



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
República de Colombia

**RESOLUCIÓN**

**POR MEDIO DE LA CUAL SE JUSTIFICA CONVENIO INTERADMINISTRATIVO CON  
PROVINCIA DE ADMINISTRACIÓN Y PLANIFICACIÓN "CARTAMA"**

**LA SECRETARIA DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL**, en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por el Decreto Departamental No. 2025070000089 del 03 de enero del 2025, el artículo 2º numeral 4 literal i de la Ley 1150 de 2007 modificado por el artículo 92 de la Ley 1474 de 2011 y en el artículo 2.2.1.2.1.4.11 del Decreto 1082 de 2015, y

**CONSIDERANDO:**

1. Que el artículo 113 de la Constitución Política consagra que los diferentes órganos del Estado tienen funciones separadas pero colaboran armónicamente para la realización de sus fines, en correspondencia con el artículo 209 ibídem, que establece que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones; por tanto, las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. Que en consonancia con las disposiciones de rango constitucional, la Ley 489 de 1998 consagró en su artículo 6º el principio de coordinación y colaboración, en virtud del cual, las autoridades administrativas deben garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los fines y cometidos estatales; a continuación, en el artículo 9º estableció que las autoridades administrativas, podrán mediante acto de delegación, transferir el ejercicio de funciones a sus colaboradores o a otras autoridades, con funciones afines o complementarias; siendo aplicable dicha norma a todos los organismos y entidades de la rama ejecutiva del poder público y la administración pública que por mandato constitucional o legal tengan la titularidad y el ejercicio de funciones administrativas, prestación de servicios públicos o provisión de obras y bienes públicos, sin perjuicio de la autonomía que les es propia.
2. Que, en atención a lo anterior, el Departamento de Antioquia, expidió el Decreto de Delegación No. D2025070000199 del 21 de enero de 2025, "POR EL CUAL SE DELEGAN ALGUNAS FUNCIONES DE EDUCACION Y SALUD A LA PROVINCIA ADMINISTRATIVA Y DE PLANIFICACIÓN (PAP) "CARTAMA", dentro del ámbito de su jurisdicción.
3. Que de acuerdo con el artículo 1º del Decreto se delegó a la provincia de Cartama actividades asociadas a funciones que le corresponden al departamento para el sector salud, y relacionadas con el presente Convenio, dentro de las cuales destacan: Ley 715 de 2001 (43.3.4) Ejecutar el Plan de Atención Básica departamental, a través de las siguientes actividades, en los municipios de Jericó, Támesis, Montebello, Pueblorrico, Valparaíso, Caramanta, Tarso, Fredonia, Venecia, Santa Barbara y la Pintada, los cuales hacen parte de Provincia Administrativa de Planificación "Cartama": Ejecutar acciones de promoción: - De las personas con deficiencias, discapacidades, minusvalías y de la población del sector informal de la economía, - De la salud sexual y reproductiva, - De la exposición al tabaco y al alcohol, - De las condiciones sanitarias del ambiente. Ley 1616 de 2013: Apoyar el diseño de políticas públicas



departamentales relacionadas con la protección del menor en riesgo de infringir la ley por encontrarse expuesto al consumo de sustancias psicoactivas.

4. Que de igual manera, El Departamento de Antioquia – Secretaría de Salud e Inclusión Social y la Provincia Administrativa de Planificación Cartama, suscribieron el Convenio 25AS131D2081 cuyo objeto es DESARROLLAR Y ARTICULAR LA DELEGACIÓN TEMPORAL DE FUNCIONES REALIZADA POR EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA A LA PROVINCIA ADMINISTRATIVA Y DE PLANIFICACIÓN (PAP) “CARTAMA” EN MATERIA DE SALUD, dentro de los compromisos asumidos por el departamento se encuentra: Asumir los costos que genere el cumplimiento de las funciones delegadas y asignar los recursos correspondientes en cada vigencia fiscal a través de la celebración de los contratos derivados, transferencias u otros mecanismos legales que se definan.
5. Que la configuración demográfica de Colombia revela una concentración poblacional urbana que plantea desafíos estructurales significativos para la prestación equitativa de servicios de salud.
6. Que según las proyecciones oficiales del DANE para 2025, el país alberga 53.057.212 habitantes, de los cuales el 75,8% (40.257.670 personas) se concentra en cabeceras municipales, mientras que el 24,12% restante (12.779.542 habitantes) se distribuye en centros poblados y ruralidad dispersa. Esta distribución asimétrica genera una correlación directa con la disponibilidad y densidad de la oferta institucional sanitaria, evidenciando una marcada deficiencia en la cobertura de servicios especializados en las zonas rurales.
7. Que el departamento de Antioquia presenta una polarización aún más acentuada en esta distribución poblacional. De sus 6.928.372 habitantes, el 78,76% (5.450.720 personas) reside en cabeceras municipales, mientras el 21,32% (1.477.652 habitantes) reside a las áreas rurales dispersas. Esta concentración urbana contrasta dramáticamente con la extensión territorial rural del departamento, que comprende 4502 veredas distribuidas en 125 municipios y 267 corregimientos, creando un panorama de baja densidad poblacional rural que complica significativamente la implementación de servicios de salud sostenibles y accesibles.
8. Que las inequidades en el acceso a servicios de salud entre territorios rurales y urbanos se manifiestan de manera contundente en los indicadores de afiliación al sistema de seguridad social. Mientras que Colombia ostenta una cobertura universal del 98% a nivel nacional, los municipios incluidos en los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) —caracterizados por su predominante ruralidad— registran únicamente un 79,6% de afiliación poblacional. Esta disparidad de 18,4 puntos porcentuales no solo refleja las limitaciones operativas del sistema de salud en territorios remotos, sino que también evidencia las barreras sistémicas que enfrentan las comunidades rurales para acceder a servicios sanitarios básicos y especializados, perpetuando un círculo de inequidad que demanda intervenciones políticas y estratégicas urgentes.
9. Que el análisis geográfico de la salud mental en Colombia revela disparidades estructurales alarmantes entre territorios urbanos y rurales, evidenciadas en la prevalencia diferencial de trastornos relacionados con sustancias psicoactivas y patologías mentales del comportamiento. Esta inequidad se materializa dramáticamente en la concentración del 68% de la oferta especializada en salud mental en las principales ciudades del país, dejando desatendidas vastas extensiones territoriales rurales que requieren modelos de intervención culturalmente apropiados y territorialmente contextualizados. La urgencia de transitar desde enfoques urbanos hacia paradigmas que reconozcan necesidades y deseos locales mediante la participación comunitaria genuina en la planificación y ejecución programática se torna imperativa ante esta realidad inequitativa.



10. Que la conceptualización contemporánea de ruralidad ha experimentado una evolución paradigmática significativa, transitando desde una perspectiva reduccionista que la caracterizaba como entorno estático, geográficamente disperso y sujeto a migraciones unidireccionales hacia centros urbanos, hacia una comprensión integral que reconoce su diversidad cultural, social y económica intrínseca. Esta reconceptualización evidencia la interconexión sistémica rural-urbana y documenta flujos migratorios bidireccionales, configurando territorios rurales como espacios dinámicos y relacionamente complejos que experimentan constante transformación y requieren estrategias de intervención diferenciadas que respondan a su naturaleza evolutiva y multicultural.
11. Que el ordenamiento jurídico colombiano establece imperativos constitucionales inequívocos para la protección integral de la salud mental poblacional, constituyendo un mandato fundamental que trasciende la voluntad política coyuntural. El Artículo 13 de la Constitución Política consagra el principio de igualdad material, exigiendo atención prioritaria a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, incluyendo específicamente las comunidades rurales dispersas como sujetos de especial protección estatal. Esta disposición constitucional se operacionaliza mediante el Artículo 24 de la Ley Estatutaria de Salud (1751/2015), que establece la obligatoriedad estatal de garantizar disponibilidad de servicios sanitarios en zonas marginadas, priorizando explícitamente la rentabilidad social sobre la económica y demandando la implementación de medidas razonables, eficaces, progresivas y continuas para garantizar acceso oportuno en territorios dispersos, independientemente de su viabilidad económica inmediata.
12. Que la arquitectura normativa se complementa estratégicamente con la Ley de Salud Mental (1616/2013), cuyo Artículo 27 institucionaliza la participación ciudadana activa en la formulación de programas, proyectos y políticas de salud mental territorialmente adaptadas, estableciendo un marco de democracia participativa que garantiza la legitimidad y pertinencia cultural de las intervenciones. Esta normativa se articula coherentemente con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que enfatiza dos componentes estratégicos fundamentales: la promoción del cuidado integral con enfoque diferencial para poblaciones indígenas, negras, afrodescendientes, raizales, palenqueras, Rrom, migrantes, víctimas del conflicto armado y campesinas; y el fomento sistemático de la participación social mediante el fortalecimiento de redes y grupos de apoyo comunitarios que generen capacidad local sostenible.
13. Que Antioquia presenta una configuración territorial de extraordinaria complejidad geográfica y social, con 267 corregimientos y 4502 veredas que configuran un mosaico diverso de ruralidad exigiendo que las ofertas en salud mental trasciendan los enfoques urbanos tradicionalmente implementados hacia estrategias territorialmente diferenciadas. Esta realidad demográfica y geográfica demanda modelos de intervención que reconozcan las particularidades culturales, económicas y sociales de cada territorio, incorporando saberes locales y prácticas comunitarias ancestrales en el diseño e implementación de programas de salud mental que sean culturalmente pertinentes y socialmente apropiados.
14. Que la salud mental de las poblaciones rurales antioqueñas constituye un fenómeno multidimensional profundamente condicionado por determinantes sociales estructurales que trascienden la perspectiva patologizante tradicional, se encuentran sistemáticamente comprometidas por la inoportunidad en el acceso adecuado a servicios especializados de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental. El riesgo de desarrollar trastornos mentales se intensifica exponencialmente en las veredas donde prevalecen el estigma social, la violencia estructural, la discriminación sistemática, la exclusión socioeconómica y la deficiencia crítica de apoyo tanto del entorno comunitario como de los servicios institucionales de salud.
15. Que los indicadores epidemiológicos departamentales revelan una situación que demanda intervención prioritaria. En Antioquia, durante la última década se registraron 3.995 casos de suicidio consumado, estableciendo un promedio anual de 399 casos con variaciones que oscilaron entre 323 casos en 2014 y un pico crítico de 483 casos



en 2021, configurando tasas que fluctúan entre 5.3 y 7.3 por cada cien mil habitantes, cifras significativamente superiores a los promedios nacionales reportados tras el descenso temporal observado en 2020.

16. Que las subregiones del Occidente, Nordeste y Suroeste presentan las tasas más elevadas de suicidio consumado, mientras que los grupos etarios de 20-24 años y 25-29 años concentran la mayor incidencia de casos, evidenciando una problemática que afecta de manera desproporcionada a población joven en edad productiva. Paralelamente, según investigaciones de la Universidad de Antioquia (2021), se documenta una muerte diaria por suicidio en el departamento, mientras que el colapso de servicios especializado registrado en julio de 2022 y el crecimiento exponencial en las cifras de atención evidencian una situación crítica respecto a estas enfermedades silenciosas y sistemáticamente estigmatizadas.
17. Que la multicausalidad de los factores de riesgo en salud mental rural presenta manifestaciones complejas y temporalmente variables, donde la prevalencia de trastornos como depresión, ansiedad y estrés postraumático ha experimentado incrementos significativos influenciados por determinantes socioeconómicos estructurales, conflictos familiares, exposición al conflicto armado y consumo problemático de sustancias psicoactivas. La pandemia de COVID-19 actuó como catalizador que intensificó factores de riesgo preexistentes, generando un escenario epidemiológico de mayor vulnerabilidad. El consumo de sustancias psicoactivas en población rural constituye un asunto de salud pública crítico, donde estudios especializados demuestran que las conductas que conducen al consumo problemático están fuertemente vinculadas con dinámicas del entorno familiar disfuncional, relaciones con pares de riesgo, exposición al conflicto armado y el uso inadecuado del tiempo libre, configurando un círculo de vulnerabilidad que perpetúa condiciones de riesgo psicosocial.
18. Que la violencia de género e intrafamiliar en el departamento sostiene tendencias que impactan directamente la salud mental comunitaria, con la violencia física presentando una tasa de 161.2 casos por cien mil habitantes, seguida de violencia sexual con 125.1 casos por cien mil habitantes, mientras que violencia psicológica y negligencia-abandono registran tasas de 70.4 y 11.8 por cien mil habitantes respectivamente.
19. Que la población femenina resulta desproporcionadamente afectada, representando el 86% del total de casos en todas las modalidades de violencia, configurando un patrón de vulnerabilidad estructural que requiere intervenciones especializadas con enfoque de género y territorial. Esta realidad epidemiológica subraya que cuantos más factores de riesgo enfrenten las comunidades rurales, mayores serán los efectos deletéreos sobre su salud mental colectiva, resaltando la necesidad imperativa de implementar enfoques integrales que aborden sistemáticamente estos determinantes sociales para mejorar sustancialmente las condiciones de salud mental en las áreas rurales del departamento.
20. Que para fortalecer las intervenciones en salud mental en la Provincia Cartama, que incluye once municipios de Antioquia. Se detalla la necesidad de abordar las disparidades en el acceso a servicios de salud mental entre zonas rurales y urbanas, que se intensificaron tras la pandemia de COVID-19. La iniciativa, denominada "Veredas que se Cuidan", propone un enfoque integral que constituye una innovación metodológica fundamentada en evidencia científica rigurosa, diseñada específicamente para generar impactos significativos y sostenibles en la calidad de vida y salud mental de comunidades rurales dispersas del departamento.
21. Que este modelo interventivo articula sistemáticamente tres componentes estratégicos fundamentales que operan de manera sinérgica: a.) la implementación de sistemas diagnósticos estratégicos avanzados para identificar representaciones sociales territoriales relacionadas con salud mental, complementados con mapeo exhaustivo de recursos y actores locales en veredas y corregimientos priorizados; b.) el fortalecimiento sistemático de Nodos Rurales integrados a las Redes Protectoras municipales mediante



entrenamiento especializado en promoción de salud mental, generando capacidad local sostenible para la intervención autónoma; c.) el desarrollo de tres modalidades interventivas especializadas que incluyen Planes de Atención Individual mediante acompañamiento psicosocial personalizado, Planes de Atención Familiar implementados a través de la metodología "Familias Que se Cuidan", y Planes de Atención Grupal ejecutados mediante Grupos de Apoyo comunitarios, configurando así un ecosistema integral de atención que responde específicamente a las particularidades territoriales, culturales y sociales de cada contexto rural, garantizando la pertinencia, sostenibilidad y eficacia de las intervenciones en salud mental territorial.

22. Que el alcance del objeto contractual consiste en Convenio interadministrativo derivado del convenio marco N° 25AS131D2081 para las intervenciones en salud mental a través de la implementación del programa "veredas que se cuidan" en la provincia Cartama, tiene como objetivo principal contribuir a la reducción de los factores de riesgo en la salud mental de la comunidad rural de la Provincia Cartama, Antioquia. Esto se logrará fortaleciendo la implementación de estrategias de promoción y prevención de salud mental, y mejorando el acceso a intervenciones integrales de salud mental.
23. Que el marco de esta delegación de funciones se operativizara "Veredas que se cuidan" distribuye en cuatro fases principales y un proceso transversal, con una duración total de 4 meses. El costo total del proyecto es de (\$ 1,452,600,000)
24. Que, en resumen, la delegación de la función busca construir una red de apoyo robusta en las áreas rurales de la Provincia Cartama, empoderando a las comunidades y asegurando un acceso más equitativo y contextualizado a los servicios de salud mental.
25. Que en consonancia con las disposiciones de rango constitucional, la Ley 489 de 1998 consagró en su artículo 6° el principio de coordinación y colaboración, en virtud del cual, las autoridades administrativas deben garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los fines y cometidos estatales; y a continuación, en el artículo 9° estableció que las autoridades administrativas, podrán mediante acto de delegación, transferir el ejercicio de funciones a sus colaboradores o a otras autoridades, con funciones afines o complementarias; siendo aplicable dicha norma a todos los organismos y entidades de la rama ejecutiva del poder público y la administración pública que por mandato constitucional o legal tengan la titularidad y el ejercicio de funciones administrativas, prestación de servicios públicos o provisión de obras y bienes públicos, sin perjuicio de la autonomía que les es propia.
26. Que el legislador ha conferido a los departamentos ciertas funciones en materia de salud, como es el caso de la Ley 715 de 2001, que establece unas pautas relacionadas con el sistema general de participaciones, su distribución, y define algunas competencias en materia de salud a cargo de los departamentos; Ley 1616 de 2013; Ley 1618 de 2013.
27. Que, para la administración departamental, algunas de las funciones en materia de salud, que se realizan desde el sector central, pueden ser desempeñadas con mayor eficiencia y eficacia por otros organismos, como es el caso de las Provincias Administrativas y de Planificación – (PAP).
28. Que las denominadas (PAP), corresponden a una modalidad de esquema asociativo territorial que se organizan como persona jurídica de derecho público, bajo la dirección y coordinación del órgano de administración que determina el respectivo acto de conformación, cuentan con patrimonio propio e independiente de los municipios que la conforman, cuyo propósito consiste en organizar conjuntamente la prestación de servicios públicos, la ejecución de obras de ámbito regional y la ejecución de proyectos de desarrollo integral, así como la gestión ambiental.
29. Que en el marco de la ley 1454 de 2011, que permite agrupar municipios y departamentos para planificar y ordenar el territorio se creó mediante la Ordenanza 54



del 22 de diciembre de 2016 la Provincia Administrativa y de Planificación (PAP) “Cartama” fue creada, está integrada por los municipios de: Jericó, Támesis, Montebello, Pueblorrico, Valparaíso, Caramanta, Tarso, Fredonia, Venecia, Santa Bárbara y La Pintada.

30. Que el artículo 14 de la Ley 489 de 1998, prevé que *"La delegación de las funciones de los organismos y entidades administrativos del orden nacional efectuado a favor de entidades descentralizadas o entidades territoriales deberá acompañarse de la celebración de convenios en los que se fijen los derechos y obligaciones de las entidades delegante y delegataria. Así mismo, en el correspondiente convenio podrá determinarse el funcionario de la entidad delegataria que tendrá a su cargo el ejercicio de las funciones delegadas"*.
31. Que, en conclusión, por la naturaleza jurídica de las partes, la necesidad a satisfacer y la normativa vigente, se encuentra pertinente celebrar un convenio interadministrativo con la (PAP) Cartama.
32. Que el presupuesto para el presente convenio es de **MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$1.452.600.000)**, y se encuentra respaldado en el siguiente CDP y Certificado de VF:

CDP y FECHA CREACION	VALOR
CDP N° 3500056493 del 7 de noviembre de 2025	\$450.120.000
Certificado de VF 6000003626 del 7 de noviembre de 2025	\$1.002.480.000

33. Que el Comité interno de Contratación según acta número 66 y el Comité de orientación y seguimiento celebrado el día el día 29/10/2025 según acta número 61 aprobaron dicha contratación.

En mérito de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE

**ARTÍCULO PRIMERO: DECLARAR** justificada la Modalidad de Selección mediante Convenio Interadministrativo, de conformidad con el artículo 2 numeral 4 literal c) de la Ley 1150 de 2007 y artículo 2.2.1.2.1.4.4 del Decreto No. 1082 de 2015 y el articulo 95 de la ley 489 de 1998.

**ARTÍCULO SEGUNDO: ORDENAR** la celebración del convenio con PROVINCIA DE ADMINISTRACION Y PLANIFICACION "CARTAMA" identificada con NIT 901.212.832-1, cuyo objeto es: “Convenio interadministrativo derivado del convenio marco N° 25AS131D2081 para las intervenciones en salud mental a través de la implementación del programa “veredas que se cuidan” en la provincia Cartama”, por un valor de **MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$1.452.600.000)**, con un plazo de 4 meses a partir de la suscripción del acta de inicio.

**ARTÍCULO TERCERO:** Que los correspondientes Estudios y Documentos Previos, podrán ser consultados en el expediente del contrato que reposa en la Dirección de Asuntos Legales de la Secretaría de Salud e Inclusión Social y en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (**SECOP II**).

**ARTÍCULO CUARTO:** El presente Acto Administrativo será publicado en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP II) a través del Portal único de Contratación, acorde con lo estipulado en el Artículo 2.2.1.1.1.7.1 del Decreto 1082 de 2015.

**ARTÍCULO QUINTO:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

  
**MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO**  
Secretaria de Salud e Inclusión Social

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Proyectó:	Yaneth Montoya Mejía Profesional Universitaria CES		07/11/2025
Revisó:	Erika Hernández Bolívar Directora de Asuntos Legales Salud m.p.o		
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma			