

Pandemia COVID-19 y sincretismo institucional: gobernanzas de sistemas de salud en contextos de conflicto armado, 2020-2021*

COVID-19 Pandemic and Institutional Syncretism: Health System Governance in Contexts of Armed Conflict, 2020-2021

Pandemia de COVID-19 e Sincretismo Institucional: Governança de Sistemas de Saúde em Contextos de Conflito Armado, 2020-2021

Recibido: 01 de abril de 2024. **Aceptado:** 11 de febrero de 2025. **Publicado:** 20 de noviembre de 2025.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps24.pcsi>

Julia Isabel Eslava Rincón
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5644-2973>

Sandra Milena Montoya Sanabria
Universidad Nacional de Colombia, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9334-304X>

Laura Vanessa Peña Peña^a
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4904-6742>

Cómo citar Eslava Rincón, J. I., Montoya Sanabria, S. M. y Peña Peña, L. V. (2025). Pandemia COVID-19 y sincretismo institucional: gobernanzas de sistemas de salud en contextos de conflicto armado, 2020-2021. *Gerencia y Políticas de Salud*, 24. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps24.pcsi>

^aAutora de correspondencia. Correo electrónico: laurapenap@javeriana.edu.co



Resumen

Introducción: el COVID-19 acentuó crisis sociales, económicas y sanitarias preexistentes, lo que requirió acuerdos para la toma de decisiones entre actores e instituciones de los sistemas de salud. Estos acuerdos estuvieron mediados por sincrétismos en escenarios comunitarios, especialmente en contextos de conflicto armado. Objetivo: comprender las experiencias de gobernanza en comunidades campesinas y étnicas de dos municipios de Colombia durante la pandemia por COVID-19. Metodología: estudio cualitativo, con enfoque de autoetnografía colaborativa. Se utilizaron datos primarios a partir de las experiencias de las autoras para construir el ejercicio interpretativo. La recolección de información se realizó durante un año e incluyó entrevistas grupales, diarios reflexivos y textos de escritura colectiva. Resultados: emergió una dimensión asociada a dinámicas y vivencias que determinaron los procesos de toma de decisiones desde y para las comunidades. Esta se interpretó a través de dos ejes: las tensiones entre las medidas gubernamentales para el manejo de la pandemia y el contexto sociocultural y territorial; y las formas organizativas de regulación y gobernanza desde las comunidades y los actores que detentaron el poder del control territorial. Conclusiones: las gobernanzas sincréticas podrían contribuir a formas de gobierno adaptativas en escenarios de crisis y emergencia social, económica y sanitaria.

Palabras clave: infecciones por coronavirus, conflictos armados, sistemas de salud, gobernanza, capacidad de liderazgo y gobernanza (fuente: descriptores en ciencias de la salud - DeCS).

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic exacerbated pre-existing social, economic, and health crises, requiring negotiation and decision-making agreements among actors and institutions within health systems. These agreements were often mediated by syncretic processes in community settings, particularly in areas affected by armed conflict. Objective: To understand governance experiences during the COVID-19 pandemic in rural and ethnically diverse communities in two municipalities in Colombia. Methods: A qualitative study was conducted using a collaborative autoethnographic approach. Primary data were collected based on the authors' own experiences to build an interpretive analysis. Data collection took place over one year and included group interviews, reflective journals, and collectively written texts. Results: A key dimension emerged related to the dynamics and lived experiences that shaped decision-making processes within and for the communities. These were interpreted through two main axes: the tensions between government-imposed pandemic control measures and the sociocultural and territorial context; and the organizational forms of regulation and governance led by communities and other actors with territorial control. Conclusions: Syncretic forms of governance may contribute to the development of adaptive governmental responses in contexts of crisis and socio-economic and health emergencies.

Keywords: Coronavirus Infections, Armed Conflicts, Health Systems, Governance, Leadership and Governance Capacity (Source: Health Sciences Descriptors - DeCS).

Resumo

Introdução: a pandemia de COVID-19 acentuou crises sociais, econômicas e sanitárias pré-existentes, exigindo acordos para a tomada de decisões entre atores e instituições dos sistemas de saúde. Esses acordos foram mediados por processos sincréticos em contextos comunitários, especialmente em territórios afetados por conflitos armados. Objetivo: compreender as experiências de governança durante a pandemia de COVID-19 em comunidades rurais e étnicas de dois municípios da Colômbia. Metodologia: estudo qualitativo com abordagem de autoetnografia colaborativa. Foram utilizados dados primários baseados nas experiências das autoras para construir a análise interpretativa. A coleta de dados foi realizada ao longo de um ano e incluiu entrevistas em grupo, diários reflexivos e textos de escrita coletiva. Resultados: emergiram dimensões relacionadas às dinâmicas e vivências que influenciaram os processos de tomada de decisão desde e para as comunidades. A análise foi estruturada em dois eixos principais: as tensões entre as medidas governamentais para o controle da pandemia e os contextos socioculturais e territoriais; e as formas organizativas de regulação e governança oriundas das próprias comunidades e de outros atores com poder de controle territorial. Conclusões: as formas sincréticas de governança podem contribuir para o desenvolvimento de respostas governamentais adaptativas em cenários de crise e emergência social, econômica e sanitária.

Palavras-chave: infecções por coronavírus, conflitos armados, sistemas de saúde, governança, capacidade de liderança e governança (fonte: Descritores em Ciências da Saúde - DeCS).



Introducción

La pandemia por COVID-19 ha sido un desastre natural atribuible a causas antropogénicas, el cual ha generado altas tasas de morbimortalidad, comparables con las de la gripe española (1918-1920), la gripe porcina H1N1 (2009-2010) y el ébola en África Occidental (2014-2016) (1). Su abordaje implicó la construcción de acuerdos entre actores e instituciones con capacidades distintas, para responder a escenarios de incertidumbre comparables con crisis y/o emergencias humanitarias, sociales, políticas y económicas (2,3).

La respuesta a la pandemia exigió acciones locales y diálogo en los sistemas de salud para prevenir el contagio y la muerte, sin desvincularse de las políticas sociales y económicas particulares de cada país. Es decir, se recurrió a la gobernanza —entendida como una forma de gobierno orientada a alcanzar objetivos comunes—, lo que implicó el establecimiento de arreglos, la definición de reglas del juego, la interacción de diferentes actores encargados de tomar e implementar decisiones, así como la generación de resultados con impacto en términos de costo-beneficio para la sociedad (4).

Además, se involucraron niveles de gobierno supranacional, nacional, regional y local. Diversos sectores sociales generaron formas de gobernanza sin afectar la soberanía de los Estados en la gestión de esta crisis. Uno de los arreglos más visibles fue la gobernanza multinivel, entendida como la relación de coordinación entre lo central y lo local. Su elemento esencial son las competencias compartidas entre los distintos niveles de gobierno para la toma de decisiones y su implementación, en contraposición al monopolio jerárquico del poder o a la primacía del poder ejecutivo dentro del Estado (5,6).

Según Hooghe y Marks (6), existen cuatro modalidades para compartir competencias decisionales y de políticas: a) *el ajuste mutuo*, donde cada actor define sus propias políticas considerando las decisiones de los demás; b) *las negociaciones intergubernamentales*, que permiten acuerdos entre gobiernos para estandarizar y coordinar políticas, manteniendo cada uno el control dentro del arreglo pactado; c) *la dirección jerárquica*, caracterizada por relaciones verticales y decisiones centralizadas sin participación de otros niveles; d) *las decisiones conjuntas*, que combinan las modalidades b) y c), mediante negociaciones sobre las decisiones a implementar. Con excepción de la dirección jerárquica, las demás modalidades suponen relaciones horizontales. Las competencias de implementación de políticas determinan el lugar de cada actor en el escenario multinivel.

Durante la pandemia por COVID-19, en el marco de la gobernanza multinivel, destacaron organismos supranacionales de orden global y regional como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las Naciones Unidas (ONU) y la banca multilateral. El énfasis estuvo en la gobernanza internacional, transnacional y regional, y en su articulación con y entre los Estados para la toma de decisiones, definición de medidas, regulaciones y mecanismos de coordinación en torno a la seguridad sanitaria, y no exclusivamente sobre los sistemas de salud (7).



Teniendo en cuenta las nociones de *gobernanza multisectorial y policéntrica*¹ (8,9), o por *orquestación*² (10), y la *gobernanza presidencialista*³; según Legler(11), existieron en el centro del debate tres líneas expositivas durante la pandemia por COVID-19:

- (i) la primacía nacional, con el consecuente debilitamiento de los mecanismos multilaterales y de la gobernanza transnacional;
- (ii) la cooperación multilateral técnico-científica y de comunidades epistémicas, que promovió la integración regional más allá de las diferencias políticas, ideológicas y las lógicas presidencialistas;
- (iii) la existencia de mecanismos e incentivos diversos para la coordinación y el logro de objetivos desde distintos centros de poder, evidenciando la revitalización de otros organismos regionales de cooperación en salud pública —más allá de la OPS y la OMS—, y manifestando diversas formas y lógicas de gobernanza como gradientes de cooperación y conflicto.

Además, surgieron disputas por el poder, las competencias y el acceso a recursos, lo que dio lugar a nuevas formas de interacción y redes articuladas a partir de esferas de competencia (6), creadas en función de los intereses en disputa. En este contexto, se introduce el concepto de *gobernanza en disputa*, en el que los actores luchan por posicionarse como los reguladores legítimos de la coordinación, a través de mecanismos de mediación. Esto contrasta con los modelos de gobernanza basados exclusivamente en el poder, en los que el conflicto se suprime; aunque estos modelos pueden ser más eficientes, tienden a configurar escenarios menos democráticos o más injustos.

Dentro de los Estados, la literatura documentó experiencias de gobernanza multinivel, tanto en regímenes democráticos como no democráticos. En la coordinación entre los niveles central y territorial, se evidenció una escasa centralidad de los sistemas de salud, prevaleciendo el enfoque en la soberanía sanitaria y la salud pública. Se identificaron distintos niveles de decisiones de abajo hacia arriba, de acuerdo con la división político-administrativa, para implementar medidas territorializadas orientadas a prevenir la propagación del virus, atender la enfermedad y garantizar seguridad social (12,13).

En regímenes no democráticos —como China—, predominó la gobernanza jerárquica del gobierno central, mientras que otros actores operaron bajo esquemas de intermediación y apalancamiento, siempre subordinados a la voluntad del gobierno central (14). En otros países, se documentaron planes centralizados cuya implementación oportuna fue limitada por brechas políticas, geográficas, administrativas, sociales y comunicativas. Esto evidenció debilidades en los sistemas sociales y de salud, atribuibles a una gobernanza débil (15,16).

En los regímenes democráticos, la tendencia común fue la utilización de declaraciones de emergencia sanitaria por parte de los Estados, que legitimaron la concentración del poder. Las negociaciones intergubernamentales permitieron que los niveles territoriales y los gobiernos subnacionales —como comunidades autónomas, estados federados o regiones— conservaran el control sobre decisiones y procesos de adaptación según las particularidades de cada realidad territorial (17,18). En estos contextos, también se promovieron dinámicas de concertación y coordinación con actores privados, sociales y humanitarios, en marcos horizontales y de trabajo en red para una respuesta integral. En este escenario, adquirió relevancia la gobernanza colaborativa, entendida como una forma de gestión pública basada en estructuras relacionales y cooperativas. Esta promueve la toma de decisiones a través de fronteras sectoriales, permitiendo la planificación, el diseño de políticas y la gestión de soluciones a los déficits en la provisión y acceso a bienes y servicios públicos (19).

En relación con la gobernanza territorial, se documentaron experiencias desde la noción de gobernanza rural que, si bien comparte elementos esenciales con otras formas de gobernanza, se distingue por la especificidad del contexto en su configuración espacial y en sus dinámicas socioculturales, económicas y de identidad, marcadas por “la interacción entre lo social y la naturaleza viva” (20,21). El análisis de la gobernanza rural se ha consolidado como objeto de estudio en Latinoamérica durante las últimas tres décadas. En cuanto a su rol durante la pandemia, aunque la literatura existente es escasa, se identificó un bajo protagonismo y una débil inclusión de las instancias y arreglos existentes —formales e informales— en su gestión.

Además de la gobernanza de los sistemas de salud a nivel global durante la pandemia, se reconocen dos escenarios específicos: los contextos de conflicto armado y el ámbito comunitario.

Gobernanza de los sistemas de salud en contextos de conflicto y crisis humanitarias

Witter y colaboradores (22) plantearon que, en escenarios de conflicto, se abren oportunidades para transformar las lógicas y formas del ejercicio del poder, ya que disminuyen las resistencias de los sectores políticos y gubernamentales. Estas condiciones favorecen formas más inclusivas de toma de decisiones e implementación de respuestas, mediante la participación de actores estatales y no estatales. Se descentraliza así la gobernanza para la reconstrucción de los sistemas de salud desde el nivel local, lo cual puede conducir a resultados más eficaces.

Adicionalmente, la fragilidad institucional para la provisión de servicios de salud se vio agravada en algunos casos, al recurrirse a terceros para suplir las demandas de atención. A largo plazo, esta sustitución del papel del Estado puede socavar su legitimidad institucional, especialmente cuando no existen esquemas adecuados de coordinación para el gobierno de la salud con dichos actores (23). En este contexto, la construcción de paz demanda un papel protagónico de los sistemas de salud y de las capacidades de gobernanza local, pues es en ese nivel donde más se requiere generar diálogos constructivos, articular múltiples actores



para responder a las necesidades y avanzar en la reconstrucción de los sistemas de salud y su efectividad (24).

La pandemia por COVID-19 se sumó a la crisis en contextos de conflicto, generando un doble riesgo humanitario y aumentando la fragilidad de los Estados. Se acentuaron las inequidades sociales, así como las limitadas capacidades de gestión y respuesta de los sistemas de salud y de protección social. En este sentido, la pandemia supuso una nueva disrupción en los procesos de construcción de paz y ayuda humanitaria porque trajo consigo nuevas vulnerabilidades asociadas a la pérdida de ingresos, la imposibilidad de satisfacer necesidades básicas como alimentación, agua potable y vivienda digna, y la dificultad para adoptar medidas de autoprotección frente al contagio. Asimismo, se restringió aún más el acceso a la atención en salud. Se agravó la ya crítica situación de las poblaciones confinadas en territorios en conflicto, como resultado de las oportunidades que la emergencia ofreció para recrudecer dinámicas de violencia ejercidas por fuerzas estatales, el crimen organizado, grupos armados y formas de violencia basada en género (25,26).

Los impactos del COVID-19 también afectaron la autoridad y las relaciones entre los Estados y la ciudadanía. Grupos no estatales —de la sociedad civil y armados al margen de la ley— ganaron poder al ocupar los vacíos dejados por la falta de respuesta estatal, convirtiéndose en proveedores de alimentos, servicios y seguridad (27). En Colombia, algunos grupos armados han impuesto sus propios regímenes de cuarentena, controles fronterizos y restricciones a la movilidad.

En Estados frágiles con conflictos armados, la respuesta en salud se debilita debido a ataques contra la infraestructura, los servicios y el personal sanitario, tanto en el sistema como en la atención de emergencias. Tales ataques constituyen violaciones al derecho internacional humanitario y a los derechos humanos. Durante la pandemia, el personal de salud fue también blanco de estigmatización, amenazas y agresiones (28). Cuando esto ocurre, las comunidades quedan sin atención precisamente cuando más la necesitan. Hasta 2022, la OMS había verificado más de 1000 ataques contra personal sanitario en 16 países (29).

En Colombia, se crearon y financiaron 56 clústeres con participación de agencias de la ONU, ONG internacionales y nacionales. En este contexto, los organismos multilaterales “asumen el liderazgo de la respuesta, sin que ello signifique que tienen comando jerárquico o capacidad de control sobre otros actores. Su función es servir de puente entre los actores para cruzar información y trazar una ruta operativa” (30).

Gobernanza comunitaria de la salud durante la pandemia por COVID-19

Hablar de gobernanza comunitaria implica reconocer a la comunidad, aunque no exista consenso sobre su definición. Varios autores (31-33) coinciden en que una comunidad se construye a partir

de conexiones y referentes simbólicos, físicos, territoriales y de vínculos, ya sean voluntarios o impuestos. Estas conexiones se forman mediante relaciones de proximidad, intereses comunes, identidades, valores, normas y creencias, que configuran un sentido de pertenencia, una idea de “lo común” o un “nosotros”. En este entramado comunitario se movilizan recursos y se dinamizan la participación, la cooperación recíproca, la confianza y la supervisión mutua, bajo lógicas de organización formal o informal. Además, la gobernanza comunitaria otorga protagonismo al compromiso y al cumplimiento de acuerdos colectivos para maximizar el interés común. Así, puede funcionar como un nuevo nivel de gobierno local, operando de forma independiente, articulado o subordinado a las democracias gubernamentales.

Durante la pandemia por COVID-19, la literatura documentó experiencias de organización comunitaria promovidas desde la sociedad civil, por profesionales de la salud y científicos, quienes configuraron modelos de gobernanza. Estas experiencias transitaron entre lógicas multinivel, policéntricas y comunitarias, involucrando diversos grados de participación en la toma de decisiones para mitigar el contagio y/o en la provisión de bienes y servicios esenciales durante el confinamiento, así como en la vigilancia y el control de la transmisión del virus.

Li y colaboradores (34) documentaron una experiencia de modelo de cogobernanza en China, donde participaron actores de distintos centros de poder —gobierno local, líderes comunitarios, vecinos, propietarios, policía comunitaria— para construir acuerdos sobre la distribución, el uso y la renovación de bienes y espacios colectivos en los vecindarios.

Gao (35) comparó las acciones de instituciones comunitarias frente a tres emergencias sanitarias: el terremoto de Wenchuan en 2008, las inundaciones de Wuhan en 2016 y la pandemia por SARS-CoV-2 en 2020. Concluyó que el poder de dichas organizaciones radicaba en su territorialidad, y sus acciones se materializaban en el control de escenarios comunes y en la generación de formas de autoridad colectivamente reconocidas. También se definieron reglas y normas sociales para controlar el ingreso al territorio y para la vigilancia y prevención de contagios. Estas acciones fueron legitimadas por las autoridades, favoreciendo la eficiente gestión de los recursos.

Basile (36) describió experiencias en algunas favelas de Brasil, donde se consolidaron acciones colectivas basadas en ontologías africanas, como el *ubuntu*. La creación de redes comunitarias de cooperación y cuidado colectivo fue una forma de resistencia ante iniciativas gubernamentales percibidas como amenazas, enmarcadas en una lógica necropolítica.

En otros contextos, se documentaron procesos de resiliencia comunitaria o acciones de gobernanza desde lo emocional (37,38), como la creación de grupos de mensajería instantánea para la difusión de mensajes de apoyo emocional o de decisiones gubernamentales. Asimismo, se analizó la gobernanza comunitaria desde la perspectiva de comunidades científicas y redes profesionales, quienes adoptaron posturas críticas frente a su invisibilización o subordinación a las formas de gobernanza burocráticas y centralizadas. Esto complejizó los procesos de



vigilancia, prevención del contagio y participación de dichas comunidades en la toma de decisiones estatales, dificultando la legitimación de las medidas burocráticas (39).

En zonas rurales, las experiencias de gobernanza comunitaria se articularon en torno a dos ejes: el papel de los liderazgos colaborativos y sus actores involucrados, y las diversas formas de gobernanza desde una perspectiva de participación comunitaria.

Los liderazgos colaborativos fueron cruciales para favorecer la puesta en marcha de medidas de intervención durante la pandemia, tales como la vacunación, la detección, el aislamiento, el seguimiento de contagios, la atención en servicios hospitalarios y la generación de seguridad ante el temor al contagio y la muerte (40); medidas que también contribuyeron a canalizar acciones colectivas de participación comunitaria (41). Nuevos paradigmas de liderazgo, como los colaborativos, fueron señalados por Shu y Wang (42) y por Rizaldi y colaboradores (43), quienes documentaron estrategias de gobernanza basadas en la colaboración, la participación y el diálogo horizontal entre las instituciones y los líderes de aldeas rurales en las acciones de mitigación de la transmisión del SARS-CoV-2.

En relación con los actores y las distintas formas de gobernanza desde una perspectiva de participación comunitaria, se evidenciaron estudios centrados en el papel de los líderes locales, así como de organizaciones civiles, religiosas y no gubernamentales (44). Estos estudios demostraron que la articulación entre diversas organizaciones permite establecer acuerdos para la implementación de acciones comunicativas dirigidas a la comunidad, generar confianza entre las partes y coordinar acciones de prevención, mitigación del contagio y control de brotes (45).

A lo anterior se suma el análisis de los municipios de La Macarena y San Vicente del Caguán —relevantes por su papel en el conflicto armado interno y su historia de movilización campesina—, donde se manifiesta la tríada pandemia-conflicto-movilización comunitaria. Este texto plantea como interrogante si las formas de gobernanza comunitaria observadas en estos territorios son claramente identificables o si, por el contrario, responden a sincretismos en la toma de decisiones y en la implementación de respuestas frente a crisis o emergencias. En consecuencia, el objetivo de este estudio fue comprender las experiencias de gobernanza en cinco comunidades campesinas y étnicas de las regiones de la Amazonía y la Orinoquía colombianas durante la pandemia por COVID-19, desde la perspectiva de tres investigadoras en salud pública.

Materiales y métodos

Este trabajo se enmarcó en un enfoque cualitativo (46), surgido del proceso reflexivo de las autoras en el contexto de la sistematización etnográfica de su experiencia vivida (47), dentro del proyecto “Construcción colectiva de saberes y prácticas individuales y comunitarias que contribuyen a la promoción y gestión integral de la salud rural” (48). Este se desarrolló entre

marzo de 2020 y marzo de 2021 en la zona de Reserva Campesina de Pato Balsillas, en San Vicente del Caguán (Caquetá, región de la Amazonía), y en la zona de Reserva Campesina de Losada y Guayabero, ubicada en las veredas La Cristalina y San Francisco de la Sombra, en La Macarena (Meta, región de la Orinoquía).

La aplicación del método reflexivo se asumió como una postura ética, basada en la reciprocidad con los sujetos participantes y en la toma de conciencia del ejercicio crítico-interpretativo que exige la sistematización etnográfica. Este enfoque permitió un análisis profundo de las dinámicas socioculturales de las comunidades, facilitando la construcción de relaciones significativas con los participantes y la documentación de los espacios más relevantes en las experiencias vividas (47). Así, se fortaleció una perspectiva autoetnográfica colaborativa (49,50), sustentada en datos primarios derivados de las experiencias de las autoras.

Participantes

El proceso metodológico comenzó con la conformación de un grupo de tres coinvestigadoras (sujetos del estudio), con formación de pregrado y posgrado en diversas disciplinas, así como experiencia en gobernanza y trabajo comunitario en contextos de conflicto armado. Posteriormente, el equipo se reunió para discutir los objetivos del estudio y establecer roles y expectativas. Bajo el crisol de la reflexividad, mantuvieron una conciencia constante de sus propias posiciones y de cómo estas influían en el proceso de investigación. En consecuencia, al estar sujetas a decisiones vinculantes prescritas tanto por las comunidades como por el Estado colombiano, la reflexividad implicó “una mirada hacia el ‘self’; [hacia sí mismas], hacia nuestro interior y hacia la exteriorización de nuestro ‘self’; en lo que nos rodea, [generando] una continua conversación consigo mismas, sobre nuestra relación con la propia investigación” (51).

Recopilación de la información

El proceso se desarrolló a lo largo de un año, comenzando con la culminación del proyecto de investigación, mediante dos instrumentos: diarios reflexivos y entrevistas grupales. En los diarios reflexivos, cada coinvestigadora documentó sus experiencias, sentimientos, desafíos y aprendizajes en el marco del proyecto. Se incluyeron descripciones detalladas, reflexiones personales y eventos significativos. Estos insumos nutrieron las entrevistas grupales mensuales, en las cuales se compartieron y discutieron las vivencias de las coinvestigadoras. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas.

Análisis de datos

Durante las entrevistas grupales se identificaron temas emergentes, los cuales fueron desarrollados en textos de escritura colectiva (52). Estos textos ofrecieron una aproximación dialógica a la experiencia, contribuyendo a dotar de sentido su interpretación. Desde una perspectiva crítica de la vivencia, las coinvestigadoras adoptaron una actitud activa y sistemática, en la búsqueda de similitudes, diferencias y superposiciones con las experiencias



de los actores comunitarios abordados en el proyecto de investigación. De este modo, se fue consolidando un esquema analítico basado en los temas iniciales, el cual fue discutido y refinado para garantizar una interpretación coherente y profunda.

Consideraciones éticas

Este trabajo fue aprobado mediante el acta No. 004 de 2019 del Comité de Investigación y Ética del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, y fue clasificado como de riesgo mínimo, conforme con las normas científicas, técnicas y éticas nacionales e internacionales que regulan este tipo de investigaciones, y con lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La participación en esta investigación fue voluntaria, y se preservó el principio de confidencialidad en el uso de la información y de las experiencias compartidas. Se emplearon consentimientos informados que detallaban los mecanismos de resguardo de la información personal recolectada y, en caso de datos sensibles, se evitó la individualización que pudiera poner en riesgo la intimidad, honra o integridad de las participantes.

Resultados

En La Macarena y San Vicente del Caguán, los procesos de colonización y poblamiento han configurado un carácter sociocultural particular, dando origen a normas sociales y estructuras organizativas que definen los procesos de toma de decisiones vinculantes desde y para las comunidades, así como las dinámicas de interacción con las autoridades gubernamentales y de la fuerza pública. Estos factores cobraron protagonismo durante la pandemia, al poner en evidencia la dimensión política y las formas de gobernanza que acompañaron la respuesta social en estos territorios, así como los desafíos que esto representó para los sistemas de salud.

Para comprender el contexto de la respuesta a la pandemia, se identificaron dos ejes analíticos que marcaron las lógicas de configuración de los distintos tipos de gobernanza implementados para afrontar la crisis sanitaria, social y económica. El primer eje consistió en la tensión entre las condiciones socioculturales y territoriales del contexto, y las medidas adoptadas por el gobierno nacional para enfrentar la pandemia. El segundo eje develó las formas organizativas de regulación y gobernanza desde las comunidades y los actores que han detentado el poder legítimo o ilegítimo del control del territorio.

Estos ejes pusieron en juego diversas circunstancias y perspectivas, tanto endógenas como exógenas, de la vida en el territorio: las interpretaciones de los diferentes actores implicados en la gestión de la pandemia, las vivencias en torno a la seguridad física y las amenazas a la vida, y las representaciones sociales frente a la pandemia que impulsaron procesos de regulación social y comunitaria.



Condiciones socioculturales y territoriales del contexto vs. medidas centralizadas gubernamentales para el manejo de la pandemia

Condiciones socioculturales y territoriales del contexto

Los municipios de San Vicente del Caguán y La Macarena han sido históricamente afectados por el conflicto armado interno entre guerrillas, grupos paramilitares, fuerzas del Estado y bandas criminales (53,54). Este conflicto se vincula a disputas por el territorio, relacionadas con la apropiación de terrenos baldíos, la ausencia de titularidad para los colonos y el control del territorio para actividades ilegales, como economías extractivistas, cultivos de uso ilícito y narcotráfico (55).

Con la firma del acuerdo de paz y la implementación de los programas de desarrollo con enfoque territorial, en cumplimiento del punto uno de la reforma rural integral, se buscó transformar las dinámicas de violencia, pobreza y economías ilícitas en estos municipios (56). Sin embargo, siete años después de la firma del acuerdo, los avances han sido limitados y Colombia continúa siendo uno de los países menos pacíficos (57).

La pandemia de COVID-19 acentuó las crisis ya existentes en estos territorios, tales como la territorialización armada ilegal, la deforestación, la ganadería extensiva, el narcotráfico y el extractivismo (58), así como la reactivación de dinámicas de violencia, las restricciones a la movilidad impuestas por actores al margen de la ley, el control de alimentos e insumos y el doble confinamiento de las poblaciones —por la pandemia y por el mandato de actores armados—.

Esta coyuntura también propició la recuperación de concepciones y prácticas vinculadas al cuidado de la salud y la vida, reconociendo la interdependencia entre la naturaleza y la identidad campesina, caracterizada por la búsqueda del bienestar colectivo.

Medidas centralizadas gubernamentales para el manejo de la pandemia

La respuesta institucional tradicional a las necesidades de estas poblaciones —que, antes de la pandemia, se centraba en la carencia de servicios públicos domiciliarios, el mal estado de las vías, y el limitado acceso a servicios de salud y educación— ha dado lugar a acciones basadas en la segregación y el estigma hacia estas comunidades (59), pues la presencia del Estado ha estado mayoritariamente enfocada en la militarización para el control de la seguridad y el orden, desatendiendo aspectos como la protección social, la educación, la salud, el saneamiento básico y la infraestructura vial.

En este contexto surgieron tensiones en torno al ordenamiento y la seguridad del territorio, así como expectativas sobre la presencia institucional, las estrategias de gestión de recursos y la instauración de modelos de respuesta pública, sin considerar un enfoque territorial. Las limitaciones de conectividad y movilidad existentes, junto con tensiones políticas y territoriales,



dificultaron el acercamiento de las administraciones municipales a las comunidades y la implementación de estrategias efectivas.

La respuesta institucional se inscribió en una lógica de gobernanza multinivel, en la que las medidas lideradas por el Ministerio de Salud regían para todo el territorio nacional. Entre estas se incluyeron: el lavado de manos, el cambio de ropa y la desinfección antes de ingresar a establecimientos, la prohibición de reuniones sociales, el aislamiento de familias al detectarse un caso positivo o la presencia de síntomas respiratorios, el uso obligatorio de mascarilla facial y el distanciamiento físico. Además, se estableció que las instituciones educativas debían implementar clases virtuales en todos los niveles de formación y que los casos sospechosos debían ser notificados a las empresas promotoras de salud para la realización de pruebas diagnósticas. No obstante, estas medidas no podían cumplirse cabalmente en municipios donde muchos hogares no contaban con agua potable, energía eléctrica ni acceso a internet.

Formas organizativas de regulación y gobernanza desde las comunidades y otros actores para el manejo de la pandemia

En los territorios, la pandemia por COVID-19 se percibió como un fenómeno ajeno y lejano, considerado burgués y urbano. Aunque se reconocían posibles casos por la sintomatología, los pobladores no los atribuían al virus, sino a otras patologías. De esta manera, las comunidades asumieron el control de las medidas de seguridad en los territorios, surgiendo la oportunidad de recuperar saberes y prácticas propias para el cuidado de la salud.

Entre estas medidas se encontraban exigencias para el ingreso de foráneos vinculados al proyecto, tales como pruebas de laboratorio con resultado negativo, cuarentenas de quince días en las cabeceras municipales, cartas de identificación de las instituciones de filiación, uso permanente de mascarilla facial, transporte en vehículos autorizados y alojamiento en hospedajes autorizados. Estas regulaciones fueron aceptadas por los equipos de investigación. Aunque al inicio pudieron parecer sobredimensionadas, eran las medidas que los líderes comunitarios consideraban necesarias para controlar la transmisión del virus. La exigencia del uso permanente de mascarilla por parte de los miembros del proyecto resultaba extraña, pues allí nadie las utilizaba. Era importante identificar a las personas que transitaban entre veredas y municipios, ya que no se realizaban pruebas diagnósticas ni cuarentenas al ingreso que permitieran regular la circulación.

El rechazo y el temor al contagio por el virus se sustentaron, en parte, en las disfuncionalidades estructurales del sistema de salud colombiano en los territorios, pues los centros de salud veredales carecían de personal asistencial, lo que limitaba la capacidad de respuesta de los centros asistenciales ubicados en las cabeceras municipales —con hospitales de baja complejidad— o en departamentos aledaños.

De forma concordante con la situación internacional, en los territorios se experimentó escasez de insumos para prevenir el contagio, así como la falta de priorización de las zonas rurales en la distribución de pruebas diagnósticas y, posteriormente, en la vacunación.

Aunque la vigilancia epidemiológica institucional no reportó casos ni muertes en el municipio de La Macarena (Figura 1), las comunidades manifestaban lo contrario durante los encuentros virtuales de planificación del operativo de campo del proyecto de investigación. Ante ello, se implementaron estrategias de vigilancia comunitaria en salud pública que evidenciaron el subregistro de las estadísticas vitales a cargo de las instituciones del sistema de salud. Se identificó una discrepancia entre los casos reportados oficialmente y la realidad vivida por las comunidades entre el 20 de marzo de 2020 y el 31 de marzo de 2021. Hubo casos de contagio ocurridos en La Macarena que fueron reportados en San Vicente del Caguán, dado que para los pobladores este último ofrecía mayor cercanía, menores gastos de bolsillo y mayor confiabilidad.

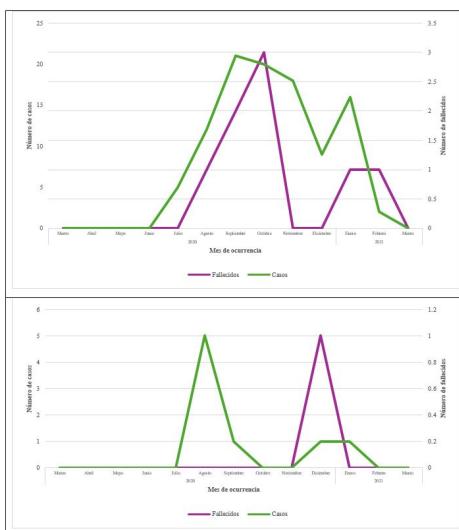


Figura 1. Número de casos y fallecimientos por COVID-19, San Vicente del Caguán y La Macarena, según mes de ocurrencia, 2020-2021

Fuente: elaboración propia a partir de información registrada en la Bodega de datos SISPRO, SIVIGILA(60). Fecha de consulta: 24 de mayo de 2023.

La vigilancia comunitaria en salud pública permitió identificar algunos resultados tempranos en los escenarios pospandemia, como muertes asociadas al suicidio, malnutrición e infarto agudo de miocardio. Estos eventos podrían atribuirse a los efectos del confinamiento sobre la salud mental, las pérdidas económicas, la interrupción de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como a la suspensión de servicios diagnósticos de consulta externa y ambulatoria debido a las restricciones de movilidad intermunicipal.

A través de esta autoetnografía colaborativa, se identificaron dos formas de gobernanza en las comunidades étnicas y campesinas de San Vicente del Caguán y La Macarena: a) policéntrica y b) comunitaria o colaborativa, en consonancia con lo reportado en la literatura.

La gobernanza policéntrica involucró dos dinámicas: una pública estatal, con niveles de decisión centralizados y globalizados, e implementación de medidas en los gobiernos locales; y otra, de naturaleza paraestatal, ejercida por grupos armados con presencia en los territorios.

En cuanto a la primera dinámica, se reconoció a la OMS como uno de los centros de poder decisorio, con autoridad delegada por numerosos Estados a nivel mundial. A nivel nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio del Interior y el Ministerio de Defensa, fueron los principales centros de decisión. A nivel subnacional, gobernaciones y alcaldías jugaron un papel crucial en la toma de decisiones descentralizadas para el gobierno territorial de la salud.

La segunda dinámica se caracterizó por el protagonismo de otros centros de decisión, como los organismos internacionales de ayuda humanitaria y las propias comunidades, coordinando acciones para proporcionar ayuda, servicios esenciales de salud y protocolos de seguridad y bioseguridad. Los grupos armados paraestatales controlaron el territorio, regularon la movilidad de la población, restringieron el uso de mascarillas como mecanismo de identificación, impusieron toques de queda y controlaron el comercio de alimentos, bienes e insumos.

En el contexto local se reflejaron tensiones entre decisiones y normas formales, e informales o sociales, lo que dio lugar al cuestionamiento, la legitimidad y/o la aceptabilidad de las medidas impuestas por los distintos centros de poder. Se pusieron en juego las creencias, actitudes, prácticas y necesidades de cada territorio, así como el papel de los actores encargados de supervisar y controlar el cumplimiento de las medidas, principalmente la policía y las propias comunidades.

La gobernanza comunitaria o colaborativa se reconoció en los centros de poder de las organizaciones comunitarias y sus estrategias para regular escenarios comunes de la vida, tales como el acceso al territorio, las medidas de higiene, la distribución de recursos y la gestión de auxilios para comunidades vulnerables. Esta forma de gobernanza local permitió mediar las formas de ser y estar del Estado en los territorios, destacándose por su capacidad para negociar condiciones locales específicas y por su percepción de legitimidad para ejercer funciones estatales. Se comprendió como un proceso de búsqueda colectiva para solucionar problemas comunes, que compromete dimensiones de participación, solidaridad y confianza entre los miembros, convergiendo con el concepto de capital social comunitario.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos proporcionan una visión detallada de las condiciones del contexto territorial, así como de los procesos y estrategias de regulación social empleadas en algunas comunidades étnicas y campesinas de la Amazonía y la Orinoquía colombiana para gestionar la pandemia. Estos hallazgos invitan a reflexionar sobre las dinámicas de gobernanza en las comunidades rurales, en contraste con otras formas de gobernanza dentro de los sistemas de salud.

La autoetnografía colaborativa permitió reconocer que, tanto en condiciones de normalidad como de emergencia, coexisten diversos arreglos de gobernanza que responden a problemáticas, necesidades e intereses específicos de los diferentes sujetos y actores involucrados. Sin embargo, en situaciones de emergencia y crisis, como la pandemia de COVID-19, en las que la lógica del comando y control tiende a ser predominante y centralizada en el Estado —especialmente arraigada en jerarquías—, la experiencia en territorios rurales, pluriétnicos, campesinos e históricamente afectados por el conflicto resultó ser divergente respecto a esa presuposición.

Otras formas de gobernanza en el marco de los sistemas de salud y sus desafíos para incorporar la diversidad territorial

La construcción de acuerdos que garantizaran la protección de la vida en escenarios de incertidumbre —generados por emergencias como pandemias o conflictos armados— llevó a la identificación de dos formas de gobernanza que podrían incorporarse en los sistemas de salud en situaciones de crisis y emergencias: la gobernanza híbrida y la gobernanza multinivel. Este hallazgo coincidió con lo encontrado por Zheng y colaboradores (61) y por Montoya-Sanabria (62), en la experiencia de respuesta a la pandemia en el distrito capital. Estas formas de gobernanza, junto con la lógica del sincretismo institucional, permitieron la innovación en los arreglos de gobernanza en las comunidades de San Vicente del Caguán y La Macarena.

Las gobernanzas híbridas, marcadas por el escaso apoyo gubernamental y la presencia de actores armados ilegales, mostraron cómo las comunidades resolvían problemas de coordinación, gestión territorial y redistribución de bienes y servicios para enfrentar la emergencia. Se basaron en principios como la legitimidad de las organizaciones y liderazgos comunitarios, la autonomía y la acción en red. Activaron mecanismos de participación activa para llevar a cabo acciones colectivas y alianzas comunitarias con asociaciones étnicas, campesinas y de ayuda humanitaria, demostrando las capacidades de las comunidades rurales en territorios de conflicto, basadas en la solidaridad y en la consecución de propósitos comunes para el bienestar colectivo. Esto es consistente con lo encontrado por Gilmore y colaboradores (63) en su estudio sobre el compromiso comunitario en la prevención y control de la COVID-19, así como con los resultados reportados por Arias-López en el Urabá antioqueño (64).

Por otro lado, las gobernanzas multinivel trascendieron las lógicas unidireccionales de las relaciones de poder, reconociendo capacidades diversas en distintos niveles, más allá de la



división político-administrativa. Generaron dinámicas de interdependencia sistémica, en las que unos niveles de gobierno no podrían funcionar sin la existencia y gestión de los otros. Esto se asemeja a lo encontrado por algunos estudios (12,14,65) y permite comprender las complejidades y relaciones entre los distintos niveles de gobierno, tanto en las ruralidades como en los escenarios urbanos. Además, contrasta con los hallazgos de Blanco-Moreno *et al.* (66), quienes exploraron la experiencia de gestión territorial en la cuenca alta del río Cauca y encontraron que, en ese ámbito, prevaleció la unidireccionalidad en la construcción de acuerdos, privilegiando la emisión de arreglos institucionales dirigidos a las empresas de servicios públicos e invisibilizando a las organizaciones comunitarias.

En los escenarios descritos en este texto, el sincretismo institucional surgió como un fenómeno ecléctico, caracterizado por prácticas superpuestas de agencia, racionalidad y estructura en la toma de decisiones. Este se basó en una apuesta ético-política de reconocimiento e intercambio de saberes, así como en la creatividad de la cultura popular, permitiendo la adaptación de normas a las realidades locales. Así, en la experiencia de las comunidades campesinas de San Vicente del Caguán y La Macarena, las dinámicas de sincretismo en los arreglos institucionales posibilitaron la adaptación de directrices nacionales y territoriales para implementar acciones de mitigación y control del contagio por SARS-CoV-2.

Los hallazgos subrayan que los arreglos de gobernanza basados en el sincretismo favorecen la participación comunitaria y la toma de decisiones vinculantes. Estos enfoques facilitan el diseño e implementación de intervenciones, promueven la confianza entre los actores, mejoran la comunicación y garantizan la transparencia en las acciones de los sistemas de salud. Estos aspectos son críticos en actividades específicas como la vigilancia epidemiológica, la coordinación entre los tomadores de decisiones y los responsables de las instancias operativas, así como en las tareas logísticas o administrativas, como la provisión de vacunas, agua o alimentos en escenarios de crisis sanitaria, emergencias o desastres naturales similares a la COVID-19. Sin duda, los resultados de este estudio podrían contribuir a la comprensión y al diseño de modelos de gobernanza en contextos similares, ofreciendo una perspectiva valiosa para mejorar la preparación y respuesta ante emergencias sociales y sanitarias en comunidades rurales afectadas por conflictos armados o territoriales.

Referencias

1. Currie G, Gulati K, Sohal A, Spyridonidis D, Busari JO. Distributing systems level leadership to address the COVID-19 pandemic. *BMJ Leader* [Internet]. 2022;6(1). Disponible en: <https://bmjleader.bmjjournals.com/content/6/1/39>
2. Spiegel PB. Will this pandemic be the catalyst to finally reform humanitarian responses? *Nat Med* [Internet]. 2021;27(3):365. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01249-1>

3. Sakurai M, Chughtai H. Resilience against crises: COVID-19 and lessons from natural disasters. European Journal of Information Systems [Internet]. 2020;29(5):585-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/0960085X.2020.1814171>
4. Ostrom E. Understanding Institutional Diversity [Internet]. 1a ed. Princeton, New Jersey: Princeton University; 2005 [citado 22 noviembre 2022]. 1-375 p. Disponible en: http://wtf.tw/ref/ostrom_2005.pdf
5. Peters BG, Pierre J. Multi-level Governance and Democracy: A Faustian Bargain? Political Science [Internet]. 4 febrero 2004 [citado 21 noviembre 2022];75-90. Disponible en: <https://academic.oup.com/book/10675/chapter/158716812>
6. Hooghe L, Marks G. Types of Multi-level Governance. En: Enderlein H, Wälti S, Zürn M, editores. Handbook on Multi-level Governance. Edward Elgar. Cheltenham; 2010. p. 17-31.
7. Brun É, Legler T. La agencia latinoamericana y caribeña en la gobernanza global y regional de la Covid-19: para bien o para mal. Foro Int [Internet]. 2021 [citado 25 diciembre 2022];2(244, 247-258):247-58. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/fi/v61n2/0185-013X-fi-61-02-247.pdf>
8. Cole DH. From Global to Polycentric Climate Governance. Maurer School of Law Climate Law [Internet]. 2011 [citado 5 junio 2023];2:395-413. Disponible en: <http://www.repository.law.indiana.edu/facpubhttp://www.repository.law.indiana.edu/facpub/373>
9. Ostrom E. Beyond Markets and States: Polycentric Governance of Complex Economic Systems. American Economic Review. junio de 2010;100(3):641-72.
10. Abbott KW, Genschel P, Snidal D, Zangl B. Two Logics of Indirect Governance: Delegation and Orchestration. Br J Polit Sci [Internet]. 1 octubre 2016 [citado 25 diciembre 2022];46(4):719-29. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-political-science/article/abs/two-logics-of-indirect-governance-delegation-and-orchestration/FE36B6F5AAE761D64138D919DF6F1209>
11. Legler T. Presidentes y orquestadores: la gobernanza de la pandemia de Covid-19 en las Américas. Foro Int [Internet]. 30 marzo 2021 [citado 25 diciembre 2022];61(2):333-85. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-013X2021000200333
12. Dutta A, Fischer HW. The local governance of COVID-19: Disease prevention and social security in rural India. World Dev. 1 febrero 2021;138:105234.
13. Azhar M, Azzahra HA. Government Strategy in Implementing the Good Governance during COVID-19 Pandemic in Indonesia. Online Administrative Law & Governance Journal [Internet]. 2020 [citado 1 septiembre 2022];3:2621-781. Disponible en: <https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/alj/article/view/8040/4184>
14. Dos Santos N de A e. SF. Multi-level governance tackling the covid-19 pandemic in china. Revista de Administracao Publica. 2021;55(1):95-110.
15. Díaz-Castro L, Ramírez-Rojas MG, Cabello-Rangel H, Arredondo A, Báscolo EP. Gobernanza en el sistema de salud ante la pandemia por Covid-19 en México. Salud Publica Mex [Internet]. 3

- septiembre 2021 [citado 10 agosto 2022];63(5):672-81. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12956>
16. Alkhaldi M, Kaloti R, Shella D, Al Basuoni A, Meghari H. Health system's response to the COVID-19 pandemic in conflict settings: Policy reflections from Palestine. *Glob Public Health* [Internet]. 2 agosto 2020 [citado 1 septiembre 2022];15(8):1244-56. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17441692.2020.1781914>
 17. Tatham M, Hooghe L, Marks G. The territorial architecture of government. *Governance* [Internet]. 2021 [citado 25 diciembre 2022];1-14. Disponible en: https://garymarks.web.unc.edu/wp-content/uploads/sites/13018/2021/05/2021_tatham_hooghe_marks_the-territorial-architecture-of-government.pdf
 18. Porras Nadales A. Caminos de gobernanza. *Política y Gobernanza Revista de Investigaciones y Análisis Político* [Internet]. 29 diciembre 2021 [citado 25 diciembre 2022];(5):5-31. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/136399>
 19. Ran B, Qi H. Gobernanza colaborativa: las contingencias del poder compartido. *Estado Abierto* [Internet]. 2018 [citado 21 noviembre 2022];2(3):47-90. Disponible en: https://publicaciones.inap.gob.ar/index.php/EA/issue/view/13/EA_VOL2_NUM3
 20. Chavez Becker C. Gobernanza rural en México en tiempos de pandemia. *Análisis desde la red de mecanismos de participación ciudadana. Textual* [Internet]. 7 junio 2021 [citado 25 diciembre 2022];(77):207-37. Disponible en: <https://chapingo-cori.mx/textual/textual/article/view/r.textual.2021.77.07>
 21. De Castro SL, Guerrero-Rodríguez FA, Tobón GJ, Nina-Baltazar EA. Juntas de Acción Comunal y gobernanza rural: retos para la participación y organización comunitaria en seis territorios de Nariño, Colombia. *Opera* [Internet]. 4 diciembre 2020 [citado 25 diciembre 2022];(28):239-59. Disponible en: <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/operat/article/view/6949>
 22. Witter S, Falisse JB, Bertone MP, Alonso-Garbayo A, Martins JS, Salehi AS, et al. State-building and human resources for health in fragile and conflict-affected states: exploring the linkages. *Hum Resour Health* [Internet]. 15 mayo 2015 [citado 20 noviembre 2022];13(33). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488955/>
 23. Ghobarah HA, Huth P, Russett B. The post-war public health effects of civil conflict. *Soc Sci Med* [Internet]. 2004;59(4):869-84. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603006506>
 24. Kruk ME, Freedman LP, Anglin GA, Waldman RJ. Rebuilding health systems to improve health and promote statebuilding in post-conflict countries: A theoretical framework and research agenda. *Soc Sci Med* [Internet]. enero 2010 [citado 19 enero 2023];70(1):89-97. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0277953609006339?token=A0287D320841CCC69DC114EF55595DCCAD2469C7C43ACC4BBD048C8BE6DD70AA755E3A59EB5E9AE414EE98916CADA123&originRegion=us-east-1&originCreation=20230120220048>
 25. ILO. From crisis to opportunity for sustainable peace: A joint perspective on responding to the health, employment and peacebuilding challenges in times of COVID-19 [Internet]. Geneva; 2020 [citado

- 22 enero 2023]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_761809.pdf
26. Herbert S, Marquette H. COVID-19, governance, and conflict: emerging impacts and future evidence needs. K4D Emerging Issues Report [Internet]. marzo 2021 [citado 22 enero 2023];1-144. Disponible en: https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/16477/EIR34_COVID-19_governance_and_conflict_emerging_impacts_and_future_evidence_needs.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Burke A. Asia's Ethnic Conflicts in the Wake of Covid-19 [Internet]. 2020 may [citado 22 enero 2023]. Disponible en: <https://www.ispionline.it/en/pubblicazione/asias-ethnic-conflicts-wake-covid-19-26355>
28. Taylor L. Covid-19 misinformation sparks threats and violence against doctors in Latin America. BMJ [Internet]. 11 agosto 2020 [citado 22 enero 2023];370:1-2. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3088>
29. WHO. Virtual Press conference on global health issues transcript - 21 December 2022. En 2022 [citado 22 enero 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/virtual-press-conference-on-global-health-issues-transcript---21-december-2022>
30. Zamudio González L. Indirect governance of trans-national crises: the PAHO and WHO response to the Covid-19 pandemic in Latin America. Foro Int [Internet]. 30 marzo 2021 [citado 25 diciembre 2022];61(2):299-331. Disponible en: https://scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-013X2021000200299&script=sci_abstract&tlang=en
31. Bauman Z. Comunidad: en busca de seguridad en un mundo hostil [Internet]. 2a ed. Madrid: Siglo XXI; 2006 [citado 22 noviembre 2022]. 1-85 p. Disponible en: <http://esystems.mx/BPC/llyfrgell/0081.pdf>
32. Esposito R. Communitas: origen y destino de la comunidad [Internet]. Mutaciones. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2003 [citado 22 noviembre 2022]. 1-214 p. Disponible en: <https://www.casadelibro.com.co/libro-communitas-origen-y-destino-de-la-comunidad/9789505187140/922562>
33. Santos B de S. Conocer desde el Sur Para una cultura política emancipatoria [Internet]. 1a ed. Huerta Bayes R, editor. Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales • UNMSM Programa de Estudios sobre Democracia y Transformación Global; 2006 [citado 22 noviembre 2022]. 1-184 p. Disponible en: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/44158/1/Conocer%20desde%20el%20Sur.pdf>
34. Li S, Liu Z, Ye C. Community Renewal under Multi-Stakeholder Co-Governance: A Case Study of Shanghai's Inner City. Sustainability [Internet]. 3 mayo 2022 [citado 20 noviembre 2022];14(9):5491. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2071-1050/14/9/5491>
35. Gao H. Emergency Management in Urban China: Comparing the Role of Community Institutions in the Coronavirus Outbreak and in Other Disasters. China Report [Internet]. 2022;58(3):336-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00094455221108234>
36. Basile P. Vulnerability, neglect, and collectivity in Brazilian favelas: Surviving the threats of the COVID-19 pandemic and the state's necropolitics. Urban Studies [Internet]. 2022 [citado 20 noviembre 2022];1-17. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/00420980221103342>

37. Wan T. Emotion governance and practice resilience in the reflexive modernity: How community social workers in a low-risk Chinese city work with people from Wuhan. *Qualitative Social Work* [Internet]. 9 noviembre 2020 [citado 20 noviembre 2022];20(1-2):323-30. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1473325020973290>
38. Wang C, Dong X, Zhang Y, Luo Y. Community Resilience Governance on Public Health Crisis in China. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(4):2123. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/4/2123>
39. Gu E, Li L. Crippled community governance and suppressed scientific/professional communities: a critical assessment of failed early warning for the COVID-19 outbreak in China. *Journal of Chinese Governance* [Internet]. 24 marzo 2020 [citado 22 noviembre 2022];5(2):160-77. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23812346.2020.1740468>
40. Ohta R, Ryu Y, Sano C. Fears Related to COVID-19 among Rural Older People in Japan. *Healthcare* [Internet]. 2021;9(5):524. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8146122/>
41. Dziva C. Prospects and Challenges for Traditional Leaders in Combating COVID-19 Pandemic in Rural Zimbabwe. *Social Sciences & Humanities Open* [Internet]. mayo 2020;Pre-print. Disponible en: <https://papers.ssrn.com/abstract=3599770>
42. Shu Q, Wang Y. Collaborative Leadership, Collective Action, and Community Governance against Public Health Crises under Uncertainty: A Case Study of the Quanqingwan Community in China. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 12 enero 2021 [citado 20 noviembre 2022];18(2):598. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/2/598>
43. Rizaldi S, Ariany R, Putri AA. Collaborative Leadership of Wali Nagari in Mitigation of the Covid-19 Pandemic in Nagari Rancak. *Journal of Governance and Public Policy* [Internet]. 2021;8(1):37-49. Disponible en: <https://journal.umy.ac.id/index.php/GPP/article/view/10877>
44. Kolner C, Borg wieke van der, Sanders J, Keijsers J, Joosten M, Bruin M de. COVID-19 prevention policies through the lens of intermediary organisations and networks: Five lessons for pandemic policy making. *PsyArXiv* [Internet]. 9 marzo 2022 [citado 20 noviembre 2022]; Disponible en: <https://psyarxiv.com/hwfgv/>
45. Panneer S, Kantamaneni K, Pushparaj RRB, Shekhar S, Bhat L, Rice L. Multistakeholder Participation in Disaster Management—The Case of the COVID-19 Pandemic. *Healthcare* [Internet]. 2021;9(2):203. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/2/203>
46. Minayo MC de S. Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. *Salud Colect* [Internet]. octubre 2017 [citado 20 noviembre 2022];13(4):561-75. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n4/561-575/es>
47. Pereira L. Sistematización Etnográfica Una propuesta para la evaluación de experiencias de desarrollo comunitario [Internet]. 1a ed. Venezuela: Fondo Editorial UNERMB; 2016 [citado 22 noviembre 2022]. Disponible en: http://150.185.9.18/fondo_editorial/
48. CORPOAYARÍ, ASOPEPROC, ASCAL-G, ASABP, AMCOP, Eslava-Rincón J, et al. Sistematización de la experiencia del proyecto: “Construcción colectiva de saberes y prácticas individuales y

comunitarias que contribuyen a la promoción y gestión integral de la salud rural". Bogotá; 2021 abr. (ISP/DT No. 022- 2021).

49. Chang H, Ngunjiri FW, Hernandez KAC. Collaborative autoethnography [Internet]. 1st Edition. Routledge; 2013 [citado 29 diciembre 2022]. 200 p. Disponible en: <https://www.routledge.com/Collaborative-Autoethnography/Chang-Ngunjiri-Hernandez/p/book/9781598745566>
50. Warwick R, McCray J, Palmer A. Collaborative Autoethnography. Journal of Autoethnography. el 1 octubre 2021;2(4):380-95.
51. González Gil T. Flexibilidad y reflexividad en el arte de investigación cualitativa. Index Enferm [Internet]. junio 2009 [citado 20 noviembre 2022];18(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
52. Douglas K, Carless D. Sharing a different voice: Attending to stories in collaborative writing. Cult Stud Crit Methodol. 2014;14(4):303-11.
53. Rodríguez-Cuadros JD. Reconfiguración del conflicto en La Macarena, Meta. Revista Cien Días [Internet]. 2020 [citado 29 diciembre 2022];100. Disponible en: <https://www.revistaciendiascinep.com/home/reconfiguracion-del-conflicto-en-la-macarena-meta/>
54. CNMH. Recorrido por los paisajes de la violencia. 2018 [citado 29 diciembre 2022]. Caquetá - Recorridos por los paisajes de la violencia en Colombia. Disponible en: <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/recorridos-por-paisajes-de-la-violencia/caqueta-sanvicente-macarena.html>
55. Vásquez T. Territorios, conflicto armado y política en el Caquetá: 1900-2010 [Internet]. 1a ed. Universidad de los Andes. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Historia, editor. Bogotá D.C.: Ediciones Uniandes; 2015 [citado 29 diciembre 2022]. Disponible en: <http://appsciso.uniandes.edu.co/sip/data.php?ac=620>
56. ART. ¿Qué son los PDET? 2022 [citado 29 diciembre 2022]. Conoce los PDET. Disponible en: <https://centralpdet.renovacionterritorio.gov.co/conoce-los-pdet/>
57. IEP. Global Peace Index Map "The Most & Least Peaceful Countries. 2022 [citado 25 diciembre 2022]. p. 1 Global Peace Index Map "The Most & Least Peaceful Countries. Disponible en: <https://www.visionofhumanity.org/maps/#/>
58. Aguilera-Peña M, Pereira-Restrepo CM. Violencias que persisten: el escenario tras los acuerdos de paz. 1a ed. Violencias que persisten. Bogotá D.C.: Editorial Universidad del Rosario; 2020.
59. Montoya-Sanabria SM. Configuración de la relación entre la ruralidad y el sistema de salud colombiano, 1993-2020 [Tesis doctoral]. [Bogotá D.C.]: Universidad Nacional de Colombia; 2023.
60. Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. Sistema de Gestión de Datos - SGD (SIVIGILA). 2023. Sistema de Información para la Protección Social - SISPRO.
61. Zheng G, Zhang X, Wang Y, Ma M. The Strengthening Mechanism of the Relationship between Social Work and Public Health under COVID-19 in China. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021;18(19):9956. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/19/9956>
62. Montoya Sanabria, S. M., Moyano Romero, D., Quiroga Monroy, J. D., Gama González, J. M., Eslava Rincón, J. I., Espitia Patiño, L. del P., Carvajal Hernández, P. M., González Mayorga, M. A., Curiel

- Arismendy, I. F., Duplat Ayala, T., Ríos Oliveros, D. S., Espinosa Sierra, S. N., & Vargas Soler, M. P. (2023). La metamorfosis de la gobernanza: vivencias y lecciones aprendidas de la respuesta al COVID-19 en Bogotá D.C. <https://javeriana.edu.co/recursosdb/1728138/1866640/Vivencias+COVI+interactivo.pdf>
63. Gilmore B, Ndejjo R, Tchetchia A, de Claro V, Mago E, Diallo AA, et al. Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health.* :11.
64. Arias López, B. E., Hernández Ciro, E., & Gutiérrez Loaiza, A. (2022). Salud colectiva en tiempos de COVID-19. Modelo escalar para comprender las afectaciones en la ruralidad de Urabá, Antioquia, Colombia, 2020. *Gerencia y Políticas de Salud,* 20, 1-27. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.sctc>
65. Shen Y. Turning Social Governance Advantages into Efficiency of Pandemic Prevention and Control: Experience of Government-Society Co-governance Based on NGO Participation in Pandemic Prevention and Control in Zhejiang Province. *The China Nonprofit Review [Internet].* 19 febrero 2021 [citado 20 noviembre 2022];12(2):296-301. Disponible en: https://brill.com/view/journals/cnp/12/2/article-p296_11.xml
66. Blanco-Moreno, C., Ruiz-Grisales, D., & Pérez-Rincón, M. A. (2022). Retos y Oportunidades de la Gestión Comunitaria del Agua en la ruralidad de la Cuenca Alta del río Cauca, Colombia, bajo la pandemia del COVID-19. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e Intervención Social,* 223-248. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i34.11923>

Notas

- 1 La gobernanza multisectorial y policéntrica contemplan la existencia de múltiples centros de poder para la toma de decisiones.
 - 2 La gobernanza por orquestación se comprende como un tipo de gobernanza indirecta donde los organismos internacionales no gobernan directamente, sino que generan alianzas con actores intermediarios, les otorgan apoyos materiales e ideacionales para conseguir sus objetivos.
 - 3 La gobernanza presidencialista se asocia con los modos de las decisiones conjuntas y del ajuste mutuo.
- * Artículo de investigación

