitoreo y evaluación	Línea base epidemiológica	Estudio	1	\$ 15.000.000	Anual	\$ 15.000.000
Monitoreo y evaluación	Seguimiento trimestral	Informe	4	\$ 5.000.000	Trimestral	\$ 20.000.000
Monitoreo y evaluación	Evaluación externa independiente	Evaluación	1	\$ 20.000.000	Anual	\$ 20.000.000
Monitoreo y evaluación	Publicación de informes	Informe	1	\$ 5.000.000	Anual	\$ 5.000.000
Total estimado						\$ 1.647.500.000

Nota. Los valores presentados corresponden a estimaciones realizadas con base en referencias salariales del sector salud colombiano para 2025-2026, costos promedio de operación de programas de Atención Primaria en Salud, precios de mercado para equipos tecnológicos y experiencias de implementación territorial en contextos similares. Los costos definitivos deberán ajustarse mediante estudios de mercado y procesos contractuales específicos durante la fase de ejecución *Elaboración propia (2026)*.

Anexo B

Anexo B. Matriz de riesgos para la implementación del Modelo Territorial Integrado de Salud Infantil "Cunas del Atrato"

Riesgo identificado	Probabilidad (1-5)	Impacto (1-5)	Nivel de riesgo (P x I)	Clasificación	Estrategia de mitigación
Cambio de administración municipal y modificación de prioridades gubernamentales.	4	5	20	Crítico	Institucionalizar el modelo mediante acuerdo municipal, incorporarlo al Plan de Desarrollo y al Plan Territorial de Salud para garantizar continuidad administrativa.
Insuficiencia o retraso en la asignación de recursos financieros.	4	5	20	Crítico	Crear el Fondo Territorial de Atención Primaria Infantil y diversificar fuentes de financiación mediante cooperación internacional y alianzas interinstitucionales.
Falta de articulación entre EPS, IPS y Secretaría de Salud.	4	4	16	Alto	Establecer mesas técnicas permanentes de coordinación, protocolos de referencia y contrarreferencia y acuerdos de gestión interinstitucional.
Alta rotación del talento humano en salud debido a condiciones laborales y ubicación geográfica.	4	4	16	Alto	Diseñar incentivos de permanencia, programas de capacitación continua y contratación plurianual del personal estratégico.
Baja participación comunitaria en las actividades de promoción y prevención.	3	4	12	Alto	Vincular líderes comunitarios, consejos comunitarios afrodescendientes y autoridades indígenas desde la fase inicial de implementación.
Fallas de conectividad que limiten la operación de la plataforma CunasNet y los servicios de telemedicina.	4	3	12	Alto	Implementar sistemas híbridos con funcionamiento offline, respaldo físico de información y sincronización diferida.
Inundaciones, crecientes fluviales o emergencias climáticas que dificulten la movilidad sanitaria.	5	3	15	Alto	Diseñar protocolos de contingencia, rutas alternativas y reservas presupuestales para transporte de emergencia.
Resistencia institucional al cambio por parte de actores del sistema de salud.	3	4	12	Alto	Desarrollar procesos de socialización, capacitación y apropiación institucional desde las etapas iniciales del proyecto.
Desabastecimiento de medicamentos esenciales e insumos para atención infantil.	3	4	12	Alto	Fortalecer mecanismos de monitoreo de inventarios y acuerdos de suministro con proveedores regionales.
Dependencia excesiva de recursos de cooperación internacional.	2	4	8	Medio	Priorizar la financiación pública local y utilizar la cooperación como mecanismo complementario y no como fuente principal.
Fallas técnicas o pérdida de información del sistema de vigilancia infantil.	2	3	6	Medio	Implementar copias de seguridad periódicas, almacenamiento en la nube y protocolos de recuperación de datos.
Conflictos socioculturales derivados de la implementación de nuevas estrategias sanitarias.	2	3	6	Medio	Incorporar enfoque diferencial, participación comunitaria y validación de acciones con autoridades étnicas locales.

Nota. La matriz de riesgos fue elaborada por la autora a partir de los hallazgos obtenidos en la investigación y de los requerimientos operativos del Modelo Territorial Integrado de Salud Infantil "Cunas del Atrato". La valoración de probabilidad e impacto se realizó mediante una escala de cinco niveles, donde el nivel de riesgo corresponde al producto entre ambas variables ($R = P \times I$). La clasificación de los riesgos se estableció en cuatro categorías: bajo (1-4), medio (5-9), alto (10-16) y crítico (17-25). *Elaboración propia (2026)*.