



Hospital Universitario
CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA
E.S.E.



“Enfermedades dermatológicas en población que reside en municipios seleccionados PDET y ZOMAC de Colombia: una aproximación diagnóstica, epidemiológica y de salud pública utilizando las TIC’s en el período de estudio”

Documento de recomendaciones de política pública



Ciencias





EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Herrera Aranguren, Ingrid Lorena. Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

Mesa-Melgarejo, Lorena. Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta & Centro de Evidencia e Implementación (CEI-evidence)

Estrada-Orozco, Kelly. Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta & Centro de Evidencia e Implementación (CEI-evidence).

Espinosa, Oscar. Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta & Centro de Evidencia e Implementación (CEI-evidence), Bogotá.

Rengifo-Carvajal, Genny Lilibeth. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

Lara, Andrea Johanna. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta & Centro de Evidencia e Implementación (CEI-evidence).

Zapata-Matheus, Angélica. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

Londoño, María Camila. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

Gutiérrez-Barbosa, Elisabet. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

Díaz Ríos, Alberto. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

Morales-Zamora, Gilberto. Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta & Centro de Evidencia e Implementación (CEI-evidence)

Gallegos, Sandra. Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

FILIACIÓN INSTITUCIONAL

Empresa Social del Estado Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Hospital Universitario.



Contenido

1.	Presentación.....	5
2.	Marco metodológico	5
2.1	Fuentes de evidencia utilizadas	6
3.	Definición del problema de política pública.....	6
3.1	La magnitud y distribución del problema	6
3.2	Los hallazgos que motivan la acción de política	7
3.3	Las consecuencias del problema si no se actúa	8
4.	Marco general de opciones de política y principios orientadores	8
4.1	Principios orientadores transversales	8
5.	Recomendaciones de política pública	9
5.1	Eje 1. Prevención: actuar sobre los determinantes sociales	10
5.1.1	Intervenciones estructurales sobre determinantes sociales de la salud.....	10
5.1.2	Promoción de la salud, fotoprotección y autocuidado.....	11
5.1.3	Inmunización: garantizar coberturas adecuadas	11
5.1.4	Control vectorial y enfoque Una Salud.....	12
5.1.5	Salud ocupacional rural	12
5.2	Eje 2. Diagnóstico oportuno: fortalecer el primer nivel y consolidar la teledermatología 12	
5.2.1	Fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel.....	13
5.2.2	Teledermatología como estrategia central de cobertura	13
5.2.3	Redes diagnósticas: patología, biología molecular y dermatoscopia digital	14
5.2.4	Vigilancia epidemiológica de enfermedades dermatológicas	14
5.3	Eje 3 . Tratamiento y continuidad del cuidado.....	15
5.3.1	Acceso universal y continuo a medicamentos dermatológicos esenciales	15
5.3.2	Manejo de complicaciones, rehabilitación y enfoque psicosocial	16
5.3.3	Continuidad longitudinal y redes de referencia y contrarreferencia.....	16
5.4	Eje 4. Control, gobernanza y financiamiento sostenible.....	16
5.4.1	Gobernanza nacional y territorial de la salud dermatológica	16
5.4.2	Financiamiento sostenible.....	17
5.4.3	Articulación intersectorial estructural	17
5.4.4	Talento humano en salud para zonas rurales y dispersas	17
5.4.5	Investigación, monitoreo y evaluación	18
6.	Análisis de barreras y facilitadores para la implementación.....	18



6.2	Principales barreras anticipadas	18
6.3	Facilitadores y ventanas de oportunidad.....	19
7.	Matriz consolidada de recomendaciones y horizonte temporal.....	20
11.	Conclusiones y llamado a la acción	22
6	Referencias Bibliográficas.....	22



1. Presentación

Las enfermedades dermatológicas constituyen una de las cargas de morbilidad más subestimadas y, a la vez, más socialmente determinadas de la salud pública contemporánea. El Estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad 2021 reportó 4.690 millones de casos y 41,9 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuibles a enfermedades cutáneas y subcutáneas, lo que las ubica entre las diez causas principales de discapacidad en el mundo (1). En mayo de 2025, la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó por unanimidad la primera resolución histórica que reconoce las enfermedades de la piel como prioridad de salud pública global, instando a los Estados Miembros a integrarlas en las estrategias de Cobertura Sanitaria Universal. Colombia, junto con Costa de Marfil, Nigeria, Togo, China, Egipto y Micronesia, fue uno de los siete países co-patrocinadores de la resolución, asumiendo un compromiso explícito con la equidad dermatológica (2).

En Colombia, esta carga es marcadamente inequitativa: los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y las Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC) concentran la mayor proporción de personas afectadas por enfermedades cutáneas evitables y, simultáneamente, las brechas más profundas en el acceso a diagnóstico oportuno y a tratamiento especializado (3). El proyecto Telederma del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta y financiado por MinCiencias, desarrollado entre 2025 y 2026 en once municipios PDET/ZOMAC de los departamentos de Antioquia, Bolívar, Boyacá, Caldas, Casanare, Putumayo, Quindío, Sucre y Tolima, documentó, a través de resultados de investigación cuantitativa, cualitativa y secundaria este patrón de inequidad. El presente documento traduce dicha evidencia en recomendaciones accionables de política pública.

2. Marco metodológico

Este documento sigue la metodología de Políticas Informadas por Evidencias (PIE) promovida por la Red EVIPNet Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (4,5), basada en las Herramientas SUPPORT (SUPporting Policy relevant Reviews and Trials) (6) y complementada con los lineamientos publicados por la OPS en 2026 para la elaboración de productos de evidencia (5). La metodología se estructura en cuatro componentes que dan forma a este documento:

- Definición y delimitación del problema de política pública, incluyendo su magnitud, distribución social y consecuencias.
- Caracterización de opciones de política basadas en la evidencia local generada en el marco del proyecto: “Enfermedades dermatológicas en población que reside en municipios seleccionados PDET y ZOMAC de Colombia: una aproximación diagnóstica, epidemiológica y de salud pública utilizando las TIC’s en el período de estudio”.
- Análisis de barreras y facilitadores para la implementación de las recomendaciones generadas, considerando equidad, contexto territorial y enfoque diferencial.
- Aproximación al plan de implementación con la identificación de responsables, indicadores y horizonte temporal para el seguimiento y la rendición de cuentas.

De manera transversal, el documento incorpora cuatro principios orientadores definidos por EVIPNet/OPS para todos sus productos de evidencia (5): equidad, desagregación por sexo, edad, etnia, ruralidad, condición de víctima y régimen de aseguramiento; participación ciudadana y de las autoridades indígenas y campesinas; integración intersectorial, y sostenibilidad financiera, institucional y operativa.



2.1 Fuentes de evidencia utilizadas

Las recomendaciones aquí formuladas se sustentan en una triangulación de fuentes que combina evidencia local de mundo real con evidencia internacional sintetizada. Las fuentes principales son:

- Informe de barreras de acceso al diagnóstico oportuno e inequidades, basado en grupos focales y entrevistas semiestructuradas en 11 municipios PDET/ZOMAC.
- Análisis poblacional de Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) en los municipios participantes con caracterización epidemiológica de mundo real.
- Revisión sistemática regional sobre políticas públicas para el manejo de enfermedades dermatológicas en América Latina, con énfasis en enfermedades tropicales desatendidas, inmunoprevenibles y dermatológicas no transmisibles.
- Análisis de Situación de Salud (ASIS) departamentales y municipales 2015-2024, perfiles TerriData del DNP, Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 del DANE, y Acuerdos PATR de la Agencia de Renovación del Territorio.
- Experiencia de implementación del aplicativo Telederma en municipios PDET y ZOMAC, mayo de 2026.
- Resolución WHA78 (mayo 2025) sobre enfermedades cutáneas como prioridad global de salud pública, Estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad 2021, y directrices OPS/EVIPNet (incluida la Guía para la presentación de productos de evidencia, OPS, 2026).

3. Definición del problema de política pública

3.1 La magnitud y distribución del problema

La carga de enfermedad dermatológica en municipios PDET y ZOMAC tiene tres rasgos que la definen como un problema prioritario de política pública:

1. Su elevada prevalencia poblacional, con un perfil dominado por dermatitis, eccemas, infecciones cutáneas, lesiones premalignas y manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas;
2. la profunda inequidad en el acceso al diagnóstico especializado, con itinerarios terapéuticos que pueden tomar de varios meses hasta más de veinte años; y
3. el carácter prevenible o tratable de la mayoría de los cuadros documentados, lo que convierte la cronificación de estos en un indicador sensible de fallas estructurales del sistema de salud.

La revisión territorial de los 11 municipios participantes en el proyecto: Cáceres (Antioquia), Colosó (Sucre), Valle del Guamuez/La Hormiga y Santiago (Putumayo), Planadas (Tolima), Riosucio y Risaralda (Caldas), San Jacinto del Cauca (Bolívar), Tauramena (Casanare), Pisba y Paya (Boyacá) y Génova (Quindío), confirma que la enfermedad dermatológica está sobrerrepresentada en territorios marcados por condiciones socio-geográficas que complejizan el acceso y la oportunidad a la atención especializadas, entre las cuales se destaca: la alta ruralidad y dispersión poblacional, presencia histórica de conflicto armado y economías ilícitas, débil cobertura de servicios públicos (agua potable, saneamiento, energía, conectividad), economías extractivas o de monocultivo con limitada diversificación productiva y altos índices de pobreza multidimensional. Esta convergencia



configura un perfil de inequidad estructural sobre el cual cualquier política pública debe actuar de manera integral.

3.2 Los hallazgos que motivan la acción de política

La triangulación de las fuentes permite sintetizar hallazgos clave que deben orientar la formulación de las recomendaciones:

1. La carga enfermedades dermatológicas representa una proporción importante de la carga global de enfermedad, la cual puede estar subrepresentada en poblaciones con altas vulnerabilidades socio-económicas como en el caso de los municipios ZOMAC y PDET, dado el fenómeno de la “carga invisible” derivado de la falta de acceso, ya que los datos de mundo real solo captan lo que llega al sistema de salud.
2. Esta carga de enfermedad es potencialmente prevenible mediante intervenciones intersectoriales dirigidas a mejorar condiciones ambientales y fortalecer la atención primaria en salud
3. La distribución del patrón de carga de enfermedad es diferente según régimen de afiliación y sexo y aunque el régimen contributivo mostró mayores frecuencias de personas atendidas en múltiples categorías diagnósticas, este hallazgo probablemente refleja mejores posibilidades de acceso y utilización de servicios más que una verdadera mayor carga de enfermedad dada la subutilización de servicios y barreras presentes en la atención del régimen subsidiado.
4. Se observa un eje de inequidad en las condiciones dermatológicas de mayor prevalencia e incidencia en el cual, el territorio, el grupo etario, el sexo y el régimen de aseguramiento, configuran una intersección de condiciones que generan desigualdades estructurales en el acceso y utilización de servicios de salud.
5. Desde una mirada interseccional, las mujeres rurales fueron especialmente impactadas por las enfermedades de piel en los territorios participantes.
6. De acuerdo con la literatura nacional e internacional, persisten desafíos relacionados con la implementación efectiva, la equidad en el acceso y la generación de evidencia que permita evaluar el impacto de estas políticas en resultados en salud.
7. Si bien existe evidencia sobre políticas e intervenciones beneficiosas estas no son rigurosamente evaluadas ni monitorizadas en términos de impacto. Urge una mirada de las problemáticas de las enfermedades de la piel desde marcos de equidad y de garantía integral a la atención en salud.
8. Los hallazgos cualitativos muestran de manera clara que la enfermedad dermatológica está incrustada en los determinantes estructurales del territorio y que las lesiones cutáneas no son fenómenos aislados sino la expresión corporal de condiciones materiales precarias de estas poblaciones en las cuales las mujeres rurales son especialmente vulnerables.
9. En cuanto al acceso, las voces de los sujetos participantes muestran que el itinerario burocrático funciona como mecanismo de exclusión en cascada dónde la triada autorización–agenda–desplazamiento opera como un dispositivo de exclusión escalonada que cronifica cuadros tratables. Se ha invisibilizado el sufrimiento, estigma y la carga psicológica que las enfermedades de piel generan en las personas.
10. En nuestro contexto colombiano y en línea con lo que establece el plan decenal de salud pública, el conflicto armado es un determinante de fondo, no de superficie en el cual, la violencia opera como horizonte vital que atraviesa las trayectorias de salud-atención-



cuidado de las personas y en el caso de las enfermedades de piel, esto se profundiza al ser subdiagnosticadas y subtratadas en la población, entre otros aspectos por la escases de médicos especialistas en estas regiones del país.

3.3 Las consecuencias del problema si no se actúa

La inacción frente a los hallazgos y en general de la forma como se presenta el problema de la inequidad en las enfermedades de piel en los territorios ZOMAC y PDET produce, en el corto y mediano plazo, los siguientes efectos documentados en la evidencia disponible:



Fuente: Generada con Nanobanana-Gemini de Google a partir de de la triangulación de fuentes realizada.

4. Marco general de opciones de política y principios orientadores

Las recomendaciones que se desarrollan en el presente documento se inscriben en un marco de política que entiende las enfermedades dermatológicas no únicamente como un problema clínico individual, sino como un problema estructural de salud pública profundamente determinado por la pobreza, las inequidades territoriales, las condiciones ambientales, los efectos del conflicto armado y las debilidades del sistema de salud. Bajo este enfoque integrado de sistemas, la política pública debe articular simultáneamente intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud, sobre la organización de los servicios y sobre los sistemas de vigilancia epidemiológica.

4.1 Principios orientadores transversales

- **Equidad como criterio rector:** priorización de zonas rurales dispersas, poblaciones indígenas, afrocolombianas, campesinas, víctimas del conflicto armado y firmantes de



paz, con desagregación de indicadores por sexo, edad, etnia, régimen, ruralidad y discapacidad.

- **Enfoque de Atención Primaria en Salud (APS)** y modelo territorial: fortalecimiento de los Equipos Básicos de Salud (EBS), extensión rural, articulación con los Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS) y con mecanismos claros de operación en el marco del aseguramiento en salud y con indicadores de oportunidad monitorizados en estos territorios.
- **Cobertura Sanitaria Universal en salud dermatológica:** implementación de la Resolución WHA78 (2025) y de los compromisos del país como Estado co-patrocinador.
- **Enfoque intercultural y respeto a los SISPI:** articulación con la medicina propia indígena, las parteras, los taitas, los médicos tradicionales y los planes de vida.
- **Enfoque interseccional:** reconocimiento de la feminización del cuidado, intervenciones específicas para niñez, adolescencia, gestantes y adultez mayor, en especial en las zonas rurales y rurales dispersas.
- **Salud digital con cierre de brecha y medición del impacto:** teledermatología sostenible articulada con conectividad rural, alfabetización digital y formación del talento humano.

5. Recomendaciones de política pública

Las recomendaciones se estructuran en cuatro ejes interdependientes que conforman el manejo integral de las enfermedades dermatológicas en municipios PDET/ZOMAC:

Eje	Foco principal	Componentes clave
Eje 1. Prevención	Determinantes sociales, condiciones materiales, vacunación, control vectorial, fotoprotección, salud ocupacional.	Agua potable y saneamiento, vivienda saludable, fotoprotección poblacional, vacunación (VPH, varicela, sarampión, mpox), control vectorial, Una Salud, salud ocupacional rural.
Eje 2. Diagnóstico oportuno	Fortalecimiento del primer nivel, teledermatología, redes diagnósticas, vigilancia epidemiológica.	Capacitación continua del personal de APS, guías y algoritmos, teledermatología sostenible, telementoría (modelo ECHO), redes de patología, vigilancia con notificación obligatoria.
Eje 3. Tratamiento y continuidad	Acceso a medicamentos esenciales, estandarización terapéutica, rehabilitación, manejo de complicaciones.	Disponibilidad continua y gratuita de medicamentos dermatológicos esenciales, fototerapia, terapias biológicas en casos seleccionados, manejo de complicaciones y rehabilitación, redes de referencia y contrarreferencia.



Eje	Foco principal	Componentes clave
Eje 4. Control, gobernanza y financiamiento	Vigilancia, gobernanza, financiamiento sostenible, articulación intersectorial, monitoreo y evaluación.	Plan Nacional de Salud Dermatológica articulado al PDET, integración intersectorial, financiamiento por PGN, regalías y cooperación internacional, indicadores de resultado y de equidad.

5.1 Eje 1. Prevención: actuar sobre los determinantes sociales

La evidencia internacional, regional y local converge en que las enfermedades dermatológicas en territorios PDET/ZOMAC son ampliamente prevenibles mediante intervenciones intersectoriales que actúen sobre sus determinantes estructurales. La prevención no puede reducirse al sector salud: debe incorporar agua, saneamiento, vivienda, educación, salud ocupacional, ambiente y desarrollo rural.

5.1.1 Intervenciones estructurales sobre determinantes sociales de la salud

Evidencia local: Los grupos focales documentaron de manera consistente la vinculación etiológica entre agua no apta (San Jacinto del Cauca), exposición ocupacional al sol y agroquímicos (Génova, Planadas, Tauramena), contacto laboral con cemento (Riosucio) o con químicos de cultivos ilícitos (San Jacinto, La Hormiga) y la aparición de enfermedades de la piel. En el GF de San Jacinto del Cauca, los participantes priorizaron, ante la pregunta sobre qué cambiar en el sistema de salud, mejorar el agua antes que cualquier otro componente sanitario.

Recomendación 1. Garantizar agua apta y saneamiento básico en municipios PDET/ZOMAC

Implementar, en los 170 municipios PDET y en las ZOMAC priorizadas, un Plan Acelerado de Agua y Saneamiento Rural articulado con el Pilar 4 del PDET (Educación rural y primera infancia rural), el Plan Departamental de Aguas (PDA) y los Planes de Salud Pública municipales, con metas claras de cobertura de agua tratada y de unidades sanitarias completas en zona rural dispersa para 2030.

- Responsables: Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio; Ministerio de Salud y Protección Social; Agencia de Renovación del Territorio (ART); gobernaciones; alcaldías; ESE municipales.
- Indicadores trazadores: % de viviendas rurales con agua apta para consumo humano (IRCA <14%); % de hogares con conexión a saneamiento básico; incidencia de EDA en menores de 5 años; reducción de la prevalencia de dermatosis asociadas al agua.

Recomendación 2. Vivienda saludable rural y reducción de exposiciones intradomiciliarias

Incorporar en los programas de vivienda rural componentes de vivienda saludable: pisos, cocinas mejoradas con control de humo (que reducen IRA, enfermedades respiratorias y dermatitis por humo), separación de animales, control vectorial domiciliario, almacenamiento seguro de agua y luz natural, con priorización de hogares en zonas dispersas y con presencia de comunidades indígenas.



- Responsables: Ministerio de Vivienda; Banco Agrario; Ministerio de Agricultura; gobernaciones; alcaldías; ART.
- Indicadores: número de viviendas rurales adecuadas; reducción de hacinamiento; cobertura de cocinas mejoradas en hogares rurales.

5.1.2 Promoción de la salud, fotoprotección y autocuidado

Frente al cáncer de piel, que la evidencia regional muestra en aumento, particularmente en población rural adulta mayor expuesta crónicamente al sol, se recomienda implementar una estrategia nacional sostenida de fotoprotección poblacional con anclaje territorial, basada en programas escolares y comunitarios.

Recomendación 3. Programa Nacional de Fotoprotección con enfoque territorial

Diseñar e implementar un Programa Nacional de Fotoprotección y Educación Dermatológica que combine: (i) campañas escolares sostenidas en municipios PDET/ZOMAC con materiales culturalmente pertinentes; (ii) acceso subsidiado o gratuito a bloqueador solar y elementos de protección personal (sombreros, ropa de manga larga) para trabajadores rurales de alta exposición (cafeteros, jornaleros, ganaderos, raspachines en proceso de sustitución, pescadores, operadores de maquinaria); (iii) educación a profesores, líderes comunitarios y promotores de salud sobre signos tempranos de cáncer de piel; y (iv) campañas en lenguas indígenas y formatos adaptados.

- Responsables: Ministerio de Salud; Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta; Ministerio de Educación; ICBF; secretarías de salud y educación; ESE municipales; cajas de compensación; gremios agropecuarios (FNC, asociaciones cafeteras, ganaderas).
- Indicadores: cobertura del programa escolar; uso autorreportado de fotoprotección en trabajadores rurales; detección temprana de lesiones premalignas y melanoma; reducción de mortalidad por cáncer de piel a 10 años.

5.1.3 Inmunización: garantizar coberturas adecuadas

Las enfermedades inmunoprevenibles con manifestaciones cutáneas (varicela, sarampión, rubéola, VPH, mpox) requieren coberturas $\geq 95\%$ sostenidas para garantizar inmunidad de rebaño. La evidencia regional muestra que la introducción de la vacuna contra varicela redujo hospitalizaciones hasta en 88% en Panamá y mortalidad hasta en 57% en Brasil; en Argentina se reportaron más de 144.000 casos evitados tras la introducción de la vacuna.

Recomendación 4. Plan de cierre de brechas de vacunación en municipios PDET/ZOMAC

Diseñar e implementar, con apoyo de la OPS, un Plan Especial de Recuperación de Cohortes y Cierre de Brechas de Vacunación en territorios PDET y ZOMAC, con estrategias extramurales, vacunación escolar, búsqueda activa puerta a puerta en veredas dispersas, articulación con cabildos indígenas y autoridades campesinas, y monitoreo digital de coberturas en tiempo real. Incluir especial énfasis en VPH (adolescencia), mpox (poblaciones de alto riesgo) y refuerzos del esquema PAI completo.

- Responsables: Ministerio de Salud; INS; secretarías de salud; ESE municipales; ART; cabildos indígenas; UPM (Unidad de Mujer y Equidad de Género del Ministerio).
- Indicadores: cobertura vacunal por biológico y por municipio (meta $\geq 95\%$); cohortes recuperadas; reducción de casos notificados por SIVIGILA.



5.1.4 Control vectorial y enfoque Una Salud

En municipios PDET con presencia de leishmaniasis, malaria, dengue, oncocercosis y otras enfermedades transmitidas por vectores (Cáceres, La Hormiga, La Montañita, San Jacinto del Cauca, Florida), se recomienda implementar el enfoque Una Salud (One Health) integrando salud humana, animal y ambiental.

Recomendación 5. Control vectorial sostenido y enfoque Una Salud

Fortalecer los Programas Departamentales de Vectores con vigilancia entomológica activa, rociado residual intradomiciliario, manejo ambiental, control de reservorios y administración masiva de medicamentos donde aplique (ivermectina para oncocercosis). Articular con programas veterinarios y de salud animal en municipios fronterizos (Putumayo, Bolívar, Tolima) y con autoridades ambientales (CARs).

- Responsables: Ministerio de Salud; INS; ICA; Ministerio de Ambiente; CARs; secretarías de salud; ESE municipales.
- Indicadores: incidencia de leishmaniasis cutánea por municipio; mortalidad por dengue grave; índices entomológicos (índice de Breteau, índice aéreo).

5.1.5 Salud ocupacional rural

La exposición ocupacional sostenida al sol, a agroquímicos, a solventes (cemento, hidrocarburos) y a químicos de cultivos ilícitos (raspachinaje) explica una proporción importante de la carga dermatológica en territorios PDET. Sin embargo, la mayoría de estos trabajadores son informales y carecen de cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL).

Recomendación 6. Salud ocupacional rural y programas de sustitución productiva

Diseñar, en articulación con el Ministerio del Trabajo, la ART, el Ministerio de Agricultura y los gremios productivos, un Programa de Salud Ocupacional Rural focalizado en municipios PDET/ZOMAC que incluya: (i) provisión gratuita de elementos de protección personal a trabajadores agrícolas de café, banano, caña, palma y otros cultivos de uso lícito; (ii) capacitación en uso seguro de plaguicidas; (iii) tamizaje dermatológico anual en grupos de alta exposición; y (iv) inclusión obligatoria de componentes de salud ocupacional en los proyectos PNIS (Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito).

- Responsables: Ministerio del Trabajo; Ministerio de Salud; Ministerio de Agricultura; ART; ARLs públicas y privadas; gremios; cooperativas de productores.
- Indicadores: cobertura de elementos de protección personal; tasa de dermatosis ocupacional en trabajadores rurales; ingresos al SGRL desde economías informales rurales.

5.2 Eje 2. Diagnóstico oportuno: fortalecer el primer nivel y consolidar la teledermatología

Los hallazgos de los grupos focales son inequívocos, el diagnóstico dermatológico oportuno está fuera del alcance efectivo de la inmensa mayoría de la población PDET/ZOMAC. La distancia entre el primer signo y el diagnóstico definitivo se mide en meses para los casos más afortunados y en años o décadas para los más excluidos. La estrategia central de política pública debe ser, por tanto, acercar el diagnóstico al territorio en lugar de seguir exigiendo al territorio que se desplace hasta el diagnóstico.





5.2.1 Fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel

Recomendación 7. Capacitación continua del personal de APS en dermatología básica

Implementar, bajo coordinación del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, un Programa Nacional de Formación en Dermatología para Atención Primaria dirigido a médicos rurales, médicos generales de ESE de primer nivel, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y promotores comunitarios de los municipios PDET/ZOMAC. El programa debe combinar: (i) capacitación virtual y presencial; (ii) guías clínicas estandarizadas y algoritmos diagnósticos simplificados para las 25-30 patologías dermatológicas más frecuentes en estos territorios (dermatitis, eccemas, infecciones bacterianas y micóticas, escabiosis, lesiones premalignas, melanoma, cáncer no melanoma, leishmaniasis cutánea, manifestaciones cutáneas de diabetes); (iii) telementoría continuada con el modelo ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes), demostrado costo-efectivo en Argentina y otros países de la región; y (iv) certificación con incentivos para profesionales rurales.

- Responsables: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta; Ministerio de Salud (Dirección de Talento Humano en Salud); ASCOFAME; sociedades científicas (AsoColDerma); universidades con programas de medicina y enfermería; ESE de primer nivel.
- Indicadores: número de profesionales capacitados; % de ESE PDET/ZOMAC con al menos un profesional capacitado; concordancia diagnóstica con dermatólogos en estudios de validación; tiempo entre primera consulta y diagnóstico confirmado.

Recomendación 8. Estandarización clínica mediante guías y algoritmos territorialmente adaptados

Desarrollar y/o actualizar guías de práctica clínica nacionales para las patologías dermatológicas de mayor carga en PDET/ZOMAC, con adaptaciones territoriales que reconozcan la disponibilidad real de medicamentos, laboratorios y referentes. Las guías deben incorporar: indicaciones precisas de cuándo derivar a dermatología vs. cuándo resolver en el primer nivel; uso racional de tópicos accesibles; criterios de uso de teledermatología; manejo de la pieza más vulnerable (gestantes, primera infancia, adultos mayores, comunidades indígenas).

- Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Promoción y Prevención); IETS; Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta; AsoColDerma.
- Indicadores: número de guías publicadas y socializadas; % de adherencia documentada en auditorías; reducción de variabilidad clínica.

5.2.2 Teledermatología como estrategia central de cobertura

Evidencia regional: La evidencia regional muestra que la teledermatología en América Latina alcanza concordancia diagnóstica >80% con dermatólogos, reduce tiempos de remisión y consultas presenciales innecesarias, es costo-efectiva en múltiples contextos y mejora la resolutive del primer nivel cuando se acompaña de telementoría. La evidencia local de Telederma confirma una alta aceptabilidad por parte de pacientes y personal sanitario en los 11 municipios participantes.

Recomendación 9. Plan Nacional de Teledermatología para municipios PDET/ZOMAC

Habilitar y sostener el servicio de teledermatología en las 170 ESE municipales de los PDET y en las ZOMAC priorizadas, como modalidad permanente y un modelo de atención adecuado a los



territorios con tecnologías POCT y desarrollo de aplicativos escalables. El plan debe incluir elementos como: dotación tecnológica básica (dispositivos móviles con cámaras de alta resolución); conectividad estable subsidiada en convenio con el Ministerio TIC; plataforma nacional interoperable de teledermatología con asegurado componente de protección de datos personales; habilitación normativa del servicio bajo la Resolución 2654 de 2019 y normativa actualizada, y financiamiento sostenible por UPC capitada o por convenios de gestión específicos.

- Responsables: Ministerio de Salud; Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta; ADRES; Superintendencia Nacional de Salud; MinTIC; EPS; ESE municipales.
- Indicadores: número de ESE PDET/ZOMAC con servicio de teledermatología habilitado; número de tele-consultas realizadas/mes; tiempo promedio entre captura de caso y diagnóstico; concordancia diagnóstica; % de pacientes que evitan desplazamiento.

Recomendación 10. Combinación inteligente de modalidades presenciales y virtuales

Diseñar el modelo de atención dermatológica en municipios PDET/ZOMAC como un continuum que combine la atención dermatológica virtual sincrónica/asincrónica por teledermatología con brigadas presenciales periódicas con dermatólogo (mínimo dos al año por municipio). Adicionalmente mejorar la capacidad resolutoria en el primer nivel con apoyo de telementoría y una red de referencia ordenada a hospitales departamentales y al Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta como referente nacional. Las brigadas presenciales son indispensables para sostener confianza y vínculo terapéutico, particularmente con población indígena, adultos mayores y víctimas del conflicto.

5.2.3 Redes diagnósticas: patología, biología molecular y dermatoscopia digital

Recomendación 11. Red nacional de patología dermatológica y biología molecular descentralizada

Crear una red nacional descentralizada de patología y biología molecular dermatológica que garantice tiempos de respuesta menores a 15 días hábiles para biopsias y resultados moleculares (PCR para leishmaniasis, micobacterias atípicas, mpox; inmunohistoquímica para cáncer de piel; pruebas de parche para dermatitis de contacto). Articular con la Red Nacional de Laboratorios y con laboratorios universitarios.

- Responsables: INS; Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta; Ministerio de Salud; sociedades científicas (Asociación Colombiana de Patología); universidades; laboratorios clínicos.
- Indicadores: tiempo promedio de respuesta de biopsias dermatológicas; cobertura territorial de la red; concordancia entre patólogos.

5.2.4 Vigilancia epidemiológica de enfermedades dermatológicas

Recomendación 12. Integrar la salud dermatológica al SIVIGILA y a los sistemas de información en salud

Avanzar hacia un sistema de información dermatológica que articule SIVIGILA, RIPS, registros de cáncer y otros sistemas, con notificación obligatoria de los eventos prioritarios (leishmaniasis cutánea, lepra, melanoma, carcinomas, mpox, eventos adversos serios, brotes de escabiosis, etc.) y con desagregación territorial, étnica, de sexo y régimen. Implementar tableros de control de uso público en el Observatorio Nacional de Salud y en el Observatorio Dermatológico del Centro Federico Lleras Acosta.





- Responsables: INS; Ministerio de Salud; Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta; ONS; secretarías departamentales de salud.
- Indicadores: cobertura del sistema; tiempo entre evento y notificación; uso del sistema por tomadores de decisión territoriales.

5.3 Eje 3 . Tratamiento y continuidad del cuidado

La disponibilidad efectiva del tratamiento dermatológico en municipios PDET/ZOMAC es, según los grupos focales, una de las barreras más críticas: medicamentos discontinuados, fórmulas que no se consiguen ni en las capitales intermedias, costos que superan los \$500.000 pesos por mes y prácticas administrativas (doble fila para autorización y entrega) que penalizan al usuario rural.

5.3.1 Acceso universal y continuo a medicamentos dermatológicos esenciales

Recomendación 13. Listado nacional ampliado de medicamentos dermatológicos esenciales con suministro garantizado

Revisar los mecanismos de dispensación y entrega de medicamentos en municipios ZOMAC y PDET para asegurar el acceso continuo, gratuito y descentralizado a un listado de medicamentos dermatológicos esenciales que cubran el espectro de patologías de mayor carga: antimicóticos tópicos y sistémicos, corticoides tópicos de potencia variable, retinoides, antibacterianos, antivirales para herpes y VVZ, antiparasitarios (ivermectina, permetrina), antimoniales y miltefosina para leishmaniasis, antimicobacterianos para lepra, fotoprotectores con cobertura para población de alta exposición y, en casos seleccionados, fototerapia y terapias biológicas (psoriasis severa, hidradenitis, dermatitis atópica grave).

- Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Medicamentos y Tecnologías); ADRES; INVIMA; EPS; gestores farmacéuticos.
- Indicadores: disponibilidad efectiva de medicamentos dermatológicos esenciales en farmacias de municipios PDET/ZOMAC; tiempo de entrega; gasto de bolsillo de las familias en medicamentos dermatológicos.

Recomendación 14. Eliminar la barrera administrativa de la doble fila y articular puntos únicos de atención

Eliminar prácticas administrativas que cronifican el itinerario burocrático del paciente. Particularmente, suprimir la doble fila documentada en Riosucio (un día para la autorización y otro para la entrega del medicamento) mediante puntos únicos de atención que resuelvan autorización y entrega en el mismo acto. Establecer estándares máximos de tiempo de espera por trámite, con sanciones y rendición de cuentas pública.

- Responsables: Superintendencia Nacional de Salud; EPS; Ministerio de Salud; ESE; agentes farmacéuticos.



5.3.2 Manejo de complicaciones, rehabilitación y enfoque psicosocial

Recomendación 15. Modelo de manejo de complicaciones y rehabilitación dermatológica

Garantizar el manejo de complicaciones y la rehabilitación física, funcional y psicosocial en las enfermedades dermatológicas crónicas con potencial discapacitante: lepra, leishmaniasis mucocutánea, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, vitíligo, alopecia areata, cicatrices severas de quemaduras y heridas de guerra, secuelas dermatológicas en víctimas de minas antipersonal. Articular con los equipos PROVISAMES, los programas de víctimas y las redes municipales de salud mental.

- Responsables: Ministerio de Salud; Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas; redes de rehabilitación; EPS; secretarías de salud.
- Indicadores: discapacidad grado 2 en lepra; calidad de vida medida con escalas validadas (DLQI); reintegración laboral de víctimas con secuelas dermatológicas.

5.3.3 Continuidad longitudinal y redes de referencia y contrarreferencia

Recomendación 16. Rutas integrales de atención dermatológica con referencia y contrarreferencia estandarizadas

Diseñar e implementar la Ruta Integral de Atención en Salud Dermatológica (RIAS-Derma) como instrumento normativo del Modelo de Atención vigente. La ruta debe estandarizar: criterios de derivación entre niveles; protocolos de contrarreferencia obligatoria; uso de teledermatología como alternativa de atención por especialista; cuidado longitudinal con seguimiento por equipos de APS; y articulación entre EPS, ESE y prestadores complementarios.

- Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Prestación de Servicios); EPS; ADRES; ESE; sociedades científicas.
- Indicadores: tiempo entre remisión y atención efectiva; tasa de contrarreferencia; reingresos por la misma patología.

5.4 Eje 4. Control, gobernanza y financiamiento sostenible

5.4.1 Gobernanza nacional y territorial de la salud dermatológica

Recomendación 17. Plan Nacional de Salud Dermatológica articulado al PDET y a la WHA78

Formular y adoptar, mediante acto administrativo del Ministerio de Salud y Protección Social, un Plan Nacional de Salud Dermatológica 2026-2036, articulado con el Plan Decenal de Salud Pública, con los Planes de Acción para la Transformación Regional (PATR) del PDET y con los compromisos derivados de la Resolución WHA78 (2025). El plan debe definir metas medibles a 5, 10 y 15 años, alineadas con el horizonte de los PDET, e incorporar los cuatro ejes desarrollados en este documento.

- Responsables: Ministerio de Salud y Protección Social como rector; Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta como referente técnico nacional; ART; INS; ADRES; gobernaciones y alcaldías; AsoColDerma.



Recomendación 18. Mesa Nacional de Salud Dermatológica con participación ciudadana

Crear una Mesa Nacional de Salud Dermatológica de carácter permanente como espacio de gobernanza colaborativa, con participación del Ministerio de Salud, INS, ADRES, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, AsoColDerma, ART, secretarías departamentales, organizaciones de pacientes, autoridades indígenas, organizaciones de víctimas y firmantes de paz, gremios productivos rurales y academia. La mesa deberá sesionar al menos trimestralmente y producir informes públicos anuales.

- Indicadores: número de sesiones realizadas; representatividad de los actores; productos públicos generados; incidencia en decisiones de política.

5.4.2 Financiamiento sostenible

Recomendación 19. Financiamiento mixto con fuentes diversificadas

Asegurar el financiamiento sostenible del Plan Nacional de Salud Dermatológica mediante una combinación de fuentes como por ejemplo, recursos directos del Presupuesto General de la Nación (PGN) en el Ministerio de Salud, con rubro específico para enfermedades dermatológicas en PDET/ZOMAC; recursos de regalías directas y del Sistema General de Regalías para los componentes territoriales (agua, vivienda, conectividad rural, infraestructura tecnológica); recursos del Sistema General de Participaciones para acciones colectivas de salud pública; cooperación internacional, particularmente con la OPS/OMS, BID, AECID, USAID-PEPFAR (para mpox), GAVI (para vacunas) y agencias del Reino Unido y la Unión Europea, y alianzas público-privadas con responsabilidad social y código de conducta transparente.

- Responsables: Ministerio de Hacienda; Ministerio de Salud; ART; DNP; APC-Colombia (cooperación internacional).

5.4.3 Articulación intersectorial estructural

Recomendación 20. Comisión Intersectorial PDET-Salud-Ambiente con foco en salud dermatológica

Establecer, mediante normativa de alto nivel, una Comisión Intersectorial PDET-Salud-Ambiente que articule, en cabeza de la ART, a los Ministerios de Salud, Vivienda, Agricultura, Ambiente, Trabajo, Educación, Justicia y al DAPRE-Unidad de Víctimas, para coordinar las intervenciones intersectoriales sobre determinantes sociales de la salud dermatológica en los 170 municipios PDET. La comisión deberá producir un informe anual de avance ante el Congreso de la República.

5.4.4 Talento humano en salud para zonas rurales y dispersas

Recomendación 21. Política de talento humano en salud para zonas rurales con incentivos estructurales

Diseñar una política nacional de talento humano en salud para zonas rurales y dispersas que incorpore: becas-crédito condonables para estudiantes de medicina, enfermería y especializaciones (incluida dermatología) que se comprometan con periodos de ejercicio en municipios PDET/ZOMAC; incentivos económicos y no económicos para profesionales que laboran en municipios PDET (similar a la prima rural); plazas rotativas y fellowships en dermatología con el Centro Federico Lleras Acosta; programas de telementoría continua para reducir el aislamiento profesional, y condiciones laborales dignas (vivienda, conectividad, transporte sanitario, seguridad).



- Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Talento Humano); Ministerio de Educación; ICETEX; universidades; ASCOFAME; ART; sociedades científicas.

5.4.5 Investigación, monitoreo y evaluación

Recomendación 22. Agenda Nacional de Investigación en Salud Dermatológica Territorial

Definir, en cabeza del Ministerio de Salud, Minciencias y el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, una Agenda Nacional de Investigación en Salud Dermatológica Territorial que priorice: investigación operativa sobre tele dermatología; evaluación de impacto de las intervenciones de los cuatro ejes; estudios epidemiológicos con representación PDET/ZOMAC; investigación cualitativa con enfoque diferencial étnico, de género y territorial; estudios de costo-efectividad, y desarrollo de modelos predictivos basados en inteligencia artificial respetuosos de la privacidad de los pacientes.

Recomendación 23. Sistema de monitoreo y evaluación con indicadores de equidad

Construir un sistema de monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Salud Dermatológica con indicadores de proceso, resultado e impacto, todos desagregados por sexo, edad, etnia, ruralidad, régimen de aseguramiento y condición de víctima del conflicto. El sistema debe rendir cuentas a la ciudadanía mediante un tablero de control público y un informe anual con análisis territorial.

- Indicadores clave de impacto sugeridos: tiempo entre primer signo y diagnóstico confirmado (mediana y P75); mortalidad por cáncer de piel; discapacidad grado 2 en lepra; cobertura efectiva de tele dermatología en municipios PDET/ZOMAC; gasto de bolsillo en salud dermatológica; cobertura vacunal para enfermedades inmunoprevenibles cutáneas; reducción de tutelas asociadas a atención dermatológica.

6. Análisis de barreras y facilitadores para la implementación

Siguiendo la metodología de las Herramientas SUPPORT y EVIPNet, la formulación de recomendaciones de política debe ir acompañada de un análisis explícito de los factores que pueden facilitar u obstaculizar su implementación efectiva en el contexto territorial.

6.2 Principales barreras anticipadas

Tipo de barrera	Descripción	Estrategia de mitigación
Financieras	Restricciones fiscales; dependencia de regalías volátiles; demoras en giro de la UPC; debilidad financiera de muchas EPS.	Diversificación de fuentes (PGN, SGR, cooperación, alianzas público-privadas); UPC capitada específica para municipios ZOMAC y PDETET; auditoría externa periódica.
Político-institucionales	Cambios de gobierno; fragmentación de la institucionalidad PDET; debilidad de la Superintendencia Nacional de Salud;	Anclar el Plan Nacional a la Ley 1448 de víctimas y al Acuerdo Final de Paz; participación de la sociedad civil



Tipo de barrera	Descripción	Estrategia de mitigación
	resistencia de actores con intereses creados.	organizada; comisiones intersectoriales con rango decretal.
Tecnológicas y de conectividad	Brecha digital en veredas dispersas; cobertura celular intermitente; falta de dispositivos y dermatoscopios; ausencia de plataformas interoperables.	Convenios con MinTIC y operadores privados; subsidios de conectividad rural; plataforma única nacional de teledermatología con estándares abiertos (Telederma 2.0); dotación priorizada a ESE PDET/ZOMAC.
De talento humano	Concentración urbana de dermatólogos; rotación frecuente de médicos rurales; falta de capacitación específica en dermatología en programas de medicina general; bajos incentivos para ejercicio rural.	Becas-crédito condonables; prima rural; programas de telementoría tipo ECHO; rotaciones de dermatología en pregrado y servicio social obligatorio.
Culturales y de aceptabilidad	Desconfianza histórica de comunidades indígenas y víctimas hacia el sistema; preferencia por medicina propia sin articulación; barreras lingüísticas; analfabetismo funcional y digital.	Articulación con SISPI y autoridades indígenas; mediadores culturales; materiales en lenguas indígenas; mantenimiento de jornadas presenciales periódicas; alfabetización digital comunitaria.
De seguridad	Presencia de grupos armados ilegales en varios municipios PDET; confinamientos; amenazas a personal de salud; riesgo de minas antipersonal en zonas rurales.	Articulación con Defensoría del Pueblo, Fuerza Pública con enfoque de derechos humanos y autoridades étnicas; protocolos de seguridad para personal sanitario; misiones médicas con garantías.

6.3 Facilitadores y ventanas de oportunidad

La implementación de este conjunto de recomendaciones encuentra un momento político particularmente favorable. Cinco facilitadores y ventanas de oportunidad, en términos del modelo de Kingdon que orienta a EVIPNet/OPS, deben aprovecharse activamente:

- Resolución WHA78 (2025): primer reconocimiento histórico de las enfermedades cutáneas como prioridad global, con Colombia como co-patrocinador.
- Horizonte de 15 años de los PDET (vencimiento aproximado 2031-2033): ventana de inversión focalizada con instrumentos institucionales operativos.
- Programa Telederma del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta: laboratorio nacional con experiencia ya generada en 11 municipios PDET/ZOMAC, con aprendizajes listos para escalamiento.



- Reforma del sistema de salud en curso (2024-2026): oportunidad para incorporar el modelo de salud dermatológica territorial en la nueva arquitectura institucional.
- Disponibilidad creciente de tecnologías digitales accesibles (teléfonos inteligentes con cámaras de alta resolución, dermatoscopios portátiles asequibles, conectividad satelital de bajo costo).

7. Matriz consolidada de recomendaciones y horizonte temporal

A continuación, se presenta la matriz consolidada de las 23 recomendaciones de política pública, organizadas por eje, con responsables principales y horizonte temporal (corto plazo: 0-2 años; mediano plazo: 3-5 años; largo plazo: 6-10 años).

N°	Recomendación	Responsable principal	Horizonte
1	Plan Acelerado de Agua y Saneamiento Rural en PDET/ZOMAC	MinVivienda, MinSalud, ART	Mediano
2	Vivienda saludable rural y reducción de exposiciones intradomiciliarias	MinVivienda, Banco Agrario, ART	Mediano
3	Programa Nacional de Fotoprotección con enfoque territorial	MinSalud, MinEducación, CDFLLA	Corto
4	Plan de cierre de brechas de vacunación en PDET/ZOMAC	MinSalud, INS, cabildos indígenas	Corto
5	Control vectorial sostenido y enfoque Una Salud	MinSalud, INS, ICA, MinAmbiente	Mediano
6	Salud ocupacional rural y programas de sustitución productiva	MinTrabajo, MinSalud, MinAgricultura, ART	Mediano
7	Capacitación continua del personal de APS en dermatología básica (modelo ECHO)	CDFLLA, MinSalud, AsoColDerma	Corto
8	Guías de práctica clínica territorialmente adaptadas	MinSalud, IETS, CDFLLA	Corto
9	Plan Nacional de Teledermatología para PDET/ZOMAC	MinSalud, MinTIC, ADRES, CDFLLA	Corto
10	Combinación inteligente de modalidades presencial y virtual	MinSalud, CDFLLA, ESE	Corto



N°	Recomendación	Responsable principal	Horizonte
11	Red nacional de patología dermatológica descentralizada	INS, CDFLLA, MinSalud	Mediano
12	Integrar salud dermatológica al SIVIGILA y sistemas de información	INS, MinSalud, CDFLLA, ONS	Corto
13	Listado nacional ampliado de medicamentos dermatológicos esenciales	MinSalud, ADRES, INVIMA	Corto
14	Eliminar barrera de doble fila y crear puntos únicos de atención	SuperSalud, EPS, MinSalud	Corto
15	Modelo de manejo de complicaciones y rehabilitación dermatológica	MinSalud, UARIV, EPS	Mediano
16	Rutas Integrales de Atención en Salud Dermatológica (RIAS-Derma)	MinSalud, EPS, ADRES	Corto
17	Plan Nacional de Salud Dermatológica 2026-2036	MinSalud, CDFLLA, ART	Corto
18	Mesa Nacional de Salud Dermatológica con participación ciudadana	MinSalud, CDFLLA, AsoColDerma	Corto
19	Financiamiento mixto con fuentes diversificadas	MinHacienda, MinSalud, ART, DNP	Mediano
20	Comisión Intersectorial PDET-Salud-Ambiente	Presidencia, ART, MinSalud	Corto
21	Política de talento humano en salud para zonas rurales	MinSalud, MinEducación, ICETEX	Mediano
22	Agenda Nacional de Investigación en Salud Dermatológica Territorial	MinSalud, Minciencias, CDFLLA	Mediano
23	Sistema de monitoreo y evaluación con indicadores de equidad	MinSalud, ONS, CDFLLA	Corto



11. Conclusiones y llamado a la acción

Las enfermedades de la piel en los municipios PDET y ZOMAC de Colombia no son un problema clínico aislado sino un indicador sensible y simultáneo de la inequidad social y de la capacidad efectiva del sistema de salud para llegar al territorio. Los hallazgos del proyecto “Enfermedades dermatológicas en población que reside en municipios seleccionados PDET y ZOMAC de Colombia: una aproximación diagnóstica, epidemiológica y de salud pública utilizando las TIC’s en el período de estudio”, financiado por minciencias, muestran que la transformación es posible pero exige actuar de manera integrada sobre los determinantes sociales, la organización de los servicios, el acceso a tratamientos esenciales y la gobernanza del sistema.

Este documento propone 23 recomendaciones de política pública estructuradas en cuatro ejes: prevención, diagnóstico, tratamiento y control, bajo la metodología de Políticas Informadas por Evidencias (PIE) de EVIPNet/OPS-OMS, con responsables definidos, indicadores trazadores, análisis de barreras y horizontes temporales. La oportunidad histórica es real: la Resolución WHA78 de 2025, el horizonte de 15 años de los PDET, la experiencia acumulada por la prueba del modelo de Telederma y la transformación digital configuran una ventana de oportunidad que el país debería aprovechar con decisión política, financiamiento sostenible y participación social efectiva.

Honrar la voz de las y los participantes en los municipios participantes implica diseñar políticas de salud dermatológica que partan, precisamente, de lo que ellas y ellos dijeron en cada encuentro: que el sistema de salud sí llegue al territorio, sí esté de manera permanente, sí escuche al usuario y sí integre las capacidades culturales y comunitarias presentes. La piel, tejido frontera entre el sujeto y el mundo se ha vuelto, en estos territorios, un espacio donde se inscriben simultáneamente la pobreza, el conflicto armado, la geografía de la dispersión, la fragmentación del sistema de salud y, también, la potencia organizativa de las comunidades, sus saberes ancestrales, el cuidado feminizado y la esperanza puesta hoy en un modelo de atención que les resuelva años de espera por una solución en sus problemas de piel.

El Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, como referente nacional en dermatología y como operador del Programa Telederma, pone este documento de política a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social y en general del Gobierno Nacional, así como de las gobernaciones y alcaldías PDET/ZOMAC, de las EPS y ESE, de las autoridades indígenas y campesinas, de la academia y de la ciudadanía, como insumo técnico para la formulación de políticas que cierren las brechas de inequidad en salud dermatológica en los territorios históricamente más excluidos del país.

6 Referencias Bibliográficas

1. Ferrari A, Santomauro D, Aali A, Abate Y, Abbafati C, Abbastabar H, et al. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021. *Lancet*. 2024;403(10440):2133–61.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Resolución WHA78.R15: Las enfermedades cutáneas como prioridad de salud pública. 78.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra. 2025.



3. Mesa-Melgarejo L, Rengifo-Carvajal GL, Lara AJ, Zapata-Matheus A, Londoño MC, Gutiérrez-Barbosa E, Ríos A. Informe de barreras de acceso al diagnóstico oportuno e inequidades. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta E.S.E.; 2026.

4. Organización Panamericana de la Salud. Curso virtual introductorio de Políticas Informadas por Evidencias (PIE). Campus Virtual de Salud Pública, OPS/OMS; 2022 (extensión 2024).

5. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la presentación de productos de evidencia. Washington, D.C.: OPS; febrero 2026.

6. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Health Res Policy Syst. 2009 Dec 16;7 Suppl 1(Suppl 1):I1. doi: 10.1186/1478-4505-7-S1-I1. PMID: 20018098; PMCID: PMC3271819

Hurtado JF, et al. (2025). Análisis de la distribución geográfica de los dermatólogos en Colombia. Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología (AsoColDerma), Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10033178.pdf>

4. Sanclemente G, Mahecha M, Guzmán C. (2001). Enfermedades de la piel más frecuentes en la consulta externa dermatológica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y del Hospital Infantil Medellín, 1999. Acta Médica Colombiana, 26, 240–244.

5. Vélez ID, et al. (2001). Leishmaniosis cutánea en Colombia y género. Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro), 17(Supl), 191–200. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000700016>

6. Instituto Nacional de Salud (INS). (2022). Informe de evento: Leishmaniasis, Colombia, 2022. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Bogotá.

7. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2023). Leishmaniasis cutánea y mucosa. Washington D.C.

8. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (s.f.). Escabiosis. Portal de Salud Pública. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Escabiosis.aspx>

9. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (s.f.). Lineamiento para el control de la escabiosis en el marco del Programa Nacional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas (PNEID). Bogotá.

10. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Plan Nacional de Salud Rural. Creado en cumplimiento del Punto 1 del Acuerdo Final de Paz. Bogotá.

11. Agencia de Renovación del Territorio (ART). (2017). Decreto 893 de 2017: Creación de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET). Bogotá.

12. ASIS departamental y municipal de Antioquia (DSSA, 2024)

13. Gobernación. ASIS departamental Sucre. 2017–2023

14. ASIS departamental de Putumayo



15. Gobernación del Tolima. ASIS Planadas 2017)
16. DTS de Caldas. ASIS departamental 2021
17. ASIS Nacional Minsalud 2018, 2021, 2023 y 2024.
18. DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.
19. Fichas de caracterización territorial DNP–TerriData.
20. Agencia de Renovación del Territorio (ART). Acuerdos PATR. Micrositios de la para las subregiones PDET.
21. Abadia, C. Obviedo, D. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá. v. 9, n. 18, supl. 1, p. 86-102, June 2010. Available from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272010000300009&lng=en&nrm=iso