ANEXO 2. FORMATO DOCUMENTO TÉCNICO DE SOPORTE

1. IDENTIFICACIÓN

LOCALIDAD	Ciudad Bolívar
NOMBRE DEL PROYECTO	CIUDAD BOLÍVAR, UN NUEVO CONTRATO SOCIAL EN SALUD CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.
CÓDIGO DEL PROYECTO	1892
COMPONENTES	1. Acciones Complementarias 2. Disminución Factores de Riesgo Spa 3. Dispositivos de Asistencia Personal 4. Saberes Ancestrales 5. Acciones de Cuidado 6. Estrategia Territorial de Salud

2. CLASIFICACIÓN

PLAN DE DESARROLLO LOCAL	**UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA CIUDAD BOLÍVAR**
PROPÓSITO	Propósito 1. Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política
PROGRAMA	Sistema Distrital de Cuidado
META(S) PLAN DE DESARROLLO	✓ Vincular 1.200 personas con discapacidad, cuidadores y cuidadoras, en actividades alternativas de salud. ✓ Vincular 2.400 personas a las acciones desarrolladas desde los dispositivos de base comunitaria en respuesta al consumo de SPA. ✓ Beneficiar 1.700 personas con discapacidad a través de Dispositivos de Asistencia Personal - Ayudas Técnicas (no incluidas en los Planes de Beneficios). ✓ Vincular 800 personas a las acciones y estrategias de reconocimiento de los saberes ancestrales en medicina. ✓ Vincular 600 mujeres gestantes, niños y niñas, migrantes irregulares, vinculados en acciones de protección específica y detección temprana. ✓ Vincular 2.500 personas en acciones complementarias de la estrategia territorial de salud.
AÑO DE VIGENCIA	2021, 2022, 2023 y 2024

3. PROBLEMA O NECESIDAD

PROBLEMA O NECESIDAD

Responda aquí las siguientes preguntas: ¿Cuál es el problema que se pretende solucionar?, ¿Por qué se va a hacer el proyecto?

ANTECEDENTES

Según la Encuesta SISBEN III – Boletín 91 – Caracterización socioeconómica de diciembre de 2017, la localidad Ciudad Bolívar cuenta con 16,09% de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), mientras que en Bogotá D.C es el 10,08%.

Según la Encuesta Multipropósito 2017 – Principales resultados Bogotá-región, el porcentaje de pobreza en Ciudad Bolívar es de 8,7% y sólo es superada por Usme (8,9%), y el porcentaje de personas con incidencia de pobreza multidimensional en Ciudad Bolívar es de 8,9%, siendo superada solamente por Usme (10,9%), mientras que para Bogotá D.C es el 4,85%. De acuerdo con lo anterior, Ciudad Bolívar se encuentra en un alto nivel de vulnerabilidad y es la segunda localidad con mayor porcentaje de Necesidades Básicas insatisfechas y es la segunda localidad con mayor porcentaje de pobreza multidimensional en el Distrito Capital.

✓ ACCIONES COMPLEMENTARIAS

El término cuidador, es abordado por las enfermeras Flórez, Montalvo y Stavro (2008), quienes lo definen como una persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía con una persona en condición de discapacidad y asume la responsabilidad del cuidado de esta última que vive con limitaciones, participa en la toma de algunas decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria, para compensar la condición existente en la persona con este tipo de situación. Esta definición se complementa con aquella expuesta por la española Ariadna Besga Basterra como “aquella persona que, por diferentes motivos, coincide en la labor a la que dedica gran parte de su tiempo y esfuerzo para permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone” (2012). Esta definición contribuye a comprender y resaltar la dimensión social del trabajo de cuidado. Dicho lo anterior, aunque el trabajo de los cuidadores se orienta a favorecer la calidad de vida de la persona con discapacidad, en tanto le ofrece los apoyos propios del cuidado, es preciso anotar que tradicionalmente se han venido estableciendo mitos construidos

Las familias y cuidadores de las personas con discapacidad, ejercen un rol fundamental en el goce de los derechos humanos, la igualdad y de la prevención de la discriminación de las personas con discapacidad, por consiguiente el estado y sus políticas públicas, deben fortalecer el apoyo y orientación de manera más efectiva, puesto que la discapacidad no se vive solo a nivel individual, sino que también genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar, las conductas y los roles dentro del hogar.

Se ha demostrado que las personas que se dedican a labor de cuidador tienen una serie de problemas de salud física y emocional que deviene del arduo trabajo de más de 12 horas al día para poder suplir las necesidades de la persona en situación de discapacidad. Hay un compromiso con la protección especial que requieren las personas con discapacidad con respecto al estado colombiano, sin embargo, no se reconoce que en muchos casos los cuidadores requieren de la misma protección dada la precarización de las condiciones de vida a causa de sus bajos ingresos, y las situaciones de salud antes descritas[1].

[1] Radicación Proyecto de ley **“Por medio del cual se establecen medidas efectivas y oportunas en materia de formación, atención en salud física y mental y, generación ingresos a los cuidadores familiares e informales de personas con discapacidad en situación de dependencia funcional y se dictan otras disposiciones, julio 20 de 2020.**

De acuerdo con el documento denominado Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá[2], cuyo objetivo se centró en describir las características socioeconómicas, funciones asumidas y morbilidad sentida de un grupo de cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá; mediante la realización de un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 2.557 cuidadores de personas con discapacidad severa en 19 localidades de Bogotá, seleccionados bajo criterios de saturación de la información y cuyo estudio detectó la influencia de variables de género en el quehacer del cuidador, así como precariedad económica, fragilidad en redes de apoyo, autopercepción de alteraciones en la salud, elevada dedicación en tiempo a actividades de cuidado informal y multiplicidad de funciones a cargo. A manera de conclusión, se evidenció que las condiciones de bienestar y salud de los cuidadores de personas con discapacidad severa evidencian alteraciones que urgen respuestas, no sólo desde el actuar profesional a la luz del reconocimiento cultural y fortalecimiento de dicha labor, sino también desde el ámbito de la acción pública.

Los cuidadores sufren de algo llamado síndrome del cuidador, el cual se caracteriza por:

-" inseguridad económica para el grupo familiar, al trabajar menos integrantes o menos horas; afectaciones sobre la salud física y mental del cuidador, derivadas de las exigencias físicas y estrés por la amplia dedicación al cuidado de la persona con discapacidad, el impacto emocional de dicha condición, la sobrecarga en tareas domésticas y alteraciones del sueño"

Ahora bien, con respecto a la situación de los cuidadores en Bogotá se plantea que:

Tomando una muestra de 2.557 cuidadores de personas con discapacidad severa en 19 localidades de Bogotá se pudieron evidenciar las siguientes características socioeconómicas:

- 91% son mujeres cuidadoras en Bogotá, 55% tiene más de 50 años; 28% entre 36 y 50 años.
- 48% tiene como nivel educativo alcanzado la primaria completa
- 85 % de los cuidadores encuestados establecieron que "Las actividades más rezagadas al ser cuidador son el trabajo remunerado, estudio, actividades de ocio y relaciones con otras personas, respuestas que se presentaron de forma recurrente".
- 92% no reciben compensación económica por su labor como cuidador.
- 8% son a su vez jubilados y cuidadores.
- 9% de los cuidadores trabaja; 94% de ellos en el sector informal.

Cuando se indagó acerca de las redes de apoyo para cuidadores se pudo evidenciar que:
- 66% de los cuidadores no pertenece a ninguna red de apoyo
- el 87% indicaron no hacer parte ni asistir a ningún tipo de evento por falta de tiempo

Mientras que sobre los problemas de salud en la población cuidadora:

- 77% estableció tener problemas de salud asociados con su labor
- 80% estableció tener problemas de ansiedad y depresión
- "74 % de la muestra expresa sentimientos de cansancio frente a la carga que implica responder simultáneamente por actividades de cuidado de la PDS, por las actividades del hogar y por aquellas de índole personal."

Las cifras relacionadas con la labor de cuidado revelan que:
- 86% le dedican más de 12 horas diarias a la labor
- 94% es su labor habitual durante todo el año

[2] Ana M. Gómez-Galindo, Olga L. Peñas-Felizzola y Eliana I. Parra-Esquivel Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. amgomezg@unal.edu.co; olpenasf@unal.edu.co; eiparrae@unal.edu.co Recibido 14 septiembre 2015/Enviado para Modificación 3 noviembre 2015/Aceptado 18 diciembre 2015

- 76% consideran que los desplazamientos y traslados son uno de los mayores obstáculos para su labor
- 40% asume la labor sin la ayuda de otra persona
- 39% no ha recibido formación en cuidado
- 83% muestra interés en vincularse a procesos de formación.
- 69% mostraron interés en formarse en procesos que les permitan generar una entrada económica mientras están en su actividad de cuidadores.

Adicional a estas cifras, según el censo nacional de población y vivienda 2018 (CNPV 2018) se estima que:

- Las personas con dificultades en el funcionamiento humano aumentaron un 19,4% en comparación con las cifras del Censo General 2005
- Se presentó una variación de 9,0% y 29,9% en hombres y mujeres, respectivamente.
- 37,3% de las personas con dificultades para realizar actividades diarias son estrato uno (1)
- 23,4% de las personas que presentan algún tipo de dificultad en el funcionamiento humano, necesitan ayuda de otras personas en sus actividades diarias
- 16,3 % de la población con dificultad en el funcionamiento humano, es incapacitado permanente para trabajar.

Para el caso específico de la Localidad de Ciudad Bolívar y de acuerdo al Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del Distrito, de las 19.040 personas vivas con discapacidad registradas 381 requieren de un cuidador de manera permanente como se evidencia en la siguiente tabla:

Tabla N° 1. Cuidadores(as) de Personas con Discapacidad Localidad 19 Ciudad Bolívar

PERSONAS QUE REQUIEREN AYUDAS PERMANENTE IDENTIFICADAS EN 2019	
LOCALIDAD	CANTIDAD
CIUDAD BOLIVAR	381

PERSONAS QUE MÁS LE AYUDA	CIUDAD BOLIVAR
Algún miembro del hogar	365
Persona externa no empleada	11
Persona externa empleada para ayudarlo	4
Otra	1
TOTAL GENERAL	381

SEXO DEL CUIDADOR	CIUDAD BOLIVAR
Hombre	49
Mujer	332
TOTAL GENERAL	381

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. **Ultima fecha de actualización 16 de octubre de 2019.

Teniendo en cuenta los anteriores datos del censo nacional de población y vivienda 2018 (CNPV 2018), es preciso definir que en Colombia para el año 2018 había un total de 3.134.036 personas con alguna dificultad para realizar actividades diarias, de las cuales 733,364 necesitan ayuda de otras personas en sus actividades diarias, adicional se calcula que 510.847 personas con dificultad en el funcionamiento humano son incapacitadas permanente para trabajar.

Por lo enunciado anteriormente, existe una necesidad de atender mediante intervenciones complementarias en salud física y mental a las personas con discapacidad, así como a los(as) cuidadores(as), esto quiere decir programas y proyectos que suministren: medicamentos, terapia, atención psicosocial y cualquier otra intervención que garantice la salud mental de los cuidadores. Actividades alternativas en salud, que den respuesta a las necesidades territoriales desde los enfoques de buen vivir, social y de derechos, y que favorezcan el desarrollo de la independencia e integración social de las Personas con discapacidad, cuidadoras y cuidadores[3].

[3] Criterios de elegibilidad y viabilidad sector salud. Secretaría Distrital de Salud. Noviembre de 2020.

Así las cosas, las "Acciones complementarias para personas con discapacidad y sus cuidadores", buscará desarrollar acciones y estrategias individuales dirigidas a personas con discapacidad, cuidadores, cuidadoras y otros actores que ejerzan labores de cuidado, en todos los ciclos de vida; así como a grupos y colectivos integrados por personas con discapacidad, cuidadores, cuidadoras y otros actores que ejerzan labores de cuidado, dando respuesta a las realidades presentes en la localidad 19 de Ciudad Bolívar y favoreciendo la articulación transectorial, realizando enlace a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, la estrategia Territorios de Innovación y Participación en Salud – TIPS – de la SDS, el Sistema Distrital de Cuidado y las Entidades del orden Distrital y Nacional, responsables de realizar acciones dirigidas a personas con discapacidad, cuidadores y cuidadoras.

- ✓ **DISMINUCIÓN FACTORES DE RIESGO SPA**

Dentro de las estrategias se busca la creación y fortalecimiento de dispositivos de base comunitaria como estrategia territorial, que articula las redes comunitarias, los líderes de opinión, las organizaciones sociales y las instituciones, en respuesta al consumo de SPA en los territorios.

Se entiende como dispositivos de base comunitaria, aquellos espacios de acogida (escuchar, organizar, mediar, canalizar, acompañar y capacitar), que buscan prevenir los riesgos de exclusión y estigma social hacia los consumidores, así como disminuir factores de riesgo relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas -SPA.

Estos dispositivos se fundamentan en la construcción de redes sociales en las que participan activamente los actores de la comunidad dando respuesta a las necesidades priorizadas en el territorio.

Los Dispositivos de Base Comunitaria están conformados por comunidad en general, se deben tener en cuenta actores claves de grupos poblacionales, diferenciales, comunitarios, productivos, educativos, entre otros. Son de especial atención las personas y familias en situaciones de vulnerabilidad o con riesgo asociado a problemas y trastornos mentales, y consumo de sustancias psicoactivas. Además, para su creación se podrá tener en cuenta la conformación de un equipo interdisciplinario.

Esta estrategia busca contribuir a la disminución de factores de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas, como también favorecer la difusión de rutas y servicios de la localidad y promover acciones de articulación entre las entidades del orden local y distrital.

Las acciones y estrategias a desarrollar no deben estar cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y podrán articularse con acciones desarrolladas por el Sector y otras Entidades del orden Distrital, cuyo objetivo sea la disminución de factores de riesgo por consumo de SPA.

Tomando como fuente de información los RIPS en el periodo enero – diciembre de 2020, en las Unidades de Servicio de salud de la Subred Sur, en relación con los trastornos por consumo de drogas se presentaron 2.498 consultas en las unidades de atención de la Subred Sur; para trastorno por consumo de alcohol se presentaron 504 atenciones.

A continuación, se muestra la contextualización de los eventos intervenidos en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas entre marzo y diciembre 2020 por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para la Localidad de Ciudad Bolívar; así:

Consulta externa

El análisis de morbilidad de los trastornos por consumo de drogas en el periodo enero a diciembre de 2020 tomando como fuente los RIPS presentó 806 atenciones por consulta externa. Distribuidas por cursos de vida se encuentra en primer lugar juventud con el 41,1%(n=332), seguido de adultez 39,7% (n=320); en tercer lugar, está adolescencia con 13,0 % (n=111), en vejez el 4,3%(n=35), para infancia el 0,8% (n=7) y para primera infancia el 0,1% (n=1). En cuanto a trastorno por consumo de alcohol se realizaron 106 atenciones en los cursos de vida adultez con 62,2% (n=66), vejez 39,6% (n=26), juventud 12,1%% (n=8), con menor reporte de atenciones se presentó en adolescencia con 9,0% (n=6).

Hospitalización

El análisis de morbilidad de los trastornos por consumo de drogas en el periodo enero a diciembre de 2020 tomando como fuente los RIPS presentó 1.487 atenciones de hospitalización. Distribuidas por cursos de vida en primer lugar se encuentra juventud con el 77,2% (n=1148), seguido de adultez 21,1% (n=314); en tercer lugar, está vejez con 1,0% (n=15), en adolescencia el 0,4% (n=6), para infancia el 0,1% (n=2), y el curso de primera infancia el 0,1%(n=2). Para trastorno por consumo de alcohol se presentaron 317 atenciones, en el curso de vida adultez con 94,9% (n=301), vejez 2,8%(n=9), adolescencia el 1,8% (n=6), con menor reporte de atenciones se presentó en juventud con 0,3% (n=1).

Urgencias

El análisis de morbilidad de los trastornos por consumo de drogas en el periodo enero a diciembre de 2020 tomando como fuente los RIPS presentó 205 atenciones en el servicio de urgencias. Distribuidas por cursos de vida en primer lugar se encuentra adultez con el 36,0%(n=90), seguido de juventud 35,2%(n=88); en tercer lugar, está adolescencia con 6,0 % (n=15), en vejez el 2,8% (n=7), para primera infancia el 1,6% (n=4), el curso de infancia el 0,4%(n=1). Para trastorno por consumo de alcohol se presentaron 81 atenciones por urgencias, en el momento de curso de vida adultez con 39,5% (n=32), juventud 35,8% (n=29), adolescencia el 12,3% (n=10) y en vejez el 12,3% (n=10).

Desde Vigilancia en Salud Pública en el subsistema de Vigilancia del Consumo de Sustancias Psicoactivas VESPA, se brindó atención a menores de 18 años y gestantes, que presentaron algún tipo de consumo experimental, problemático o no problemático de sustancias psicoactivas legales o ilegales; para el año 2020 entre los meses de marzo a diciembre se recibieron un total de 242 notificaciones de Unidades Informadoras (UI) como: Instituciones Educativas, Servicios de Acogida Subred Sur, IPSICOL como centro de internamiento preventivo e ICBF.

En el abordaje de la intervención del Subsistema de VESPA, a causa de la contingencia en Salud por COVID 19 se realizó de manera no presencial, en la cual se aplicaron tamizajes como APGAR FAMILIAR, CARLOS CRAFFT, AUDIT, con el fin de identificar factores de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), lo cual permitió canalizar a diferentes entidades, para generar acciones que contribuyan a disminuir barreras de acceso a servicios en salud mental y mitigar el consumo.

En cuanto a casos intervenidos, se atendieron con efectividad un total de 178, de los cuales el 42% (n=74) son de la localidad de Ciudad Bolívar, mientras que el 38% (n=67) pertenecen a la localidad de Usme, finalmente el 20% restante (n=36) son adolescentes residentes de la localidad de Tunjuelito; cabe resaltar que para este periodo el 100% de los casos intervenidos pertenecen al curso de vida de adolescencia.

Tabla 5. Eventos intervenidos consumo de sustancias psicoactivas, marzo a diciembre 2020 localidad de Ciudad Bolívar

Momento de curso de vida/Tipo de consumo	Consumo No Problemático		Consumo Problemático		Total intervenidos	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
12-17 años (adolescencia)	47	26	1	0	48	26

Fuente base: SIVIGILA DC VESPA y ALERTAS SED datos de casos intervenidos periodo marzo a diciembre 2020.

Para la localidad de Ciudad Bolívar, se evidencia como evento atendido el consumo no problemático de sustancias psicoactivas el cual equivale al 99% (n=75) del total de casos intervenidos en dicha localidad, el cual se caracteriza por un único consumo, o de una sola sustancia de manera ocasional, en su mayoría el tabaco y la marihuana fueron las más usadas por los y las adolescentes; por otra parte, se evidencia que el consumo en hombres fue del 64% (n=48),mientras que el 35% (n=26) equivale a mujeres, esto se podría deber al imaginario que el consumo de SPA es bien visto por hombres y permite la aceptación por parte de sus pares.

Las acciones para ejecutar en el marco de los proyectos de inversión local para la disminución de factores de riesgo por consumo de SPA son:

- Creación y/o fortalecimiento de dispositivos de base comunitaria.
- Educación y comunicación para la salud.

Los temas que deberán ser abordados en el marco de las acciones de los proyectos de inversión local para la Disminución de Factores de Riesgo por Consumo de SPA son:

- Promoción y prevención de la Salud Mental.
- Prevención del consumo abusivo de SPA.
- Prevención del consumo inicial a temprana edad.
- Proyecto de vida.
- Fortalecimiento de factores protectores para los diferentes cursos de vida.
- Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para el afrontamiento de los retos físicos, emocionales y sociales.
- Orientación motivacional.
- Manejo de las emociones.
- Canalización a servicios de salud y servicios sociales.
- Educación en Salud Mental.
- Fortalecimiento y reflexión de la identidad cultural.
- Información sobre los riesgos para la salud asociado al consumo de sustancias psicoactivas.
- Determinantes sociales, culturales y de salud que afectan las relaciones de género.
- Cartografías sociales.
- Diálogos de saberes.
- Pactos por la vida.

✓ **DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL (NO POS)**

En la actualidad, Colombia cuenta con el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD - Base de Datos que permite a las personas con discapacidad inscribirse para saber dónde están y los tipos de discapacidad que tienen.

En la actualización de Octubre 16 de 2019 del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud, en la Localidad de Ciudad Bolívar se encuentran 19.040 personas con discapacidad distribuidas por rango de edad de la siguiente manera: 137 de primera infancia, 659 de infancia, 1.034 de adolescencia, 2.168 de juventud, 6.719 de adultez, 8.306 de persona mayor y 17 personas sin dato, ocupando el 4° lugar en la ciudad de Bogotá. Adicionalmente se suma la situación socio económico, cultural y educativo de los habitantes, siendo una de las localidades con mayores índices de pobreza y dificultad para el acceso a la educación.

Tabla N° 6. Curso de Vida Personas con Discapacidad.

Localidad	mero Infan		Infancia		Adolescenci		Curso De Vida Juventud		Adultez		Vejez		sin edad		Total	
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Usaquén	84	0,6%	281	2,0%	387	2,7%	1380	9,7%	4235	29,8%	7860	55,2%	6	0,0%	14233	5,8%
Chapinero	31	0,8%	61	1,6%	192	5,0%	481	12,4%	1323	34,2%	1769	45,8%	9	0,2%	3866	1,6%
Santa Fe	21	0,4%	108	1,9%	148	2,5%	435	7,5%	1793	30,8%	3317	57,0%	2	0,0%	5824	2,4%
San Cristóbal	147	0,9%	406	2,4%	678	4,0%	1783	10,4%	6175	36,2%	7870	46,1%	10	0,1%	17069	7,0%
Usme	111	0,8%	435	3,2%	605	4,4%	1405	10,3%	4703	34,5%	6370	46,7%	8	0,1%	13637	5,6%
Tunjuelito	48	0,5%	174	2,0%	300	3,4%	741	8,4%	2726	30,8%	4867	54,9%	7	0,1%	8863	3,6%
Bosa	210	0,9%	782	3,2%	1161	4,7%	2846	11,6%	9311	38,0%	10158	41,6%	4	0,0%	24510	10,1%
Kennedy	273	0,8%	834	2,5%	1245	3,8%	2756	8,4%	10651	32,6%	16944	51,8%	8	0,0%	32711	13,4%
Fontibón	70	0,6%	309	2,6%	429	3,5%	983	8,0%	4384	36,2%	5953	49,2%	1	0,0%	12129	5,0%
Engativá	143	0,8%	467	2,8%	668	4,0%	1755	10,4%	6213	36,9%	7584	45,1%	8	0,0%	16848	6,9%
Suba	220	1,2%	582	3,1%	831	4,4%	2332	12,3%	6750	35,7%	8190	43,3%	5	0,0%	18910	7,8%
Barrios Unidos	22	0,3%	79	1,2%	302	4,5%	1238	18,6%	1806	27,1%	3212	48,2%	1	0,0%	6660	2,7%
Teusaquillo	18	0,5%	58	1,6%	169	4,7%	483	13,5%	1216	33,9%	1641	45,7%	3	0,1%	3588	1,5%
Los Mártires	21	0,4%	89	1,9%	107	2,2%	318	6,6%	1383	28,4%	2893	60,3%	3	0,1%	4794	2,0%
Antonio Nariño	16	0,4%	57	1,3%	91	2,1%	383	8,9%	1178	27,3%	2587	60,0%	3	0,1%	4315	1,8%
Puente Aranda	47	0,4%	168	1,4%	254	2,1%	820	6,6%	3984	32,1%	7107	57,5%	4	0,0%	12384	5,1%
Candelaria	4	0,2%	21	1,3%	18	1,1%	94	5,7%	536	32,5%	975	59,1%	2	0,1%	1650	0,7%
Rafael Uribe	114	0,5%	376	1,7%	589	2,6%	1519	6,8%	6631	29,7%	13084	58,6%	8	0,0%	22301	9,2%
Ciudad Bolívar	137	0,7%	659	3,5%	1034	5,4%	2168	11,4%	6719	35,3%	8306	43,6%	17	0,1%	19040	7,8%
Sumapaz	2	0,5%	4	1,0%	10	2,4%	42	10,1%	151	36,5%	203	49,0%	2	0,5%	414	0,2%
Sin Dato	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	4	80,0%	5	0,0%
Total	1739	0,7%	6960	2,4%	9218	3,8%	23042	9,8%	81829	33,6%	120918	49,6%	116	0,0%	243711	100,0%

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. **Ultima fecha de actualización 16 de Octubre de 2019.

En lo concerniente a la categoría de la Discapacidad; se evidenció que 4.317 se encuentra en movilidad, 551 en sensorial auditiva, 676 en sensorial visual, 6 en sensorial gusto olfato y oído, 834 en sistémica, 1.827 en cognitivo, 450 en mental psicosocial, 35 en voz y habla, 2 en piel uñas y cabello, 10 en enanismo, 206 personas que no la saben nombrar, 1.625 en múltiple y 8.501 sin dato; tal y como se muestra a continuación:

Tabla N° 7. Categorías de Discapacidad.

Localidad	Categoría de la Discapacidad																									
	Movilidad		Sensorial auditiva		Sensorial visual		Sensorial gusto olfato tacto		Sistémica		Mental cognitivo		Mental psicosocial		Voz y habla		Piel uñas y cabello		Enanismo		No la sabe nombrar		Múltiple		Sin dato		Total	
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Usaquén	2135	15,0%	220	1,5%	170	1,2%	1	0,0%	381	2,7%	787	5,5%	537	3,8%	7	0,0%	12	0,1%	4	0,0%	25	0,2%	1023	7,2%	8931	62,7%	14233	5,8%
Chapinero	407	10,5%	47	1,2%	61	1,6%	1	0,0%	81	2,1%	112	2,9%	90	2,3%	3	0,1%	1	0,0%	1	0,0%	6	0,2%	627	16,2%	2429	62,8%	3866	1,6%
Santa Fe	1430	24,6%	169	2,9%	312	5,4%	6	0,1%	130	2,2%	293	5,0%	222	3,8%	20	0,3%	1	0,0%	3	0,1%	100	1,7%	942	16,2%	2196	37,7%	5824	2,4%
San Cristóbal	1776	10,4%	278	1,6%	408	2,4%	0	0,0%	498	2,9%	774	4,5%	507	3,0%	11	0,1%	2	0,0%	7	0,0%	32	0,2%	3817	22,4%	8959	52,5%	17069	7,0%
Usme	3106	22,8%	386	2,8%	375	2,7%	6	0,0%	320	2,3%	1291	9,5%	263	1,9%	36	0,3%	4	0,0%	1	0,0%	27	0,2%	1386	10,2%	6436	47,2%	13637	5,6%
Tunjuelito	1476	16,7%	191	2,2%	220	2,5%	2	0,0%	526	5,9%	488	5,5%	203	2,3%	4	0,0%	3	0,0%	1	0,0%	18	0,2%	1007	11,4%	4724	53,3%	8863	3,6%
Bosa	1635	6,7%	510	2,1%	493	2,0%	8	0,0%	467	1,9%	1144	4,7%	282	1,2%	20	0,1%	6	0,0%	8	0,0%	23	0,1%	4990	20,4%	14924	60,9%	24510	10,1%
Kennedy	3556	10,9%	599	1,8%	668	2,0%	5	0,0%	784	2,4%	2478	7,6%	882	2,7%	27	0,1%	9	0,0%	3	0,0%	54	0,2%	2887	8,8%	20759	63,5%	32711	13,4%
Fontibón	1352	11,2%	231	1,9%	241	2,0%	40	0,3%	363	3,0%	789	6,5%	307	2,5%	12	0,1%	3	0,0%	1	0,0%	103	0,9%	2218	18,3%	6449	53,3%	12109	5,0%
Engativá	3047	18,1%	421	2,5%	456	2,7%	4	0,0%	470	2,8%	1285	7,6%	511	3,0%	125	0,7%	9	0,1%	3	0,0%	52	0,3%	1690	10,0%	8775	52,1%	16848	6,9%
Suba	2609	13,8%	451	2,4%	421	2,2%	7	0,0%	854	4,5%	989	5,2%	1453	7,7%	10	0,1%	3	0,0%	2	0,0%	21	0,1%	2882	15,2%	9208	48,7%	18910	7,8%
Barrios Unidos	649	9,7%	97	1,5%	99	1,5%	0	0,0%	183	2,7%	305	4,6%	182	2,7%	7	0,1%	6	0,1%	2	0,0%	10	0,2%	1051	15,8%	4069	61,1%	6660	2,7%
Teusaquillo	379	10,6%	81	2,3%	67	1,9%	0	0,0%	76	2,1%	282	7,9%	75	2,1%	7	0,2%	1	0,0%	0	0,0%	8	0,2%	599	16,7%	2013	56,1%	3588	1,5%
Los Mártires	911	19,0%	131	2,7%	257	5,4%	3	0,1%	88	1,8%	315	6,6%	274	5,7%	11	0,2%	1	0,0%	0	0,0%	27	0,6%	1018	21,2%	1758	36,7%	4794	2,0%
Antonio Nariño	529	12,3%	100	2,3%	106	2,5%	0	0,0%	108	2,5%	296	6,9%	211	4,9%	6	0,1%	0	0,0%	2	0,0%	18	0,4%	580	13,4%	2359	54,7%	4315	1,8%
Puente Aranda	1352	10,9%	181	1,5%	184	1,5%	7	0,1%	242	2,0%	573	4,6%	421	3,4%	14	0,1%	4	0,0%	0	0,0%	24	0,2%	1107	9,0%	8255	66,8%	12364	5,1%
Candelaria	304	18,4%	45	2,7%	73	4,4%	0	0,0%	16	1,0%	106	6,4%	75	4,5%	3	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	12	0,7%	255	15,5%	761	46,1%	1650	0,7%
Rafael Uribe	3177	14,2%	414	1,9%	610	2,7%	5	0,0%	717	3,2%	1383	6,2%	339	1,5%	32	0,1%	6	0,0%	6	0,0%	47	0,2%	1992	8,9%	13573	60,9%	22301	9,2%
Ciudad Bolívar	4317	22,7%	551	2,9%	676	3,6%	6	0,0%	834	4,4%	1827	9,6%	450	2,4%	35	0,2%	2	0,0%	10	0,1%	206	1,1%	1625	8,5%	8501	44,6%	19040	7,8%
Sumapaz	9	2,2%	3	0,7%	1	0,2%	0	0,0%	1	0,2%	7	1,7%	2	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%	9	2,2%	381	92,0%	414	0,2%
Sin Dato	2	40,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	40,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%	5	0,0%
Total	34168	14,0%	5108	2,1%	5898	2,4%	101	0,0%	7139	2,9%	15628	6,4%	7288	3,0%	390	0,2%	73	0,0%	54	0,0%	814	0,3%	31705	13,0%	135481	55,6%	243711	100,0%

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. **Ultima fecha de actualización 16 de Octubre de 2019.

En cuanto al sexo de las personas caracterizadas; se encuentra que 10.191 son mujeres y 8.849 son hombres. Esto permite evidenciar que las mujeres son más propensas a la Discapacidad; así:

Tabla N° 8. Sexo Personas con Discapacidad.

Localidad	Sexo							
	Hombre		Mujer		Intersexual		Total	
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Usaquén	5805	40,8%	8427	59,2%	1	0,0%	14233	5,8%
Chapinero	1753	45,3%	2113	54,7%	0	0,0%	3866	1,6%
Santa Fe	2736	47,0%	3088	53,0%	0	0,0%	5824	2,4%
San Cristóbal	7757	45,4%	9312	54,6%	0	0,0%	17069	7,0%
Usme	5990	43,9%	7647	56,1%	0	0,0%	13637	5,6%
Tunjuelito	3724	42,0%	5139	58,0%	0	0,0%	8863	3,6%
Bosa	10146	41,4%	14364	58,6%	0	0,0%	24510	10,1%
Kennedy	13384	40,9%	19327	59,1%	0	0,0%	32711	13,4%
Fontibón	5137	42,4%	6972	57,6%	0	0,0%	12109	5,0%
Engativá	7930	47,1%	8918	52,9%	0	0,0%	16848	6,9%
Suba	8653	45,8%	10257	54,2%	0	0,0%	18910	7,8%
Barrios Unidos	2885	43,3%	3775	56,7%	0	0,0%	6660	2,7%
Teusaquillo	1674	46,7%	1914	53,3%	0	0,0%	3588	1,5%
Los Mártires	2366	49,4%	2428	50,6%	0	0,0%	4794	2,0%
Antonio Nariño	1865	43,2%	2450	56,8%	0	0,0%	4315	1,8%
Puente Aranda	5095	41,2%	7269	58,8%	0	0,0%	12364	5,1%
Candelaria	745	45,2%	905	54,8%	0	0,0%	1650	0,7%
Rafael Uribe	8721	39,1%	13580	60,9%	0	0,0%	22301	9,2%
Ciudad Bolívar	**8849**	**46,5%**	**10191**	**53,5%**	**0**	**0,0%**	**19040**	**7,8%**
Sumapaz	208	50,2%	206	49,8%	0	0,0%	414	0,2%
Sin Dato	4	80,0%	1	20,0%	0	0,0%	5	0,0%
Total	**105427**	43,3%	**138283**	56,7%	**1**	0,0%	**243711**	100,0%

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud.
**Ultima fecha de actualización 16 de Octubre de 2019.

En lo relacionado con el estrato, se evidencia que 13.532 pertenecen al estrato 2, 5.049 al estrato 2 321 al estrato 3 y 98 al estrato 0.

Tabla N° 9. Estrato Personas con Discapacidad.

Localidad	Estrato													
	0		1		2		3		4		Sin Dato		Total	
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Usaquén	44	0,3%	1410	9,9%	2705	19,0%	5595	39,3%	2527	17,8%	66	0,5%	14233	5,8%
Chapinero	53	1,4%	648	16,8%	1306	33,8%	511	13,2%	771	19,9%	33	0,9%	3866	1,6%
Santa Fe	135	2,3%	720	12,4%	4466	76,7%	460	7,9%	25	0,4%	17	0,3%	5824	2,4%
San Cristóbal	74	0,4%	1520	8,9%	13834	81,0%	1578	9,2%	2	0,0%	61	0,4%	17069	7,0%
Usme	83	0,6%	7049	51,7%	6418	47,1%	31	0,2%	2	0,0%	54	0,4%	13637	5,6%
Tunjuelito	11	0,1%	161	1,8%	6787	76,6%	1854	20,9%	0	0,0%	49	0,6%	8863	3,6%
Bosa	186	0,8%	1172	4,8%	22772	92,9%	327	1,3%	6	0,0%	40	0,2%	24510	10,1%
Kennedy	361	1,1%	483	1,5%	18365	56,1%	13200	40,4%	173	0,5%	127	0,4%	32711	13,4%
Fontibón	119	1,0%	68	0,6%	2950	24,4%	7498	61,9%	1403	11,6%	60	0,5%	12109	5,0%
Engativá	47	0,3%	249	1,5%	4509	26,8%	11236	66,7%	761	4,5%	37	0,2%	16848	6,9%
Suba	31	0,2%	236	1,2%	9926	52,5%	5601	29,6%	1463	7,7%	36	0,2%	18910	7,8%
Barrios Unidos	31	0,5%	52	0,8%	141	2,1%	5254	78,9%	1083	16,3%	43	0,6%	6660	2,7%
Teusaquillo	20	0,6%	44	1,2%	55	1,5%	1179	32,9%	2150	59,9%	31	0,9%	3588	1,5%
Los Mártires	123	2,6%	182	3,8%	1134	23,7%	3304	68,9%	35	0,7%	14	0,3%	4794	2,0%
Antonio Nariño	53	1,2%	39	0,9%	723	16,8%	3480	80,6%	1	0,0%	19	0,4%	4315	1,8%
Puente Aranda	299	2,4%	87	0,7%	272	2,2%	11634	94,1%	15	0,1%	56	0,5%	12364	5,1%
Candelaria	16	1,0%	194	11,8%	1254	76,0%	181	11,0%	1	0,1%	2	0,1%	1650	0,7%
Rafael Uribe	197	0,9%	2227	10,0%	12105	54,3%	7708	34,6%	3	0,0%	58	0,3%	22301	9,2%
Ciudad Bolívar	**98**	**0,5%**	**13532**	**71,1%**	**5049**	**26,5%**	**321**	**1,7%**	**2**	**0,0%**	**38**	**0,2%**	**19040**	**7,8%**
Sumapaz	30	7,2%	314	75,8%	51	12,3%	1	0,2%	0	0,0%	18	4,3%	414	0,2%
Sin Dato	0	0,0%	3	60,0%	1	20,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	0,0%
Total	**2011**	0,8%	**30390**	12,5%	**114823**	47,1%	**80953**	33,2%	**10423**	4,3%	**859**	0,4%	**243711**	100,0%

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. **Ultima fecha de actualización 16 de Octubre de 2019.

De acuerdo con el régimen de afiliación al Plan de Beneficios de Salud, se evidencia que 11.423 personas con discapacidad pertenecen al régimen subsidiado, 5.341 al régimen contributivo, 1.265 al vinculado, 308 al régimen especial, 516 no se encuentran afiliados, 167 personas que no reportan dato y 20 que desconocen su régimen de afiliación; tal y como se muestra a continuación:

Tabla N° 10. Régimen de Afiliación al Sistema de Plan de Beneficios en Salud Personas con Discapacidad.

Localidad	Régimen de afiliación: Contributivo		Subsidiado		Régimen especia		Vinculado		Ninguno		No Sabe		Sin Dato		Total	
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Usaquén	8533	60,0%	3229	22,7%	628	4,4%	1224	8,6%	571	4,0%	17	0,1%	33	0,2%	14233	5,8%
Chapinero	2007	51,9%	1176	30,4%	125	3,2%	343	8,9%	184	4,8%	19	0,5%	12	0,3%	3866	1,6%
Santa Fe	1255	21,5%	3757	64,5%	63	1,1%	438	7,5%	288	4,9%	14	0,2%	11	0,2%	5824	2,4%
San Cristóbal	5592	32,8%	8888	52,1%	568	3,3%	1333	7,8%	682	3,9%	13	0,1%	15	0,1%	17069	7,0%
Usme	3640	26,7%	8830	63,3%	303	2,2%	400	2,9%	638	4,7%	8	0,1%	18	0,1%	13637	5,6%
Tunjuelito	3031	34,2%	4270	48,2%	356	4,0%	730	8,2%	295	3,3%	23	0,3%	158	1,8%	8863	3,6%
Bosa	9872	40,3%	11220	45,8%	490	2,0%	1931	7,9%	957	3,9%	19	0,1%	21	0,1%	24510	10,1%
Kennedy	16472	50,4%	9385	28,8%	1860	5,7%	3182	9,7%	1748	5,3%	33	0,1%	51	0,2%	32711	13,4%
Fontibón	7027	58,0%	2687	22,2%	523	4,3%	1561	12,9%	287	2,4%	11	0,1%	13	0,1%	12109	5,0%
Engativá	9208	54,6%	4248	25,2%	1200	7,1%	1505	8,9%	588	3,5%	44	0,3%	57	0,3%	16848	6,9%
Suba	10383	54,9%	5283	27,9%	983	5,2%	1292	6,8%	878	4,6%	46	0,2%	47	0,2%	18910	7,8%
Barrios Unidos	3512	52,7%	1487	22,3%	323	4,8%	698	10,5%	585	8,8%	47	0,7%	10	0,2%	6660	2,7%
Teusaquillo	2156	60,1%	549	15,3%	295	8,2%	401	11,2%	133	3,7%	45	1,3%	9	0,3%	3588	1,5%
Los Mártires	1720	35,9%	2184	45,6%	94	2,0%	537	11,2%	211	4,4%	33	0,7%	15	0,3%	4794	2,0%
Antonio Nariño	1822	42,2%	1630	37,8%	171	4,0%	421	9,8%	251	5,8%	5	0,1%	15	0,3%	4315	1,8%
Puente Aranda	6984	56,3%	2048	16,5%	1551	12,5%	1230	9,9%	555	4,5%	5	0,0%	13	0,1%	12384	5,1%
Candelaria	398	24,1%	998	60,4%	23	1,4%	139	8,4%	81	4,9%	11	0,7%	2	0,1%	1650	0,7%
Rafael Uribe	8351	37,4%	10378	46,5%	580	2,6%	1832	8,2%	1073	4,8%	61	0,3%	28	0,1%	22301	9,2%
Ciudad Bolivar	5341	28,1%	11423	60,0%	308	1,6%	1285	6,8%	516	2,7%	20	0,1%	167	0,9%	19040	7,8%
Sumapaz	10	2,4%	275	66,4%	13	3,1%	74	17,9%	16	3,9%	6	1,4%	20	4,8%	414	0,2%
Sin Dato	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	80,0%	5	0,0%
Total	107292	44,0%	93717	38,5%	10466	4,3%	20633	8,4%	10616	4,3%	480	0,2%	719	0,3%	243711	100,0%

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. **Última fecha de actualización 16 de Octubre de 2019.

En lo concerniente a la necesidad de la utilización de Dispositivos de Asistencia Personal –Ayudas Técnicas-, de manera permanente se evidencia que 8.909 (equivalentes al 46,8%) de las 19.040 caracterizadas requiere una(s) ayuda(s) permanente(s); tal y como se muestra a continuación:

Tabla N° 11. Necesidad de Ayudas Permanentes Personas con Discapacidad.

Localidad	Pcd que requiere ayuda permanente: Si		No		Total	
	Pcd	%	Pcd	%	Pcd	%
Usaquén	5418	38,1%	8815	61,9%	14233	5,8%
Chapinero	1100	28,5%	2766	71,5%	3866	1,6%
Santa Fe	1853	31,8%	3971	68,2%	5824	2,4%
San Cristóbal	6455	37,8%	10614	62,2%	17069	7,0%
Usme	5098	37,4%	8539	62,6%	13637	5,6%
Tunjuelito	2643	29,8%	6220	70,2%	8863	3,6%
Bosa	9602	39,2%	14908	60,8%	24510	10,1%
Kennedy	8334	25,5%	24377	74,5%	32711	13,4%
Fontibón	4400	36,3%	7709	63,7%	12109	5,0%
Engativá	6169	36,6%	10679	63,4%	16848	6,9%
Suba	9569	50,6%	9341	49,4%	18910	7,8%
Barrios Unidos	1930	29,0%	4730	71,0%	6660	2,7%
Teusaquillo	1390	38,7%	2198	61,3%	3588	1,5%
Los Mártires	1664	34,7%	3130	65,3%	4794	2,0%
Antonio Nariño	1584	36,7%	2731	63,3%	4315	1,8%
Puente Aranda	2632	21,3%	9732	78,7%	12364	5,1%
Candelaria	466	28,2%	1184	71,8%	1650	0,7%
Rafael Uribe	7261	32,6%	15040	67,4%	22301	9,2%
Ciudad Bolivar	8909	46,8%	10131	53,2%	19040	7,8%
Sumapaz	66	15,9%	348	84,1%	414	0,2%
Sin Dato	3	60,0%	2	40,0%	5	0,0%
Total	86546	35,5%	157165	64,5%	243711	100,0%

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. **Última fecha de actualización 16 de Octubre de 2019.

Así mismo, se encontró que dentro de las mayores barreras físicas se encuentra como primera instancia el vehículo (transporte) con 13.063 seguido de la calle con 12846 y la escalera con 11.555. Con estos resultados se muestra que en el Distrito Capital presenta múltiples barreras de acceso para la población con discapacidad; tal y como se muestra a continuación:

Tabla N° 12. Necesidad de Ayudas Permanentes Personas con Discapacidad.

Barreras Físicas	Localidad Ciudad Bolivar
En dormitorio	2235
En sala	2231
En sanitario	2969
En escalera	11555
En pasillo	5292
En acera	8668
En calle	12846
En parque	8152
En terminal	8425
En vehículo	13063
En Centro Educativo	5847
En trabajo	6966
En hospital	6898
En tienda	7339
Otras	1352
ninguna	2063
Total población con discapacidad	19040

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. **Ultima fecha de actualización 16 de Octubre de 2019.

El proyecto de Dispositivos de Asistencia Personal – Ayudas Técnicas está constituido para favorecer la independencia, la participación en la comunidad y complementar los procesos de habilitación – rehabilitación dentro de los contextos donde se desarrollan las personas con discapacidad (PcD), cuidador, cuidadora y/o familia, a través de la entrega de aquellos dispositivos que no se encuentran cubiertos por el plan de beneficios.

Por todo lo enunciado anteriormente, el proyecto de otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal – Ayudas Técnicas-, incluyen dentro de sus actividades acciones de alistamiento para la convocatoria, identificación e inscripción dirigidas a la población, donde se socializan los contenidos y objetivos generales, y se realizan procesos de articulación intra e intersectorial, a través de diversas fuentes de canalización de usuarios y desde la perspectiva de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), con el fin de socializar y canalizar de manera efectiva, el acceso al uso de dispositivos de asistencia personal en espacios individuales, familiares, escolares, laborales y públicos.

- ✓ **SABERES ANCESTRALES**

En Ciudad Bolívar hay 75.440 personas pertenecientes a los diferentes grupos étnicos, dentro de los cuales el 92% son afrocolombianos, es decir 69.404 personas. Estos datos, si bien puede que no recojan de manera completa la magnitud del fenómeno, debido a la dificultad para aplicar instrumentos de medición a estas poblaciones, si permite poner en perspectiva la manera en la que están distribuidas las etnias al interior de la localidad, así como evidenciar la indudablemente mayoritaria presencia afrocolombiana en relación con la densidad poblacional de otras etnias en Ciudad Bolívar. Según sexo, el 53% es femenino, del cual el 77% pertenece al estrato uno y el 23% al estrato dos; del 47% masculino, el 69% pertenece al estrato uno y el 31% al estrato dos, evidenciando un mejor nivel socioeconómico para la población masculina. Según distribución por edades el estudio definió 3 rangos de edad para esta etnia en particular; de 15 a 35 años, 61%; de 36 a 55 años, 23% y de 55 años en adelante, 17%. Se resalta el hecho de que la gran mayoría de la población es joven, lo cual se relaciona directamente con el fenómeno de los embarazos en adolescentes y la migración de mucha población joven a la ciudad, recordando que, en esta etnia, el embarazo en la adolescencia es una de sus particularidades culturales. Según distribución por UPZ en la localidad, la UPZ 66, de San Francisco, alberga la mayor población Afro en Ciudad Bolívar con un 23.26%, seguida de la UPZ 69, Ismael Perdomo, con un 21%, luego la UPZ 68, El Tesoro con un 18% y por último la UPZ 65, Arborizadora, UPZ 67, El Lucero y UPZ 70, Jerusalén que coinciden con un 12%. Entre los afrodescendientes predominan trabajos no calificados, trabajos de tipo informal y el subempleo; en sus actividades se desempeñan como vendedores ambulantes, meseros o en el trabajo doméstico, en oficios varios, pulidor de pisos, ventas en almacén, como cuidadora de hogar, vigilante o guarda de seguridad, jardinero, agricultor, ventas de comidas típicas, como madre comunitaria, ayudante o maestro de construcción, artesanos, instructores de danza etc. Los factores reforzadores que contribuyen a agravar esta situación son: Las condiciones de desplazamiento producto del conflicto armado y las precarias condiciones de vida de sus lugares de origen, generan el cambio de territorio, desarraigo y choque cultural, entre las poblaciones Étnicas y la población de la Ciudad, lo que conlleva procesos de segregación y violencia, acrecentados cadenas de pobreza. (e) A su vez el cambio de tierra y clima se convierte en

unos factores de riesgo que los hace más vulnerables a enfermedades, endémicas de la Ciudad. Por otra parte, falta de reconocimiento de sus saberes tradicionales y elementos para ejercer prácticas, conlleva a enfrenta al desarraigo, y una pérdida gradual de las practicas ancestrales y de la identidad cultural y a la ruptura de relaciones con el territorio de origen. (i) El hecho de estar establecidos en un lugar totalmente diferente al territorio ancestral, ha derivado en que los niños y jóvenes dejen de practicar la lengua materna, esto ha repercutido enormemente en la pérdida de su identidad, una parte de esta pérdida es la desvinculación de sus padres con sus familiares que viven en el territorio ancestral. Así mismo Las creencias arraigadas en el cuidado de la salud relacionado con las prácticas culturales y tradicionales de este grupo poblacional entran en choque con las prácticas medicinales occidentales. En el análisis de los factores liberadores que dan respuesta a esta tensión en salud están los eventos de interés en Salud Pública de cada subsistema de Vigilancia Salud Publica los cuales buscan una cobertura del 100% de esta población.

Por lo anterior, Desarrollo de acciones y estrategias que permitan identificar, visibilizar y reconocer los saberes ancestrales y formas naturales del cuidado de la salud, de las poblaciones étnicas en el territorio, a través de la concertación con los grupos poblacionales propios de cada territorio.

Se entiende como grupos étnicos, aquellas poblaciones cuyas condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas, los distinguen del resto de la sociedad y que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias, que están dadas en sus cosmovisiones, costumbres y tradiciones4.Las categorías de acción a ejecutar en el marco de los proyectos de Reconocimiento de los Saberes Ancestrales en Medicina, son:

- Tejido de Saberes Ancestrales: Escuela de Saberes Ancestrales (Población Negra, Afrodescendiente, Raizal y Palenquera); Círculos de la palabra (Población Indígena); otras acciones de intercambio de experiencias y saberes intergeneracionales y transculturales.
- Acciones Colectivas: Ferias, Encuentros, Conmemoraciones, Pagamentos, entre otras.
- Acciones Individuales: Modalidades de prevención y atención en Medicina Ancestral desde el cuidado para el Vivir Mejor y Buen Vivir.

Para la caracterización de atención de grupos étnicos en la Subred Sur se empleó como fuente de información los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) de las diferentes USS de atención que integran la Subred. Se realiza una clasificación y análisis del comportamiento de diferentes variables de interés, identificando los 15 primeros motivos de atención por códigos CIE 10 agrupados en los grandes grupos y curso de vida en la población étnica donde se identifica si tiene pertenencia o no. Frente al total de atenciones presentadas en la Subred Sur en el año 2020 con un total de 1’601.146, las atenciones en población con pertenencia étnica representan el 0.2% (n=3.358). Respecto al tipo de atención, se encuentra una mayor proporción en consulta externa con 65,0% (n=2.183), seguido de hospitalización con el 23,1% (n=777) y urgencias con el 11,9% (n=398).

Tabla N° 13. Distribución de atenciones por tipo Servicios de Salud, en la población étnica de la Subred Sur E.S.E., enero – diciembre 2020

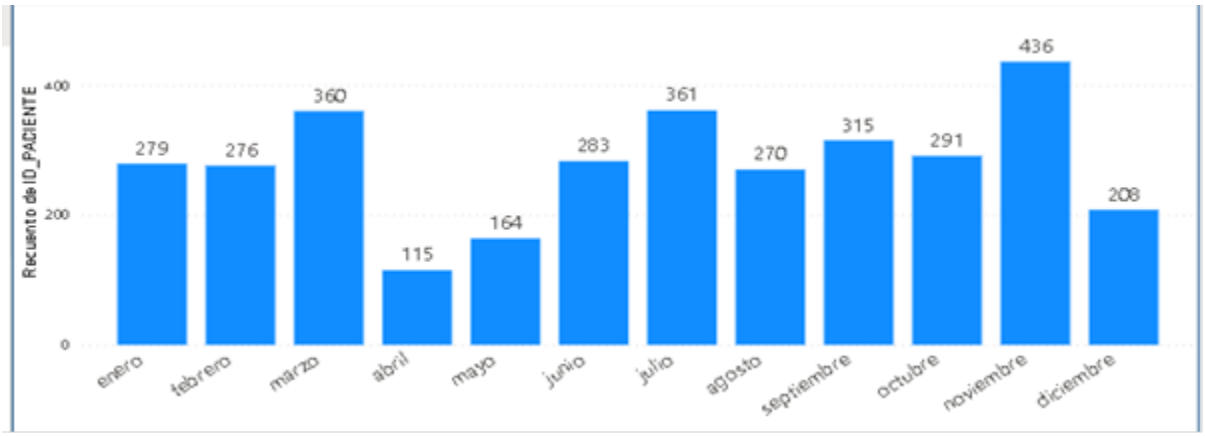
GRANDES_GRUPOS_AJUSTADOS	Códigos CIE-10 no relacionados en Lista GBD		I. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, AFECCIONES MATERNAS, PERINATALES Y NUTRICIONALES		II. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		III. CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD		IV. CAUSAS MAL DEFINIDAS		Total	
SERVICIO	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CONSULTA EXTERNA	446	13,3	466	13,9	1184	35,3			87	2,6	2183	65,0
HOSPITALIZACIÓN	72	2,21	448	13,3	234	7,0	4	0,1	19	0,6	777	23,1
URGENCIAS	80	2,4	122	3,6	108	3,2	8	0,2	80	2,4	398	11,9
Total	598	17,8	1036	30,9	1526	45,4	12	0,4	186	5,5	3358	100,0

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. Enero - diciembre 2020.

[4] Ministerio de Salud y Protección Social. Grupos Étnicos. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/grupos-etnicos.aspx

Durante el periodo enero a diciembre de 2020 en las unidades de atención de la Subred Sur, el mes en el que se presentó mayor reporte de atenciones fue noviembre con el 13,0% del total (n=436), seguido de julio con el 10,7% (n=361) y marzo 10,7%(n=360); el mes con menor reporte de atenciones fue abril con 3,4% (n=115).

Tabla N° 14. Atenciones en las unidades de servicios de salud, en la población étnica y agrupación de códigos CIE 10 de acuerdo con la lista de casusas del estudio global de la enfermedad (GBD), Subred Sur E.S.E., Enero – diciembre 2020.



Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. Enero – diciembre 2020.

En la distribución de atenciones por momento de curso de vida en la población étnica para el periodo enero diciembre 2020 de la Subred Sur, la mayor proporción del reporte en las atenciones dentro de los grandes grupos por CIE 10 fue en adultez con el 38,7% (n=1.300), seguido de vejez con el 21,9%(n=737), juventud 14,8% (n=496), en cuarto lugar, se encuentra adolescencia con el 9,6% (n=322), primera infancia presentó el 8,1% (n=273) y con menor proporción infancia con el 6,8% (n=230). Respecto al sexo, se presentó un mayor número de atenciones en mujeres que con 64.3% del total frente a un 35.7% de hombres.

Tabla N° 15. Distribución de atenciones por curso de vida en la población étnica, en las unidades de atención de la Subred Sur E.S.E., enero – diciembre 2020.

SEXO	F		M		Total	
CURSO DE VIDA	n	%	n	%	n	%
e. Adultez (29-59 años)	890	26,5%	410	12,2%	**1300**	**38,7%**
f. Vejez (≥60 años)	387	11,5%	350	10,4%	**737**	**21,9%**
d. Juventud (18-28 años)	402	12,0%	94	2,8%	**496**	**14,8%**
c. Adolescencia (12-17 años)	226	6,7%	96	2,9%	**322**	**9,6%**
a. Primera Infancia (0-5 años)	145	4,3%	128	3,8%	**273**	**8,1%**
b. Infancia (6-11 años)	109	3,2%	121	3,6%	**230**	**6,8%**
Total	**2159**	**64,3%**	**1199**	**35,7%**	**3358**	**100,0%**

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE. Enero – diciembre 2020.

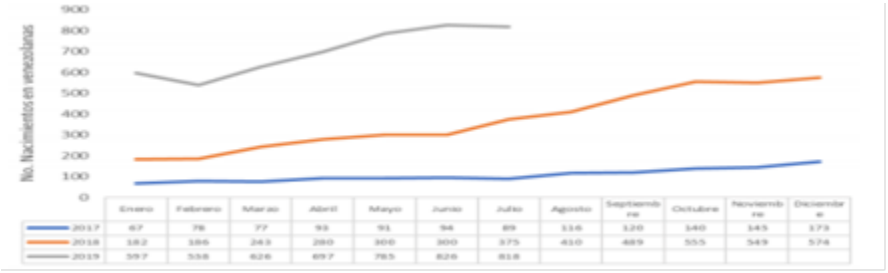
✓ ACCIONES DE CUIDADO

En las últimas dos décadas Ciudad Bolívar se ha constituido en un escenario en el que como consecuencia de la expulsión masiva de personas de las distintas regiones del territorio colombiano, a causa del conflicto armado y la ejecución de mega proyectos, no sólo ha aumentado considerablemente su población, sino que además se matiza con las innumerables cargas semánticas asociadas con la exclusión, la pobreza, la inseguridad y, por supuesto, los remanentes de los conflictos sociales derivados del desplazamiento forzado.

Las condiciones de vulnerabilidad asociadas al fenómeno migratorio Las condiciones de vulnerabilidad asociadas al fenómeno migratorio son múltiples y diversas, e inciden en todas las dimensiones del ser humano. En este sentido, y si bien la migración por sí misma no implica necesariamente un riesgo para la salud, las condiciones que acompañan el proceso migratorio se convierten en un escenario que expone a las personas a mayores riesgos para

la salud e integridad, acrecentando su vulnerabilidad biosocial, psicológica, económica y cultural. Aspectos como la xenofobia y discriminación, las limitadas políticas específicas en los países y las violaciones a los derechos humanitarios son apenas algunas de las amenazas a las cuales se enfrentan estas poblaciones Las Estadísticas Vitales comprenden el registro continuo y oficial de los hechos vitales de nacimientos y mortalidades, los cuales se registran a medida que van ocurriendo. Este documento informa los hallazgos preliminares de los nacimientos en Bogotá D.C., en los años 2017 al 2019* de las mujeres venezolanas. El propósito es realizar un perfil y caracterización de los nacimientos ocurridos en Bogotá en ese periodo y poder llevar un control y seguimiento estadístico a esta población, teniendo en cuenta el impacto que ha generado la migración de esta población en el Distrito Capital.

Gráfico 1. Estadísticas Vitales – Nacimientos de niños de madres migrantes.



Fuente: Base de datos RUAF- corte Julio 2019

En cuanto a las localidades en donde residían las gestantes venezolanas, para el año 2019 (corte mes de julio) el mayor porcentaje se ubica en las localidades San Cristóbal (22%), seguido de Kennedy (19%) y Ciudad Bolívar (13%).

Teniendo en cuenta que el año 2017 se presentó un aumento de la población inmigrante, Colombia a través del Ministerio de Salud y Protección Social decide generar la circular N° 000029 del 16 agosto de 2017 donde define el proceso de notificación de los pacientes extranjeros sin seguro internacional; la Secretaria Distrital de Salud realizó los ajustes pertinentes en el validador del aplicativo RIPS y realizo las capacitaciones para las instituciones prestadoras de servicios de salud de todo Bogotá D.C. donde se observó que para el año 2017, del total de la atenciones a migrantes internacionales el 12% corresponde a la República Bolivariana de Venezuela.

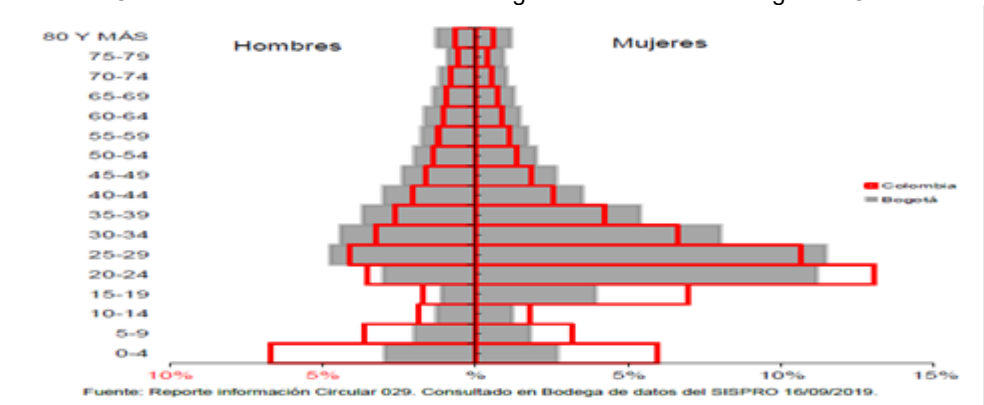
Pirámide de la población extranjera

Las dinámicas migratorias en una población pueden afectar el perfil y epidemiológico de la misma. En Colombia se está presentando una cantidad mayor de inmigrantes en comparación con los años anteriores y Bogotá, como distrito capital, recibe una elevada proporción de ellos; esto crea la necesidad de conocer y analizar las condiciones de vida y salud de estos grupos poblacionales de forma diferencial al resto de la población colombiana; por ello, se describe a continuación algunos datos relacionados con las atenciones en salud de los inmigrantes en Bogotá.

En Bogotá la pirámide de la población extranjera muestra bases estrechas con mucha población en los tramos intermedios; lo que permite ver una alta migración de población económicamente activa. En cuanto a la diferencia por sexo hay mayor proporción de mujeres que de hombres, esto puede corresponder a un subregistro de hombres migrantes que no son captados.

Al comparar cada una de las poblaciones: Bogotá con la de Colombia, se observa diferencias entre la estructura nacional y la ciudad; la de Colombia sus bases son anchas, con mucha población en los tramos intermedios y se estrechan rápidamente a medida que aumenta la edad. Esto refleja una alta natalidad, con migración de población económicamente activa.

Gráfico 1. Pirámide Poblacional de migrantes atendidos en Bogotá D.C.



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019.

Índices

Relación hombres/mujer: en Bogotá para el año 2018 por cada 63 migrantes hombres con atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud, muy parecido al de Colombia en el año 2018 por cada 60 migrantes hombres que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud.

Razón niños mujer: en Bogotá para el año 2018 por cada 12 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil (15-49años) que recibieron atenciones en salud, en contraste el Colombia para el año 2018 por cada 28 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil que recibieron atenciones en salud.

Índice de infancia: en Bogotá en el año 2018 de 100 personas migrantes atendidas en los servicios de salud, 12 correspondían a población migrantes hasta los 14 años, mientras que en el Colombia para el año 2018 este grupo poblacional con atenciones en salud fue de 23 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de juventud: en el Bogotá en el año 2018 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 35 correspondían a población de 15 a 29 años migrante, mientras que en el Colombia en el año 2018 este grupo poblacional fue de 40 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de vejez: en el Bogotá en el año 2018 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 12 correspondían a población migrantes de 65 años y más, mientras que en el Colombia en el año 2018 este grupo poblacional fue de 7 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de envejecimiento: en Bogotá en el año 2018 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 103 correspondían a población migrante de 65 años y más, mientras que en el Colombia en el año 2018 este grupo poblacional fue de 31 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de dependencia: en el Bogotá de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años que recibieron atenciones en salud, hubo 27 personas migrantes menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que en el Colombia este grupo poblacional fue de 40 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de dependencia infantil: en el Bogotá, 15 personas migrantes que recibieron atenciones en salud menores de 15 años dependían de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años, mientras que en el Colombia fue de 32 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de dependencia mayores: en el Bogotá, 12 personas migrantes que recibieron atenciones en salud de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que en el Colombia fue de 7 personas migrantes con atenciones en salud

Índice de Friz: en Bogotá por cada 100 personas de 30 a 49 años hay 51 personas migrantes menores de 20 años.

Tabla N° 16. Índice de Población Extranjera

Índice	2018	
	Bogotá	Colombia
Población total	74.715	311.315
Población Masculina	28.821	117.173
Población femenina	45.894	194.142
Relación hombres: mujer	62,80	60
Razón niños: mujer	12	28
Índice de infancia	12	23
Índice de juventud	35	40
Índice de vejez	12	7
Índice de envejecimiento	103	31
Índice de dependencia	26,59	39,58
Índice de dependencia infantil	15,06	32,31
Índice de dependencia mayores	11,53	7,27
Índice de Friz	51,41	128,99

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019.

Atenciones en salud a la población extranjera

En Bogotá se realizó 129.020 atenciones a migrantes esto corresponde al 19,7% del total de atenciones a migrantes en Colombia. Al analizar las atenciones por tipo de atención, se identifica que la mayor proporción de migrantes atendidos son en un 39% consulta externa, el 39% a procedimientos y el 10% medicamentos; esto acumula el 88% de las personas atendidas en Bogotá. Se compara los porcentajes de cada tipo de atención Bogotá con la de Colombia, se observa que Bogotá tiene mayor proporción de personas atendidas en consulta externa y procedimientos; lo que se puede deber a las coberturas de afiliación en Bogotá.

Tabla N° 16. Migrantes atendidos por tipo de atención en Bogotá y Colombia

Tipo de atención	Total, Migrantes atendidos Bogotá		Total, Migrantes atendidos Colombia		Concentración Bogotá
	2018	Distribución	2018	Distribución	2018
Consulta Externa	50.094	39%	231.141	35%	21,7%
Servicios de urgencias	6.015	5%	55.873	9%	10,8%
Hospitalización	7.244	6%	37.746	6%	19,2%
Procedimientos	49.698	39%	210.005	32%	23,7%
Medicamentos	13.518	10%	110.575	17%	12,2%
Nacimientos	2.451	2%	10.324	2%	23,7%
Total	129.020	100%	655.664	100%	19,7%

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019.

Por país de procedencia, en el año 2018 en Bogotá D.C se atendió 74.715 personas extranjeras que corresponde al 24% de total de personas extranjeras atendidos en Colombia. Del total de personas extranjeras atendidas en Bogotá, la mayor cantidad de los migrantes atendidos proceden de: República Bolivariana de Venezuela con un 42% y países clasificados como otros un 18%; se continua el fortalecimiento en la calidad e integridad de la información en los registros de atención en personas extranjeras, lo cual muestra mejoría pasando del año 2017 de 74% a 37% en el año 2018 que no cuenta con información.

Al comparar los porcentajes de migrantes atendidos según el país de procedencia se observa que la población procedente de Venezuela representa la mayor proporción de atenciones en Bogotá (42%) y Colombia corresponde al 64%.

Tabla N° 17. Atenciones en salud según procedencia. Bogotá 2018.

Bogotá	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Colombia	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Concentración de la atención población migrante
		2018	Proporción			2018	Distribución	2018
Bogotá	Brasil	633	1%	Colombia	Brasil	1656	1%	38,2%
	Ecuador	935	1%		Ecuador	2593	1%	36,1%
	Nicaragua	55	0%		Nicaragua	122	0%	45,1%
	Otros	13340	18%		Otros	31528	10%	42,3%
	Panamá	280	0%		Panamá	738	0%	37,9%
	Perú	678	1%		Perú	1300	0%	52,2%
	República Bolivariana de Venezuela	31404	42%		República Bolivariana de Venezuela	199831	64%	15,7%
	Sin identificador de país	27390	37%		Sin identificador de país	73550	24%	37,2%
	Total	74715	100%		Total	311318	100%	24,0%

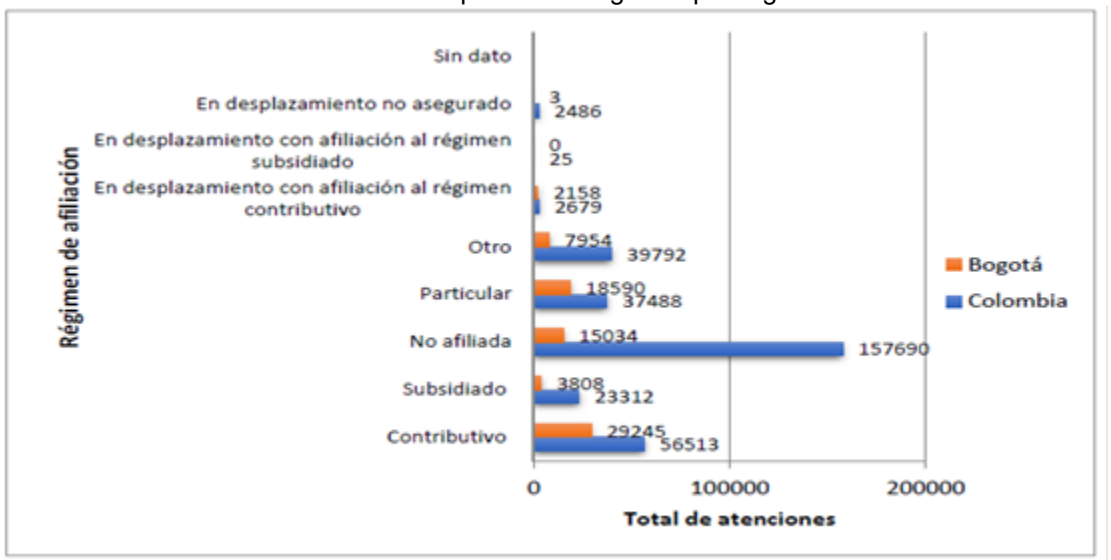
Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019

Afiliación en salud de la población extranjera

De 74.715 personas extranjeras atendidas en Bogotá en el año 2018, Al analizar por Régimen de afiliación encontramos que la mayoría de estas personas está en el régimen contributivo con un 38,1%, seguido por atención particular con un 24,2%, no afiliado 19,6%, atención por usuarios de los Regímenes Especiales con un 10,4%, subsidiado 5% y En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo 2,8%.

Al comparar las personas extranjeras atendidas entre Bogotá con Colombia, se observa que en Bogotá la mayoría de las personas extranjeras son del Contributivo con un 38,1% (29245) mientras que en Colombia la mayoría de las personas extranjeras son no afiliadas con un 49,3% (157690)

Tabla N° 18. Atenciones en salud población migrante por régimen de afiliación 2018



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 16/09/2019.

En Bogotá D.C se atendió 74.715 personas extranjeras que corresponde al 24% de total de personas extranjeras atendidos en Colombia; el 42% de estas personas provienes de República Bolivariana de Venezuela, el 38,1% (29.245) se encuentra en el régimen Contributivo. Se realizó 129.020 atenciones a migrantes esto corresponde al 19,7% del total de atenciones a migrantes en Colombia; de estas atenciones realizadas en Bogotá el 88% corresponde a consulta externa, procedimientos y medicamentos.

Por lo anterior, se busca vincular mujeres gestantes, niños y niñas, migrantes irregulares, en acciones de protección específica y detección temprana de condiciones de salud. Acciones de protección específica y detección temprana, dirigidas a población migrante irregular, orientadas al control de embarazo; cuidados antes, durante y después de la gestación, y valoración integral del desarrollo en niños y niñas. Estas acciones serán concertadas entre el Sector y el territorio, dando respuesta a las necesidades locales.

En el marco de los proyectos de inversión local en salud para el cuidado y protección de madres gestantes, niños y niñas migrantes, se deben desarrollar acciones y estrategias dirigidas a población migrante (mujeres en gestación, madres, niños y niñas de 0 a 11 años5) en condición irregular, dando respuesta a las realidades presentes en las localidades y favoreciendo la articulación transectorial, realizando enlace a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, la estrategia Territorios de Innovación y Participación en Salud – TIPS – de la SDS, el Sistema Distrital de Cuidado y las Entidades del orden Distrital y Nacional, responsables de realizar acciones para el cuidado y protección para madres gestantes, niños y niñas migrantes.

La Organización Internacional para las Migraciones – OIM, define la Migración Irregular como un movimiento de "personas que se desplazan al margen de las normas de los países de origen, de tránsito o de acogida"6. En el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio, del Ministerio de Salud y Protección Social, se define Migrante Irregular como aquellas personas provenientes del exterior, que ingresan al país sin el lleno de los requisitos de identificación y los trámites exigidos por la autoridad migratoria. Por lo tanto, no portan documento válido de identificación que permita realizar la afiliación en salud y así mismo garantizar otros derechos7.

Las acciones y estrategias para desarrollar en el marco de los proyectos de inversión local orientados a Acciones de Cuidado y protección para madres gestantes, niños y niñas migrantes son:

- Salud Sexual y Reproductiva
- Nutrición
- Salud Oral
- Salud Mental
- Atención y trato humanizado a la población migrante.

Los temas que deberán ser abordados en el marco de las acciones son:

- Elección, acceso y entrega de método de planificación familiar.
- Prevención de embarazo adolescente y embarazo subsiguiente.
- Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual - ITS, entre las que se encuentra, sífilis gestacional y congénita.
- Autocuidado, consciencia individual y colectiva: cultura y autogestión de la Salud.
- Lactancia Materna y Nutrición.
- Prevención y promoción de la Salud Oral.
- Prevención y promoción de la Salud Mental.

[5] Ministerio de Salud y Protección Social. Ciclo de vida, Primera infancia de 0 a 5 años, Infancia de 6 a 11 años. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx

6 Portal de Datos Mundiales sobre la Migración. Disponible en: https://migrationdataportal.org/es/themes/migration-irreguliere#:~:text=Back%20to%20top-,Definici%C3%B3n,%E2%80%9D%20(OIM%2C%202011) .

[7] Ministerios de Salud y Protección Social. Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf

- Promoción y reconocimiento de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
- Prevención de la violencia sexual, violencia intrafamiliar, violencia de género, violencia ginecobstetricia, discriminación y xenofobia.
- Orientación para la gestión de servicios de salud y servicios sociales.

✓ **ESTRATEGIA TERRITORIAL DE SALUD**

La localidad de Ciudad Bolívar cuenta con 62,1% de su población afiliada al régimen contributivo, seguido del 25,4% de la población atendida por el régimen subsidiado, 1,2% hacen parte del régimen de excepción, mientras que la población de esa localidad que no está cubierta en seguridad social en salud es del 0,6%.

La vacunación en los menores de cinco años es una estrategia que previene y disminuye el riesgo de la mortalidad y morbilidad por las enfermedades inmuno-prevenibles, además de aportar para al aumento de la esperanza de vida. Es así como se ha controlado la incidencia de enfermedades como la tosferina, difteria y erradicado otras como la poliomielitis. Mediante el Plan Ampliado de Inmunización (PAI), se ha garantizado la vacunación gratuita y obligatoria a la población menor de cinco años sin importar el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá se ha catalogado como líder en el diseño e implementación de estrategias que han permitido mejorar las coberturas de vacunación y articular de una manera sin precedentes a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a partir de actividades como la búsqueda activa de los menores hasta las más amplias campañas de divulgación y mercadeo. La situación nutricional es un indicador de las condiciones de salud de una población, reflejando su grado de seguridad alimentaria y nutricional. La desnutrición infantil además de efectos físicos importantes genera daños irreparables a nivel cognitivo, incluyendo trastornos del crecimiento, retrasos motores y cognitivos (así como del desarrollo del comportamiento), menor inmuno competencia y aumento de la morbimortalidad.

Atender este problema, de salud pública, es condición indispensable para asegurar el derecho a la supervivencia y al desarrollo de las niñas y niños. Así mismo, la desnutrición y la deficiencia de micronutrientes incrementan significativamente el riesgo de muerte materna. Tanto la desnutrición crónica como la global en menores de cinco años en la localidad de Ciudad Bolívar presentan resultados desfavorables en relación con el comportamiento observado en la ciudad, esto es 2,6 y 0,5 puntos porcentuales por encima, respectivamente.

Por ello, es importante fortalecer las Acciones complementarias de apoyo al Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, concertadas con el Sector, que den respuesta a necesidades territoriales (p.e., conformación de equipos básicos en salud, apoyo a la implantación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, entre otros). Estas acciones estarán orientadas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedad, en los diferentes espacios de vida cotidiana (familiar, educativo, comunitario, institucional, entre otros).

Las acciones deberán favorecer la disminución de brechas y barreras existentes frente al acceso y goce efectivo del derecho a la salud

Llevar la salud a la residencia, barrio y entorno; desarrollar de manera efectiva un modelo de salud basado en Atención Primaria en Salud (APS) y en la determinación social y ambiental que da cuenta de los fenómenos sociales a través de los enfoques diferencial, territorial, poblacional y de cultura ciudadana. Permite que equipos multidisciplinarios lleguen a los hogares, diagnostiquen e intervengan determinantes protectores y amenazantes con el concurso de los sectores de la administración distrital. En tal sentido, involucra instituciones, recursos y actores del sector salud, de la seguridad social en salud y de otros sectores.

NECESIDAD

En razón al Artículo 2° de la Constitución Política de la República de Colombia que expone como el fin esencial del Estado la garantía de derechos a la población en general, este proyecto de inversión propone beneficiar a los habitantes de la localidad de Ciudad Bolívar a través de acciones integrales de salud implementando estrategias de cuidado con enfoques poblacionales a personas en condición de discapacidad, mujeres, grupos étnicos, población

migrante, entre otras.

A través de las acciones descritas se pretende que a través de este proyecto de inversión local se les garantice la plenitud en el ejercicio de derechos a las personas en condición de discapacidad a través del otorgamiento de ayudas técnicas que permitan su desarrollo personal, que puedan valerse por sí mismas y/o dependan menos de sus cuidadores; que las mujeres cuidadoras tengan una atención psicosocial que permita prevenir enfermedades de salud mental o de riesgo por sus actividades; que a los grupos étnicos se les reconozca su saber ancestral en la medicina y se les brinde atención oportuna; que la población migrante pueda tener acceso básico a servicios de salud.

4. DIAGNÓSTICO POR LÍNEA DE BASE

LÍNEA DE BASE

Describa las características sociales, económicas y/o urbanísticas del sector poblacional o espacio al que está dirigido el proyecto, es decir, el universo. Esta información constituye la línea de base para la formulación del proyecto y el posterior seguimiento de su ejecución.

a. Descripción del Universo

Los habitantes de la Localidad de Ciudad Bolívar, así como mujeres migrantes irregulares.

b. Cuantificación del universo

790.282 habitantes, según datos de la Secretaria Distrital de Planeación, Subsecretaria de Información y estudios estratégicos, Dirección de Información, Cartografía y Estadística, Inventario de Información en materia estadística sobre Bogotá, 2018.

19.040 personas con discapacidad distribuidas por rango de edad de la siguiente manera: 137 de de primera infancia, 659 de infancia, 1.034 de adolescencia, 2.168 de juventud, 6.719 de adultez, 8.306 de persona mayor y 17 personas sin dato, ocupando el 4° lugar en la ciudad de Bogotá; de acuerdo con la actualización de octubre 16 de 2019 del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud.

75.440 personas pertenecientes a los diferentes grupos étnicos, dentro de los cuales el 92% son afrocolombianos, es decir 69.404 personas.

c. Localización del universo

Todas las UPZ's y UPR de la localidad de Ciudad Bolívar.

5. LÍNEA DE INVERSIÓN

LÍNEA(S) DE INVERSIÓN

*Identifique la*S (S) *línea*(S) *de inversión por sector, en la que se enmarca el proyecto.*

Relacione la línea(s) de inversión local:

CONDICIONES DE SALUD

Escriba aquí el concepto al cual hace referencia la línea de inversión:

- Acciones complementarias para personas en condición de discapacidad y sus cuidadores.
- Acciones para la disminución de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Dispositivos de asistencia personal -DAP- Ayudas técnicas a personas con discapacidad (No incluidas en el POS).
- Reconocimiento de los saberes ancestrales en medicina.
- Acciones de cuidado y protección para madres gestantes, niños y niñas migrantes.
- Coinversión en la estrategia territorial de salud.

6. OBJETIVOS

OBJETIVOS

Defina el objetivo general y los específicos que espera cumplir con el proyecto.

Objetivo General

Fortalecer el mejoramiento en la prestación de servicios, la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la gestión de sus riesgos, a través de un modelo basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, la organización de red integrada de prestación de servicios y la calidad en la prestación del servicio.

Objetivos Específicos

- ✓ Desarrollar acciones y estrategias orientadas al proyecto de vida, redes de apoyo, promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos y transformación de imaginarios sociales, para la prevención del embarazo en adolescentes, el disfrute de la sexualidad, el desarrollo autonomía y libre expresión del pensamiento; dando respuesta a las necesidades locales desde los enfoques del buen vivir, social y de derechos.

- ✓ Brindar actividades alternativas en salud, que den respuesta a las necesidades territoriales desde los enfoques de buen vivir, social y de derechos, y que favorezcan el desarrollo de la independencia e integración social de las Personas con discapacidad, cuidadoras y cuidadores.

- ✓ Liderar la creación y el fortalecimiento de dispositivos de base comunitaria como estrategia territorial, que articula las redes comunitarias, los líderes de opinión, las organizaciones sociales y las instituciones, en respuesta al consumo de SPA en los territorios.

- ✓ Favorecer la independencia, la participación en la comunidad y complementar los procesos de habilitación – rehabilitación dentro de los contextos donde se desarrollan las personas con discapacidad (PcD), cuidador, cuidadora y/o familia, a través de la entrega de aquellos dispositivos que no se encuentran cubiertos por el Plan de Beneficios de Salud (PBS) vigente.

- ✓ Establecer acciones complementarias (no incluidas en Modelo y el Plan Territorial) en Salud para favorecer la disminución de brechas y barreras existentes frente al acceso y goce efectivo del derecho a la salud.
- ✓ Desarrollar acciones y estrategias que permitan identificar, visibilizar y reconocer los saberes ancestrales y formas naturales del cuidado de la salud, de las poblaciones étnicas en el territorio, a través de la concertación con los grupos poblacionales propios de cada territorio.

7- METAS

Registre los resultados concretos, medibles, realizables y verificables que se esperan obtener con la ejecución del proyecto, representados en productos (bienes y servicios) finales o intermedios.

Metas de proyecto

PROCESO	MAGNITUD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN
Vincular	1.200	Personas	Con discapacidad, cuidadores y cuidadoras, en actividades alternativas de salud.
Vincular	2.400	Personas	A las acciones desarrolladas desde los dispositivos de base comunitaria en respuesta al consumo de SPA.
Beneficiar	1700	Personas	con discapacidad a través de Dispositivos de Asistencia Personal - Ayudas Técnicas (no incluidas en los Planes de Beneficios).
Vincular	800	Personas	Acciones y estrategias de reconocimiento de los saberes ancestrales en medicina.
Vincular	600	Mujeres	Gestantes, niños y niñas, migrantes irregulares, vinculados en acciones de protección específica y detección temprana.
Vincular	2.500	Personas	Acciones complementarias de la estrategia territorial de salud.

8- DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

DESCRIPCION DEL PROYECTO

Establezca las acciones a desarrollar para dar solución al problema, relacione los componentes y sus correspondientes actividades, especificando sus aportes en el cumplimiento de los objetivos.

COMPONENTES:

- ✓ **ACCIONES COMPLEMENTARIAS**

Para llevar a cabo la puesta en marcha de la meta “Vincular 1.200 personas con discapacidad, cuidadores y cuidadoras, en actividades alternativas de salud”, de este proyecto se debe contemplar el proyecto las siguientes actividades:

FORMULACIÓN. Para esta fase se deberá tener en cuenta el acompañamiento, asistencia técnica y lineamientos bridados por el sector[8].

En el marco de los proyectos de inversión local en salud relacionados con acciones complementarias para personas con discapacidad, cuidadores y cuidadoras, se deben desarrollar acciones enmarcadas en las cuatro (4) categorías de acción descritas (1. salud mental positiva, 2. estrategia de ecocuidado, 3. medios alternativos para la salud y el bienestar y 4. herramientas virtuales de aprendizaje para el cuidado), dichas acciones y estrategias no deben estar cubiertas o incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS o POS), ni en el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas – PSPIC

COMUNICACIONES: Corresponde a acciones de convocatoria, difusión y socialización, como parte de la estrategia de comunicaciones y presentaciones públicas ante las JAL y la Comunidad, así como la identificación de la población, a partir de los datos suministrados por las diferentes fuentes de acceso y canalización al Proyecto, tales como, estrategia territorial de salud (entorno vivienda, entorno escolar, entorno público, entorno institucional), procesos de gobernanza, referentes de los equipos poblacionales desde el enfoque diferencial, gestión de los referentes de participación de las Alcaldías Locales, otras gestiones en salud pública o solicitud directa de los ciudadanos, se verificará la ubicación de la población dentro de la localidad; inscripción de usuarios en base de datos; se realizará, además, reuniones de socialización del proyecto ante diferentes espacios interinstitucionales y extrainstitucionales con el objeto de dar a conocer el proceso y alcances del proyecto.

ENFOQUE POBLACIONAL-DIFERENCIAL: La estrategia de comunicación deberá ser también orientada a los diversos grupos poblacionales con enfoque diferencial, con los ajustes razonables que se requieran para el acceso oportuno a la información.

Se deberá dar cumplimiento al Acuerdo Distrital 381 del 2009, en el cual se define que las piezas comunicativas que sean diseñadas y divulgadas deben incluir lenguaje incluyente, comunicación e imágenes no sexistas.

INSCRIPCIÓN. Ingreso a lista de inscritos (base de datos) y referencia de fuentes de acceso. Incluye la recepción de los datos básicos de los inscritos que permitan la ubicación, vinculación a las diferentes acciones y estrategias, caracterización de la población vinculada a los proyectos, seguimiento y acciones transectoriales que se requieran.

Punto de inscripción definido por el Fondo de Desarrollo Local de su territorio, el cual puede ubicarse en la Alcaldía Local o en los puntos de la localidad establecidos en concertación, con el equipo ejecutor de acuerdo a las particularidades y necesidades locales, favoreciendo la accesibilidad de la población con discapacidad, cuidadores y cuidadoras; así mismo, deberán contar con un link de inscripción en la página oficial del FDL y del Ejecutor, enlace virtual y líneas telefónicas que faciliten la inscripción y acceso a la información.

HISTORIA DE VULNERABILIDAD. Corresponde a las actividades de identificación de condiciones de vulnerabilidad como verificación de condiciones socioeconómicas, contexto social, necesidades básicas (salud física, autonomía), necesidades intermedias (nutrición, vivienda, ambiente, cuidado de la salud y educación) entre otras, para la vinculación de la población al proyecto, de acuerdo con las categorías y modalidades referidas en el presente documento.

EJECUCIÓN. Se desarrollarán cuatro (4) categorías de acción: Salud Mental Positiva desde una mirada integral, Estrategia de Ecocuidado, Medios alternativos para la salud y el bienestar y Herramientas virtuales de aprendizaje para el cuidado; teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad y viabilidad del sector, tener conocimiento de la normatividad jurídica respecto a las Políticas relacionadas con la población con

[8] Circular conjunta 015 de 2017, directiva 012 de 2016 y Resolución 748 de 2019

discapacidad, cuidadores y cuidadoras, y deberá generar los enlaces transectoriales requeridos, de tal manera que se cumplan los propósitos y objetivos del proyecto.

Enfoque poblacional-diferencial: Las acciones a ejecutar deben incluir ajustes razonables para el abordaje de personas con discapacidad física, mental, cognitiva, auditiva, visual, sordo-ceguera y múltiple y grupos poblacionales a razón de creencias, cosmovisión, género, entre otras. Para el caso de las zonas rurales las actividades propuestas pueden variar debido a las características del entorno, el procedimiento y tiempos de desplazamientos. La fase de ejecución deberá contemplar la implementación de estrategias y ajustes razonables para el diálogo y abordaje de personas con discapacidad física, mental, cognitiva, auditiva, visual, sordo-ceguera y múltiple, favoreciendo la cobertura de la población con discapacidad, cuidadores y cuidadoras. Así mismo, se deberá tener en cuenta la población con enfoque diferencial (víctima de conflicto armado, comunidades étnicas, población de zonas rurales, comunidad LGTBI, habitante de calle, población migrante, entre otras).

REGISTRO Y SISTEMATIZACIÓN: Registro de información cualitativa y cuantitativa, que permita dar cuenta del avance, dificultades, retos y resultados por cada una de las fases del proyecto, así como de los aportes y observaciones realizadas por los diferentes actores vinculados. El proyecto debe permitir la realimentación de la información, al Sector Salud – Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad, a la Comunidad, a las instancias en salud y a las Entidades de Control.

EVALUACIÓN, MONITOREO Y CONTROL SOCIAL. El proyecto deberá favorecer la constitución y acción de veedurías comunitarias, desde la formulación, desarrollo, seguimiento, evaluación y liquidación del proyecto, teniendo en cuenta lineamientos dados por el proceso de control social de la Secretaria Distrital de Salud.

Nota: En el marco de la emergencia sanitaria declarada por COVID-19, se deberán contemplar acciones, estrategias, así como medidas de protección y prevención frente al contagio, dando cumplimiento a la normativa Distrital y Nacional vigente.

CONCERTACIÓN CON ETNIAS

Teniendo en cuenta las concertaciones con las comunidades NARP según el acta del día 15 de marzo de 2021 y comunidades INDIGENAS según acta día 17 de marzo de 2021, se definieron los siguientes compromisos para el cuatrienio:

Comunidades NARP: Incluir mínimo 84 personas en el proceso, que corresponden al 7% de la población a beneficiar.

Comunidades Indígena: Se concertó que la Entidad se compromete a tener en cuenta el acuerdo pactado acorde a la implementación del SISPI. (Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural). Incluir mínimo 60 personas en el proceso, que corresponden al 5% de la población a beneficiar.

CONCERTACIÓN COMUNIDADES NARP E INDÍGENAS	VIGENCIAS			
	2021	2022	2023	2024
comunidades Negras, Afrocolombianas, raizales y Palanqueras	21	21	21	21
Indígenas (comunidad adolescente de KAMETSA, INGA, UITOTO, AMBIKA PIJAO, ZENU, YANACONA, NASA, WUOANAN Y EMBERA KATIO)	15	15	15	15

Nota: En caso de que las comunidades Indígenas y/o NARP no cuenten con personas con discapacidad y cuidadores que cumplan con los criterios de elegibilidad y viabilidad requeridos de acuerdo con el Sector Salud; el FDLCB vinculará población con discapacidad y cuidadores no reconocidos o pertenecientes a la población diferencial.

Es importante enunciar que, mediante la implementación de la transversalización del enfoque de género, el FDLCB pretende llevar a cabo

un proceso de intervención que permite contribuir a la equidad en el acceso a los servicios de salud, eliminar barreras que generen inequidad y desarrollar políticas, planes y programas, dirigidos a promover la vinculación de todas las personas que demanden los servicios ofertados; garantizando siempre y en todo momento el derecho a la salud y a la igualdad. Por lo expuesto anteriormente, los proyectos de salud están dirigidos a vincular de manera equitativa y sin preferencias a toda la población con un enfoque diferencial. Por lo anterior, para este caso en particular, el acceso a los servicios de Salud se encuentra garantizado para todas las personas que lo requieran.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

VIGENCIA 2021

COMPONENTES

El proyecto se desarrollará en cinco componentes; así:

COMPONENTE N° 1. ALISTAMIENTO Y CONVOCATORIA

FASE 1: ALISTAMIENTO: Actividades propias de la coordinación inicial del proyecto que incluye inclusión presupuestal, elaboración de estudios previos para la selección y el proceso de contratación de talento humano, recursos físicos, apoyo tecnológico, elaboración y presentación de proyección físico-financiera y todos los soportes documentales establecidos para dar inicio a la ejecución del convenio/contrato. Se contemplan 100 horas de profesional especializado en total para la fase inicial del proyecto.

FASE 2 PRESENTACIONES PÚBLICAS: Dos (2) presentaciones con una duración de 2 horas con participación de profesional especializado de la coordinación y el profesional referente. Una presentación al inicio del proyecto y la segunda al cumplir el 80% de ejecución del proyecto, ante la comunidad en general interesada en el tema de la línea de inversión y la JAL.

FASE 3: SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO A GRUPOS POBLACIONALES: Esta actividad se orienta a brindar y realimentar la información relacionada con el acceso al proyecto, seguimiento y avance del mismo. Dicha estrategia deberá garantizar el uso de medios de comunicación tradicionales y no tradicionales, que no necesariamente implican un gasto adicional, pues se podrán utilizar los medios propios de las instituciones como periódicos, radios comunitarias, carteles, redes sociales, entre otros. Así mismo se debe garantizar la socialización a los diferentes grupos poblacionales y enfoque diferencial (Etnias. (Raizal, ROM, Comunidades indígenas, Comunidades Negras, Afrocolombianas y Palanqueras, Población LGBTI, Mujer y Genero, Personas con Discapacidad, Víctimas del conflicto, Habitantes de Calle; teniendo en cuenta que es un proyecto trasversal se realizaran socializaciones en los diferentes consejos locales y espacios de participación de la localidad de los siguientes grupos: Infancia y Adolescencia, Juventud, Adultez, Persona Mayor.

COMPONENTE N° 2. SALUD POSITIVA DESDE UNA MIRADA INTEGRAL (CIENCIAS DE TERCERA GENERACIÓN)

Orientado a la implementación de las denominadas “ciencias de tercera generación”, desde una mirada integral para las personas con discapacidad, cuidadores y cuidadoras, que promuevan la adopción de herramientas personales de autosatisfacción personal y resiliencia, como base fundamental de una mejor calidad de vida. Se implementarán técnicas dirigidas a promover la capacidad de concentración, pensamiento creativo, incremento en la capacidad de aprendizaje, conciencia de sí mismo, equilibrio emocional, control de impulsos, empatía, manejo del estrés, exploración de habilidad para afrontar conflictos y situaciones adversas, y fortalecimiento de redes de buen trato.

Para ello, se llevarán a cabo las siguientes actividades; así:

FASE 1. INSCRIPCIÓN DE BENEFIARIOS: Se llevarán a cabo inscripciones a mínimo a 300 personas de la Localidad para participar en una (1) sola opción de actividad. Se contempla que cada inscripción tendrá una duración de 15 minutos aproximadamente. Total, tiempo estimado 100 horas.

FASE 2. SESIONES DE YOGA: Se conformarán 10 grupos, cada uno de 3 personas con discapacidad y su cuidador(a), quienes recibirán 20 sesiones de Yoga las cuales buscarán realizar ejercicios prácticos que conectan el cuerpo, la respiración y la mente, utilizando posturas físicas, ejercicios de respiración y meditación para mejorar la salud general. Cada sesión tendrá una duración de dos horas profesional. Total beneficiarios(as): 60.

FASE N° 2. ENTREGA KITS YOGA: Se llevará a cabo la entrega de un Kit para facilitar las actividades de Yoga. Para ello, se sugieren: un (1) balón para pilates, dos (2) pesas de tobillo, dos (2) pesas de un kilo cada una, un (1) tapete o colchoneta para hacer ejercicio (yoga), Un (1) kit de bandas de diferente resistencia, dos (2) toallas en algodón de 40 x 71 cm contramarcada, un frasco de gel antibacterial al 70% de 500 ml, con logos instituciones y tula resistente. La propuesta del kit deberá ser concertada y presentada para aprobación al Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento

FASE 3. SESIONES DE COACHING: Se conformarán 10 grupos, cada uno de 3 personas con discapacidad y su cuidador(a), quienes recibirán 20 sesiones de Coaching en Salud, que buscan ofrecer herramientas prácticas para la promoción y educación sanitarias en el nivel primario de atención, tendiente a lograr el empoderamiento y autocontrol. Cada sesión tendrá una duración de dos horas profesional. Total beneficiarios(as): 60

FASE 4. MATERIALES COACHING: Se llevará a cabo la entrega de un kit a cada persona para complementar las actividades de capacitación en el tema de Coaching; donde como sugerencia se propone: dos (2) libros (originales) en temas de coaching (coaching ciencia y salud, coaching nutricional para niños, Coaching para Dummies, Coaching con PNL, Coaching Co-Activo, El Coach del éxito). Dos (2) audiolibros (originales) relacionados con el tema de Coaching, una (1) agenda para tomar apuntes que incluyan frases asociadas al coaching en salud, dos (2) esferos, dos (2) resaltadores. En caso de que las necesidades de las personas con discapacidad no les permitan trabajar con los materiales enunciados; el ejecutor deberá presentar una propuesta para responder a las necesidades específicas de cada usuario(a). La propuesta del kit deberá ser concertada y presentada para aprobación al Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento

FASE 5. SESIONES DE MINDFULLNESS: Se conformarán 10 grupos, cada uno de 3 personas con discapacidad y su cuidador(a), quienes recibirán 20 sesiones de Mindfullness, que buscan ofrecer herramientas prácticas para centrar la atención en el momento presente y responder hábilmente a los procesos mentales, influyendo así en el estrés y el comportamiento. Cada sesión tendrá una duración de dos horas profesional. Total, beneficiarios(as): 60.

FASE 6. MATERIALES MINDFULLNESS: Se llevará a cabo la entrega de un kit a cada persona para complementar las actividades de capacitación en el tema de Midullness; donde como sugerencia se propone: dos (2) cojines de meditación de 34,95 x25, dos (2) Rodillos posturales de 27,99x10, una (1) colchoneta para yoga, un (1) difusor de aromaterapia con cinco (5) esencias dos (2) CD (originales) de meditación guiada. En caso de que las necesidades de las personas con discapacidad no les permitan trabajar con los materiales enunciados; el ejecutor deberá presentar una propuesta para responder a las necesidades específicas de cada usuario(a). La propuesta del kit deberá ser concertada y presentada para aprobación al Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento.

COMPONENTE 3. ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO

La Estrategia del autocuidado se fundamenta en el enfoque del buen vivir, que busca la armonía de la relación ser humano-naturaleza. Para ello, se llevarán a cabo las siguientes actividades:

FASE 1. ACCIONES Y ACTIVIDADES ALTERNATIVAS DE USO Y APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS NATURALES: que promuevan la salud, adaptabilidad con el ambiente, conciencia del cuidado colectivo cuidado en sí mismo. Busca la armonía de la relación ser humano naturaleza. Las temáticas a desarrollar son: Aprovechamiento de los recursos naturales, construcción de grupos de vínculo, cultivos hidropónicos, plantas medicinales, marchas saludables, conservación y cuidado del ambiente en

contribución al mejoramiento de la calidad de vida. Para el desarrollo de esta actividad, se conformarán 15 grupos de 3 personas con discapacidad y su cuidador, quienes recibirán 20 sesiones con una duración de dos (2) horas cada una. En total se beneficiarán 45 personas con discapacidad y 45 cuidadores(as).

FASE 2. MATERIALES ACCIONES Y ACTIVIDADES ALTERNATIVAS DE USO Y APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS NATURALES. Se contempla la entrega de insumos complementarios de acuerdo a las actividades propuestas (Cultivos hidropónicos, plantas medicinales, Marchas saludables, Conservación y cuidado del ambiente en contribución al mejoramiento de la calidad de vida).

COMPONENTE 4. MEDIOS ALTERNATIVOS PARA SALUD Y EL BIENESTAR

Los medios alternativos para la salud y el bienestar buscan mediante acciones, actividades y experiencias innovadoras transformar los saberes, prácticas y relaciones para el buen vivir; así como actividades asistidas con animales, uso del agua, música, danza, aromas, sanación pránica y otras técnicas orientales y convencionales, acciones y actividades de ocio y tiempo libre a través de la conformación de grupos de acuerdo con sus características, necesidades personales y ciclo de vida. Para ello, se llevará a cabo las siguientes actividades:

FASE 1. ACTIVIDADES ASISTIDAS CON ANIMALES CANINOTERAPIA.

Las terapias asistidas con animales (TAA) son intervenciones encaminadas a conseguir unos objetivos curativos, paliativos, educativos y rehabilitadores, mediante la interacción entre un animal y el paciente, en el que el animal se define como coterapeuta. Se desempeñan como parte integral de un tratamiento no farmacológico que pueden ser medidas y evaluadas, en las que, por medio de la aplicación de dinámicas, individuales o grupales, se fomenta la adquisición de destrezas y el desarrollo de diferentes áreas, tanto motoras como psíquicas. Actualmente, las TAA son unas prácticas reconocidas y cada vez más extendidas en el ámbito sanitario, socio – sanitario e incluso en educación.

La canoterapia o caninoterapia es una TAA, la cual se define como una metodología clínica cooperadora que involucra el uso de perros, especialmente seleccionados como auxiliares. Estos están guiados por un personal sanitario, un trabajador social o un educador, siempre que esté especializado en este ámbito.

Para la ejecución de esta actividad se conformarán 20 grupos de 3 personas con discapacidad y su cuidador(a) quienes recibirán 25 sesiones de 2 horas cada una. Las sesiones incluyen la sesión de caninoterapia asistida la cual se realizará dentro de la Localidad, refrigerios para la persona con discapacidad y su cuidador(a) y materiales requeridos para el desarrollo de la sesión. Total personas: 120 (60 PcD y 60 Cuidadores(as).

COMPONENTE 5. HERRAMIENTAS VIRTUALES DE APRENDIZAJE PARA EL CUIDADO

Busca sensibilizar a las personas con discapacidad y cuidadores(as) Medios virtuales educativos orientados al aprendizaje de buenas prácticas para el cuidado y desarrollo de actividades de la vida diaria. Para el desarrollo de este componente se llevarán a cabo las siguientes actividades:

FASE N° 1. ACCIONES DE EDUCACIÓN FRENTE A HÁBITOS POSTURALES, CUIDADO DE PIEL, ACTIVIDAD FÍSICA. Se vincularán 51 personas con discapacidad y su cuidador(a); quienes recibirán 20 sesiones en temas relacionados con el tren de la alimentación, alimentación saludable, cuidado de piel y actividad física. Estas temáticas tendrán que realizarse en algunas de las siguientes herramientas web 2.0, tales como Animoto, Easel-ly, Scrawlar, PortfolioGen, cartillas digitales, mesas interactivas, entre otras. Para ello se conformarán 34 grupos de 3 personas con discapacidad y su cuidador, quienes recibirán 20 sesiones para un total. Total personas: 102

FASE N° 2. ENTREGA KITS COMPLEMENTARIOS: Se llevará a cabo la entrega de un Kit para facilitar las actividades de hábitos posturales, cuidado de piel, y actividad física; tales como: balón para pilates, dos (2) pesas de tobillo, dos (2) pesas de tres kilos, un (1) tapete para hacer ejercicio, Un (1) kit de bandas de diferente resistencia, un (1) lazo para saltar en PVC de alta resistencia que permita ajustarlo al tamaño adecuado, con una longitud de 2.74 metros, mangos delgados y ergonómicos para mayor comodidad y agarre. dos (2) toallas en algodón de 40 x 71 cm contramarcada, un frasco de gel antibacterial al 70% de 500 ml, con logos instituciones y tula resistente. La propuesta del kit deberá ser concertada y presentada para aprobación al Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento

FASE N° 3. PIC NIC BIO SALUDABLE: A manera de cierre del proyecto; se realizará un PicNic Saludable que contenga alimentos saludables tales como pinchos de frutas, tablas de quesos, frutos secos entre otros) en un espacio abierto dentro de la Localidad. En esta actividad se realizará un mínimo de 30 minutos de actividad física asistida (especialmente de las técnicas trabajadas en el proyecto) y apoyarán la preparación de sus refrigerios saludables. Para tal fin se conformarán 31 grupos de 12 personas (6 PcD y 6 cuidadores). La duración será de dos horas en promedio.

COMPONENTE 6: GESTIÓN OPERATIVA

FASE N° 1. GESTIÓN OPERATIVA: Incluye: diligenciamiento de sistema de información propuesto por la Secretaría Distrital de Salud, asistencia a comités técnicos de seguimiento, comités técnicos extraordinarios, comités técnicos de aprobación para otorgamiento de ayudas técnicas, reuniones de apoyo a interventoría y/o a supervisión, articulación extra e intra institucional, elaboración y presentación de cronogramas, informes técnicos mensuales, informe técnico final de acuerdo con lineamiento de la Secretaría Distrital de Salud, elección y reunión mensual con veedores, suministros, papelería y demás actividades relacionadas con la coordinación del proyecto.

Nota: En el marco de la emergencia sanitaria declarada por COVID-19, se deberán contemplar acciones, estrategias, así como medidas de protección y prevención frente al contagio, dando cumplimiento a la normativa Distrital y Nacional vigente.

1. **Concertación con ETNIAS**

   Estas actividades se desarrollarán de acuerdo a las asambleas étnicas realizadas en el mes de marzo de 2021, por parte del área de participación del Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar, las cuales tendrán una magnitud para la presente vigencia de la siguiente manera:

Concertación Asambleas étnicas	Vigencia 2021
comunidades Negras, Afro colombianas, raizales y Palenqueras	21
Indígenas	15

Nota: En caso de que las comunidades Indígenas y/o NARP no cuenten con personas con discapacidad y cuidadores que cumplan con los criterios de elegibilidad y viabilidad requeridos de acuerdo con el Sector Salud; el FDLCB vinculará población con discapacidad y cuidadores no reconocidos o pertenecientes a la población diferencial.

Es importante enunciar que, mediante la implementación de la transversalización del enfoque de género, el FDLCB pretende llevar a cabo un proceso de intervención que permite contribuir a la equidad en el acceso a los servicios de salud, eliminar barreras que generen inequidad y desarrollar políticas, planes y programas, dirigidos a promover la vinculación de todas las personas que demanden los servicios ofertados; garantizando siempre y en todo momento el derecho a la salud y a la igualdad. Por lo expuesto anteriormente, los proyectos de salud están dirigidos a vincular de manera equitativa y sin preferencias a toda la población con un enfoque diferencial. Por lo anterior, para este caso en particular, el acceso a los servicios de Salud se encuentra garantizado para todas las personas que lo requieran.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	VIGENCIAS			
	2021	2022	2023	2024

Niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores en condición de discapacidad y sus cuidadores.	**790.282**	**804.180**	**818.065**	**831.955**

SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS

Indique cuáles son los criterios (enmarcados en reglas de justicia claras y públicas) que serán empleados para seleccionar año a año quiénes serán los beneficiarios de este proyecto.

Dirigido a personas con discapacidad, cuidadores, cuidadoras y otros actores que ejerzan labores de cuidado, en todos los ciclos de vida; así como a grupos y colectivos integrados por personas con discapacidad, cuidadores, cuidadoras y otros actores que ejerzan labores de cuidado.

Se tendrán en cuenta los criterios:

- ✓ Fotocopia documento de identificación usuario y cuidador (en caso de requerirlo).
- ✓ Fotocopia de un recibo de servicio público de agua, luz o gas, en donde se registre la dirección de residencia
- ✓ Diagnóstico médico o resumen de historia clínica reciente, no mayor a 1 año de expedición
- ✓ Certificado de residencia en la localidad expedido en la plataforma virtual de la Secretaría de Gobierno.
- ✓ Certificado de discapacidad (opcional, no excluyente, se encuentra en proceso de implementación).
- ✓ Preferiblemente se vincularán usuarios(as) nuevos en cada vigencia.

LOCALIZACIÓN
Identifique el espacio donde se adelantará la inversión.

Año	UPZ/UPR/área rural de la localidad	Barrio/vereda	Localización específica
2021	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2022	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2023	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2024	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad

COMPONENTE 2: DISMINUCIÓN FACTORES DE RIESGO SPA

Para llevar a cabo la puesta en marcha de este proyecto se debe contemplar el proyecto las siguientes actividades:

FORMULACIÓN. Para esta fase se deberá tener en cuenta el acompañamiento, asistencia técnica y lineamientos bridados por el sector[9].

En el marco de los proyectos de inversión local en salud relacionados con acciones complementarias para personas con discapacidad, cuidadores y cuidadoras, se deben desarrollar acciones enmarcadas en las cuatro (4) categorías de acción descritas (1. salud mental positiva, 2. estrategia de ecocuidado, 3. medios alternativos para la salud y el bienestar y 4. herramientas virtuales de aprendizaje para el cuidado), dichas acciones y estrategias no deben estar cubiertas o incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS o POS), ni en el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas – PSPIC

COMUNICACIONES: Corresponde a acciones de convocatoria, difusión y socialización, como parte de la estrategia de comunicaciones y presentaciones públicas ante las JAL y la Comunidad, así como la

[9] Circular conjunta 015 de 2017, directiva 012 de 2016 y Resolución 748 de 2019

identificación de la población, a partir de los datos suministrados por las diferentes fuentes de acceso y canalización al Proyecto, tales como, estrategia territorial de salud (entorno vivienda, entorno escolar, entorno público, entorno institucional), procesos de gobernanza, referentes de los equipos poblacionales desde el enfoque diferencial, gestión de los referentes de participación de las Alcaldías Locales, otras gestiones en salud pública o solicitud directa de los ciudadanos, se verificará la ubicación de la población dentro de la localidad; inscripción de usuarios en base de datos; se realizará, además, reuniones de socialización del proyecto ante diferentes espacios interinstitucionales y extrainstitucionales con el objeto de dar a conocer el proceso y alcances del proyecto.

ENFOQUE POBLACIONAL-DIFERENCIAL: La estrategia de comunicación deberá ser también orientada a los diversos grupos poblacionales con enfoque diferencial, con los ajustes razonables que se requieran para el acceso oportuno a la información.

Se deberá dar cumplimiento al Acuerdo Distrital 381 del 2009, en el cual se define que las piezas comunicativas que sean diseñadas y divulgadas deben incluir lenguaje incluyente, comunicación e imágenes no sexistas.

INSCRIPCIÓN. Ingreso a lista de inscritos (base de datos) y referencia de fuentes de acceso. Incluye la recepción de los datos básicos de los inscritos que permitan la ubicación, vinculación a las diferentes acciones y estrategias, caracterización de la población vinculada a los proyectos, seguimiento y acciones transectoriales que se requieran.

Punto de inscripción definido por el Fondo de Desarrollo Local de su territorio, el cual puede ubicarse en la Alcaldía Local o en los puntos de la localidad establecidos en concertación, con el equipo ejecutor de acuerdo a las particularidades y necesidades locales, favoreciendo la accesibilidad de la población con discapacidad, cuidadores y cuidadoras; así mismo, deberán contar con un link de inscripción en la página oficial del FDL y del Ejecutor, enlace virtual y líneas telefónicas que faciliten la inscripción y acceso a la información.

HISTORIA DE VULNERABILIDAD. Corresponde a las actividades de identificación de condiciones de vulnerabilidad como verificación de condiciones socioeconómicas, contexto social, necesidades básicas (salud física, autonomía), necesidades intermedias (nutrición, vivienda, ambiente, cuidado de la salud y educación) entre otras, para la vinculación de la población al proyecto, de acuerdo con las categorías y modalidades referidas en el presente documento.

EJECUCIÓN. Se desarrollarán cuatro (4) categorías de acción descritas, teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad y viabilidad del sector, tener conocimiento de la normatividad jurídica respecto a las Políticas relacionadas con la población con discapacidad, cuidadores y cuidadoras, y deberá generar los enlaces transectoriales requeridos, de tal manera que se cumplan los propósitos y objetivos del proyecto.

Enfoque poblacional-diferencial: Las acciones a ejecutar deben incluir ajustes razonables para el abordaje de personas con discapacidad física, mental, cognitiva, auditiva, visual, sordo-ceguera y múltiple y grupos poblacionales a razón de creencias, cosmovisión, género, entre otras. Para el caso de las zonas rurales las actividades propuestas pueden variar debido a las características del entorno, el procedimiento y tiempos de desplazamientos. La fase de ejecución deberá contemplar la implementación de estrategias y ajustes razonables para el diálogo y abordaje de personas con discapacidad física, mental, cognitiva, auditiva, visual, sordo-ceguera y múltiple, favoreciendo la cobertura de la población con discapacidad, cuidadores y cuidadoras. Así mismo, se deberá tener en cuenta la población con enfoque diferencial (víctima de conflicto armado, comunidades étnicas, población de zonas rurales, comunidad LGTBI, habitante de calle, población migrante, entre otras).

REGISTRO Y SISTEMATIZACIÓN: Registro de información cualitativa y cuantitativa, que permita dar cuenta del avance, dificultades, retos y resultados por cada una de las fases del proyecto, así como de los aportes y observaciones realizadas por los diferentes actores vinculados. El proyecto debe permitir la realimentación

de la información, al Sector Salud – Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad, a la Comunidad, a las instancias en salud y a las Entidades de Control.

EVALUACIÓN, MONITOREO Y CONTROL SOCIAL. El proyecto deberá favorecer la constitución y acción de veedurías comunitarias, desde la formulación, desarrollo, seguimiento, evaluación y liquidación del proyecto, teniendo en cuenta lineamientos dados por el proceso de control social de la Secretaria Distrital de Salud.

Nota: En el marco de la emergencia sanitaria declarada por COVID-19, se deberán contemplar acciones, estrategias, así como medidas de protección y prevención frente al contagio, dando cumplimiento a la normativa Distrital y Nacional vigente.

CONCERTACIÓN CON ETNIAS

Teniendo en cuenta las concertaciones con las comunidades NARP según el acta del día 15 de marzo de 2021 y comunidades INDÍGENAS según acta día 17 de marzo de 2021, este concepto de gasto no fue sometido a acuerdos de compromisos; así:

CONCERTACIÓN COMUNIDADES NARP E INDÍGENAS	VIGENCIA 2021
Comunidades Negras, Afrocolombianas, raizales y Palenqueras	No se sometió a concertación.
Indígenas	No se sometió a concertación. El acuerdo quedó pactado acorde a la implementación del SISPI

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

VIGENCIA 2021

COMPONENTE N° 1. ALISTAMIENTO Y CONVOCATORIA

FASE 1: ALISTAMIENTO: Actividades propias de la coordinación inicial del proyecto que incluye inclusión presupuestal, elaboración de estudios previos para la selección y el proceso de contratación de talento humano, recursos físicos, apoyo tecnológico, elaboración y presentación de proyección físico financiera y todos los soportes documentales establecidos para dar inicio a la ejecución del convenio/contrato. Se contemplan 100 horas de profesional especializado en total para la fase inicial del proyecto.

FASE 2 PRESENTACIONES PÚBLICAS: Dos (2) presentaciones con una duración de 2 horas con participación de profesional especializado de la coordinación y el profesional referente. Una presentación al inicio del proyecto y la segunda al cumplir el 80% de ejecución del proyecto, ante la comunidad en general interesada en el tema de la línea de inversión y la JAL.

FASE 3: SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO A GRUPOS POBLACIONALES: Esta actividad se orienta a brindar y realimentar la información relacionada con el acceso al proyecto, seguimiento y avance del mismo. Dicha estrategia deberá garantizar el uso de medios de comunicación tradicionales y no tradicionales, que no necesariamente implican un gasto adicional, pues se podrán utilizar los medios propios de las instituciones como periódicos, radios comunitarias, carteles, redes sociales, entre otros. Así mismo se debe garantizar la socialización a los diferentes grupos poblacionales y enfoque diferencial (Etnias. (Raizal, ROM, Comunidades indígenas, Comunidades Negras, Afrocolombianas y Palanqueras, Población LGBTI, Mujer y Genero, Personas con Discapacidad, Víctimas del conflicto, Habitantes de Calle; teniendo en cuenta que es un proyecto trasversal se realizaran socializaciones en los diferentes consejos locales y espacios de participación de la localidad de los siguientes grupos: Infancia y Adolescencia, Juventud, Adultez, Persona Mayor.

COMPONENTE N° 2. ACCIONES PARA LA DISMINUCIÓN DE FACTORES DE RIESGO FRENTE AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

FASE 1. INSCRIPCIÓN DE BENEFICIARIOS: Se llevarán a cabo inscripciones a mínimo a 650 personas de la Localidad para participar en el proyecto, para lograr la conformación de 15 grupos de base comunitaria por cada una de las 8 Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) y 1 grupo en cada corregimiento en la ruralidad (3 corregimientos). En total se conformarán 123 grupos de 5 personas cada uno. Para un total de 615 personas beneficiarias.

FASE 2 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL: Se llevarán a cabo dos (2) sesiones de dos (horas) cada una; en la cual se realice una aproximación a la promoción y prevención de la salud mental. Total, grupos 123 por dos sesiones. Total, sesiones 246 de dos (2) horas de duración cada una.

FASE 3 PREVENCIÓN DEL CONSUMO ABUSIVO DE SPA. Se llevarán a cabo tres (3) sesiones de dos (horas) cada una; en la cual se sensibilizará a los asistentes en los diferentes tipos de Sustancias Psicoactivas y los riesgos del consumo; así como las estrategias para la prevención del consumo. Total, grupos 123 por dos sesiones. Total, sesiones 326 de dos (2) horas de duración cada una.

FASE 4 PREVENCIÓN DEL CONSUMO INICIAL A TEMPRANA EDAD. Se llevarán a cabo dos (2) sesiones de dos (horas) cada una; en la cual se sensibilizará a los asistentes en los daños e impacto del consumo de sustancias psicoactivas a temprana edad. Total, grupos 123 por dos sesiones. Total, sesiones 246 de dos (2) horas de duración cada una.

FASE 5. PROYECTO DE VIDA. Se llevarán a cabo dos (2) sesiones de dos (horas) cada una; en la cual se sensibilizará a los asistentes en cómo construir un proyecto de vida, definición de metas, matriz DOFA, valores, identidad, proyección y éxito. Total, grupos 123 por dos sesiones. Total, sesiones 246 de dos (2) horas de duración cada una.

FASE 6. FORTALECIMIENTO Y REFLEXIÓN DE LA IDENTIDAD CULTURAL. Se llevarán a cabo dos (2) sesiones de dos (horas) cada una; en la cual se sensibilizará a los asistentes en el contexto histórico, identidad cultural, marco constitucional, cosmovisión, identificación y valoración de las formas propias de organización territorial, social, cultural, económico y político, plurinacionacionalidad. Total, grupos 123 por dos sesiones. Total, sesiones 246 de dos (2) horas de duración cada una.

FASE 7. FORTALECIMIENTO DE FACTORES PROTECTORES PARA LOS DIFERENTES CURSOS DE VIDA. Se llevarán a cabo dos (2) sesiones de dos (horas) cada una; en la cual se sensibilizará a los asistentes en factores protectores individuales, factores protectores en familia, factores protectores en el ámbito educativo, factores protectores en la sociedad. Total, grupos 123 por dos sesiones. Total, sesiones 246 de dos (2) horas de duración cada una.

FASE 8. RIESGOS PARA LA SALUD ASOCIADO AL CONSUMO DE SPA. Se llevarán a cabo dos (2) sesiones de dos (horas) cada una; en la cual se sensibilizará a los asistentes en biología y genética, ambiente social, ambiente percibido, personalidad y conducta, modelo etiológico del consumo de drogas basado en la explicación etiológica. Total, grupos 123 por dos sesiones. Total, sesiones 246 de dos (2) horas de duración cada una.

FASE 9. DETERMINANTES SOCIALES, CULTURALES Y DE SALUD QUE AFECTAN LAS RELACIONES DE GÉNERO. FASE 8. DETERMINANTES SOCIALES, CULTURALES Y DE SALUD QUE AFECTAN LAS RELACIONES DE GÉNERO. Se llevarán a cabo dos (2) sesiones de dos (horas) cada una; en la cual se sensibilizará a los asistentes en Contexto socioeconómico y político, gobernanza, política (macroeconomía, salud y sociedad) normas y valores culturales y de la sociedad, sistema de atención de la salud y distribución de la salud y el bienestar. Total, grupos 123 por dos sesiones. Total, sesiones 246 de dos (2) horas de duración cada una.

FASE 10. CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES. Se llevarán a cabo dos (2) sesiones de dos (horas) cada una; en la cual se sensibilizará a los asistentes en las rutas de atención e intervención. Total, grupos 123 por dos sesiones. Total, sesiones 246 de dos (2) horas de duración cada una.

FASE 11. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES PARA EL AFRONTAMIENTO DE LOS RETOS FÍSICOS, EMOCIONALES Y SOCIALES. Se llevarán a cabo dos (2) sesiones de dos (horas) cada una; en la cual se sensibilizará a los asistentes en inteligencia emocional, asertividad, programación neurolingüística, relaciones sociales, resolución de conflictos. Total, grupos 123 por dos sesiones. Total, sesiones 246 de dos (2) horas de duración cada una.

FASE 12. MANEJO DE EMOCIONES. Se llevarán a cabo dos (2) sesiones de dos (horas) cada una; en la cual se sensibilizará a los asistentes en autoestima, autoconceptos, toma de decisiones. Total, grupos 123 por dos sesiones. Total, sesiones 246 de dos (2) horas de duración cada una.

FASE 13. CARTOGRAFÍAS SOCIALES. Se llevarán a cabo dos (2) sesiones de dos (horas) cada una; en la cual se sensibilizará a los asistentes en reconocimiento del espacio temporal y geográfico, narración y dibujo del territorio, identificación de la dinámica social del territorio, socialización del territorio, diagnóstico local del territorio. Total, grupos 123 por dos sesiones. Total, sesiones 246 de dos (2) horas de duración cada una.

FASE 14. DIÁLOGOS DE SABERES. Se llevarán a cabo dos (2) sesiones de dos (horas) cada una; en la cual se llevarán a cabo con los asistentes un diálogo e intercambio de saberes que permita realizar un diagnóstico social del territorio. Total, grupos 123 por dos sesiones. Total, sesiones 246 de dos (2) horas de duración cada una.

FASE 15. PACTOS POR LA VIDA. Se llevarán a cabo dos (2) sesiones de dos (horas) cada una; en la cual se llevarán a cabo con los asistentes un diálogo e intercambio de saberes que permita realizar compromisos y pactos por la vida. Total, grupos 123 por dos sesiones. Total, sesiones 246 de dos (2) horas de duración cada una.

COMPONENTE N° 2. CONSTRUCCIÓN COMUNITARIA E INSTITUCIONAL DEL PLAN OPERATIVO, DE CADA DISPOSITIVO DE BASE COMUNITARIA.

FASE 1. CONSTRUCCIÓN PLAN OPERATIVO. Cada grupo realizará un Diagnóstico Local de sus territorios, basados en las investigaciones y resultados obtenidos en cuanto a antecedentes, cartografía social, impacto, análisis de las diferentes organizaciones. Este plan operativo deberá contener como mínimo metas, presupuesto, objetivos, operacionalización, resultados esperados, cuadro de costos, cronograma y resultados esperados. Cada grupo contará con la asesoría de un profesional en un tiempo de ocho (8) horas. Total, grupos 123, horas totales 984.

FASE 2. OPERACIONALIZACIÓN PLAN OPERATIVO. Puesta en marcha del plan operativo con acciones y estrategias para la disminución de factores de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas en cada territorio.

FASE 3. CIERRE DEL PROCESO. Se llevará a cabo un cierre del proceso por cada grupo de base establecido en el cual se deberá realizar una feria de servicios que permita dar a conocer la conformación de estos grupos de base dentro de sus comunidades.

COMPONENTE 5: GESTIÓN OPERATIVA

FASE N° 1. GESTIÓN OPERATIVA: Incluye: diligenciamiento de sistema de información propuesto por la Secretaría Distrital de Salud, asistencia a comités técnicos de seguimiento, comités técnicos extraordinarios, comités técnicos de aprobación para otorgamiento de ayudas técnicas, reuniones de apoyo a interventoría y/o a supervisión, articulación extra e intra institucional, elaboración y presentación de cronogramas, informes

técnicos mensuales, informe técnico final de acuerdo con lineamiento de la Secretaría Distrital de Salud, elección y reunión mensual con veedores, suministros, papelería y demás actividades relacionadas con la coordinación del proyecto.

Nota: En el marco de la emergencia sanitaria declarada por COVID-19, se deberán contemplar acciones, estrategias, así como medidas de protección y prevención frente al contagio, dando cumplimiento a la normativa Distrital y Nacional vigente.

CONCERTACIÓN CON ETNIAS

Estas actividades se desarrollarán de acuerdo a las asambleas étnicas realizadas en el mes de marzo de 2021, por parte del área de participación del Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar, las cuales tendrán una magnitud para la presente vigencia de la siguiente manera:

CONCERTACIÓN COMUNIDADES NARP E INDÍGENAS	VIGENCIA 2021
Comunidades Negras, Afrocolombianas, raizales y Palenqueras	No se sometió a concertación.
Indígenas	No se sometió a concertación. El acuerdo quedó pactado acorde a la implementación del SISPI

Es importante enunciar que, mediante la implementación de la transversalización del enfoque diferencial, el FDLCB pretende llevar a cabo un proceso de intervención que permite contribuir a la equidad en el acceso a los servicios de salud, eliminar barreras que generen inequidad y desarrollar políticas, planes y programas, dirigidos a promover la vinculación de todas las personas que demanden los servicios ofertados; garantizando siempre y en todo momento el derecho a la salud y a la igualdad. Por lo expuesto anteriormente, los proyectos de salud están dirigidos a vincular de manera equitativa y sin preferencias a toda la población con un enfoque diferencial. Por lo anterior, para este caso en particular, el acceso a los servicios de Salud se encuentra garantizado para todas las personas que lo requieran.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	VIGENCIAS			
	2021	2022	2023	2024
Niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con vulnerabilidad al consumo de sustancias Psicoactivas.	**790.282**	**804.180**	**818.065**	**831.955**

SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS

Indique cuáles son los criterios (enmarcados en reglas de justicia claras y públicas) que serán empleados para seleccionar año a año quiénes serán los beneficiarios de este proyecto.

Dirigido a la comunidad en general, teniendo en cuenta actores claves de grupos poblacionales, diferenciales, comunitarios, productivos, educativos, entre otros. Son de especial atención las personas y familias en situaciones de vulnerabilidad o con riesgo asociado a problemas y trastornos mentales, y consumo de sustancias psicoactivas. Así mismo, se deberá garantizar que los adolescentes y organizaciones de jóvenes locales, sean los principales participantes, de los objetivos y acciones propuestas que contribuyen a la disminución de factores de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas.

Para la vinculación y participación en el proyecto se requerirá la siguiente documentación:

- ✓ Fotocopia documento de identificación usuario
- ✓ Fotocopia de un recibo de servicio público de agua, luz o gas, en donde se registre la dirección de residencia
- ✓ **Certificado de residencia en la localidad expedido en la plataforma virtual de la Secretaría de Gobierno.**
- ✓ Preferiblemente se vincularán usuarios(as) nuevos en cada vigencia.

- ✓ Pertenecer a una organización social (grupos locales, adultos mayores etc).

LOCALIZACION *Identifique el espacio donde se adelantará la inversión.*			
Año	**UPZ/UPR/área rural de la localidad**	**Barrio/vereda**	**Localización específica**
2021	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2022	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2023	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2024	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad

COMPONENTE 3: DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL (NO POS)

El proceso para la entrega de dispositivos de asistencia personal – ayudas técnicas (no incluidas en el Plan de Beneficios) se realiza de acuerdo a lo establecido en los lineamientos técnicos que surgen de la participación comunitaria e institucional, y es liderada desde el Sector Salud. En ese sentido las fases que lo componen son:

FORMULACIÓN: Para esta fase se deberá tener en cuenta el acompañamiento, asistencia técnica y lineamientos bridados por el sector; así mismo deberá contar con la participación de la comunidad.
Nota: En el marco de la emergencia sanitaria declarada por COVID-19, se deberán contemplar acciones, estrategias, así como medidas de protección y prevención frente al contagio, dando cumplimiento a la normativa Distrital y Nacional vigente.

CONVOCATORIA Y SOCIALIZACIÓN: En esta primera etapa, es de vital importancia que, en los proyectos de Otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal, se realice una fase de *difusión, comunicación y socialización*. Esta actividad se orienta a brindar y realimentar la información relacionada con el acceso al proyecto, seguimiento y avance del mismo. Dicha estrategia deberá garantizar el uso de medios de comunicación tradicionales y no tradicionales, que no necesariamente implican un gasto adicional, pues se podrán utilizar los medios propios de las instituciones como periódicos, radios comunitarias, carteles, redes sociales, entre otros, asimismo se deberán garantizar los ajustes razonables necesarios y accesibilidad de los medios de comunicación utilizados, para que todas las personas con discapacidad, puedan acceder a esta información, independiente del tipo de discapacidad.

Enfoque Poblacional-Diferencial: Se entiende que las localidades que presentan Ruralidad tienen unas condiciones de desarrollo del proyecto diversas, por tanto, la estrategia de Comunicación se realizará teniendo en cuenta las distancias, terreno y tiempos de acercamiento de la localidad, entendiendo que existen barreras de accesibilidad y conformación territorial dispersa.

INSCRIPCIÓN: Toda persona que requiera un Dispositivo de Asistencia Personal – Ayuda Técnica, no cubierto por el plan de beneficios, deberá acercarse al punto de inscripción definido por el Fondo de Desarrollo Local de su territorio, el cual puede ubicarse en la Alcaldía Local o en los puntos de la localidad establecidos en concertación, con el comité técnico de seguimiento de acuerdo con las particularidades y necesidades locales, que permitan favorecer la accesibilidad de los candidatos.

El Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar y /o ejecutor podrá proponer alternativas de inscripción como links y enlaces virtuales o canales telefónicos en los casos que se requiera como ajustes razonables para facilitar al proceso de inscripción.

Enfoque Poblacional-Diferencial: Del listado de requisitos y documentos presentados, el FDL junto con el ejecutor y en armonía con la Comunidad, deberán definir cuáles documentos podrán entregar las personas de habitantes de la localidad, teniendo en cuenta condiciones particulares como distancia en el territorio y

dificultades de desplazamiento, así como barreras en acceso a los servicios de salud.

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES E HISTORIA DE VULNERABILIDAD: Se entiende que la necesidad en el uso de dispositivos de asistencia es prioritaria; no obstante, existen situaciones en las que por diferentes razones de operación debe prevalecer la protección y el apoyo a personas con discapacidad, sus cuidadores y/o familiares, que cursen por situaciones de vulnerabilidad y emergencia social, y que requieren de una respuesta inmediata.

En este proceso se tienen en cuenta criterios de priorización que permiten identificar los casos de mayor vulnerabilidad, que apoyan la toma de decisiones para la entrega oportuna de los dispositivos de asistencia personal a nivel local. Las herramientas de priorización son la Capacidad de Funcionamiento y Niveles de Apoyo y las Condiciones Especiales de Vulnerabilidad y Participación.

PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL: La prescripción de los Dispositivos de Asistencia Personal – Ayuda Técnica, es el proceso técnico por medio del cual se identifican las necesidades funcionales y la realización de la toma de medidas de los dispositivos o modificaciones ambientales para una persona.

Todos los Dispositivos de Asistencia Personal – Ayudas Técnicas, deben ser prescritos por profesionales idóneos que se requiera según el tipo de dispositivo. Se sugiere que para la construcción de los términos de referencia se tengan en cuenta las observaciones y aportes realizados por los líderes de discapacidad, que desde sus saberes y experiencias conocen materiales, vida útil entre otras condiciones importantes para garantizar la calidad de los elementos.

COMPRA DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL:

La compra de Dispositivos se realizará de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3512 de 2019. "Por la cuál se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)", o en aquella que la derogue y actualice.

***PROCESO ADMINISTRATIVO DE SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DE PROVEEDORES**:

Una vez suscrito el convenio interadministrativo, se realizará el proceso de selección y contratación de proveedores según los requerimientos establecidos en los lineamientos de la SDS para el otorgamiento de dispositivos de asistencia personal/ Ayuda técnica y lo establecido en el manual de contratación de la Subred Sur.

A fin de realizar la Compra de los Dispositivos se deberá conformar el Comité Técnico de Aprobación; el cuál cumplirá las siguientes funciones:

COMITÉ TÉCNICO DE APROBACIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL –A.T.-

El Comité Técnico de aprobación de los dispositivos de asistencia personal, tendrá las siguientes funciones:

1. Aprobar dentro de un esquema de pertinencia y competencia todas y cada una de los dispositivos de asistencia personal requeridas por la comunidad.
2. Autorizar la entrega de elementos que sobrepasen los montos y la cantidad establecidos en estos lineamientos y/o que no se encuentren incluidas en el listado de dispositivos de asistencia personal a otorgar por el proyecto.
3. Formalizar todas las sesiones mediante actas en la que se registren las decisiones; éstas deben contar con las firmas de los participantes.

Los comités técnicos de aprobación se realizarán de acuerdo a la proyección de actividades en los tiempos avalados por la supervisión, previo aviso por escrito a los miembros del comité (oficio o mensaje electrónico).

ENTREGA Y ENTRENAMIENTO PARA EL USO, MANEJO Y MANTENIMIENTO: El proceso metodológico para la entrega y entrenamiento de los dispositivos de asistencia personal, busca garantizar la participación plena en igualdad de condiciones, la restitución del derecho a la información y orientación de las personas con discapacidad y sus cuidadores, dando alcance a la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad (Organización de las Naciones Unidas, ONU, 2008) y a los datos que emergen para el proceso de Gobierno Abierto – GABO.

Esta caracterizado por brindar información a la población con discapacidad beneficiada y sus cuidadores sobre el correcto uso del dispositivo. Es importante que al momento de realizar la entrega y entrenamiento se encuentre presente el beneficiario. Además, se deben incluir estrategias y condiciones físicas, pedagógicas, comunicativas y materiales que permitan apropiar la información y garantizar la seguridad de las personas con discapacidad y sus cuidadores.

SEGUIMIENTO AL DISPOSITIVO Y A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: El proceso de seguimiento se realiza al Dispositivo de asistencia personal y a la persona con discapacidad, permite obtener y reportar información sobre el uso, dificultades, beneficios y avances que se generaron desde su otorgamiento. Este proceso debe ser desarrollado por profesionales idóneos y según los formatos establecidos para tal fin.

Nota: En el marco de la emergencia sanitaria declarada por COVID-19, se deberán contemplar acciones, estrategias, así como medidas de protección y prevención frente al contagio, dando cumplimiento a la normativa Distrital y Nacional vigente.

CONCERTACIÓN CON ETNIAS

Teniendo en cuenta las concertaciones con las comunidades NARP según el acta del día 15 de marzo de 2021 y comunidades INDÍGENAS según acta día 17 de marzo de 2021, se definieron los siguientes compromisos para el cuatrienio:

Comunidades NARP: Beneficiar 51 personas con discapacidad a través de Dispositivos de Asistencia Personal - Ayudas Técnicas (no incluidas en los Planes de Beneficios) PROPUESTA NARP 3%

Comunidades Indígenas: Se concertó que la Entidad se compromete a tener en cuenta el acuerdo pactado acorde a la implementación del SISPI. (Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural). Teniendo en cuenta que hay 9 comunidades en el territorio, se proyecta impactar 3 comunidades por cada vigencia con un número mínimo de 21 personas con discapacidad que pertenezcan a cada comunidad indígena (Previa concertación con la mesa local de pueblos indígenas). El ejecutor evaluará la pertinencia de vincular en la ejecución un médico ancestral y cuatro (4) ayudantes (iachas) por cada comunidad indígena participante. Se beneficiarán 85 personas con discapacidad a través de Dispositivos de Asistencia Personal - Ayudas Técnicas (no incluidas en los Planes de Beneficios), equivalentes al 5%.

CONCERTACIÓN COMUNIDADES NARP E INDÍGENAS	VIGENCIAS			
	2021	2022	2023	2024
Comunidades NARP	13	13	13	12
Indígenas (comunidad KAMETSA, INGA, UITOTO, AMBIKA PIJAO, ZENU, YANACONA, NASA, WUOANAN Y EMBERA KATIO)	21	21	21	22

Nota: En caso que las comunidades Indígenas y/o NARP no cuenten con personas con discapacidad que cumplan con los criterios de elegibilidad y viabilidad requeridos de acuerdo con el Sector Salud; el FDLCB vinculará población con discapacidad no reconocidos o pertenecientes a la población diferencial.

Es importante enunciar que, mediante la implementación de la transversalización del enfoque diferencial, el FDLCB pretende llevar a cabo un proceso de intervención que permite contribuir a la equidad en el acceso a los servicios de salud, eliminar barreras que generen

inequidad y desarrollar políticas, planes y programas, dirigidos a promover la vinculación de todas las personas que demanden los servicios ofertados; garantizando siempre y en todo momento el derecho a la salud y a la igualdad. Por lo expuesto anteriormente, los proyectos de salud están dirigidos a vincular de manera equitativa y sin preferencias a toda la población con un enfoque diferencial. Por lo anterior, para este caso en particular, el acceso a los servicios de Salud se encuentra garantizado para todas las personas que lo requieran.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	VIGENCIAS			
	2021	2022	2023	2024
Niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con vulnerabilidad al consumo de sustancias Psicoactivas.	**790.282**	**804.180**	**818.065**	**831.955**

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

VIGENCIA 2021

COMPONENTE 1. FASE INICIAL DEL PROYECTO

CONFORMACIÓN COMITÉ TÉCNICO DE SEGUIMIENTO

Para garantizar la adecuada ejecución del proyecto, se conformará un comité técnico, el cual estará integrado por:

- ✓ Alcalde Local de Ciudad Bolívar o su delegado, quien ejercerá como apoyo a la supervisión del proyecto.
- ✓ Gerente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., o ejecutor, como coordinador o facilitador del proyecto (o en otros casos el representante legal o su delegado de la Subred Sur del proyecto);
- ✓ Interventor designado, en el caso en que el Fondo de Desarrollo Local lo estime pertinente.
- ✓ Veedor(es) delegado(s) y/o suplente del proyecto, con el acta de delegación correspondiente desde COPACOS (opcional, de acuerdo con la dinámica de la localidad).
- ✓ Veedor(es) constituidos a través de acta de constitución avalada por la Personería Distrital.
- ✓ Delegado del Consejo Local de Discapacidad; con el acta de delegación correspondiente.
- ✓ Referente de proyectos de Inversión Local en Salud de la Secretaría Distrital de Salud
- ✓ El profesional de la política de discapacidad de Gobernanza de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. Integrada de Servicios de Salud de la ESE.

FASE 1. ALISTAMIENTO (100 HORAS)

Actividades propias de la coordinación del proyecto que incluye para el caso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. inclusión presupuestal del proyecto, elaboración de estudios previos para la selección y el proceso de contratación de talento humano, recursos físicos, apoyo tecnológico, elaboración y presentación del plan de acción, cronograma general de actividades, estudio detallado de tiempos y movimientos, proyección Físico Financiera y todos los soportes documentales establecidos para dar inicio a la ejecución del convenio, elaboración de fichas técnicas.

FASE 2. CONVOCATORIA Y SOCIALIZACIÓN: (2 PRESENTACIONES)

Se debe contemplar la realización de al menos dos presentaciones públicas, una al inicio y otra trascurrido al menos el 80% de la ejecución del proyecto. En la presentación pública inicial se realizará la socialización del plan de acción, cronograma general de actividades, especificaciones técnicas, meta poblacional, componentes, fases del proyecto, criterios de elegibilidad y exclusión y datos de contacto para realizar la inscripción. Esta presentación se realizará ante la Junta Administradora Local, a la cual se invitará previamente a la comunidad en general (potenciales beneficiarios-as), COPACO, SDS, entidades locales, distritales, organizaciones de base

y aquellas que puedan beneficiarse del proyecto. Para la presentación pública final, se socializarán los resultados obtenidos, caracterización de la población beneficiaria, cumplimiento programático y financiero del proyecto; impacto, recomendaciones y sugerencias para futuras vigencias. Esta presentación se realizará ante la Junta Administradora Local o Comunidad en general, previa convocatoria a entidades locales, distritales, organizaciones de base, beneficiarios(as), COPACO y SDS. Esta presentación pública final puede ser solicitada una vez se apruebe por parte de la Interventoría y/o supervisión el cumplimiento del 80% de actividades programáticas ejecutadas.

FASE 3: SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO A GRUPOS POBLACIONALES. (50 HORAS)

La estrategia de comunicaciones hace referencia a los mecanismos y medios a través de los cuales se da a conocer el proyecto, sus fases y las rutas de acceso. Estas estrategias estarán orientadas a grupos sociales, como juntas de acción comunal, grupos de familias, grupos de los espacios escuela, comunitario, trabajo, grupos poblacionales con enfoque diferencial priorizados con la Alcaldía local de Ciudad Bolívar.

Las socializaciones, se podrán realizar a través de plataformas virtuales como Zoom, Teams, Facebook Live, entre otras; favoreciendo la concentración masiva de comunidad para lo cual se deben garantizar los medios de socialización previa por diferentes medios (emisoras y canales locales, redes sociales oficiales del FDLCB y Subred Sur, grupos de whatsapp, etc.), que permitan registrar la mayor audiencia en estos espacios. Se recomienda el uso y publicación de infografías e instructivos interactivos que apoyen el proceso de socialización por los diferentes canales de divulgación comunitaria.

De acuerdo con el lineamiento el tiempo estimado por difusión será de máximo 2 horas por grupo definido (Total 50 horas).

COMPONENTE 2. ENTREGA DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL -AYUDAS TÉCNICAS-

FASE N° 1. INSCRIPCIÓN (100 HORAS)

Toda persona que requiera un Dispositivo de Asistencia Personal – Ayuda Técnica, deberá acercarse al punto de inscripción definido por el Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar, el cual puede ubicarse en la Alcaldía Local o en los puntos de la localidad establecidos en concertación, con el comité técnico de seguimiento, que permitan favorecer la accesibilidad de los candidatos.

Se deben ingresar los datos del potencial beneficiario a una base de datos denominada lista de inscritos, la cual será administrada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Como parte del proceso de depuración de la lista de inscritos, se debe garantizar lo siguiente:

Para cuantificar el cumplimiento de la meta plan, cada beneficiario se contará una única vez dentro del cuatrienio del plan de desarrollo en curso y podrá recibir en el cuatrienio del plan de desarrollo en curso un máximo de 3 Dispositivos de Asistencia Personal -Ayudas Técnicas-.

FASE 2. VISITA DE VULNERABILIDAD Y MEDIO AMBIENTE (440 VISITAS)

El equipo de profesionales en cabeza del facilitador local llevará a cabo el proceso de elección, georreferenciación, coordenada geográfica y programación de visita de vulnerabilidad (Territorialización de las visitas por UPZ), a partir de la depuración de la lista de espera. Para complementar el estudio de cada caso se proponen las siguientes herramientas de priorización que son útiles tanto en la revisión de condiciones realizada en la visita de vulnerabilidad, como en el proceso de prescripción y posterior comité de aprobación.

Toda actividad a realizar de manera presencial y directa con la comunidad deberá dar cumplimiento a las orientaciones de prevención y protección dispuesta en las normativas publicadas por el distrito en el marco de la pandemia por COVID-19.

FASE 3. PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL (440 VISITAS)

La prescripción de los Dispositivos de Asistencia Personal – Ayuda Técnica, es el proceso técnico por medio del cual se identifican las necesidades funcionales y la realización de la toma de medidas de los dispositivos o modificaciones ambientales para una persona.

Este proceso debe ser llevado a cabo por el profesional de rehabilitación (facilitador local, profesional de apoyo o profesional de prescripción especializada) con la participación de la persona con discapacidad, su familia, cuidador y/o proveedor.

El lugar idóneo para reconocer las necesidades estructurales, funcionales, el desempeño en actividades, la participación y los factores ambientales, es el domicilio del usuario.

La visita de prescripción Incluye: agendamiento previo de la visita en la residencia del(a) usuario(a), desplazamiento, diligenciamiento del formato de prescripción (incluyendo la toma de medidas si es necesario) y asesoría.

Esta fase, por presentar una alta carga de exposición tanto para las personas con discapacidad y sus cuidadores, como la Subred Sur, es recomendable que no se desarrolle a modo de visita, tal como lo establece en el lineamiento técnico distrital, durante el periodo de cuarentena y en los periodos de aislamiento, que decrete el gobierno nacional y distrital.

FASE 4. COMPRA DE AYUDAS TÉCNICAS (PARA 425 PERSONAS MÍNIMO)

Se comprarán Dispositivos de Asistencia Personal - Ayudas Técnicas a mínimo 425 personas o hasta agotar el presupuesto asignado, para el otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal -ayudas técnicas.

FASE 5. ENTREGA DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL (86 TALLERES)

La entrega de los dispositivos de asistencia personal – ayudas técnicas, a la persona con discapacidad o su familia, será realizada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., con el acompañamiento de los integrantes del comité de seguimiento y aprobación quienes deben apoyarse en el proveedor, para la realización de las jornadas de entrenamiento. Se sugiere, que durante el proceso de entrega de los dispositivos de asistencia personal – ayudas técnicas, se encuentre presente el beneficiario con quien se verifique directamente, que el dispositivo si cumple con las necesidades del beneficiario y los criterios establecidos en la visita. En caso de que la persona no pueda asistir al proceso de entrega, se podrá programar una segunda fecha o realizar la entrega en el domicilio, evitando la entrega de dispositivos solo a cuidadores, sin hacer las pruebas de confirmación de la necesidad tales como pertinencia, calidad y estabilidad.

Las entregas se podrán realizar en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., Alcaldía Local o en los espacios que sean concertados con el Comité Técnico de Seguimiento, en grupos en donde debe participar el beneficiario, si sus condiciones funcionales lo permiten, así como con la participación del familiar y/o cuidador; con el objeto de lograr mayor corresponsabilidad de las familias y de la persona con discapacidad.

FASE 6. ENTREGA Y ENTRENAMIENTO (POR PERSONA) A DOMICILIO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL - AYUDA TÉCNICA. (81 TALLERES)

Teniendo en cuenta que los Dispositivos de Asistencia Personal de la línea de Mobiliario (camas hospitalarias manuales, semi eléctricas o eléctricas), barras de sujeción para baño y otros espacios, elevadores sanitarios y rampas portátiles; deben ser entregados e instalados directamente en el domicilio de los beneficiarios; se contempla un rubro para que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur realice esta actividad; mediante la

realización de 81 talleres en los domicilios de las personas con discapacidad que les fue aprobado la entrega de Dispositivos de Asistencia Personal de la línea de mobiliario, barras de sujeción, elevadores sanitarios y rampas portátiles.

FASE 7. SEGUIMIENTOS (425 SEGUIMIENTOS)

El seguimiento se hace a la persona con discapacidad y al dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica, este es realizado por los profesionales de apoyo del proyecto. La información obtenida en cada seguimiento es registrada en el formato de seguimiento y deberá ser ingresada en la base de datos registro único de participantes del proyecto. El seguimiento se llevará a cabo a partir del 10 día y 30 días después de la fecha de entrega del dispositivo de asistencia personal – ayuda técnica.

FASE 8. SEGUIMIENTO Nº 2 Y CONTROL DEL USUARIO Y USO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL - AYUDA TÉCNICA: (350 SEGUIMIENTOS)

Dirigida a beneficiarios de la vigencia 2019 y 2020. Para el reporte de seguimientos, éstos se reportan por ayuda técnica no por persona, toda vez que una persona puede tener más de una ayuda técnica. Las vistas fallidas se cobran después de la segunda visita previa verificación de soportes de no ubicación del usuario o con acompañamiento de veedores.

El seguimiento se realizará a la persona con discapacidad y a la ayuda técnica El seguimiento se realizará a la persona con Discapacidad y a la ayuda técnica entregada en la Vigencia 2019. Se recomienda priorizar aquellas personas que no alcancen a recibir el primer seguimiento; por la culminación de la meta y agotamiento del recurso de la vigencia 2019. La información obtenida, en cada seguimiento es registrada en la "Ficha de seguimiento y cuidado de ayudas técnicas", esta información debe ser, además, ingresada en la Base de Datos: Registro Único de Participantes.

FASE 9. ADQUISICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (100 KITS DE EPP)

Para cada una de las actividades (Visitas de vulnerabilidad, prescripción, taller de entrega y entregamiento, seguimientos) el equipo de la Subred Sur utilizará los elementos de protección personal requeridos para evitar el contagio. Se contempla que un porcentaje aproximado del 30% del total de actividades se realizará de manera presencial y por una de estas visitas, el(a) profesional de la Subred Sur utilizará los elementos de bioseguridad (bata, gorro, polainas, tapabocas, guantes de manejo, careta o monogafas), alcohol glicerinado, jabón, termómetro digital, bolsas rojas para desechar los elementos y demás requeridos según el protocolo presentado.

COMPONENTE 3. GESTIÓN OPERATIVA.

FASE 1. TRANSPORTE (1 CAMIONETA DE PLATÓN)

Se llevará a cabo la contratación de una (1) camioneta tipo platón para entrega de dispositivos de asistencia personal y seguimientos para tiempo completo.

FASE 2. GESTIÓN OPERATIVA

Incluye el diligenciamiento de sistema de información propuesto por la SDS, asistencia a comités técnicos de seguimiento, comités técnicos extraordinarios, comités técnicos de aprobación para otorgamiento de ayudas técnicas, reuniones de apoyo a interventoría y/o a supervisión, articulación extra e intra institucional, elaboración y presentación de cronogramas, informes técnicos mensuales, informe técnico final de acuerdo con lineamiento de la SDS, elección de veedores, suministros, papelería y demás actividades relacionadas con la coordinación del proyecto, equivalentes al **7,5%** del valor total de los aportes del FDLCB.

Nota: En el marco de la emergencia sanitaria declarada por COVID-19, se deberán contemplar acciones, estrategias, así como medidas de protección y prevención frente al contagio, dando cumplimiento a la normativa Distrital y Nacional vigente.

1. **Concertación con ETNIAS**

   Estas actividades se desarrollarán de acuerdo con las asambleas étnicas realizadas en el mes de marzo de 2021, por parte del área de participación del Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar, las cuales tendrán una magnitud para la presente vigencia de la siguiente manera:

Concertación Asambleas étnicas	Vigencia 2021
Comunidades NARP	13
Indígenas (comunidad KAMETSA, INGA, UITOTO, AMBIKA PIJAO, ZENU, YANACONA, NASA, WUOANAN Y EMBERA KATIO)	21

SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS

Indique cuáles son los criterios (enmarcados en reglas de justicia claras y públicas) que serán empleados para seleccionar año a año quiénes serán los beneficiarios de este proyecto.

Criterios que se tendrán en cuenta, y que debe presentar el candidato o potencial beneficiario al proceso de Otorgamiento de Dispositivos de Asistencia Personal son:

- ✓ El usuario refiere NO contar con los recursos económicos para adquirir el Dispositivo de Asistencia Personal - Ayuda Técnica por medio de compra, lo cual se debe verificar en la visita de vulnerabilidad utilizando y diligenciando el formato establecido para ello.
- ✓ Presentar una discapacidad permanente
- ✓ El Dispositivo de Asistencia Personal solicitada no debe estar incluida en el Plan de Beneficios
- ✓ Ser habitante de la localidad de Ciudad Bolívar (en la que está solicitando el Dispositivo de Asistencia Personal); con un tiempo mínimo de permanencia y residencia en la localidad de seis (6) meses. El soporte que deberá entregar es el certificado de residencia expedido por la Alcaldía Local de Ciudad Bolívar reciente con no más de un mes de expedición, así como un recibo de servicio público reciente de agua, luz o gas, no mayor a seis (6) meses de expedición. En caso de que se presenten barreras para la consecución del certificado de residencia, se podrá sustentar el lugar de residencia a través del recibo de servicio público vigente. El anterior mecanismo de acceso, solo se podrá utilizar en aquellos casos en los que, habiendo agotado el proceso de trámite y gestión del certificado de residencia, el candidato y la Subred Sur, demuestren que dicho proceso fue fallido; por ejemplo, capturas de pantalla de errores de funcionamiento en la página web de la Alcaldía. Lo anterior con la finalidad de disminuir barreras de acceso y dar respuesta a los ajustes razonables mencionados en la convención de derechos de las personas con discapacidad.
- ✓ Para los casos especiales como personas extranjeras especialmente venezolanos, revisar capítulo correspondiente.
- ✓ Aceptar, custodiar y hacer buen uso y cuidado, del o los dispositivos de asistencia entregados

LOCALIZACIÓN
Identifique el espacio donde se adelantará la inversión.

Año	UPZ/UPR/área rural de la localidad	Barrio/vereda	Localización específica
2021	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2022	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2023	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad

2024	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad

✓ COMPONENTE 4: SABERES ANCESTRALES

El concepto de gasto se desarrollará bajo las siguientes fases o etapas:

FORMULACIÓN: Esta fase se caracteriza por un alto grado de participación de la comunidad, se deben tener en cuenta los diagnósticos y censos locales de la población étnica que permiten identificar la diversidad de grupos y/o pueblos presentes en el territorio.

Se deben realizar convocatorias a los diferentes grupos y/o pueblos étnicos identificados o que manifiesten interés en hacer parte del proyecto, referentes de políticas y de gobernanza de las subredes para concertar y definir las acciones que se desarrollaran, teniendo en cuenta las categorías de acción, sus saberes, cosmovisiones, tradiciones e identidad y práctica cultural. Así mismo, se debe prever el acompañamiento del Sector y de referentes poblaciones étnicos para realizar la asistencia y asesoría técnica.

Conformación del comité de concertación y de seguimiento integrado por: delegados de cada uno de los pueblos o grupos étnicos que se encuentren en el territorio, delegado de la Alcaldía Local, referente de política pública asociada o referente técnico relacionado para el PIC de la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, y delegado de Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad la SDS. Este comité estará presente en todos los ciclos de vida del proyecto.

Enfoque Poblacional-Diferencial: la etapa de formulación deberá ser orientada a los diversos grupos poblacionales con enfoque diferencial con los ajustes razonables que se requieran para el acceso, participación y conformación de mesas de formulación.

CONVOCATORIA Y SOCIALIZACIÓN. Es de vital importancia que, se realice una fase de difusión, comunicación y socialización. Esta actividad se orienta a brindar y realimentar la información relacionada con el acceso al proyecto, seguimiento y avance del mismo. Dicha estrategia deberá garantizar el uso de medios de comunicación tradicionales y no tradicionales, (análogos y /o virtuales), que no necesariamente implican un gasto adicional, pues se podrán utilizar los medios propios de las instituciones como periódicos, radios comunitarias, carteles, redes sociales, entre otros, asimismo se deberán garantizar los ajustes razonables necesarios y accesibilidad de los medios de comunicación utilizados, para que todas las personas, puedan acceder a esta información.

Se destaca que en este concepto de gasto podrán participar tanto personas y grupos poblacionales étnicos y diferenciales, como personas de cualquier ciclo de vida que no pertenezcan a grupos étnicos y que deseen recibir los beneficios de medicina ancestral, así como participar del conocimiento y reconocimiento de las prácticas medicinales y o culturales.

INSCRIPCIÓN. Toda persona que se encuentre interesada en participar en el proyecto, deberá hacerlo en el punto de inscripción definido por el Fondo de Desarrollo Local de su territorio, el cual puede ubicarse en la Alcaldía Local o en los puntos de la localidad establecidos en concertación, con el comité técnico de seguimiento de acuerdo a las particularidades y necesidades locales, que permitan favorecer la accesibilidad de los candidatos, los Fondos de Desarrollo Local y /o ejecutores podrá proponer alternativas de inscripción como links y enlaces virtuales o canales telefónicos en los casos que se requiera como ajustes razonables para facilitar al proceso de inscripción.

EJECUCIÓN. La ejecución del proyecto está enmarcada en las categorías de acción, estas son concertadas y definidas en la etapa de formulación y dependerán de la cosmovisión y prácticas culturales de cada uno de los pueblos o grupos étnicos, además de las necesidades territoriales, pues estas acciones no se pueden estandarizar y deben ser concertados con la comunidad y cada Fondo de Desarrollo:

Tejido de Saberes Ancestrales. Algunas de las acciones que se podrán desarrollar en el marco de esta categoría son:

- ✓ Escuela de Medicina Ancestral: Saberes gastronómicos, partería, saberes de identidad y expresión cultural.
- ✓ Círculo de la Palabra: de acuerdo a los solsticios y equinoccios
- ✓ Boticas.
- ✓ Otras acciones de trasmisión e intercambio de experiencias y saberes intergeneracionales y transculturales.

Acciones Colectivas: Algunas de las acciones que se podrán desarrollar en el marco de esta categoría son:

- ✓ Pagamentos locales y distritales. Salidas pedagógicas y pagamento a Territorio de Ciudad Región – Ruralidad.
- ✓ Jornadas de sensibilización y visibilización para el reconocimiento en espacios escolares, laborales institucionales, espacios de vida cotidiana.
- ✓ Rutas culturales y visitas interculturales.

Acciones Individuales: Aquellas que estén dirigidas al cuidado doméstico; cuidado de la salud y prevención en el marco de la Medicina Ancestral, propias de cada pueblo o grupo étnico, vivir mejor y buen vivir.

PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN BASES DE DATOS Y OTROS. Esta fase debe permitir la visibilización y el reconocimiento de los saberes y prácticas en medicina ancestral, que surge del desarrollo de las acciones concertadas y definidas.

Se deben incluir datos cualitativos y cuantitativos; experiencias y saberes narrados por los participantes y líderes del proyecto, como también registros audiovisuales, material comunicativo y pedagógico que promueva el reconocimiento de los saberes en medicina ancestral y que sea socializado en espacios de visibilización como educativos, laborales, académicos, sociales, culturales, etc.

Registro que permita dar cuenta del avance, dificultades, retos y resultados por cada una de las fases del proyecto, así como de los aportes y observaciones realizadas por los diferentes actores vinculados. El proyecto debe permitir la realimentación de la información, al Sector Salud – Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad, a la Comunidad, a las instancias en salud y a las Entidades de Control.

EVALUACIÓN, MONITOREO Y CONTROL SOCIAL. El proyecto deberá favorecer la constitución y acción de veedurías comunitarias, desde la formulación, desarrollo, seguimiento, evaluación y liquidación del proyecto, teniendo en cuenta lineamientos dados por el proceso de control social de la Secretaria Distrital de Salud.

Conformación del comité técnico de seguimiento integrado por: delegado de la Alcaldía Local, delegado del equipo ejecutor, delegados de la veeduría, delegados de organizaciones sociales locales, referente de política pública asociada o referente técnico relacionado para el PIC de la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, delegado de la SDS (D.P.S.G.T.y.T). Seguimiento mensual a la ejecución física y financiera, como parte de los procesos de Control Social y Gobierno Abierto. Definición y seguimiento de indicadores de cobertura, resultado e impacto. Se deberán contemplar actividades de cierre, informe y presentación final, y liquidación, así como realimentación al Sector, FDL y la Comunidad.

Nota: En el marco de la emergencia sanitaria declarada por COVID-19, se deberán contemplar acciones, estrategias, así como medidas de protección y prevención frente al contagio, dando cumplimiento a la

normativa Distrital y Nacional vigente.

CONCERTACIÓN CON ETNIAS

Teniendo en cuenta las concertaciones con las comunidades NARP según el acta del día 15 de marzo de 2021 y comunidades INDÍGENAS según acta día 17 de marzo de 2021, se definieron los siguientes compromisos para para la presente vigencia de la siguiente manera:

Comunidades NARP: Beneficiar 504 personas vinculadas para reconocer la sabiduría ancestral en medicina, de los pueblos étnicos afros, negros. PROPUESTA NARP 63%

Comunidades Indígenas: Se beneficiarán 200 personas vinculadas para reconocer la sabiduría ancestral en medicina, de los pueblos indígenas. PROPUESTA 25%.

CONCERTACIÓN COMUNIDADES NARP E INDÍGENAS	VIGENCIAS			
	2021	2022	2023	2024
comunidades Negras, Afrocolombianas, raizales y Palenqueras	126	126	126	126
Indígenas (comunidad KAMETSA, INGA, UITOTO, AMBIKA PIJAO, ZENU, YANACONA, NASA, WUOANAN Y EMBERA KATIO)	50	50	50	50

Nota: En caso que las comunidades Indígenas y/o NARP no cuenten con personas que cumplan con los criterios de elegibilidad y viabilidad requeridos de acuerdo con el Sector Salud; el FDLCB vinculará población no reconocidos o pertenecientes a la población diferencial.

Es importante enunciar que, mediante la implementación de la transversalización del enfoque diferencial, el FDLCB pretende llevar a cabo un proceso de intervención que permite contribuir a la equidad en el acceso a los servicios de salud, eliminar barreras que generen inequidad y desarrollar políticas, planes y programas, dirigidos a promover la vinculación de todas las personas que demanden los servicios ofertados; garantizando siempre y en todo momento el derecho a la salud y a la igualdad. Por lo expuesto anteriormente, los proyectos de salud están dirigidos a vincular de manera equitativa y sin preferencias a toda la población con un enfoque diferencial. Por lo anterior, para este caso en particular, el acceso a los servicios de Salud se encuentra garantizado para todas las personas que lo requieran.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

VIGENCIA 2021

COMPONENTE N° 1. ALISTAMIENTO Y CONVOCATORIA

FASE 1: ALISTAMIENTO: Actividades propias de la coordinación inicial del proyecto que incluye inclusión presupuestal, elaboración de estudios previos para la selección y el proceso de contratación de talento humano, recursos físicos, apoyo tecnológico, elaboración y presentación de proyección físico-financiera y todos los soportes documentales establecidos para dar inicio a la ejecución del convenio/contrato. Se contemplan 100 horas de profesional especializado en total para la fase inicial del proyecto.

FASE 2 PRESENTACIONES PÚBLICAS: Dos (2) presentaciones con una duración de 2 horas con participación de profesional especializado de la coordinación y el profesional referente. Una presentación al inicio del proyecto y la segunda al cumplir el 80% de ejecución del proyecto, ante la comunidad en general interesada en el tema de la línea de inversión y la JAL.

FASE 3: SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO A GRUPOS POBLACIONALES: Esta actividad se orienta a brindar y realimentar la información relacionada con el acceso al proyecto, seguimiento y avance del mismo. Dicha estrategia deberá garantizar el uso de medios de comunicación tradicionales y no tradicionales, que no necesariamente implican un gasto adicional, pues se podrán utilizar los medios propios de las instituciones

como periódicos, radios comunitarias, carteles, redes sociales, entre otros. Así mismo se debe garantizar la socialización a los diferentes grupos poblacionales y enfoque diferencial (Etnias. (Raizal, ROM, Comunidades indígenas, Comunidades Negras, Afrocolombianas y Palanqueras, Población LGBTI, Mujer y Genero, Personas con Discapacidad, Víctimas del conflicto, Habitantes de Calle; teniendo en cuenta que es un proyecto trasversal se realizaran socializaciones en los diferentes consejos locales y espacios de participación de la localidad de los siguientes grupos: Infancia y Adolescencia, Juventud, Adultez, Persona Mayor.

FASE 4. INSCRIPCIÓN DE BENEFICIARIOS: Se llevarán a cabo inscripciones a mínimo a 250 personas de la Localidad para participar. Se contempla que cada inscripción tendrá una duración de 15 minutos aproximadamente. Total, tiempo estimado 60 horas.

COMPONENTE N° 2. FORMULACIÓN

FASE 1. DIAGNÓSTICO: Con la participación de la comunidad, diagnósticos y censos locales de la población étnica, identificar la diversidad de grupos y/o pueblos presentes en el territorio. Para tal fin se deben realizar convocatorias a los diferentes grupos y/o pueblos étnicos identificados o que manifiesten interés en hacer parte del proyecto, referentes de políticas y de gobernanza de las subredes para concertar y definir las acciones que se desarrollaran, teniendo en cuenta las categorías de acción, sus saberes, cosmovisiones, tradiciones e identidad y práctica cultural. Para la elaboración de este diagnóstico se realizarán mínimo 20 encuentros con la asistencia de 10 personas con una duración de tres (3) horas cada uno con los diferentes grupos presentes en la Localidad. Esta actividad incluye materiales y refrigerios para los asistentes a los encuentros, dos (2) profesionales, alquiler del espacio y materiales requeridos para esta actividad.

FASE 2. ELABORACIÓN DOCUMENTO DIAGNÓSTICO: Una vez recolectada la información de los grupos de base étnicos con representación en la Localidad 19 de Ciudad Bolívar; se realizará un documento diagnóstico, que permitirá conocer la realidad social en el territorio y ser fuente de recurso bibliográfico para proyectos de similares características. El tiempo total estimado para la consolidación de esta información será de 80 horas, a cargo de un profesional.

COMPONENTE N° 3. TEJIDO DE SABERES ANCESTRALES

FASE 1. ESCUELA DE MEDICINA ANCESTRAL, SABERES GASTRONÓMICOS, PARTERÍA, SABERES DE IDENTIDAD Y EXPRESIÓN CULTURAL COMUNIDAD SIONA. Se realizarán 5 sesiones de dos horas cada una, dirigida por 2 ancestrales de la Comunidad Siona, en las que realizarán una aproximación a la medicina ancestral, gastronomía, partería, saberes de identidad y expresión cultural. Se conformarán 25 grupos de 8 personas cada uno, cada sesión contará con la presencia de dos (2) sabedores y tendrá una duración de dos (2) horas cada una. Total, sesiones: 125 sesiones y un total de 4 horas por cada sesión ya que deberán participar dos sabedores por cada sesión.

FASE 2. ESCUELA DE MEDICINA ANCESTRAL, SABERES GASTRONÓMICOS, PARTERÍA, SABERES DE IDENTIDAD Y EXPRESIÓN CULTURAL COMUNIDAD KICHWA. Se realizarán 5 sesiones de dos horas cada una, dirigida por 2 ancestrales de la Comunidad Kichwa, en las que realizarán una aproximación a la medicina ancestral, gastronomía, partería, saberes de identidad y expresión cultural. Se conformarán 25 grupos de 8 personas cada uno, cada sesión contará con la presencia de dos (2) sabedores y tendrá una duración de dos (2) horas cada una. Total, sesiones: 125 sesiones y un total de 4 horas por cada sesión ya que deberán participar dos sabedores por cada sesión.

FASE 3. ESCUELA DE MEDICINA ANCESTRAL, SABERES GASTRONÓMICOS, PARTERÍA, SABERES DE IDENTIDAD Y EXPRESIÓN CULTURAL COMUNIDAD AMBIKA PIJAO. Se realizarán 5 sesiones de dos horas cada una, dirigida por 2 ancestrales de la Comunidad Ambika Pijao, en las que realizarán una aproximación a la medicina ancestral, gastronomía, partería, saberes de identidad y expresión cultural. Se conformarán 25 grupos de 8 personas cada uno, cada sesión contará con la presencia de dos (2) sabedores y tendrá una duración de dos (2) horas cada una. Total, sesiones: 125 sesiones y un total de 4 horas por cada sesión ya que deberán participar dos sabedores por cada sesión.

FASE 4. ESCUELA DE MEDICINA ANCESTRAL, SABERES GASTRONÓMICOS, PARTERÍA, SABERES DE IDENTIDAD Y EXPRESIÓN CULTURAL COMUNIDAD WOUNAAN EWANDAMA. Se realizarán 5 sesiones de dos horas cada una, dirigida por 2 ancestrales de la Comunidad Wounaan Ewandama, en las que realizarán una aproximación a la medicina ancestral, gastronomía, partería, saberes de identidad y expresión cultural. Se conformarán 25 grupos de 8 personas cada uno, cada sesión contará con la presencia de dos (2) sabedores y tendrá una duración de dos (2) horas cada una. Total, sesiones: 125 sesiones y un total de 4 horas por cada sesión ya que deberán participar dos sabedores por cada sesión.

FASE 5. ESCUELA DE MEDICINA ANCESTRAL, SABERES GASTRONÓMICOS, PARTERÍA, SABERES DE IDENTIDAD Y EXPRESIÓN CULTURAL COMUNIDAD INGA. Se realizarán 5 sesiones de dos horas cada una, dirigida por 2 ancestrales de la Comunidad Inga, en las que realizarán una aproximación a la medicina ancestral, gastronomía, partería, saberes de identidad y expresión cultural. Se conformarán 25 grupos de 8 personas cada uno, cada sesión contará con la presencia de dos (2) sabedores y tendrá una duración de dos (2) horas cada una. Total, sesiones: 125 sesiones y un total de 4 horas por cada sesión ya que deberán participar dos sabedores por cada sesión.

FASE 6. ESCUELA DE MEDICINA ANCESTRAL, SABERES GASTRONÓMICOS, PARTERÍA, SABERES DE IDENTIDAD Y EXPRESIÓN CULTURAL COMUNIDAD YANACONA. Se realizarán 5 sesiones de dos horas cada una, dirigida por 2 ancestrales de la Comunidad Yanacona, en las que realizarán una aproximación a la medicina ancestral, gastronomía, partería, saberes de identidad y expresión cultural. Se conformarán 25 grupos de 8 personas cada uno, cada sesión contará con la presencia de dos (2) sabedores y tendrá una duración de dos (2) horas cada una. Total, sesiones: 125 sesiones y un total de 4 horas por cada sesión ya que deberán participar dos sabedores por cada sesión.

FASE 7. ESCUELA DE MEDICINA ANCESTRAL, SABERES GASTRONÓMICOS, PARTERÍA, SABERES DE IDENTIDAD Y EXPRESIÓN CULTURAL POBLACIÓN NEGRA Y AFRODESCENDIENTE. Se realizarán 10 sesiones de dos horas cada una, dirigida por 2 ancestrales de la población negra y afrodescendiente, en las que realizarán una aproximación a la medicina ancestral, gastronomía, partería, saberes de identidad y expresión cultural. Se conformarán 25 grupos de 8 personas cada uno, cada sesión contará con la presencia de dos (2) sabedores y tendrá una duración de dos (2) horas cada una. Total, sesiones: 250 sesiones y un total de 4 horas por cada sesión ya que deberán participar dos sabedores por cada sesión.

FASE 8. ESCUELA DE MEDICINA ANCESTRAL, SABERES GASTRONÓMICOS, PARTERÍA, SABERES DE IDENTIDAD Y EXPRESIÓN CULTURAL POBLACIÓN RAIZAL. Se realizarán 10 sesiones de dos horas cada una, dirigida por 2 ancestrales de la población Raizal, en las que realizarán una aproximación a la medicina ancestral, gastronomía, partería, saberes de identidad y expresión cultural. Se conformarán 25 grupos de 8 personas cada uno, cada sesión contará con la presencia de dos (2) sabedores y tendrá una duración de dos (2) horas cada una. Total, sesiones: 250 sesiones y un total de 4 horas por cada sesión ya que deberán participar dos sabedores por cada sesión.

FASE 9. ESCUELA DE MEDICINA ANCESTRAL, SABERES GASTRONÓMICOS, PARTERÍA, SABERES DE IDENTIDAD Y EXPRESIÓN CULTURAL POBLACIÓN PALENQUERA. Se realizarán 10 sesiones de dos horas cada una, dirigida por 2 ancestrales de la población palenquera, en las que realizarán una aproximación a la medicina ancestral, gastronomía, partería, saberes de identidad y expresión cultural. Se conformarán 25 grupos de 8 personas cada uno, cada sesión contará con la presencia de dos (2) sabedores y tendrá una duración de dos (2) horas cada una. Total, sesiones: 250 sesiones y un total de 4 horas por cada sesión ya que deberán participar dos sabedores por cada sesión.

FASE 10. ESCUELA DE MEDICINA ANCESTRAL, SABERES GASTRONÓMICOS, PARTERÍA, SABERES DE IDENTIDAD Y EXPRESIÓN CULTURAL POBLACIÓN ROM. Se realizarán 10 sesiones de dos horas cada una, dirigida por 2 ancestrales de la población ROM, en las que realizarán una aproximación a la medicina ancestral, gastronomía, partería, saberes de identidad y expresión cultural. Se conformarán 25 grupos de 8 personas cada uno, cada sesión contará con la presencia de dos (2) sabedores y tendrá una duración de dos

(2) horas cada una. Total, sesiones: 250 sesiones y un total de 4 horas por cada sesión ya que deberán participar dos sabedores por cada sesión.

FASE N° 10. MATERIALES. Se contempla materiales para la totalidad de las sesiones de capacitación a un total de 25 grupos de formación.

COMPONENTE N° 3. ENCUENTRO DE SABERES

FASE 1. CIERRE MEDICINA ANCESTRAL, SABERES GASTRONÓMICOS, PARTERÍA, SABERES DE IDENTIDAD Y EXPRESIÓN CULTURAL COMUNIDADES. Se realizará un cierre por cada una de las 8 UPZ de la Localidad y dos (2) en los Corregimientos para realizar una demostración de la medicina ancestrales, gastronomía y saberes de las comunidades. Total, Cierres (10). Tiempo estimado mínimo por cada cierre 4 horas.

COMPONENTE 5: GESTIÓN OPERATIVA

FASE N° 1. GESTIÓN OPERATIVA: Incluye: diligenciamiento de sistema de información propuesto por la Secretaría Distrital de Salud, asistencia a comités técnicos de seguimiento, comités técnicos extraordinarios, comités técnicos de aprobación para otorgamiento de ayudas técnicas, reuniones de apoyo a interventoría y/o a supervisión, articulación extra e intra institucional, elaboración y presentación de cronogramas, informes técnicos mensuales, informe técnico final de acuerdo con lineamiento de la Secretaría Distrital de Salud, elección y reunión mensual con veedores, suministros, papelería y demás actividades relacionadas con la coordinación del proyecto.

Nota: En el marco de la emergencia sanitaria declarada por COVID-19, se deberán contemplar acciones, estrategias, así como medidas de protección y prevención frente al contagio, dando cumplimiento a la normativa Distrital y Nacional vigente.

1. **Concertación con ETNIAS**

   Estas actividades se desarrollarán de acuerdo a las asambleas étnicas realizadas en el mes de marzo de 2021, por parte del área de participación del Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar, las cuales tendrán una magnitud para la presente vigencia de la siguiente manera:

Concertación Asambleas étnicas	Vigencia 2021
comunidades Negras, Afro colombianas, raizales y Palenqueras	126
Indígenas	50

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	VIGENCIAS			
	2021	2022	2023	2024
Niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores de comunidades étnicas.	**790.282**	**804.180**	**818.065**	**831.955**

SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS

Indique cuáles son los criterios (enmarcados en reglas de justicia claras y públicas) que serán empleados para seleccionar año a año quiénes serán los beneficiarios de este proyecto.

Podrán participar tanto personas y grupos poblacionales étnicos y diferenciales, como personas de cualquier ciclo de vida que no pertenezcan a grupos étnicos y que deseen recibir los beneficios de medicina ancestral, así como participar del conocimiento y reconocimiento de las prácticas medicinales y o culturales.

Para ser beneficiario(a) de este componente se deberá hacer entrega de la siguiente documentación:

- ✓ Fotocopia documento de identificación usuario interesado en participar.
- ✓ Fotocopia de un recibo de servicio público de agua, luz o gas, en donde se registre la dirección de residencia
- ✓ **Certificado de residencia en la localidad expedido en la plataforma virtual de la Secretaría de Gobierno.**
- ✓ Certificación de afiliación al Sistema General de Salud (vinculación de régimen subsidiado, contributivo, no afiliados y vinculados)
- ✓ Preferiblemente se vincularán usuarios(as) nuevos en cada vigencia.

Año	UPZ/UPR/área rural de la localidad	Barrio/vereda	Localización específica
2021	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2022	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2023	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2024	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad

✓ COMPONENTE 5: ACCIONES DE CUIDADO Y PROTECCIÓN PARA MADRES GESTANTES, NIÑOS Y NIÑAS MIGRANTES.

TENIENDO EN CUENTA QUE EL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN A BENEFICIARSE EN ESTE PROYECTO SE LLEVARÁ A CABO DURANTE LA VIGENCIA 2021; ESTE PROYECTO SE EJECUTARÁ A PARTIR DE LA VIGENCIA 2022 hasta la VIGENCIA 2024.

El proyecto pretende brindar acciones de protección específica y detección temprana, dirigidas a población migrante irregular, orientadas al control de embarazo; cuidados antes, durante y después de la gestación, y valoración integral del desarrollo en niños y niñas. Estas acciones serán concertadas entre el Sector y el territorio, dando respuesta a las necesidades locales.

En el marco de los proyectos de inversión local en salud para el cuidado y protección de madres gestantes, niños y niñas migrantes, se deben desarrollar acciones y estrategias dirigidas a población migrante (mujeres en gestación, madres, niños y niñas de 0 a 11 años[10]) en condición *irregular*, dando respuesta a las realidades presentes en las localidades y favoreciendo la articulación transectorial, realizando enlace a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, la estrategia Territorios de Innovación y Participación en Salud – TIPS – de la SDS, el Sistema Distrital de Cuidado y las Entidades del orden Distrital y Nacional, responsables de realizar acciones para el cuidado y protección para madres gestantes, niños y niñas migrantes.

La Organización Internacional para las Migraciones – OIM, define la Migración Irregular como un movimiento de “personas que se desplazan al margen de las normas de los países de origen, de tránsito o de acogida”[11]. En el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio, del Ministerio de Salud y Protección Social, se define Migrante Irregular como aquellas personas provenientes de del exterior, que ingresan al país sin el lleno de los requisitos de identificación y los trámites exigidos por la autoridad migratoria. Por lo

[10] Ministerio de Salud y Protección Social. Ciclo de vida, Primera infancia de 0 a 5 años, Infancia de 6 a 11 años. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx

11 Portal de Datos Mundiales sobre la Migración. Disponible en: https://migrationdataportal.org/es/themes/migration-irreguliere#:~:text=Back%20to%20top-,Definici%C3%B3n,%E2%80%9D%20(OIM%2C%202011) .

tanto, no portan documento válido de identificación que permita realizar la afiliación en salud y así mismo garantizar otros derechos[12].

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Vigencia 2021

No se estableció presupuesto para esta vigencia

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	VIGENCIAS			
	2021	2022	2023	2024
Mujeres gestantes, niños y niñas, migrantes irregulares	**0**	**1.000**	**1.000**	**1.000**

SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS

Indique cuáles son los criterios (enmarcados en reglas de justicia claras y públicas) que serán empleados para seleccionar año a año quiénes serán los beneficiarios de este proyecto.

No aplica para la presente vigencia

LOCALIZACIÓN *Identifique el espacio donde se adelantará la inversión.*			
Año	**UPZ/UPR/área rural de la localidad**	**Barrio/vereda**	**Localización específica**
2021	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2022	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2023	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2024	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad

✓ COMPONENTE 6: ESTRATEGIA TERRITORIAL DE SALUD

Acciones complementarias para la implementación del Modelo y el Plan Territorial de Salud, que se encuentren en el marco jurídico y competencias legales de las Alcaldías Locales. Estas acciones deberán ser coherentes con los diagnósticos locales de salud, así como con las necesidades y realidades territoriales, y concertadas con el Sector y la Comunidad.

Las acciones deberán favorecer la disminución de brechas y barreras existentes frente al acceso y goce efectivo del derecho a la salud. Las fases mínimas que debe contemplar el proyecto son:

FORMULACIÓN: En esta fase se desarrollan mesas de diálogo entre la Alcaldía Local y la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, su equipo de Análisis de Condiciones y referentes de Gobernanza, con el fin de definir y concertar las acciones territoriales en salud que se podrán complementar. Se debe tener en cuenta factores poblacionales, territoriales, socio-económicos, dinámicas locales, entre otros.

Para esta fase se tendrá en cuenta el acompañamiento, asistencia técnica y lineamientos bridados por el

[12] Ministerios de Salud y Protección Social. Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf

sector; así mismo, contar con la participación de la comunidad.

Enfoque Poblacional-Diferencial: la etapa de formulación deberá ser también orientada a los diversos grupos poblacionales con enfoque diferencial con los ajustes razonables que se requieran para el acceso, participación y conformación de mesas de formulación.

SOCIALIZACIÓN Y DIFUSIÓN: Corresponde a acciones de convocatoria, difusión y socialización, como parte de la estrategia de comunicaciones y presentaciones públicas ante las JAL y la Comunidad, así como la identificación de la población, a partir de los datos suministrados por las diferentes fuentes de acceso y canalización al Proyecto, tales como, Modelo y Plan Territorial de Salud (entorno vivienda, entorno escolar, entorno público, entorno institucional), procesos de gobernanza, referentes de los equipos poblacionales desde el enfoque diferencial, gestión de los referentes de participación de las Alcaldías Locales, otras gestiones en salud pública. Se realizará, además, reuniones de socialización del proyecto ante diferentes espacios interinstitucionales y extrainstitucionales con el objeto de dar a conocer el proceso y alcances del proyecto.

Enfoque Poblacional-Diferencial: La estrategia de comunicación deberá ser también orientada a los diversos grupos poblacionales con enfoque diferencial, con los ajustes razonables que se requieran para el acceso oportuno a la información.

Se deberá dar cumplimiento al Acuerdo Distrital 381 del 2009, en el cual se define que las piezas comunicativas que sean diseñadas y divulgadas, deben incluir lenguaje incluyente, comunicación e imágenes no sexistas.

INSCRIPCIÓN: Esta fase se tendrá en cuenta para las acciones que requieran el registro y la identificación de la población objeto. Para ello se tendrá en cuenta la referencia de fuentes de acceso y las variables que aporten a la gestión de la información y datos.

EJECUCIÓN. El ejecutor deberá demostrar suficiencia técnica y administrativa en la entrega de productos y servicios, así como en el desarrollo de fases y acciones. Cumplir con los criterios de elegibilidad y viabilidad del Sector, tener conocimiento de la normatividad jurídica y operativa frente al Modelo, el Plan Territorial de Salud y las acciones de co-inversión concertadas entre el FDL y el Sector.

Dentro de las categorías de acción a ejecutar en el marco de los proyectos de “Co-inversión de la Estrategia Territorial de Salud”, se encuentran:

- ✓ Acciones complementarias al Modelo y Plan Territorial de Salud.
- ✓ Acciones complementarias no incluidas en el Plan de Beneficios en salud vigente, ni en los demás conceptos de gasto del sector salud relacionados en la Circular CONFIS 03 de 2020.
- ✓ Informadores en salud: Son enlaces de apoyo resolutivo, que conectan a la comunidad con el sistema de salud y el sector y realizan gestión transectorial, apoyo y enlace para la implementación del Modelo Territorial de Salud a nivel local.
- ✓ Acciones complementarias que faciliten y reconozcan los ejercicios de participación social en salud: logística (espacios, alimentación, transporte, insumos) e incentivos para la participación en estos ejercicios.

Enfoque Poblacional-Diferencial: La fase de ejecución deberá contemplar la implementación de estrategias y ajustes razonables para el diálogo y abordaje de todos los grupos poblacionales.

REGISTRO Y SISTEMATIZACIÓN: Registro de información cualitativa y cuantitativa, que permita dar cuenta del avance, dificultades, retos y resultados por cada una de las fases del proyecto, así como de los aportes y observaciones realizadas por los diferentes actores vinculados. El proyecto debe permitir la realimentación de la información, al Sector Salud – Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad,

a la Comunidad, a las instancias en salud y a las Entidades de Control.

EVALUACIÓN, MONITOREO Y CONTROL SOCIAL. El proyecto deberá favorecer la constitución y acción de veedurías comunitarias, desde la formulación, desarrollo, seguimiento, evaluación y liquidación del proyecto, teniendo en cuenta lineamientos dados por el proceso de control social de la Secretaria Distrital de Salud.

Conformación del comité técnico de seguimiento integrado por: delegado de la Alcaldía Local, delegado del equipo ejecutor, delegados de la veeduría, delegados de organizaciones sociales locales, referente de política pública asociada o referente técnico relacionado para el PIC de la Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, delegado de la SDS (D.P.S.G.T.y.T). Seguimiento mensual a la ejecución física y financiera, como parte de los procesos de Control Social y Gobierno Abierto. Definición y seguimiento de indicadores de cobertura, resultado e impacto. Se deberán contemplar actividades de cierre, informe y presentación final, y liquidación, así como realimentación al Sector, FDL y la Comunidad

Nota: En el marco de la emergencia sanitaria declarada por COVID-19, se deberán contemplar acciones, estrategias, así como medidas de protección y prevención frente al contagio, dando cumplimiento a la normativa

CONCERTACIÓN CON ETNIAS

Teniendo en cuenta las concertaciones con las comunidades NARP según el acta del día 15 de marzo de 2021 y comunidades INDIGENAS según acta día 17 de marzo de 2021, se definieron los siguientes compromisos para el cuatrienio:

Comunidades NARP: Se concertó que la Entidad se compromete a 3% para vincular a 125 personas en estrategias de salud

Comunidades Indígena: queda pendiente al acuerdo queda pactado acorde a la implementación del SISPI

CONCERTACIÓN COMUNIDADES NARP E INDÍGENAS	VIGENCIAS			
	2021	2022	2023	2024
Comunidades Negras, Afrocolombianas, raizales y Palenqueras	31	31	31	32

Nota: En caso que las comunidades Indígenas y/o NARP no cuenten con personas que cumplan con los criterios de elegibilidad y viabilidad requeridos de acuerdo con el Sector Salud; el FDLCB vinculará población no reconocidos o pertenecientes a la población diferencial.

Es importante enunciar que, mediante la implementación de la transversalización del enfoque diferencial, el FDLCB pretende llevar a cabo un proceso de intervención que permite contribuir a la equidad en el acceso a los servicios de salud, eliminar barreras que generen inequidad y desarrollar políticas, planes y programas, dirigidos a promover la vinculación de todas las personas que demanden los servicios ofertados; garantizando siempre y en todo momento el derecho a la salud y a la igualdad. Por lo expuesto anteriormente, los proyectos de salud están dirigidos a vincular de manera equitativa y sin preferencias a toda la población con un enfoque diferencial. Por lo anterior, para este caso en particular, el acceso a los servicios de Salud se encuentra garantizado para todas las personas que lo requieran.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

VIGENCIA 2021

COMPONENTE N° 1. ACCIONES COMPLEMENTARIAS AL MODELO Y PLAN TERRITORIAL DE SALUD.

COMPONENTE N° 2. ACCIONES COMPLEMENTARIAS NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD VIGENTE, NI EN LOS DEMÁS CONCEPTOS DE GASTO DEL SECTOR SALUD RELACIONADOS EN LA CIRCULAR CONFIS 03 DE 2020.

COMPONENTE N° 3. INFORMADORES EN SALUD: Son enlaces de apoyo resolutivo, que conectan a la comunidad con el sistema de salud y el sector y realizan gestión transectorial, apoyo y enlace para la implementación del Modelo Territorial de Salud a nivel local.

COMPONENTE N° 4. ACCIONES COMPLEMENTARIAS que faciliten y reconozcan los ejercicios de participación social en salud: logística (espacios, alimentación, transporte, insumos) e incentivos para la participación en estos ejercicios.

Es importante enunciar que los Lineamientos Todos los conceptos de gasto se desarrollarán mediante documentos de criterios de elegibilidad y viabilidad, conforme al artículo 11 Decreto Distrital 768 de 2019; la cual reza:

Artículo 11. Organización de los sectores y/o entidades distritales para el acompañamiento a las Alcaldías Locales. En el marco de sus competencias y según la línea de inversión de que se trate, los sectores y/o entidades distritales realizarán acompañamiento y prestarán asesoría y asistencia técnica a las Alcaldías Locales para la formulación, ejecución y seguimiento de los Planes de Desarrollo Local y sus proyectos de inversión. Para ello deberán suministrar a las Alcaldías Locales, dentro del primer semestre del primer año de gobierno, como mínimo la siguiente información: Los diagnósticos y estudios sobre la competencia del sector en la Localidad. Los criterios técnicos de elegibilidad y viabilidad para la formulación y actualización de proyectos de inversión. El esquema de acompañamiento. Parágrafo 1. La Secretaría Distrital de Planeación establecerá los lineamientos, instrumentos y plazos necesarios para la elaboración de diagnósticos y criterios técnicos de elegibilidad y viabilidad. Así mismo, velará por la entrega oportuna de la información a las Alcaldías Locales. Parágrafo 2. Los sectores y/o entidades distritales que de acuerdo con su misionalidad tengan relación con las inversiones que serán objeto de ejercicios de presupuesto participativo, garantizarán el acompañamiento técnico a éstos en los términos del Título IV del presente Decreto. Parágrafo 3. El esquema de acompañamiento de los sectores y/o entidades distritales podrá actualizarse anualmente. Si así lo convienen los sectores y/o entidades distritales y Alcaldías Locales, el esquema de acompañamiento se podrá ejecutar en las sedes administrativas locales para fortalecer la presencia y servicios de las entidades distritales en las Localidades.

LO ENUNCIADO ANTERIORMENTE, LA SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN ESTABLECERÁ LOS LINEAMIENTOS, INSTRUMENTOS Y PLAZOS NECESARIOS PARA LA EXPEDICIÓN DE ÈSTOS DOCUMENTOS; LO CUALES AL MOMENTO DE LA ACTUALIZACIÓN DEL PRESENTE DOCUMENTO TÉCNICO SOPORTE SE ENCUENTRA EN PROCESO DE ELABORACIÓN.

Nota: En el marco de la emergencia sanitaria declarada por COVID-19, se deberán contemplar acciones, estrategias, así como medidas de protección y prevención frente al contagio, dando cumplimiento a la normativa Distrital y Nacional vigente.

1. **Concertación con ETNIAS**

   Estas actividades se desarrollarán de acuerdo a las asambleas étnicas realizadas en el mes de marzo de 2021, por parte del área de participación del Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar, es de anotar que las comunidades indígenas quedan pendiente al acuerdo queda en pactado acorde a la implementación del SISPI y estas quedan con una magnitud para la presente vigencia de la siguiente manera:

Concertación Asambleas étnicas	Vigencia 2021
comunidades Negras, Afro colombianas, raizales y Palenqueras	31

Nota: En caso que las comunidades Indígenas y/o NARP no cuenten con personas que cumplan con los criterios de elegibilidad y viabilidad requeridos de acuerdo con el Sector Salud; el FDLCB vinculará población no reconocidos o pertenecientes a la población diferencial.

Es importante enunciar que, mediante la implementación de la transversalización del enfoque diferencial, el FDLCB pretende llevar a cabo un proceso de intervención que permite contribuir a la equidad en el acceso a los servicios de salud, eliminar barreras que generen

inequidad y desarrollar políticas, planes y programas, dirigidos a promover la vinculación de todas las personas que demanden los servicios ofertados; garantizando siempre y en todo momento el derecho a la salud y a la igualdad. Por lo expuesto anteriormente, los proyectos de salud están dirigidos a vincular de manera equitativa y sin preferencias a toda la población con un enfoque diferencial. Por lo anterior, para este caso en particular, el acceso a los servicios de Salud se encuentra garantizado para todas las personas que lo requieran.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	VIGENCIAS			
	2021	2022	2023	2024
Niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores	**790.282**	**804.180**	**818.065**	**831.955**

SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS

Indique cuáles son los criterios (enmarcados en reglas de justicia claras y públicas) que serán empleados para seleccionar año a año quiénes serán los beneficiarios de este proyecto.

Podrán participar tanto personas y grupos poblacionales étnicos y diferenciales, como personas de cualquier ciclo de vida que no pertenezcan a grupos étnicos y que deseen recibir los beneficios de medicina ancestral, así como participar del conocimiento y reconocimiento de las prácticas medicinales y o culturales.

Para ser beneficiario(a) de este componente se deberá hacer entrega de la siguiente documentación:

- ✓ Fotocopia documento de identificación usuario interesado en participar.
- ✓ Fotocopia de un recibo de servicio público de agua, luz o gas, en donde se registre la dirección de residencia
- ✓ **Certificado de residencia en la localidad expedido en la plataforma virtual de la Secretaría de Gobierno.**
- ✓ Certificación de afiliación al Sistema General de Salud (vinculación de régimen subsidiado, contributivo, no afiliados y vinculados)
- ✓ Preferiblemente se vincularán usuarios(as) nuevos en cada vigencia.

LOCALIZACIÓN *Identifique el espacio donde se adelantará la inversión.*			
Año	**UPZ/UPR/área rural de la localidad**	**Barrio/vereda**	**Localización específica**
2021	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2022	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2023	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad
2024	En todas las UPZ de la localidad	Todos	En todas las UPZ de la localidad

9. ASPECTOS INSTITUCIONALES Y LEGALES

a. Acciones normativas y de control de cumplimiento de normas que acompañarán el proyecto

*Enúncielas y explíquelas teniendo en cuenta las siguientes opciones: **(1)** Normas que es necesario **expedir** para la eficacia, eficiencia y sostenibilidad del proyecto, tanto por parte de autoridades locales como por parte de autoridades distritales (por ejemplo decretos del Alcalde o Alcaldesa local, acuerdos de la JAL, permisos licencias, entre otros); y **(2)** Normas cuyo cumplimiento hay que **vigilar** (Plan de Desarrollo Local y Distrital, políticas del sector, tratados internacionales, entre otros).*

NORMATIVIDAD VIGENTE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES(AS)

DOCUMENTO	AÑO	ENTIDAD EMITE	DESCRIPCIÓN
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA	1991	ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE	En el título 1 "De los principios fundamentales", Artículo 1 expone: "Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general". En el Artículo 67 "Educación", que señala, entre otros "la igualdad de toda persona humana, la inalienabilidad de los derechos de las personas sin discriminación alguna; la protección especial a personas que, por condición económica, física o mental, se encuentren en condición de protección especial"
LEY 115 DE FEBRERO 8 DE 1994 (LEY GENERAL DE EDUCACIÓN)	1994	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA	"Por la cual se expide la ley general de educación". De forma particular en el Título III "Modalidades de atención educativa a poblaciones", Capítulo 1 "Educación para personas con limitaciones o capacidades excepcionales", Artículo 46 "Integración con el servicio educativo", menciona: "La educación para personas con limitaciones físicas, sensoriales, psíquicas, cognoscitivas, emocionales o con capacidades intelectuales excepcionales, es parte integrante del servicio público educativo".
DECRETO 60 DE AGOSTO 3 DE 1994	1994	PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA	"Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 115 de 1994, en los aspectos pedagógicos y organizativos". En el parágrafo del artículo 38 se menciona: "Con el fin de facilitar el proceso de formación de un alumno o de un grupo de ellos, los establecimientos educativos podrán introducir excepciones al desarrollo del plan general de estudios y aplicar para estos casos planes particulares de actividades adicionales, dentro del calendario académico o en horarios apropiadas, mientras los educandos consiguen alcanzar los objetivos. De manera similar se procederá para facilitar la integración de alumnos con edad distinta a la observada como promedio para un grado o con limitaciones o capacidades personales excepcionales o para quienes hayan logrado con anticipación., los objetivos de un determinado grado o área".
DECRETO No. 2082 DE 1996.	1996	PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA	"Por el cual se reglamenta la atención educativa para personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales".
LEY 361 DE 1997	1997	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA	"Por la cual se establecen mecanismos de integración social de la persona con limitación y se dictan otras disposiciones"
DECRETO No. 2247 DE 1997	1997	PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA	"Por el cual se establecen normas relativas a la prestación del servicio educativo del nivel preescolar y se dictan otras disposiciones".
DECRETO No. 3012 DE 1997	1997	PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA	"Por el cual se adoptan disposiciones para la organización y el funcionamiento de las escuelas normales superiores".
DECRETO No. 3011 DE 1997	1997	PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA	"Por el cual se establecen normas para el ofrecimiento de la educación de adultos y se dictan otras disposiciones". En el parágrafo del capítulo 9 se menciona: "Los programas de educación básica y media de adultos, deberán tener en cuenta lo dispuesto en el Decreto 2082 de 1996 y demás normas concordantes, en relación con la atención educativa de las personas con limitaciones físicas, sensoriales, psíquicas, cognoscitivas, emocionales o con capacidades o talentos excepcionales".
LEY 715 DE 2001	2001	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA	"Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros"
DECRETO No. 3020 DE 2002	2002	MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL	"Por el cual se establecen los criterios y procedimientos para organizar las plantas de personal docente y administrativo del servicio educativo estatal que prestan las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones"
RESOLUCIÓN 2565 DE OCTUBRE 24 DE 2003	2003	MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL	"Por la cual se establecen parámetros y criterios para la prestación del servicio educativo a la Población con necesidades educativas especiales".
CONPES SOCIAL 80 2004	2004	CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA Y ECONOMÍA SOCIAL	"Este documento somete a consideración la política pública de discapacidad y los compromisos para su implementación, como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2003 - 2006, "Hacia un Estado Comunitario", así como las estrategias para su desarrollo con la participación de las instituciones del Estado en las diferentes entidades territoriales, la sociedad civil y la ciudadanía".

DOCUMENTO	AÑO	ENTIDAD EMITE	DESCRIPCIÓN
LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN EDUCATIVA A POBLACIONES VULNERABLES	2005	MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL	Este documento busca ser una herramienta orientadora que permita generar desde cada una de las Secretarías de Educación una gestión basada en la inclusión, la equidad y la calidad del servicio educativo para las poblaciones vulnerables.
LEY 1098 CÓDIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA	2006	PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA	Esta Ley tiene por finalidad "garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión". Es relevante el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.
ICONTEC NORMA TÉCNICA COLOMBIANA No. 4595. 2006	2006	ICONTEC	Esta norma técnica establece "los requisitos para la planeación y diseño físico-espacial de nuevas instalaciones escolares, así mismo, contempla los temas de accesibilidad, seguridad y comodidad".
PLAN NACIONAL DECENAL DE EDUCACIÓN 2006 – 2016	2006	MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL	Plantea las garantías para el cumplimiento pleno del Derecho a la Educación y se expone una mayor inversión a en educación. En relación a Derechos, protección, promoción y población vulnerable con necesidades educativas especiales se menciona "Aplicar políticas intra e intersectoriales para el respeto y la restitución del derecho a una educación con calidad de todos los grupos poblacionales vulnerables, mediante la adopción de programas flexibles con enfoques diferenciales de derechos"
LEY 1145 DE 2007	2007	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA	"Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones".
DECRETO No. 366 DE FEBRERO 2009.	2009	MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL	"Por medio del cual se reglamenta la organización del servicio de apoyo pedagógico para la atención de los estudiantes con discapacidad y con capacidades o con talentos excepcionales en el marco de la educación inclusiva".
LEY 1346 DE JULIO DE 2009.	2009	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA	"Por medio de la cual se aprueba la "CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006".
ACUERDO 381 DE 2009 - LENGUAJE INCLUYENTE	2009	CONSEJO DE BOGOTÁ	El Acuerdo 381 de 2009 "Por medio del cual se promueve el uso del lenguaje incluyente". Aunque esta normatividad se expidió para el Distrito Capital, es aplicable a todo el territorio nacional, en el marco del respeto a la diversidad y la inclusión desde el género.
CONPES 122 de 2009	2009	CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA Y ECONOMÍA SOCIAL	El documento "somete a consideración del CONPES para la Política Social la distribución territorial de las once doceavas del Sistema General de Participaciones -SGP- para la vigencia 2009, correspondiente a las participaciones de Educación, Salud, Agua Potable y Saneamiento Básico, Propósito General y a las asignaciones especiales de Alimentación Escolar, Municipios Ribereños del Río Magdalena y Resguardos Indígenas".
PLAN SECTORIAL DE EDUCACIÓN 2010-2014	2009	MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL	El documento se fundamenta en los lineamientos del Plan Nacional Decenal de Educación 2006-2016, cuya finalidad primordial es lograr que en 2016 "La educación sea un derecho cumplido para toda la población y un bien público de calidad, garantizado en condiciones de equidad e inclusión social por el Estado, con la participación co-responsable de la sociedad y la familia en el sistema educativo".
AUTO 006 DE 2009	2009	CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA Y ECONOMÍA SOCIAL	"Protección de las personas desplazadas, con discapacidad, en el marco del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025 de 2004".
DIRECTIVA MINISTERIAL 15 DE 2010	2010	MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL	"Orientaciones sobre el uso de los recursos adicionales para servicios de apoyo a estudiantes con necesidades educativas especiales (NEE)".
DIRECTIVA MINIESTERIAL 23 DE 2011	2011	MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL	"Procedimiento a seguir para la implementación del giro directo de los recursos de gratuidad educativa".
ACUERDO 001 DE 2011	2011	CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDAD	"Por el cual se adopta el reglamento interno del Consejo Nacional de Discapacidad".
LEY 1482 DE 2011	2011	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA	"Esta ley tiene por objeto garantizar la protección de los derechos de una persona, grupo de personas, comunidad o pueblo, que son vulnerados a través de actos de racismo o discriminación".
LEY 1618 DE 2013	2013	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE	"A través del cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad".

DOCUMENTO	AÑO	ENTIDAD EMITE	DESCRIPCIÓN
		COLOMBIA	
CONPES SOCIAL 161 de 2013	2013	CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA Y ECONOMÍA SOCIAL	"Este documento presenta a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres y el Plan de Acción Indicativo 2013-2016, el cual incluye el Plan Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias. Ambos, política y plan, formulados bajo los preceptos constitucionales y el bloque de constitucionalidad en especial en materia de los Derechos Humanos en perspectiva de género y en los principios de igualdad y no discriminación, interculturalidad, reconocimiento de la diversidad desde un enfoque diferencial de derechos, autonomía, empoderamiento, participación, solidaridad, corresponsabilidad y sostenibilidad".
CONPES SOCIAL 166 de 2013	2013	MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL	El Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector del Sistema Nacional de Discapacidad y coordinador de la Política de Discapacidad se complace en dar a conocer la nueva política de discapacidad expresada en el documento Conpes de Discapacidad 166 de 2013.
ACUERDO 002 DE NOVIEMBRE 8 DE 2013	2013	CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDAD	El Consejo Nacional de Discapacidad –CND, recomienda a las entidades públicas nacionales y territoriales que integran el Sistema Nacional de Discapacidad, implementar mecanismos para mantener actualizado el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad. -RLCPD
COMUNICADO 03 DE FEBRERO 19 DE 2014	2014	CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDAD	El Consejo Nacional de Discapacidad -CND el 20 de febrero de 2014 rechazó oficialmente, mediante Comunicado 003 de 2014, "cualquier tipo de manifestación verbal o de conductas que tiendan a discriminar a las personas con discapacidad -PCD, sus familias y cuidadores". Dicho pronunciamiento fue hecho durante la sesión XIX del CND, reunido en el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS.
ACUERDO 003 DE FEBRERO 19 DE 2014	2014	CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDAD	El Consejo Nacional de Discapacidad -CND, emite recomendaciones sobre el Observatorio Nacional de Discapacidad -OND, como una estrategia técnica que recopila, investiga, analiza y genera información, para contribuir al seguimiento de los esfuerzos en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad.
CIRCULAR CONFIS N° 03 DE 2020	2020	CONSEJO DISTRITAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y FISCAL – CONFIS	Modificación a los lineamientos de política para las Líneas de inversión local 2021-2024 y presupuestos Participativos
Acuerdo 761 de 2020	2020	ALCALDIA MAYOR	Por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. 2020 - 2024 "un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI
Acuerdo Local 064 del 08 de octubre de 2020	2020	ALCALDIA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR	Por El Cual Se Adopta El Plan De Desarrollo Económico, Social Y Ambiental Para La Localidad De Ciudad Bolívar "Un Nuevo Contrato Social Y Ambiental Para Ciudad Bolívar 2021-2024

Fuente: Tabla de Normatividad Legal Distrito Capital Discapacidad

b. Instancias de participación, entidades, sectores, órganos administrativos con las que se puede trabajar el proyecto

Identifíquelo (por ejemplo, policía comunitaria, profesores de los colegios, personal de la alcaldía), y señale su contribución al proyecto. Puede tratarse de personas relacionadas con la gestión interna – funcionamiento, actores para trabajo voluntario, personal de instituciones con presencia local (de nómina o vinculado por contrato, o integrantes de organismos o instancias de apoyo técnico o profesional), quienes estarán directamente involucrados en la ejecución de las intervenciones proyectadas.

Veedores, Consejos Locales, Dirección Local Estudiantil, Subdirección Local de Integración Social, Policía comunitaria, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., Juntas de Acción Comunal, Comunidades NARS e Indígenas.

10. PROSPECTIVAS FINANCIERAS Y DE COBERTURA

Costos del Proyecto (cifras en pesos):

META(S) DE PROYECTO	COMPONENTES	OBJETO DE GASTO RECURSOS FDL	COSTOS			
			2021	2022	2023	2024
Vincular 1.200 personas con discapacidad, cuidadores y cuidadoras, en actividades alternativas de salud.	ACCIONES COMPLEMENTARIAS	Realizar la atención y reconocimiento de derechos de la población en condición de discapacidad y sus cuidadores y cuidadoras en actividades alternativas en salud.	$ 566.177.490	$ 576.744.186	$ 586.046.512	$ 595.348.837
		Realizar la interventoría especializada, integral, cualificada, calificada técnica, administrativa, contable y financieramente al proyecto 1892-Realizar la atención y reconocimiento de derechos de la población en condición de discapacidad y sus cuidadores y cuidadoras en actividades alternativas en salud (7%)	$ 42.615.510	$43.255.814	$ 43.953.488	$44.651.163
		SUBTOTAL	**$ 608.793.000**	**$ 620.000.000**	**$ 630.000.000**	**$ 640.000.000**
Vincular 2.400 personas a las acciones desarrolladas desde los dispositivos de base comunitaria en respuesta al consumo de SPA.	DISMINUCIÓN FACTORES DE RIESGO SPA	Contratar los servicios para la implementación de acciones desarrolladas desde los dispositivos de base comunitaria en respuesta del consumo de sustancias psicoactivas dirigido a niños, niñas jóvenes y adultos de la localidad 19 de ciudad bolívar	$ 566.177.482	$ 604.651.163	$651.162.791	$679.069.767
		Realizar la interventoría especializada, integral, cualificada, calificada técnica, administrativa, contable y financieramente al proyecto 1892-contratar los servicios para la implementación de acciones desarrolladas desde los dispositivos de base comunitaria en respuesta del consumo de sustancias psicoactivas dirigido a niños, niñas jóvenes y adultos de la localidad 19 de ciudad bolívar (7%)	$ 42.615.518	$ 45.348.837	$ 48.837.209	$ 50.930.233
		SUBTOTAL	**$ 608.793.000**	**$ 650.000.000**	**$ 700.000.000**	**$ 730.000.000**
Beneficiar 1.700 personas con discapacidad a través de Dispositivos de Asistencia Personal - Ayudas Técnicas (no	DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL	Aunar esfuerzos para el otorgamiento de dispositivos de asistencia personal –ayudas técnicas-, no incluidos en el pos a personas con	$ 1.096.842.766	$ 1.097.674.419	$ 1.116.279.070	$ 1.134.883.721

META(S) DE PROYECTO	COMPONENTES	OBJETO DE GASTO RECURSOS FDL	COSTOS			
			2021	2022	2023	2024
incluidas en los Planes de Beneficios).		discapacidad de la localidad de ciudad bolívar.				
		Realizar la interventoría técnica, administrativa, legal, contable y financiera al Convenio Interadministrativo que suscriba el FDLCB y la Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E., cuyo objeto es: "Aunar esfuerzos para el otorgamiento de dispositivos de asistencia personal –ayudas técnicas-, no incluidos en el pos a personas con discapacidad de la localidad de ciudad bolívar (7%)	$ 70.011.234	$ 82.325.581	$83.720.930	$85.116.279
		SUBTOTAL	**$ 1.166.854.000**	**$ 1.180.000.000**	**$1.200.000.000**	**$ 1.220.000.000**
Vincular 800 personas a las acciones y estrategias de reconocimiento de los saberes ancestrales en medicina	SABERES ANCESTRALES	Contratar los servicios para la implementación de acciones y estrategias de reconocimiento de los saberes ancestrales en medicina de la localidad 19 de ciudad bolívar	$ 326.496.032	$ 321.860.465	$331.162.791	$ 331.162.791
		Realizar la interventoría especializada, integral, cualificada, calificada técnica, administrativa, contable y financieramente al proyecto 1892-contratar los servicios para la implementación de acciones y estrategias de reconocimiento de los saberes ancestrales en medicina de la localidad 19 de ciudad bolívar (7%)	$ 24.574.968	$ 24.139.535	$24.837.209	$24.837.209
		SUBTOTAL	**$ 351.071.000**	**$ 346.000.000**	**$ 356.000.000**	**$ 356.000.000**
Vincular 600 mujeres gestantes, niños y niñas, migrantes irregulares, vinculados en acciones de protección específica y detección temprana.	ACCIONES DEL CUIDADO	Condiciones de Salud	$ 0	$ 186.046.512	$ 190.697.674	$ 195.348.837
		INTERVENTORIA (7%)	$ 0	$ 13.953.488	$ 14.302.326	$ 14.651.163
		SUBTOTAL	**$ 0**	**$ 200.000.000**	**$ 205.000.000**	**$ 210.000.000**
Vincular 2.500 personas en acciones complementarias de la estrategia territorial de salud.	ESTRATEGIA TERRITORIAL DE SALUD	Realizar la atención en acciones complementarias de estrategia territorial de salud para los habitantes de la localidad 19 de ciudad bolívar.	$ 468.157.209	$ 491.162.791	$ 575.813.953	$ 682.790.698
		Realizar la interventoría especializada, integral,	$ 35.111.791	$ 36.837.209	$ 43.186.047	$ 51.209.302

META(S) DE PROYECTO	COMPONENTES	OBJETO DE GASTO RECURSOS FDL	COSTOS			
			2021	2022	2023	2024
		cualificada, calificada técnica, administrativa, contable y financieramente al proyecto 1892-realizar la atención en acciones complementarias de estrategia territorial de salud para los habitantes de la localidad 19 de ciudad bolívar. (7%)				
		SUBTOTAL	**$ 503.269.000**	**$ 528.000.000**	**$ 619.000.000**	**$ 734.000.000**
TOTAL ANUAL DE COSTOS			**$ 3.238.780.000**	**$ 3.524.000.000**	**$3.710.000.000**	**$ 3.890.000.000**
COSTO TOTAL DEL PROYECTO EN VALOR PRESENTE			**$ 14.362.780.000**			

11- INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO ESPECIFICO	COMPONENTES	META(S) PROYECTO	INDICADOR
Vincular 1.200 personas con discapacidad, cuidadores y cuidadoras, en actividades alternativas de salud. Personas con Discapacidad	Brindar actividades alternativas en salud, que den respuesta a las necesidades territoriales desde los enfoques de buen vivir, social y de derechos, y que favorezcan el desarrollo de la independencia e integración social de las Personas con discapacidad, cuidadoras y cuidadores	ACCIONES COMPLEMENTARIAS	Vincular 1.200 personas con discapacidad, cuidadores y cuidadoras, en actividades alternativas de salud. Personas con Discapacidad	Número de personas con discapacidad, cuidadores y cuidadoras, vinculados en actividades alternativas de salud.
Vincular 2.400 personas a las acciones desarrolladas desde los dispositivos de base comunitaria en respuesta al consumo de SPA.	Liderar la creación y el fortalecimiento de dispositivos de base comunitaria como estrategia territorial, que articula las redes comunitarias, los líderes de opinión, las organizaciones sociales y las instituciones, en respuesta al consumo de SPA en los territorios.	DISMINUCIÓN FACTORES DE RIESGO SPA	Vincular 2.400 personas a las acciones desarrolladas desde los dispositivos de base comunitaria en respuesta al consumo de SPA.	Números de personas vinculadas a las acciones desarrolladas desde los dispositivos de base comunitaria en respuesta al consumo de SPA.
Beneficiar 1.700 personas con discapacidad a través de Dispositivos de Asistencia personal - Ayudas técnicas (No incluidas en los planes de beneficios)	Favorecer la independencia, la participación en la comunidad y complementar los procesos de habilitación – rehabilitación dentro de los contextos donde se desarrollan las personas con discapacidad (PcD), cuidador, cuidadora y/o familia, a través de la entrega de aquellos dispositivos que no se encuentran cubiertos por el Plan de Beneficios de Salud (PBS) vigente.	DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL	Beneficiar 1.700 personas con discapacidad a través de Dispositivos de Asistencia personal - Ayudas técnicas (No incluidas en los planes de beneficios)	Número de personas con discapacidad beneficiadas con Dispositivos de Asistencia Personal - Ayudas Técnicas (no incluidas en los Planes de Beneficios).
Vincular 800 personas a las acciones y estrategias de reconocimiento de los saberes ancestrales en medicina.	Desarrollar acciones y estrategias que permitan identificar, visibilizar y reconocer los saberes ancestrales y formas naturales del cuidado de la salud, de las poblaciones étnicas en el territorio, a través de la concertación con los grupos poblacionales propios de cada territorio.	SABERES ANCESTRALES	Vincular 800 personas a las acciones y estrategias de reconocimiento de los saberes ancestrales en medicina.	Número de personas vinculadas a las acciones y estrategias de reconocimiento de los saberes ancestrales en medicina.
Vincular 600 mujeres gestantes, niños y niñas, migrantes irregulares, vinculados	Desarrollar acciones y estrategias orientadas al proyecto de vida, redes de apoyo, promoción de los derechos sexuales y derechos	ACCIONES DE CUIDADO	Vincular 600 mujeres gestantes, niños y niñas, migrantes irregulares, vinculados	Número de mujeres gestantes, niños y niñas, migrantes irregulares, vinculados en acciones

META PLAN DE DESARROLLO	OBJETIVO ESPECIFICO	COMPONENTES	META(S) PROYECTO	INDICADOR
en acciones de protección específica y detección temprana.	reproductivos y transformación de imaginarios sociales, para la prevención del embarazo en adolescentes, el disfrute de la sexualidad, el desarrollo autonomía y libre expresión del pensamiento; dando respuesta a las necesidades locales desde los enfoques del buen vivir, social y de derechos.		en acciones de protección específica y detección temprana.	de protección específica y detección temprana.
Vincular 2.500 personas en acciones complementarias de la estrategia territorial de salud.	Establecer acciones complementarias (no incluidas en Modelo y el Plan Territorial) en Salud para favorecer la disminución de brechas y barreras existentes frente al acceso y goce efectivo del derecho a la salud.	ESTRATEGIA TERRITORIAL DE SALUD	Vincular 2.500 personas en acciones complementarias de la estrategia territorial de salud.	Número de personas vinculadas en las acciones complementarias de la estrategia territorial de salud.

12- RESULTADOS E IMPACTOS DEL PROYECTO

RESULTADOS E IMPACTOS DEL PROYECTO

*Ingrese los **resultados** puntuales que se espera obtener con el proyecto en términos de los beneficios generados.*

Beneficios:

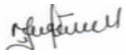
- ✓ Brindar una mejor calidad de vida a personas con discapacidad mediante la entrega de Dispositivos de Asistencia Personal -Ayudas Técnicas-, en óptimas condiciones para su uso adecuado dependiente del tipo de discapacidad de cada uno de los beneficiarios.
- ✓ Garantizar la creación y fortalecimiento de dispositivos de base comunitaria como estrategia territorial, que articula las redes comunitarias, los líderes de opinión, las organizaciones sociales y las instituciones, en respuesta al consumo de SPA en los territorios.
- ✓ Garantizar los derechos y deberes de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores, generando capacidades humanas, sociales, culturales y productivas para la inclusión social, mediante acciones integrales que garanticen el desarrollo humano y la dignidad de las personas.
- ✓ Atender con enfoque diferencial a niñas, niños y adolescentes, particularmente a la población migrante en riesgo o situación de vulneración de derechos, trabajo infantil y violencia sexual.
- ✓ Favorecer la difusión de rutas y servicios de la localidad para la prevención de embarazo adolescente, promover acciones de articulación entre las entidades del orden local y distrital, y contribuir en la reducción de la tasa de fecundidad de las adolescentes entre los 12 y 18 años de la localidad.
- ✓ Realizar el acompañamiento para el desarrollo de acciones y estrategias que permitan identificar, visibilizar y reconocer los saberes ancestrales y formas naturales del cuidado de la salud, de las poblaciones étnicas en el territorio, a través de la concertación con los grupos poblacionales propios de cada territorio.

Resultados:

- ✓ Cambios en las condiciones físicas y mentales de los beneficiarios.
- ✓ Mejoramiento en la calidad de vida.
- ✓ Inclusión social.
- ✓ Se generará el escenario para que el número de acciones identifiquen, controlen y reduzcan los factores biológicos del ambiente y el comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue u ocasione secuelas o consecuencias mayores sobre el individuo.

13- HOJA DE VIDA DEL PROYECTO

VIABILIDAD Y ACTUALIZACIONES
Especifique los aspectos relevantes del proyecto, que deban tenerse en cuenta para la formulación y ejecución del mismo.

FECHA DD/MM/AÑO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN	RESPONSABLE	FIRMA	VoBo	FIRMA
02-06-2021	Se realizó actualización de los objetivos específicos acorde al orden de cada uno de los componentes, de igual manera se corrigió la actividad de la Ejecución del componente de acciones complementarias, se corrige la descripción de la población del componente 5 población de madres gestantes, niños (as) migrantes, se actualiza la información frente a la concertación con etnias, las actividades se establecen todo acorde a los recursos establecidos en el POAI 2021	Nancy Yamile Martínez		Duvan Andrés Arboleda Obregón GDL Mariela Jiménez Ovalle - Profesional de Planeación Jacobo Pardey Rozo – Profesional especializado 222-19	  

14- OBSERVACIONES

OBSERVACIONES DEL PROYECTO
Especifique los aspectos relevantes del proyecto, que deban tenerse en cuenta para la formulación y ejecución del mismo.

EL proyecto se sigue todo acorde a los lineamientos de la Secretaria de Salud

15- RESPONSABLE DEL PROYECTO

RESPONSABLE DEL PROYECTO

Ingrese la información de la persona responsable de formular el proyecto.
Nombre: Nancy Yamile Martínez Bohórquez CPS-175-2021
Cargo: Profesional Especializado Oficina de Planeación Local
Correo electrónico: nancy.martinez@gobiernobogota.gov.co
Teléfono Oficina: 7799280
Fecha de elaboración (12-11-2020)