ESTUDIOS PREVIOS DE OPORTUNIDAD Y CONVENIENCIA

ESTUDIOS Y DOCUMENTOS PREVIOS PARA CELEBRAR UN CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN No. 1841 DE 2013, RESOLUCIÓN No. 518 DE 2015, RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 y RESOLUCIÓN 0295 DE 2023

Con el fin de dar cumplimiento a lo contemplado por el artículo 2.2.1.1.2.1.1. del Decreto 1082 de 2015, nos permitimos dejar a consideración los estudios y documentos previos que sirven de soporte para CELEBRAR UN CONTRATO INTERADMINISTRATIVO CON LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL REGIONAL SURORIENTAL PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN LAS DIMENSIONES: VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES, ENFERMEDADES TRANSMISIBLES - PROGRAMA DEPARTAMENTAL TUBERCULOSIS Y SALUD AMBIENTAL DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN No. 1841 DE 2013, RESOLUCIÓN No. 518 DE 2015, RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y RESOLUCIÓN 0295 DE 2023.

DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD QUE LA ENTIDAD PRETENDE SATISFACER
El INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER requiere contratar el desarrollo de las acciones descritas en estos estudios para lograr el cumplimiento de las metas previstas en las Dimensiones del PDSP incluidas en el PTS, teniendo como fundamentalmente lo establecido en la Resolución Minsalud N°518 de 2015, Resolución 0295 de 2023 y Resolución 3280 de 2018, específicamente lo relacionado con el Plan de Intervenciones Colectivas**.**

El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, ha contemplado el desarrollo de cinco (5) grupos así:

1. Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles
2. Seguridad Alimentaria y Nutricional
3. Programa Ampliado De Inmunizaciones
4. Enfermedades Transmisibles - Programa Departamental Tuberculosis
5. Salud Ambiental

PRESUPUESTO OFICIAL

El presupuesto oficial del presente contrato a celebrar con la empresa social del estado ESE HOSPITAL REGIONAL SURORIENTAL , lo componen la sumatoria de los valores apropiados para cada grupo, así:

GRUPO	DIMENSION	PRESUPUESTO
1	Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	$ 53.000.000
2	Seguridad Alimentaria y Nutricional	$70.000.000
3	Programa Ampliado de Inmunizaciones	$64.000.000
4	Enfermedades Transmisibles Programa Departamental Tuberculosis	$30.000.000
5	Salud Ambiental	$ 89.550.000
	VALOR PRESUPUESTO	**$ 306.550.000**

GRUPO 1

1. Nombre del proyecto
Familias y comunidades con conocimientos para la prevención y control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

2. Justificación
Según el Plan Decenal de Salud Pública y en el cumplimiento a la **Meta de resultado 359: El 100% de los municipios implementan prácticas de autocuidado para prevención y manejo de las ENT y aquellas relacionadas con salud bucal, visual y auditiva,** teniendo en cuenta los indicadores de ECNT, para la vigencia 2023 se priorizan los municipios que presentan alta prevalencia de enfermedades no transmisibles:

Municipio	Prevalencia de hipertensión Fuente Sispro 2021	Prevalencia de diabetes Fuente Sispro 2021
Chinácota	3.16	1.43
Norte de Santander	**8.661**	**1.325**

El perfil de morbilidad y mortalidad de Colombia se caracteriza por un predominio de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles que son desde hace ya varios años las principales causas de morbilidad y mortalidad: los cánceres, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades metabólicas y las enfermedades neurodegenerativas aparecen en los primeros lugares a nivel nacional en los estudios de carga de enfermedad de 1995 y 2005

En 2009 las Enfermedades Cardiovasculares y la Diabetes ocasionaron cerca de 64 mil defunciones, de las cuales una tercera parte ocurrieron en personas entre los 20 y los 59 años. El 32% del total de la mortalidad para ese año fue debido a estas dos causas. (RESUMENES DE POLITICA: INTERVENCIONES POBLACIONALES EN FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES)

A nivel general, el grupo de causas que presentan mayor tasa de mortalidad ajustada por edad en el departamento Norte de Santander son las enfermedades del sistema circulatorio. El tercer lugar lo ocupan las neoplasias de comportamiento variable durante los años 2005 a 2008 (oscilando entre 94 y 101 muertes por cada 100.000 habitantes), teniendo un leve descenso en 2009, pero aumentando durante los años 2010 y 2014, ubicándose en 107 muertes por cada 100.000 habitantes para este último año, los años con mayor tasa 2008 y 2009 durante los años 2010 y 2014, ubicándose en 107 muertes por cada 100.000 habitantes para este último año. (ASIS 2016)

De acuerdo con el análisis de la mortalidad, en Norte de Santander se debe priorizar a nivel general la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, específicamente por enfermedades isquémicas; La mortalidad por demás causas, principalmente por Diabetes Mellitus y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores; Dentro de la mortalidad por neoplasias, se debe priorizar el tumor maligno del estómago. (ASIS 2016)
Respecto al comportamiento de la morbilidad en los hombres, la principal causa en la primera infancia son las enfermedades no transmisibles cuya proporción fue igual 38,3% del total de atenciones realizadas en el 2015 en el Departamento. La tendencia de estas causas de morbilidad es al aumento, de acuerdo a lo observado en años anteriores. En los demás ciclos vitales la principal causa también son las enfermedades no transmisibles, cuya proporción de demanda de atención va en aumento y tiene correlación al ciclo vital. Los grupos con mayor proporción de atenciones por esta gran causa son adultez y personas mayores.
Los efectos de salud identificados como principales causas de mortalidad en el Departamento, son las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes Mellitus y las neoplasias.

Según datos de la organización mundial de la salud La inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial). La inactividad física está cada vez más extendida en muchos países, y ello repercute considerablemente en la salud general de la población mundial, en la prevalencia de ENT (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer) y en sus factores de riesgo, como la hipertensión, el exceso de glucosa en la sangre o el sobrepeso. Se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente 21–25% de los cánceres de mama y de colon, 27% de la diabetes, y aproximadamente un 30% de las cardiopatías isquémicas. Además, las ENT representan actualmente casi la mitad de la carga mundial total de morbilidad. Se ha estimado que, de cada 10 defunciones, seis son atribuibles a enfermedades no transmisibles.

Según datos de la OMS Las dietas malsanas y la inactividad física son dos de los principales factores de riesgo de hipertensión, hiperglucemia, hiperlipidemia, sobrepeso u obesidad y de las principales enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, el cáncer o la diabetes.
Con respectos a los factores de riesgo, relacionados con la ECNT, la encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2010 evidencia que solo uno de cada dos colombianos de 18 a 64 años cumple con las recomendaciones de actividad física (AF en tiempo libre + Transporte al menos por 150 minutos a la semana) de igual forma es preocupante que el tiempo dedicado a ver la televisión y jugar con video juegos lo cual está asociado con el sobre peso y la obesidad, por lo anterior se hace necesario implementar política y estrategias que promuevan la realización de actividad física y disminuyan la prevalencia de actividades sedentarias.

Es importante entender que la inactividad física eleva el riesgo de sufrir enfermedad Cardiovascular, trombosis Cerebral, Hipertensión Arterial, cáncer de colon, Diabetes Mellitus tipo 2. En la actualidad se ha demostrado que la principal causa de estas enfermedades es un estilo de vida no saludable, donde además de la inactividad física se ingieren importantes cantidades de alcohol, tabaco y dietas no balanceadas. El programa departamental de Hábitos y Estilos de Vida Saludable busca incidir sobre esos factores que afectan la calidad de vida de las personas y que al modificarse pueden contribuir a la mejora de la salud y a prevenir las ECNT causantes de la mayoría de muertes en el mundo

A partir de una búsqueda de la literatura publicada nacional e internacional, de los resultados de encuestas y estudios nacionales, así como de algunos análisis secundarios de las Encuestas de Salud y Nutrición de 2005 y 2010 y de la Encuesta Nacional de 2010 Demografía y Salud 2010 se obtuvo información sobre la tendencia

en la prevalencia de hipertensión, diabetes y obesidad y sobre la distribución y tendencia del tabaquismo, la actividad física, la alimentación y el consumo de alcohol. (RESUMENES DE POLITICA: INTERVENCIONES POBLACIONALES EN FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES)

La edad escolar es un periodo importante para promover y consolidar habilidades en todas las áreas del desarrollo y para reafirmar hábitos y estilos de vida saludables. Así, los niños y jóvenes pueden alcanzar una excelente calidad de vida y garantizan las reservas necesarias para cubrir el gasto de energía que demandan las nuevas actividades asumidas durante esta época de la vida.
El Plan Decenal de Salud Pública en su componente Envejecimiento y Vejez de la Dimensión Transversal Gestión diferencial de poblaciones vulnerables, establece la realización de acciones e intervenciones orientadas al desarrollo de capacidades, habilidades y potencialidades de las personas, familias, grupos o comunidades, con el fin de propiciar e incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores en las generaciones actuales y futuras y , por tanto propiciar un mayor grado de bienestar, mediante la implementación de estrategias de inclusión social que impacten en el desarrollo social, económico y cultural.

Es imprescindible realizar acciones de Cambios comportamentales en los Hábitos y Estilos de vida saludables para conseguir generaciones de personas mayores, menos dependientes, más saludables y productivas, lo que repercutirá en la disminución de los costos del sistema de salud y la sostenibilidad del mismo, como estrategia prioritaria para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores en particular.
El desconocimiento de los principales riesgos que afectan la salud oral, visual y la manera para identificarlos han facilitado el incremento de diferentes patologías que afectan el normal desarrollo de las actividades de la población escolar. Estos problemas de salud como son las enfermedades propias de la boca y las visuales están asociadas a factores biológicos, sin embargo, estos factores no son causa única y suficiente para desencadenar en nuestra población escolar dichos problemas, existen otros procesos asociados como la desinformación, malos hábitos alimenticios, tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, esto sumado al miedo, ansiedad que produce la consulta médico – odontológica, El uso desmedido de los celulares, televisión Tablet y computadores (nuevas tecnologías) aumenta aún más los riesgos de problemas de visión y salud oral a temprana edad, y los niveles educativos e ingresos económicos, afectan directamente en la incidencia y prevalencia de estas patologías. Con el fin de detectar en forma temprana y promover estilos de vida saludables en la población escolar, se hace necesario a través de los diferentes actores sociales, el desarrollo de estrategias que permitan incrementar los conocimientos de la población escolar en temas relacionados con el cuidado de la visión y la salud oral.

- Por lo anterior se propone la intervención en 1 municipios del departamento priorizado por el mayor número de eventos asociados a enfermedades cardiovasculares y metabólicas mediante el desarrollo de una estrategia de información en salud en líderes y sus familias que genere resultados en salud de “Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos” como factor protector para la detección temprana y control de las ENT.

Antecedentes
Los indicadores de morbilidad por eventos de alto costo como son, la tasa de incidencia por enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de reemplazo renal se ubicó en 66,74 por cada 100.000 afiliados, con diferencia significativa comparadas a nivel país (81,33)

La tasa de incidencia por leucemia pediátrica mieloide fue de 0,46 por cada 100.000 menores de 15 años, menor a la observada para Colombia (0,51 * 100.000 menor de 15 años) con tendencia al aumento para el departamento con respecto al 2019. La tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide fue de 2,97 por cada 100.000 menores de 15 años; tasa por encima del nivel nacional (2,97*100.000 menores de 15 años, aunque sin diferencias importantes. Este evento tiene tendencia a la disminución respecto al año anterior. Esto se podría atribuir a la detección temprana y tratamiento oportuno por parte de las EAPB. La mayor cantidad de casos corresponde al municipio de Cúcuta.

Tabla 53. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo, Norte de Santander, 2009-2021

Evento	Colombia	Norte de Santander	Comportamiento 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal año 2021	81,33	66,74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↘
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados año 2021	8,90	5,70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de VIH notificada año 2021	20,02	17,58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) año 2020	0,51	0,46	-	-	↗	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años) año 2020	2,94	2,97	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘

Fuente: SISPRO - Base de datos cuentas de alto costo

En cuanto a la morbilidad de eventos precursores del año 2021 (último año para el cual se reporta dato) para Norte de Santander la prevalencia por diabetes mellitus fue del 2,40 con tendencia al aumento para esta vigencia. Comparada con el nivel nacional, no existen diferencias significativas. Entre los municipios con mayor prevalencia en el departamento se encuentran Cúcuta (3,33) Ragonvalia (2,81), Ocaña (2,29) Pamplona (2,24) y Puerto Santander (1,96). Respecto a la prevalencia de hipertensión arterial para el 2021 fue del 7,10 La prevalencia de HTA está por debajo de la observada en el país (8,75) pero sin diferencias importantes. Los municipios con mayor prevalencia de hipertensión arterial en el departamento son: Cúcuta (9,45), Ocaña (8), Ragonvalia (7,46), Puerto Santander (7,02) y Cacota (7,71).

Evento	Colombia	Norte de Santander	Comportamiento 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prevalencia de diabetes mellitus	2,94	2,40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	8,75	7,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗

Fuente: Base de datos cuentas de alto costo

Determinante social

- Malas prácticas de autocuidado.

Resultado en salud

Para el desarrollo del presente proyecto se requiere priorizar a líderes y sus familias en el ámbito rural (incluyendo rural disperso) de cada municipio y generar conocimiento por medio de una estrategias de información en salud a la población objeto con un resultado de impacto **"Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos"** permitiendo verificar de manera presencial por parte del ente territorial el conocimiento obtenido de la información recibida.

Objetivo general

Generar conocimiento en 300 familias de los municipios priorizados mediante una estrategia de información en salud en temas relacionados con prácticas de autocuidado y la adherencia a programas de detección temprana y control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT); sumado a lo anterior realizar una caracterización social y ambiental en el entorno Hogar.

Objetivos específicos

- Sensibilizar a las familias priorizadas en cada municipio en la zona rural y rural dispersa en la importancia de las prácticas de autocuidado y la adherencia a programas de detección temprana y control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) como base para el proceso de información en salud.
- Caracterizar social y ambientalmente Identificado los determinantes y condicionantes sociales y demográficos, factores de riesgo, creencias, aptitudes y prácticas presentes en el entorno hogar donde transcurre la vida de las familias de cada ente territorial priorizado de la zona rural y rural dispersa a través del documento de caracterización social y ambiental establecido por la DVSCNT.
- Desarrollar una estrategia de información en salud para generar conocimiento en las familias priorizadas en prácticas de autocuidado para la prevención de las ECNT, adherencia a programas de detección temprana y control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT).
- Generar resultados en salud a las familias de cada municipio priorizado que permita **"Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos"** como factor protector para la detección temprana y control de las ENT.

Población objeto

Entorno Hogar: Todos los cursos de vida existentes en las familias de cada municipio en un mismo sitio geográfico del territorio para un mínimo de 300 familias por municipio del ámbito rural (rural disperso) serán los identificados para el desarrollo de este proyecto.

Municipios	Entorno Hogar	Total urbano/rural
Chinácota	VEREDAS (Onda norte, , Palocolorado, la don juana vereda iscala)	300

Focalización territorial: El (1) Municipio a Impactar para la implementación: **Chinácota.**

Focalización grupo focal: En cada municipio se identificará y focalizará en los micro territorios priorizados, como mínimo 300 familias por municipio como sujetos a intervenir, con el fin de desarrollar la estrategia de información en salud que permita generar conocimientos en prácticas de autocuidado para la prevención de las ECNT, adherencia a programas de detección temprana y control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) del ámbito rural.

Estrategias: Comunidades y escenarios protectores.

Tecnologías

- Caracterización social y ambiental
- Educación en salud

Recurso humano

Para el proceso de caracterización social y ambiental y el desarrollo de la estrategia de información en salud es necesario contar con la participación del siguiente talento humano:

- Dos (1) enfermeras profesionales
- Dos (2) Auxiliares de enfermería

Metodología

Para el desarrollo del presente proyecto se requiere identificar, informar y sensibilizar a las familias priorizadas del ámbito rural (rural disperso) de cada municipio, donde se garantice la manifestación formal por parte de las familias, de su voluntad, compromiso y permanencia para la estrategia; una vez finalizada la etapa de compromiso territorial y de las familias se debe construir la caracterización social y ambiental de las familias que permita la construcción del diagnóstico de las familias objeto para las intervenciones de promoción y prevención de las ENT y los factores de riesgo presentes en cada familia; una vez consolidada la etapa de diagnóstico y elaboración de plan de trabajo se debe generar un proceso de construcción de estrategias de información en salud para generar mansajes en salud susceptibles de difusión masiva acorde a las existencia y preferencias de medios masivos y alternativos de comunicación de cada territorio y finalmente se realizara un proceso de verificación presencial por parte del ente territorial de los conocimiento desarrollados en la población

El proyecto se desarrollará en tres (3) etapas

Etapa 1: Caracterización social y ambiental y diagnóstico social, ambiental y pre saberes y prácticas de autocuidado:

- Georreferenciar y priorizar a las familias de los micro territorios priorizados de cada municipio para desarrollar una estrategia de información en salud para generar conocimiento en prácticas de autocuidado para la prevención de las ECNT, adherencia a programas de detección temprana y control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT). Se debe articular con el ente territorial la focalización de la estrategia, quedando expresa la aceptación por parte del municipio de su acompañamiento en su desarrollo.
- Socializar y sensibilizar a las familias, actores locales, EAPB e IPS de cada territorio frente al alcance de la estrategia y sus beneficios para la adherencia al mismo. Se debe contar como requisito con la presencia del municipio, la ESE y las EPS del territorio, firmándose acta de compromiso para el desarrollo de la estrategia por parte de los líderes, actores locales y los entes territoriales.
- Caracterización social y ambiental del entorno hogar: Mediante la aplicación de la **Guía Metodología para la caracterización social y ambiental del entorno hogar para la implementación de prácticas de autocuidado y promoción de hábitos y estilos de vida saludable"** desarrollada por la DVSCNT incluyendo tamizaje del riesgo cardiovascular por medio de la calculadora "conoce tu riesgo peso saludable; lo cual permitirá Diagnosticar por municipio las necesidades sociales ambientales, así como los pre saberes y prácticas de autocuidado presentes al inicio de la estrategia.
- Realizar un Diagnóstico social, ambiental, de estilos de vida, prácticas de autocuidado, factores de riesgo biológico y ambiental, bienes y servicios saludables en el entorno hogar común para las familias, que permita direccionar acciones informativas medibles y verificables en todos los cursos de vida presentes en su entorno hogar.
- Socializar a los actores el diagnostico construido y el plan de trabajo a desarrollar, dicho diagnostico será la base para la estructuración del proceso de información en salud.

Etapa 2: educación en salud en la prevención y control de las Enfermedades No transmisibles (ENT) a las familias del ámbito rural y rural disperso de los municipios priorizado:

- Sensibilización y adherencia de familias de cada municipio priorizado como base para el proceso de educación en salud que se impartirá. se debe evidenciar la metodología aplicada para la sensibilización y adherencia de las familias.
- Educación para la salud: construir participativamente la estrategia de educación en salud y promover las estrategias avaladas por el grupo priorizado y territorio frente a la estrategia de educación en salud de manera presencial, acorde a las necesidades y expectativas de las familias. Se educara la información utilizando la estrategia definida para el grupo focal. se deberá hacer seguimiento a su impacto en las familias, de no identificarse avances en la apropiación de la información, se deberá ajustar la estrategia

de educación , hasta alcanzar el objetivo de generar conocimiento en prácticas de autocuidado para la prevención de las ECNT, adherencia a programas de detección temprana y control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT); se debe demostrar los resultados de la interiorización de las temáticas difundidas en la etapa de información en salud en las familias priorizadas y por parte del municipio verificar que efectivamente sé interiorizo el mensaje y/o concepto

- Contenido temático para el proceso de información en salud: construir una agenda temática y vivencial enfocada en los siguientes temas:
  - Estrategia 4x4 (Alimentación saludable, Actividades física, disminución del consumo del tabaco y alcohol)
  - Salud Bucal, Visual y Auditiva
  - Asistencia red primaria para la aplicación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud
  - Accione de detección temprana.
  - Adherencia a los programas para control de las ENT.
- Desarrollo de la estrategia de educación en salud para la generación conocimiento en prácticas de autocuidado para la prevención de las ECNT, adherencia a programas de detección temprana y control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) por lo cual se debe tener en cuenta se debe implementar Mínimo 2 ciclos al año por grupo poblacional o colectivo, con las que se va a desarrollar el proceso. En zona rural y rural dispersa, se realizará mínimo 1 ciclo al año por grupo poblacional o colectivo priorizado. Cada ciclo está compuesto de 9 a 12 sesiones con el mismo grupo para el logro de un resultado concreto –acorde con el PTS-, previamente definido y acordado con los participantes Cada sesión tendrá una duración de 2 a 3 horas se desarrollara las sesiones de grupos de 6 a 15 familias.

Etapa 3: Socialización de Resultados en salud y sostenibilidad:

- Medir los conocimientos adquiridos por las familias como resultado en salud de **“Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos”**. Una vez se identifiquen los factores de riesgo en las familias en articulación con el ente territorial y las EAPB se deberá canalizar a la población a los servicios de salud.
- Generar espacios de socialización local de resultados en salud **“Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos”** alcanzados por las familias priorizadas a las autoridades locales y representantes de la comunidad. Se debe evidenciar con testimonios presenciales, videos y evidencias fotográficas de los habitad intervenidos, así como de la interiorización de la información.
- Co-evaluación, Auto evaluación Es necesario realizar una actividad inicial que permita establecer el estado de los saberes (conocimientos, prácticas, ritos, imaginarios, mitos, valores, actitudes y motivaciones). Preferiblemente esta indagación se hará de forma narrativa o discursiva, o con entrevistas grupales o con pequeños relatos de vida de los participantes, aunque no se descarta la aplicación de un pre test, para recabar información más específica. Esto se convertirá en la línea de base, sobre la cual se programará el proceso educativo y deberá arrojar información en términos de esquemas de capacidad y no de conocimientos específicos sobre un determinado tema.
- Se considera que habrá resultados positivos si el grupo de personas: a) se mantiene en el proceso, por lo menos el 60% de los participantes iniciales. b) construye un proyecto viable y pertinente para mejorar la calidad de vida y salud (en relación con las particularidades territoriales) c) implementa acciones colectivas para mejorar la salud (donde aplica los saberes construidos en el proceso), con algún resultado concreto y medible. d) elabora una agenda pública (comunitaria, comunal, colectiva o poblacional, etc.) para incidir en la agenda institucional y mejorar la salud.
- Continuidad de acciones de mantenimiento de la estrategia Comunidades y escenarios protectores para la prevención y control de las ENT para la siguiente vigencia. Construir plan de trabajo para la siguiente vigencia avalado por las familias, municipios y actores locales.

Actividades

Etapa 1: Caracterización social y ambiental y diagnóstico social, ambiental y pre saberes y prácticas de autocuidado:

- Gestionar y obtener manifestación escrita del ente territorial municipal de aceptación de la estrategia.
- Gestionar y obtener manifestación escrita de cada de cada municipio de aceptación de la estrategia y participación activa en la misma
- Realizar socialización de la estrategia de información en salud de manera presencial a las familias y actores locales.
- Aplicar documento de caracterización social y ambiental de manera presencial las familias basadas en la **Guía Metodología para la caracterización social y ambiental del entorno hogar para la implementación de prácticas de autocuidado y promoción de hábitos y estilos de vida saludable** elaborado por la DVSCNT incluyendo tamizaje del riesgo cardiovascular por medio de la calculadora “conoce tu riesgo peso saludable.
- Elaborar documento diagnóstico de resultados de caracterización y plan de implementación de la estrategia Comunidades y escenarios protectores para la prevención y control de las ENT según análisis.

Etapa 2: Información en salud en la prevención y control de las Enfermedades No transmisibles (ENT) a las familias del ámbito rural y rural disperso de los municipios priorizado:

- Realizar estrategia de sensibilización y adherencia aplicada a las familias. (metodología, video, fotos).
- Elaborar contenido temático dirigido a las familias para el proceso de educación en salud en la prevención y control de las ENT, metodología a utilizar en las sesiones (documento metodológico, contenidos temáticos desarrollados, instrumentos de medición de conocimientos y prácticas, video y fotos).
- Realizar estrategias para la apropiación de contenidos temáticos para el fomento de hábitos y estilos de vida saludable y control de las ENT.
- Aplicar la estrategia de información en salud de manera presencial a las familias para prevención y control de las ENT.

Etapa 3: Socialización de Resultados en salud y sostenibilidad:

- Obtener testimonio de familias intervenidas de sus nuevos conocimientos con la participación y supervisión de cada ente territorial.
- Realizar socialización de resultados en salud que permita verificar el cumplimiento de "**Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos**" para la promoción y prevención de las ENT por cada municipio.

Productos

Etapa 1: Caracterización social y ambiental y diagnóstico social, ambiental y pre saberes y prácticas de autocuidado:

- Comunicación formal al ente territorial municipal de la priorización de su territorio y demás procesos comunitarios presentes en el territorio.
- Manifestación escrita del ente territorial municipal de su aceptación y voluntad política, administrativa para el desarrollo de la estrategia comunidades y escenarios protectores.
- Manifestación escrita de las familias de su aceptación para el desarrollo de la estrategia comunidades y escenarios protectores.
- Acta y video de socialización a las familias y actores locales de la estrategia, acta de compromiso de actores.
- Documento aplicado a las familias de cada municipio para la caracterización desarrollada por medio de la **Guía Metodología para la caracterización social y ambiental del entorno hogar para la implementación de prácticas de autocuidado y promoción de hábitos y estilos de vida saludable** elaborado por la DVSCNT incluyendo tamizaje del riesgo cardiovascular por medio de la calculadora "conoce tu riesgo peso saludable.
- Documento diagnóstico de resultados de caracterización y plan de implementación la estrategia comunidades y escenarios protectores para la prevención y control de las ENT según análisis.
- Acta y video de socialización de diagnóstico y plan de trabajo a las familias.

Etapa 2: Información en salud en la prevención y control de las Enfermedades No transmisibles (ENT) a las familias del ámbito rural y rural disperso de los municipios priorizado:

- Actas y videos de proceso de sensibilización y adherencia a las familias.
- Documento temático y metodológico para el proceso de información en salud con las familias, material informativo y video de aceptación por grupo focal y territorio de la estrategia de educación en salud para la prevención y control de las ENT acorde a criterios técnicos y normativos vigentes y avalado por el ente territorial, como material informativo validado comunitariamente para informar a la población en general de la importancia de adopción de estilos de vida saludable.
- Documento de aceptación de estrategia de información en salud y contenidos temáticos del proceso de información en salud por parte del ente territorial.
- Actas, fotos y videos del proceso de aplicación de la estrategia de información en salud a las familias de cada municipio
- Instrumento de medición de conocimientos para la prevención y control de las ENT por parte de las familias.
- Documento de resultados de conocimientos alcanzados en el proceso de información en salud a las Familias.

Etapa 3: Socialización de Resultados en salud y sostenibilidad:

- Documento fotos y videos de testimonio como soporte de medición del conocimiento e importancia de los estilos de vida saludable, hábitos saludables.
- Documento de socialización de resultados en salud **"Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos"** alcanzados por el grupo focal intervenido a nivel local de manera documentada.
- Acta y video de evento presencial de socialización y verificación de los resultados en salud **"Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos"** alcanzados en términos de conocimiento en estilos de vida saludable, autocuidado, asistencia a los servicios de salud del grupo focal mediante evidencias fotográficas y videos).

Metas

Metas etapa 1

- 1 municipio con manifestación escrita del ente territorial municipal y líderes de aceptación y desarrollo de la estrategia comunidades y escenarios protectores.
- 1 municipio con caracterización social y ambiental aplicando **Guía Metodología para la caracterización social y ambiental del entorno familiar para la implementación de prácticas de autocuidado y promoción de hábitos y estilos de vida saludable** elaborado por la DVSCNT incluyendo tamizaje del riesgo cardiovascular por medio de la calculadora "conoce tu riesgo peso saludable.
- 300 familias con diagnóstico de realidad social, ambiental, pre saberes y prácticas de autocuidado presentes al inicio de la estrategia comunidades y escenarios protectores.

Metas etapa 2

- 100% de familias sensibilizados por municipio para desarrollo de la estrategia.
- Construcción de material informativo para la promoción y prevención de las enfermedades no transmisibles dirigido al 100% de familias de cada municipio.
- 100% de familias con conocimiento a en prácticas de autocuidado y estilos de vida saludable.

Metas etapa 3

- 100% de familias con testimonio de apropiación de conocimientos en prácticas de autocuidado y estilos de vida saludable.
- 1 municipio con documento de socialización resultado en salud.
- 1 municipio con socialización resultado en salud.

Indicadores

Indicadores Etapa 1:

- Número de municipios con voluntad política para la estrategia/ Total de municipios priorizados
- Número de familias con aceptación para la estrategia/ Total de familias priorizadas
- Número de familias caracterizadas/ Total de familias priorizadas
- Número de familias con diagnóstico social y ambiental/ Total de familias priorizadas.

Indicadores Etapa 2:

- Número de familias sensibilizadas por municipio/ Total de familias intervenidas por municipio.
- Número de familias con aplicación de estrategia de información en salud/ Total de familias intervenidas por municipio.
- Número de familias con conocimiento prácticas de autocuidado y estilos de vida saludable/ Total de familias intervenidas por municipio.

Indicadores Etapa 3

- Número de líderes con conocimientos en estilos de vida saludable/ Total de líderes.
- Numero de socializaciones de resultados por municipio /total de municipios.

Costo directo indirecto y ganancias

ETAPA	Actividades	VALOR TOTAL POR MUNICIPIO
1	Comunicación formal al ente territorial municipal de la priorización de su territorio y demás procesos comunitarios presentes en el territorio. Manifestación escrita del ente territorial municipal de su aceptación y voluntad política, administrativa para el desarrollo de la estrategia comunidades y escenarios protectores. Manifestación escrita de las familias de su aceptación para el desarrollo de la estrategia comunidades y escenarios protectores. Acta y video de socialización a las familias y actores locales de la estrategia, acta de compromiso de actores. Documento aplicado a las familias de cada municipio para la caracterización desarrollada por medio de la **Guía Metodología para la caracterización social y ambiental del entorno familiar para la implementación de prácticas de autocuidado y promoción de hábitos y estilos de vida saludable** elaborado por la DVSCNT incluyendo tamizaje del riesgo cardiovascular por medio de la calculadora "conoce tu riesgo peso saludable. (300 familias) Documento diagnóstico de resultados de caracterización y plan de implementación la estrategia comunidades y escenarios protectores para la prevención y control de las ENT según análisis. Acta y video de socialización de diagnóstico y plan de trabajo a las familias	
	SUBTOTAL	$20.000.000
2	Actas y videos de proceso de sensibilización y adherencia a las familias. Documento temático y metodológico para el proceso de educación en salud con las familias, material informativo y video de aceptación por grupo focal y territorio de la estrategia de educación en salud para la prevención y control de las ENT acorde a criterios técnicos y normativos vigentes y avalado por el ente territorial, como material informativo validado comunitariamente para informar a la población en general de la importancia de adopción de estilos de vida saludable.	

	Documento de aceptación de estrategia de educación en salud y contenidos temáticos del proceso de educacion en salud por parte del ente territorial. Actas, fotos y videos del proceso de aplicación de la estrategia de educacion en salud a las familias de cada municipio Instrumento de medición de conocimientos para la prevención y control de las ENT por parte de las familias. Documento de resultados de conocimientos alcanzados en el proceso de educación en salud a las Familias.	
	• *SUBTOTAL*	$ 20.000.000
3	Documento fotos y videos de testimonio como soporte de medición del conocimiento e importancia de los estilos de vida saludable, hábitos saludables. (300 familias) Documento de socialización de resultados en salud **"Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos"** alcanzados por el grupo focal intervenido a nivel local de manera documentada. Acta y video de evento presencial de socialización y verificación de los resultados en salud **"Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos"** alcanzados en términos de conocimiento en estilos de vida saludable, autocuidado, asistencia a los servicios de salud del grupo focal mediante evidencias fotográficas y videos).	
	SUBTOTAL	$ 10.000.000
TOTAL		**$50.000.000**

Cronograma

	Actividades	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre
Etapa 1	Comunicación formal al ente territorial municipal de la priorización de su territorio y articulación con el programa familias en acción y demás procesos comunitarios presentes en el territorio.			X	
	Manifestación escrita del ente territorial municipal de su aceptación y voluntad política, administrativa para el desarrollo de la estrategia comunidades y escenarios protectores.			X	
	Manifestación escrita de las familias de su aceptación para el desarrollo de la estrategia comunidades y escenarios protectores.			X	
	Acta y video de socialización a las familias y actores locales de la estrategia, acta de compromiso de actores.			X	
	Documento aplicado a las familias de cada municipio para la caracterización desarrollada por medio de la **Guía Metodología para la caracterización social y ambiental del entorno familiar para la implementación de prácticas de autocuidado y promoción de hábitos y estilos de vida saludable** elaborado por la DVSCNT incluyendo tamizaje del riesgo cardiovascular por medio de la calculadora "conoce tu riesgo peso saludable. (300 familias)			X	
	Documento diagnóstico de resultados de caracterización y plan de implementación la estrategia comunidades y escenarios protectores para la prevención y control de las ENT según análisis.			X	
	Acta y video de socialización de diagnóstico y plan de trabajo a las familias.			X	
Etapa 2	Actas y videos de proceso de sensibilización y adherencia a las familias.			X	
	Documento temático y metodológico para el proceso de educación en salud con las familias, material informativo y video de aceptación por grupo focal y territorio de la estrategia de información en salud para la prevención y control de las ENT acorde a criterios técnicos y normativos vigentes y avalado por el ente territorial, como material educativo validado comunitariamente para informar a la población en general de la importancia de adopción de estilos de vida saludable.			X	
	Documento de aceptación de estrategia de educación en salud y contenidos temáticos del proceso de educación en salud por parte del ente territorial.			X	
	Actas, fotos y videos del proceso de aplicación de la estrategia de educación en salud a las familias de cada municipio			X	X
	Instrumento de medición de conocimientos para la prevención y control de las ENT por parte de las familias.			X	X
	Documento de resultados de conocimientos alcanzados en el proceso de educación en salud a las Familias.			X	X
Etapa 3	Documento fotos y videos de testimonio como soporte de medición del conocimiento e importancia de los estilos de vida saludable, hábitos saludables. (300 familias).				X
	Documento de socialización de resultados en salud **"Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos"** alcanzados por el grupo focal intervenido a nivel local de manera documentada.				X
	Acta y video de evento presencial de socialización y verificación de los resultados en salud **"Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos"** alcanzados en términos de conocimiento en estilos de vida saludable, autocuidado, asistencia a los servicios de salud del grupo focal mediante evidencias fotográficas y videos).				X

GRUPO 2

NOMBRE DEL PROYECTO O PROPUESTA: Promoción De La Lactancia Materna Y Alimentación Del Niño Pequeño Para Prevenir La Desnutrición En Menores De 5 Años En Los Entornos Comunitario Y Hogar Durante

La Vigencia 2024, En El Marco De La Garantia Del Derecho Humano A La Alimentación, En El Municipio De Toledo Con Enfoque Etnico

ESTRATEGIAS:

- PIC- Educación y Comunicación para la salud.
- PIC -Conformación de redes sociales y comunitarias.

JUSTIFICACIÓN

En el Departamento de Norte de Santander se evidencian problemas de malnutrición, tanto por exceso como por déficit. La tasa de mortalidad por desnutrición y/o asociada a la desnutrición en menores de 5 años que paso en el año 2018 del 9.44 (12 casos) al 21.0 (27 casos) en el 2019 (Cúcuta 2, Los Patios 1, Pamplona 3, Teorama 1, Tibú 7 y 13 procedentes de Venezuela),presentando un incremento notorio, llegando a ocupar en el 2019 el segundo lugar a nivel nacional y una notificación de casos de mortalidad por y asociada a desnutrición en el 2020 de 5 casos con una tasa de 3,6 (Cúcuta 1, **Villa del Rosario 2**, Tibú 1 y Venezuela 1) y para el 2021, bajó a 2.9 con 4 casos (Tibú 1, Cúcuta 1, Los Patios 1 y Convención 1) (Fuente: Sivigila), en este orden de ideas, para el año 2022 se presentaron 5 **casos (Cúcuta 2, El Tarra 1, Tibú 1, Toledo 1, Venezuela 1),** y para el 2023 un(1) caso(Chitaga), según los datos obtenidos por la plataforma PowerBI, del INS para el seguimiento al evento 113. En este sentido, la mortalidad por desnutrición aguda en el departamento muestra un comportamiento descendiente, para el año 2023, sin embargo el comportamiento de la prevalencia por desnutrición aguda en menores de 5 años, durante el año 2023 presento un aumento considerable donde un total de 37 municipios han notificado por lo menos un caso y los municipios que presentan mayores prevalencias de desnutrición aguda en menores de 5 años son: Arboledas con 11 (tasa de 1.34), Toledo con 17(tasa de 1.28), Tibú con 91 (tasa de 1.28), Sardinata 36 (tasa de 1.27), Cacota con 3 (tasa de 1.16), San Calixto con 19 (tasa de 1.16), Salazar con 9 (tasa de 1,11), Gramalote con 5 (tasa de 1.09), San Cayetano con 7 (tasa de 0.99), Cucutilla 5 (tasa de 0.82) El Carmen 12 (tasa de 0.78). El Zulia 20 (tasa de 0.74), El Tarra 21 (tasa de 0.72), Cúcuta 345 (tasa de 0.6), Durania 2 (tasa de 0.57), Villa Caro 3 (tasa de 0.54), Puerto Santander 5 (tasa de 0.53) Villa Del Rosario con 45 (tasa de 0.53), Bucarasica 4 (tasa de 0.51), Hacarí 7 (tasa de 0.51), Convención 9 (tasa de 0.43), Teorama 9 (tasa de 0.41), Ocaña con 37 (tasa de 0.39), Pamplona 12 (tasa de 0.38), Abrego con 12(tasa de 0.37), Santiago 1 (tasa de 0.37), Chinácota 5 (tasa de 0.37), Chitaga 4 (tasa de 0.37), Los Patios 24 (tasa de 0.34), Silos 2 (tasa de 0.32), Lourdes 1 (tasa de 0.25), Ragonvalia 1 (tasa de 0.22), Pamplonita 1 (tasa de 0.2), Labateca 1 (tasa de 0.19), Bochalema 1 (tasa de 0,15), La Esperanza 2 (tasa de 0,14), La Playa 1 (tasa de 0,13), Cachira 0, Herrán 0, y Mutiscua 0. Se concluye que 14 municipios tienen un número mayor o igual a 10 casos. Para la vigencia solo 3 municipios no reportaron información. Lo anterior muestra el comportamiento del evento de desnutrición aguda en el departamento, terminando la vigencia con un reporte total de 762 casos, de los cuales los más afectados son niños menores de 2 años, edad en la cual la lactancia materna exclusiva y complementaria es un factor protector de gran importancia, que juega un papel primordial en los determinantes de la salud.

Teniendo en cuenta los planteamientos que anteceden, la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna es una prioridad de desarrollo de cualquier país o región. Su logro o no tiene implicaciones de orden social, económico y ambiental de gran magnitud y en plazos de tiempos distintos. La extracción manual realizada con las manos es más efectiva, económica, menos traumática, menos dolorosa, tiene la ventaja de no requerir equipo extra, eliminando la necesidad de limpiar y la posibilidad del crecimiento de las bacterias. Es una destreza aprendida, su eficacia aumenta con la práctica, de aquí la importancia de crear entornos propicios para proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna como un medio que beneficia a la madre y al niño que se encuentra en condiciones de salud que le impidan estar juntos en caso de hospitalización y/o otra situación.

La alimentación inadecuada de los menores de 2 años de edad, establece unas condiciones de riesgo y vulnerabilidad, incrementada que no solo los afecta como sujetos, sino a la sociedad en su conjunto, por cuanto se incrementan desigualdades, impactan negativamente en el desarrollo de capacidades de generaciones y genera gastos mayores en disposición de servicios, en materia de salud, trabajo, alimentación y dependencia. La protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continua hasta los dos años, son una prioridad central en la atención a la primera infancia, porque: 1. constituye la fuente natural e idónea de alimentación de los bebés y niños pequeños. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y después de este tiempo, junto con una alimentación complementaria apropiada, aseguran el crecimiento y el desarrollo de los niños y niñas. 2. Cuenta con un desarrollo de intervenciones específicas, sustentadas en la evidencia de su eficacia. 3. Desarrolla estrategias definidas para la protección de la primera infancia y materializa los derechos. 4. Es una práctica social que aporta significativamente a la disminución de la mortalidad y morbilidad infantil evitable por desnutrición.

Los criterios globales que rigen estrategias orientadas a la atención de la mujer y la infancia, como es el caso de la IAMII en su paso 10 relacionado con las redes comunitarias y el fortalecimiento a los grupos comunitarios que apoyan las acciones en el hogar e institucionales en los aspectos de salud y nutrición de madres, niñas y niños, a orientar, realizar y evaluar las acciones necesarias, para mejorar el estado de salud y nutrición de

mujeres, madres, niñas y niños, y en consecuencia avanzar en el cumplimiento de sus derechos y en el logro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (2015-2030).

Diferentes estudios reconocen las propiedades y beneficios de la leche materna, existiendo un contrasentido al observar las cifras de lactancia materna exclusiva del país que pasaron de 2.2 meses en 2005 a 1.8 meses en 2010. Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional- ENSIN. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), la tasa nacional de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad, muestra una tendencia decreciente, reflejada en los siguiente datos: en el 2005 la tasa fue del 46,9, en el 2010 del 42,8 y en el 2015 del 36,1. De otra parte, el diagnóstico nutricional vigencia 2019, en el Norte de Santander muestra que la duración media en meses de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses para el departamento es de 2,8 meses y 7.4 meses en la lactancia materna continua, comportamiento de indicadores que muestra una disminución muy marcada en deterioro de la lactancia materna. Bajando en el 2020 a 1.9 en la lactancia materna exclusiva y la continua a 7.6, está última con un ligero incremento. Para el 2021, el comportamiento del indicador continúa en detrimento, quedando en 1.8 para la lactancia materna exclusiva y en 4.5 meses para la complementaria. Es importante anotar que la pandemia por Covid 19, pudo ser un determinante en el comportamiento de los indicadores. Los datos consignados en el diagnóstico departamental vigencia 2021, derivado del sistema de vigilancia que tiene el departamento como una herramienta de seguimiento al comportamiento de indicadores, muestra las cifras alcanzadas en cada municipio y que para el caso del desarrollo de intervenciones colectivas a través del PIC para la vigencia 2024, se hace necesario conocer el comportamiento de estos indicadores, en los municipios donde se ejecuta la estrategia.

Adicional a lo anterior, contar con el equipo ejecutor del PIC capacitado en temas relacionados con alimentación saludable, lactancia materna, alimentación complementaria y beneficios de la lactancia materna, permitirá realizar un acompañamiento permanente a las madres y sus hijos recién nacidos y lactantes en los hogares y comunidad, donde se brinde consejería en lactancia materna, educación en lavado de manos, lavado de senos, cuidados del recién nacido y de la puérpera, extracción manual de leche materna, conservación y manipulación de la leche humana, para que la madre pueda ofertarla al bebé en aquellos espacios donde por alguna circunstancia, no pueda entregarla directamente de su seno y no se interrumpa el ciclo de la lactancia materna exclusiva, más aún cuando son intervenciones tanto de carácter individual como de carácter colectivo, previstas en las rutas de atención en salud de promoción y prevención en la población materno perinatal.

Trabajando criterios globales en lactancia materna, a través de un convenio en el marco legal de la Resolución 518 del 2015, Resolución 3280 del 2018, y Resolución 295 del 2023, como directriz contemplada en la Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional, CONPES 113/ 2008, política de primera infancia y otras que precisen la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, se aportará a una mejor condición nutricional y alimentaria de los niños y niñas atendidos en la institución, se acompañará la lactancia materna en los primeros seis meses de vida de forma exclusiva, se reducirá los indicadores de enfermedades como la enterocolitis necrotizante, infecciones digestivas, actuando de manera temprana y preventiva en el bienestar del recién nacido y se fomentarán factores protectores, logrando brindar una atención con calidad y calidez, abarcando más del 80% de mujeres, padres, niños (as) y acompañantes que asisten a los servicios de atención materno infantil, evidenciándose cambios en conocimientos, actitudes y prácticas, con una atención integral que permita aumentar el nivel de salud de las personas.

El equipo ejecutor del PIC en el ámbito comunitario y hogar, responde por acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, aumentando los indicadores de duración y exclusividad de la lactancia materna y protegiendo así los derechos de los niños. Así mismo el equipo servirá como un ente articulador que permitirá concertar y coordinar acciones para el logro de una lactancia materna exclusiva, que se acerque a los seis meses recomendados por la OMS y disminuya la mortalidad neonatal e infantil y continuar la lactancia materna complementaria hasta los dos años, logrando así un crecimiento y desarrollo eficaz en este grupo poblacional. En este sentido, es importante mencionar que en observancia con lo establecido en la Ley 2294 del 2023 *"Por la cual se expide el plan nacional de desarrollo 2022 – 2026 Colombia Potencia Mundial de la Vida"* específicamente en el Art 216 denominado *"Sistema Nacional Para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación y Programa Hambre Cero"* establece; que dicho programa debe articular con el Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria, el Departamento Administrativo de Prosperidad Social (DPS) con la transferencia "Hambre Cero" , Y el Programa de Alimentación Escolar (PAE) por lo cual es de suma importancia la articulación intersectorial en el marco de la ejecución del contrato PIC, en búsqueda del ODS No. 02, y el fomento y protección de la lactancia materna exclusiva, durante los primeros 6 meses de vida, y complementaria hasta los dos años o más, según los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social.

Considerando lo antes expuesto, y de acuerdo a lo establecido en el Articulo 33 denominado *"Contenidos del Plan de Acción en Salud"* de la Resolución 100 del 17 de enero del 2024 por la cual se dictan disposiciones para la planeación integral en salud, es importante mencionar que las acciones planteadas se encuentran enmarcadas en las líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, especialmente en la línea operativa II *"Acuerdos sociales y comunitarios para la transformación de las inequidades en salud y la*

incidencia sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio: Conjunto de procesos y acciones que realiza la Entidad Territorial de Salud departamental, distrital y municipal en articulación con otros actores a nivel sectorial, intersectorial y comunitario para lograr el establecimiento de acuerdos orientados al cuidado de la salud a partir de las prioridades en relación con el derecho a la salud, alimentación y nutrición, y demás derechos humanos; así como las particularidades de los contextos y elementos propios del desarrollo de la población y el territorio. Comprende la gestión de la política, la coordinación intersectorial, gestión del conocimiento, participación social, planeación integral para la salud y vigilancia en salud pública"

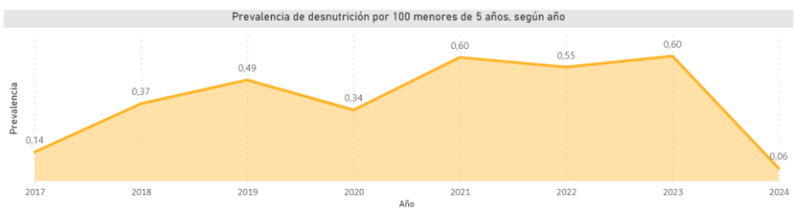
El plan de intervenciones colectivas PIC, puede asumir un rol articulador orientado a facilitar los procesos de divulgación y publicidad de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años, a través de procesos de educación a la población en los hogares y la comunidad, que contribuyan al fortalecimiento de los integrantes de grupos de apoyo comunitario, a las familias, para la promoción de la salud y desarrollo infantil temprano y la atención integral de niños y niñas desde la gestación hasta los 5 años y así como en alimentación saludable (lactancia materna, alimentación complementaria, cuidado, buen trato, estimulación, en salud).

La propuesta se centra en la necesidad de desarrollar actividades, que permitan posicionar la lactancia materna de manera exclusiva como la primera opción de alimentación de los recién nacidos y complementaria llevándola hasta los 2 años; lo cual permitirá mejorar sus condiciones de salud, beneficios inmunológicos y nutricionales, atención integral del trinomio madre, padre e hijo, razones más que suficientes para establecer la necesidad de apoyar financieramente con recursos todos estos desarrollos.

ANTECEDENTES

En el Departamento de Norte de Santander se evidencian problemas de malnutrición, tanto por exceso como por déficit. La tasa de mortalidad por desnutrición y/o asociada a la desnutrición en menores de 5 años que paso en el año 2018 del 9.44 (12 casos) al 21.0 (27 casos) en el 2019 (Cúcuta 2, Los Patios 1, Pamplona 3, Teorama 1, Tibú 7 y 13 procedentes de Venezuela),presentando un incremento notorio, llegando a ocupar en el 2019 el segundo lugar a nivel nacional y una notificación de casos de mortalidad por y asociada a desnutrición en el 2020 de 5 casos con una tasa de 3,6 (Cúcuta 1, Villa del Rosario 2, Tibú 1 y Venezuela 1) y para el 2021, bajó a 2.9 con 4 casos (Tibú 1, Cúcuta 1, Los Patios 1 y Convención 1) (Fuente: Sivigila), en este orden de ideas, para el año 2022 se presentaron 5 casos (Cúcuta 2, El Tarra 1, Tibú 1, Toledo 1, Venezuela 1), y para el 2023 dos(2) casos(Los Patios y Chitaga). Si bien la tasa de mortalidad ha venido decreciendo paulatinamente, es importante precisar que la prevalencia desde el año 2021 hasta el 2023 se ha mantenido en 0,60 por cada 100.000 menores de 5 años, y en comparación de la vigencia 2023 vs 2024, se evidencia un incremento del 61% en la notificación de los casos en comparativa con el mismo periodo de tiempo de la vigencia inmediatamente anterior. A continuación, en la grafica No. 01 se evidencia el comportamiento del evento.

Imagen No. 01. Grafica comportamiento de la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años, durante los últimos 7 años – Departamento Norte de Santander



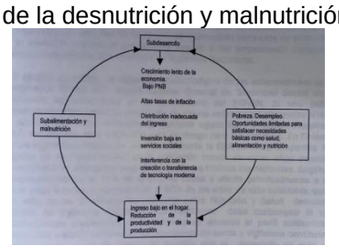
Fuente: Instituto Nacional de Salud – Informes de evento y tableros de control. Desnutrición aguda en menores de 5 años

DETERMINANTE SOCIAL

Existen pues, tanto determinantes estructurales como intermedios de la SAN. Dentro de los primeros se incluyen la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; incluye también las relaciones de género y de etnia. Están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macroeconómicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. Los determinantes intermedios incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida, de trabajo, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermedio. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar. Desde esta perspectiva, los factores estructurales están asociados a la dimensión de los medios económicos, y en consecuencia a los ejes de disponibilidad y acceso y los intermedios están asociados a las dimensiones de la calidad de vida de la SAN: consumo y aprovechamiento biológico. La inocuidad, se concibe como el conjunto de características que aseguran que el alimento sea apto para el consumo humano, siendo un atributo presente a lo largo de la cadena alimentaria. Estos determinantes se ven reflejados en el estado nutricional de

los diferentes grupos poblacionales, el cual podrá ser adecuado o podrá reflejar problemáticas nutricionales relacionadas tanto con el déficit como el exceso.

Imagen No.01 Determinantes sociales de la desnutrición y malnutrición.



Fuente: SISVAN Norte de Santander.

RESULTADO EN SALUD

- Mejorar el estado nutricional de la población materno infantil en el micro territorio del municipio de Toledo
- Disminuir las tasas y prevalencia de niños y niñas menores de 5 con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa en el micro territorio del municipio de Toledo
- Disminuir la tasa de mortalidad por y asociada a la desnutrición aguda en menores de 5 años
- Mejora de la salud y el desarrollo de la población infantil a mediano y largo plazo en el micro territorio del municipio de Toledo
- Disminución de los casos de nacidos vivos con bajo peso al nacer en el micro territorio del municipio de Toledo

OBJETIVO GENERAL:

Incidir en la disminución de la prevalencia de la desnutrición aguda moderada y severa mediante acciones que fomenten la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación, redes de apoyo en los entornos hogar y comunitario, el fortalecimiento de hábitos y estilos de vida saludables enfocados en la alimentación y la articulación intersectorial para el logro de la garantía al derecho humano de la alimentación, en el marco del PIC de concurrencia vigencia 2024 en el Departamento de Norte de Santander en los micro territorios de los municipios de Toledo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conformar y sensibilizar las redes sociales comunitarias en la detección oportuna de signos físicos de alarma de desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas menores de 5 años y alimentación saludable de acuerdo a los lineamientos GABA, y el Plan Decenal de Lactancia Materna 2021- 2030
- Fortalecer la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementaria hasta los 2 primeros años de vida, aplicando la consejería en lactancia materna, según GABA y lineamientos Min Salud.
- Fortalecer los conocimientos de las mujeres gestantes, lactantes, adultas jóvenes y adolescentes sobre la adopción de hábitos alimentarios saludables, enfocados en las GABA y la Resolución 2492 del 2022 “Rotulado frontal de alimentos”.
- Fortalecer los conocimientos de la población objeto en referencia a las temáticas de identificación oportuna de la desnutrición aguda moderada y severa, las Buenas Prácticas de Manufactura en la preparación, conservación y distribución de alimentos, en el marco de la prevención de las EDA y ETA
- Detectar alteraciones del estado nutricional por déficit o por exceso mediante el tamizaje nutricional en los hogares para la población vulnerable.
- Canalizar efectivamente los niños con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa y madres gestantes con bajo peso para la edad gestacional, y población con alteraciones del estado nutricional a los servicios de salud y vincular intersectorialmente a programas de seguridad alimentaria y nutricional en la región según se requiera.

POBLACIÓN OBJETO A INTERVENIR:

La institución trabajará con:

- Mujeres en puerperio: mujeres que tuvieron su parto vaginal o cesárea en las instituciones del área de influencia, asegurando una lactancia materna exitosa.
- Neonatos y pediátricos, mujeres gestantes, lactantes o que se encuentran en período de lactancia materna, niños y niñas menores de 5 años, población con alteraciones en el estado nutricional mediante canalización a los servicios de salud.

- Madres, padres y cuidadores de los micro territorios, en donde se educará en todo lo relacionado con la promoción de la salud, el desarrollo infantil temprano, la canalización a los servicios de salud en la primera infancia, con énfasis en el niño o niña menor de dos años.
- Red de apoyo a la lactancia materna y educadoras comunitarias, quienes apoyarán la educación a la comunidad para fortalecer los conocimientos en temas relacionados en lactancia materna y alimentación saludable.
- Población perteneciente a los micro territorios: que serán capacitadas y fortalecidas en el conocimiento de la promoción de la salud, mediante una alimentación saludable en los diferentes cursos de vida, con alteraciones en el estado nutricional.

CURSO DE VIDA: 0-2 AÑOS Y GESTANTES Y LACTANTES (MUJERES 14 A 45) ADOLESCENTES, ADULTOS

El fortalecimiento va dirigido a garantizar la promoción y fortalecimiento de la lactancia materna y la detección temprana de alteraciones del estado nutricional en la población materna e infantil, adolescentes, adultos y población en los hogares y la comunidad mediante acciones de canalización en los servicios de salud, con desarrollos de procesos educativos en entornos protectores y amigables y el fortalecimiento comunitario en el hogar, en el cuidado de la salud, materna e infantil, para preservar la salud y la nutrición materna e infantil.

FOCALIZACIÓN TERRITORIAL:

A continuación, se listan los lugares en donde se pretende ejecutar las intervenciones haciendo énfasis en que deben centrarse en la población de las zonas rural en el marco de la atención primaria en salud (APS) a continuación se identifica la focalización de los micro territorios a intervenir:

Tabla No. 01 Focalización de los municipios y micro territorios para la ejecución del PIC.

MUNICIPIO	MICROTERRITORIO.
TOLEDO	LAGUNA (TERRITORIOS INDIGENAS)
	SEGOVIA (TERRITORIOS INDIGENAS)
	UNCACIAS (TERRITORIOS INDIGENAS)

RECURSO HUMANO:

- Profesional de la salud previamente capacitado en antropometría, alimentación saludable, consejería en lactancia materna y alimentación del niño pequeño de preferencia Nutricionista Dietista en el marco del perfil epidemiológico de los territorios seleccionados
  - Profesional en Medicina General
  - Auxiliar de enfermería certificado en antropometría, alimentación saludable, consejería en lactancia materna y alimentación del niño pequeño

METODOLOGÍA:

CONFORMACIÓN DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL MARCO DEL PIC

Proceso que se realiza con y para las personas, familias, comunidades, organizaciones y redes (sean públicas o privadas) que comparten los mismos objetivos, valores y códigos de comunicación y que busca desarrollar relaciones, interacciones, capacidades y establecer lazos de cooperación en respuesta a una situación determinada.

Los objetivos de dichas redes son los siguientes; I) Coordinar, compartir o intercambiar información, conocimientos, experiencias. II) Sumar esfuerzos o crear sinergias y potenciar los recursos que poseen las personas, familias, comunidades, organizaciones o redes. III) Establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada

Para la ejecución de dichas redes, tenga en cuenta las siguientes observaciones:

a. Identifique claramente la situación, evento o riesgo que se considera pertinente intervenir o gestionar a través de la dinámica del trabajo en red. Para esto puede basarse en el proceso realizado para la construcción del Plan Territorial de salud que le permitirá conocer las prioridades en salud de su territorio y las potenciales alternativas de intervención a través de la participación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; con especial énfasis en la participación activa de la comunidad y de los otros sectores involucrados de manera relevante en la situación.

b. Realice el mapeo y caracterización de actores, el cual incluye al menos lo siguiente:

- Identificar los posibles actores o miembros de la red (Instituciones, redes existentes, organizaciones, grupos, familias, personas) en razón de sus competencias y funciones, o por su afectación en relación con la situación, evento o riesgo que se abordará a través de la red.
- Realizar proceso de sensibilización sobre la situación, evento o riesgo a intervenir o gestionar con los actores identificados (foros, conferencias, información, procesos de formación, entre otros).

- Definir la participación de los actores en la red con base en tres aspectos fundamentales; I) Intereses comunes en relación con la situación, evento o riesgo, II) Posición de apoyo u oposición en relación con su abordaje o gestión, III) Influencia o importancia (Capacidad de incidir en la situación, problema o riesgo)

c. Identificar otras características de cada uno de los actores, tales como:

- Programas y servicios que brindan en relación con la situación, evento o riesgo
- Recursos financieros, físicos y talento humano con el que cuenta
- Sector al que pertenece
- Independencia en la toma de decisiones y distribución de los recursos.
- Instituciones, redes, personas, instancias con las que interactúa para la ejecución de sus funciones o la solución de sus problemas y necesidades.
- Otros de interés según el caso.

El desarrollo de este análisis, en un proceso participativo de construcción conjunta, permitirá a los actores que decidan comprometerse con la red identificar claramente cuáles y cómo son sus verdaderas y actuales interacciones, facilitando la toma de decisiones y la puesta en marcha de estrategias para redefinirlas, reestructurarlas y/o potencializarlas para el logro de sus objetivos comunes. Para esto pueden utilizarse diferentes formatos y estrategias participativas.

d. Construya o redefina, con participación de los involucrados a través de un proceso de construcción conjunta, el propósito, visión, misión y objetivos de la red. Esto permitirá tener muy claro el alcance y el campo de acción de la red.

e. Defina qué estrategias, programas, acciones, información, conocimientos, experiencias u otros recursos están dispuestos a aportar los miembros de la red con base en el propósito, visión, misión y objetivos acordados anteriormente.

f. Construya el plan de acción a desarrollar por los miembros de la red o mecanismo de operación para abordar las situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida priorizadas. Aunque se trate de redes familiares o muy pequeñas, es importante conocer claramente la situación, evento o riesgo a intervenir o gestionar, para poder definir un curso de acción concreto con objetivos, metas, actividades, tiempos y responsables/roles de su ejecución, así como indicadores que permitan saber si se están obteniendo los resultados esperados o si es necesario realizar cambios en el plan propuesto inicialmente. Para esto existen diferentes metodologías.

   Este plan debe contemplar, además de las actividades, responsabilidades y recursos, aspectos de la interacción entre los miembros de la red, tales como: espacios y frecuencia de reuniones, conformación de comités, flujos de información, liderazgos, y demás aspectos clave que faciliten la articulación y coordinación de las actividades y el manejo de la red.

g. Ejecute de manera coordinada las acciones o intervenciones programadas de acuerdo al plan de acción propuesto. Con retroalimentación permanente de los actores involucrados y garantizando la flexibilidad y confianza suficientes para retomar el rumbo cada vez que sea necesario y mantener a todos motivados. El liderazgo en el manejo de la red y la coordinación de las acciones debe ser democrático y rotativo, permitiendo relevos entre los miembros y manteniendo la horizontalidad de las relaciones, así como la independencia y autonomía de cada miembro dentro de la dinámica del colectivo.

h. Evalué el desempeño de la red:

- En relación con los resultados de sus proyectos en la comunidad donde los implementen: para esto se hace una verificación y evaluación de los indicadores incluidos en el proyecto. También se puede evaluar la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad a través de encuestas, entrevistas, etc.
- En su estructura e interacciones como red. Para esto se puede hacer un análisis de las estructuras que se derivan de las relaciones de la red, lo cual permite conocer el verdadero rol que cada uno desempeña, en términos de su centralidad, intermediación, apertura, entre otros aspectos. De igual manera analizar el tipo de relaciones que conforman la red, para conocer aspectos como la intensidad y la frecuencia de los contactos, el carácter proactivo o reactivo de los mismos, entre otros.

i. Para dichas actividades tenga en cuenta el documento: Orientaciones para la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC del Ministerio de Salud y Protección Social.

- **ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD:**

  La educación y comunicación para la salud se concibe como “un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud”

  Hacemos referencia a la Educación y comunicación para la salud y no en salud, en la medida en que la primera implica intencionalidad, propósito y dirección, mientras que la segunda hace referencia a un espacio-tiempo o una forma.

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

En este sentido, se define esta intervención como un conjunto de actividades relacionadas, que parten del reconocimiento de la realidad (hechos sociales, históricos, políticos, culturales, psicológicos, ambientales, etc.), de la identificación de los diversos factores que la afectan a fin de aportar a la comprensión de cómo tales hechos determinan sus vidas y, en consecuencia, a la construcción de saberes, valores y prácticas que le apunten al mejoramiento de la salud y de la calidad de vida de los pobladores que habitan los territorios.
Para el desarrollo de esta actividad se deben tener en cuenta las siguientes orientaciones y soportes:

- Orientaciones para el desarrollo de la Educación y Comunicación para la salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC – Ministerio de Salud y Protección Social
- Información relacionada con lactancia materna establecida en la Página Web principal del Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Lactancia-materna-y-nutrici%C3%B3n.aspx
  - Plan Decenal de Lactancia Materna 2021 – 2030 – Ministerio de Salud y la Protección Social.
  - Ley 2244 del 2022 “Ley de parto digno, respetado y humanizado”.
  - Estrategia IAMII comunitario.
  - Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la Gestante – ICBF, FAO, Min Salud
  - Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para niños y niñas menores de 2 años – ICBF, FAO, Min Salud
  - Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población en general – ICBF, FAO, Min Salud
  - Manual para la extracción, conservación, transporte, suministro de la leche materna – Ministerio de Salud y la Protección Social.
  - Código internacional de sucedáneos de la leche materna.
  - Decreto 1397 de 1992 – Ministerio de Salud y Protección Social
  - Resolución 2350 del 2020 – Ministerio de Salud y Protección Social
  - Resolución 2465 del 2016 – Ministerio de Salud y Protección Social
  - Resolución 2674 del 2013 – Ministerio de Salud y Protección Social
  - 5 claves para la inocuidad de los alimentos – OMS
  - Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentacion Complementaria 2021 – 2023
  - Resolución 2492 del 2022 - Ministerio de Salud y Protección Social

Las estrategias de educación y comunicación usadas en el marco de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) debe ser coherente con los documentos antes mencionados, que establecen el sustento para la transmisión de la información correcta, emanada en los lineamientos a nivel nacional y con sustento científico, además de resaltar la importancia del desarrollo del curso de consejería en lactancia materna y la certificación del personal ejecutor del Plan en los micro territorios.

TAMIZAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA POBLACIÓN INTERVENIDA.

Teniendo en cuenta la identificación inicial de los hogares a intervenir, se procederá a realizar tamizaje del estado nutricional de las niñas, niños y mujeres gestantes, adolescentes y adultos permitiendo analizar el efecto de la alimentación y el reflejo de situaciones de enfermedad con la insuficiencia en el suministro de alimentos que afectan la situación nutricional, la alimentación de los menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva y complementaria hasta los 2 años de edad.

El método más costo-efectivo reconocido para conocer el estado nutricional es sin duda la evaluación por antropometría que se centra en la toma de medidas básicas como la talla y el peso, que, cruzadas con la edad y sexo, proporcionan información confiable para estimar su situación nutricional, la cual ha demostrado a través de múltiples estudios su utilidad, versatilidad y validez. En el marco de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas, centrado en la Atención Primaria en Salud (APS)
El tamizaje inicial permite la detección de estados nutricionales que requieran de intervención y canalización a los servicios de salud de la regional, teniendo en cuenta el objetivo de la actividad. De igual manera, el tamizaje mediante la recolección de medidas antropométricas en las segundas visitas a los hogares en terreno, permite identificar cambios en el estado nutricional de la población atendida y definir las acciones adicionales a desarrollar.
Tanto para mujeres gestantes como para niñas y niños menores de 5 años, la valoración antropométrica se realiza a través de la toma de peso y talla y su clasificación se realiza a través del indicador peso para la talla (niñas y niños) e Índice de Masa Corporal para la Edad Gestacional (mujeres gestantes). El profesional deberá dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 2465 del 2016 en referencia a la técnica para la toma de medidas antropométricas, y la Empresa Social del Estado deberá garantizar la disponibilidad de equipos

antropométricos que cumplan con las especificaciones técnicas establecidas en el precitado acto administrativo, en el marco de la garantía de la calidad de los datos recolectados.

Para la valoración antropométrica, el profesional deberá utilizar los puntos de corte establecidos en la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social para los siguientes indicadores: • Peso para la Talla P/T • Talla para la edad T/E • Índice de Masa Corporal para la Edad Gestacional IMC/EG A partir del resultado obtenido en esta valoración, se identifica el cumplimiento del criterio que permita canalizar oportunamente a los servicios de salud y de esta forma prevenir eventos nocivos en la salud, por lo tanto, la fecha de inicio de atención deberá coincidir con la fecha de la valoración antropométrica inicial. De igual manera, otra de las medidas que se debe realizar a la población identificada es la del Perímetro Braquial (PB). Esta medida permite identificar, para el caso de los niños entre 6 y 59 meses, el riesgo de muerte asociada a desnutrición; entretanto, para las mujeres gestantes, puede predecir el riesgo de bajo peso en la gestación.
De otra parte, el indicador Perímetro Cefálico para la Edad PC/E es una medida que se asocia al crecimiento cerebral, desarrollo neurológico y permite detectar sus posibles alteraciones, por lo que el profesional en nutrición deberá tener en cuenta el dato que se tome en el control de salud infantil (antes, crecimiento y desarrollo) y realizar las gestiones necesarias en caso de detectar alguna anomalía. La interpretación de este indicador se debe realizar de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2465 de 2016. De manera complementaria, la valoración nutricional no debe limitarse únicamente a la toma de datos antropométricos, ésta debe incluir, además, un análisis integral que tenga en cuenta los antecedentes alimentarios (historia alimentaria), el consumo de alimentos, los hábitos alimentarios, la valoración física para la identificación de los signos clínicos de la desnutrición o deficiencias de micronutrientes, antecedentes de salud entre otros. Para ello, el profesional y/o el auxiliar de apoyo debe utilizar el formato diseñado por el IDS para el registro posterior cargue de los datos en el sistema WINSISVAN, el cual debe reposar en los soportes e informes presentados por la E.S.E para el pago de cuentas y debe contener toda la información para la planificación de la atención y los soportes del desarrollo de la misma.

El tamizaje nutricional se deberá realizar a los beneficiarios del PIC en los hogares durante la primera visita, y en la segunda visita con el objetivo de identificar y corroborar cambios en el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años, madres gestantes y lactantes.

Criterios para remisión y canalización de los niños y niñas a los servicios de salud:

Las niñas y niños con clasificación antropométrica de peso para la talla P/T mayor o igual a -2 DE y menor de -1 DE, es decir, que presenten riesgo de desnutrición aguda, con el objetivo de recibir orientaciones sobre alimentación y nutrición, adicionales a las recibidas por el equipo en el hogar. De igual manera, podrán canalizarse niñas y niños con clasificación antropométrica de peso para la talla menor de -2 DE, es decir, que presenten desnutrición aguda moderada y/o severa. Como medida adicional, se toma el Perímetro Braquial. Un PB menor a 11,5 cm en cualquier edad entre 6 y 59 meses es una alerta para que el equipo priorice la atención.
Para la medición se utilizará la cintilla para medición de Perímetro Braquial. Para niñas y niños con PB menor a 11,5 cm, teniendo en cuenta que esta medida se relaciona con una alta probabilidad de muerte por desnutrición, el equipo ejecutor del PIC debe notificar y remitir al sector salud inmediatamente para que proceda según lo establece la Resolución 2350 de 2020, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y realizar la solicitud a la IPS y EAPB para el desarrollo del seguimiento a cada uno de los casos.
Para la definición de los criterios de remisión especialmente en población vulnerable y/o con determinantes sociales precarios para la garantía del crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años y que afectan significativamente la Seguridad Alimentaria, se deberá realizar un análisis de contexto y vulneración de derechos para la toma de decisiones, buscando siempre garantizar el mas alto grado de salud y bienestar de los menores objeto de la propuesta

Así mismo, y en el marco de la garantía de la Atención Primaria en Salud (APS) se deben contemplar la Ruta Integral de Atención en Salud según lo establecido a la Resolución 3280 del 2018 para la solicitud de atención en los servicios de salud de la población canalizada.

Criterios de remisión a servicios de salud para mujeres gestantes:

Para realizar el tamizaje nutricional de mujeres gestantes se debe utilizar el indicador Índice de Masa Corporal para la edad gestacional IMC/EG establecido en la Resolución 2465 del 2016, el cual permite saber si el peso ganado de acuerdo con la semana de gestación es adecuado para garantizar un crecimiento fetal óptimo.
Para la remisión y canalización a los servicios de salud se tendrán en cuenta las mujeres con diagnóstico de bajo peso para la edad gestacional y obesidad para la edad gestacional, para brindar una canalización adecuada se debe explicar a la familia el objetivo de la atención y las acciones a desarrollar. Enfatizar que las actividades desarrolladas en el hogar y comunitarias no sólo se centrará en el mejoramiento del estado nutricional del usuario, sino también, que desde una perspectiva familiar y comunitaria contribuirá al fortalecimiento familiar como entorno protector. Motivar la participación y compromiso de las familias, indicando que el equipo ejecutor del PIC de Concurrencia las acompañará y orientará durante el proceso de atención.

En el marco del Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos, cuando sea necesario, se deberá articular con las autoridades tradicionales, explicando la necesidad de atención del usuario en los servicios de salud teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 3280 del 2018.

Articulación intersectorial: En el marco del cumplimiento de lo establecido en el Capítulo III, articulo 8, de la Resolución 2350 del 2020, denominado "Articulación Intersectorial" es de suma importancia que los niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa, y mujeres gestantes con diagnóstico de bajo peso para la edad gestacional, como también población en general con un diagnóstico e malnutrición por déficit de alimentos, sea vinculada efectivamente a programas de asistencia alimentaria que se encuentren en el Municipio objeto de ejecución del presente contrato. Dichas acciones deben soportarse documentalmente y evidenciar la gestión desarrollada por la E.S.E y el equipo PIC, para la garantía efectiva del derecho humano a la alimentación.

ACTIVIDADES

- Conformar la red de apoyo sociales y comunitarias para la lactancia materna y alimentación del niño pequeño por cada micro territorio para prevenir la desnutrición en niños y niñas, promocionar y educar en pautas de crianza, señales de hambre, saciedad, caricias, horas de sueño y juego, recomendadas para niños y niñas menores de 2 años y establecimiento de un plan de acción para dicha red de apoyo con actividades y acciones concretas por cada uno de los actores que la conforman.
- Fortalecimiento de la red de apoyo comunitario en la implementación de la adopción de una alimentación saludable en el marco de la lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, el fomento del consumo de frutas y verduras, la práctica de actividad física, y la reducción del consumo de alimentos ultra procesados, alimentación de la madre gestante, lactancia materna exclusiva y complementaria, técnicas de extracción, agarre, almacenamiento y conservación de la leche materna.
- Enseñar a las madres, padres y cuidadores de niños menores de 2 años en el ámbito rural, las técnicas de extracción manual, conservación y manipulación de la leche materna, posiciones correctas de cómo amamantar adecuadamente a su bebé, lactancia materna prolongada y alimentación complementaria hasta los 2 años en el hogar, haciendo énfasis en el contexto y los alimentos autóctonos de la región en el marco de las GABA (para diferentes grupos etarios).
- Enseñar a madres, padres y cuidadores, las buenas prácticas para la manipulación de alimentos, enfocados en la preparación, limpieza y desinfección garantizando la calidad e inocuidad, y el uso de agua potable en las preparaciones ofrecidas a los niños y la familia (Buenas prácticas de manufactura) y rotulado y etiquetado frontal de los alimentos.
- Tamizaje nutricional mediante antropometría en los hogares, para establecer y/o corroborar estado nutricional y desarrollar acciones preventivas adecuadas, según rutas de atención de promoción y mantenimiento de la salud con su respectiva canalización y de atención materna perinatal en población urbana y rural, según ciclo vital mediante articulación con los servicios de salud.
- Realizar visitas de seguimiento (2) en terreno a los hogares del municipio en el ámbito rural en donde se desarrolla la propuesta, a fin de verificar acciones y prácticas de apoyo institucional desarrolladas que favorezcan la continuidad de las acciones de la salud y nutrición materna e infantil, más allá de los servicios institucionales, que permitan la sostenibilidad de la lactancia materna exclusiva.
- Enseñar a las madres, padres y cuidadores de niños menores de 2 años en el ámbito rural, los mitos sobre alimentación saludable y lactancia materna, los signos físicos y clínicos de la desnutrición con el objetivo de que puedan establecer una detección temprana de la patología, y ofrecer orientación para acudir a los servicios de salud.
- Canalizar efectivamente a los niños con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa, madres gestantes y lactantes con bajo peso para la edad gestacional y población con malnutrición por déficit a los servicios de salud y realizar la gestión para su vinculación en programas de asistencia alimentaria ofrecidos en el territorio(municipio), bien sea por parte de entidades estatales como también por parte de las ONG

PRODUCTOS:

- Redes sociales comunitarias formadas, fortalecidas y operando en cada municipio
- Niños y niñas beneficiados con lactancia materna exclusiva durante su estancia hospitalaria en el periodo por cada hogar intervenido.
- Mujeres gestantes (adolescentes y adultas) y lactantes captados e informados en hogares, en lactancia materna exclusiva y sus beneficios durante los desarrollos de la propuesta.
- Mujeres gestantes (adolescentes y adultas) y lactantes captados e informados en los entornos protectores y espacios amigables, en extracción manual y alimentación complementaria.
- Fortalecimientos realizados a las redes de apoyo en temas de lactancia materna, alimentación de la mujer gestante, lactante y niños pequeño, en referencia a las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) para los diferentes cursos de vida
- Hogares con desarrollo de actividades PIC en cada micro territorio.

- Visitas de verificación de prácticas fortalecidas realizadas a cada hogar focalizado en cada micro territorio.
- Participantes actualizados en temas de salud y nutrición para el fortalecimiento institucional y prestación de los servicios con calidad y calidez al binomio madre-hijo (a).
- Niños, niñas y gestantes, adolescentes y adultos con valoración del estado nutricional mediante antropometría según resolución 2465 del 2016 y canalizados según alteraciones del estado nutricional
- Niños, niñas, adolescentes y gestantes con alteraciones del estado nutricional canalizados y vinculados efectivamente en programas de asistencia alimentaria.

METAS:

- Los municipios de Toledo y Ragonvalia y sus microterritorios cuentan con una red de apoyo comunitario conformada y fortalecida para la lactancia materna exclusiva y complementaria.
- Mujeres, adultos y adolescentes capacitados en lactancia materna exclusiva y complementaria.
- Mujeres, adultos y adolescentes capacitados en alimentación saludable y buenas prácticas de manufactura, consumo de agua potable
- Mujeres, adultos y adolescentes capacitados en detección de signos y síntomas de desnutrición
- Niños, niñas, adolescentes, y gestantes tamizadas y canalizadas a los servicios de salud
- Niños, niñas, adolescentes, y gestantes tamizadas y canalizadas y vinculadas a la oferta de seguridad alimentaria en el municipio y/o territorio

INDICADORES A EVALUAR DE GESTIÓN Y DE RESULTADO:

Indicadores de gestión:

- Conformación de redes de apoyo comunitario para la lactancia materna, alimentación saludable y alimentación del niño pequeño

  # de redes de apoyo conformadas Total Redes existente por municipio x100
- Fortalecimiento de redes de apoyo comunitario para la lactancia materna, alimentación saludable y alimentación del niño pequeño

  # de redes de apoyo con fortalecimiento Total Redes por municipio x100
- Enseñar a las madres, padres y cuidadores de niños menores de 2 años en el ámbito rural, las técnicas de extracción manual, conservación y manipulación de la leche materna, posiciones correctas de cómo amamantar adecuadamente a su bebé, lactancia materna prolongada y alimentación complementaria hasta los 2 años en el hogar, haciendo énfasis en el contexto y los alimentos autóctonos de la región en el marco de las GABA (para diferentes grupos etarios).

  # de hogares con procesos educativos # de hogares programados para el procesox100
- Enseñar a madres, padres y cuidadores, las buenas prácticas para la manipulación de alimentos, enfocados en la preparación, limpieza y desinfección garantizando la calidad e inocuidad, y el uso de agua potable en las preparaciones ofrecidas a los niños y la familia y rotulado y etiquetado frontal de los alimentos (BPM y etiquetado y rotulado frontal de alimentos)

  # de hogares con procesos educativos # de hogares programados para el procesox100
- Tamizaje nutricional mediante antropometría en los hogares

  Número de hogares con tamizaje nutricional Total de hogares programados con tamizaje del estado nutricional x100
- Realizar visitas de seguimiento (2) en terreno a los hogares del municipio, para verificar la adopción de las prácticas impartidas

  # de seguimientos realizados por hogar # de seguimientos programados por hogar x 100
- Enseñar a las madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 2 años, signos de alarma de desnutrición

  # de hogares con procesos educativos # de hogares programados para el procesox100
- Niños, niñas, adolescentes, gestantes y población con alteraciones del estado nutricional canalizados y vinculados efectivamente en programas de asistencia alimentaria.

  # NNA, Gestantes y adultos con alteraciones del estado nutricional y vinculación SAN # Total de NNA, Gestantes y adultos con alteraciones del estado nutricional en microterritoriox100

Indicador de resultado:

- Duración media en meses de lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de 6 meses, atendidos en el municipio donde se ejecuta el plan para la vigencia
- Disminución de la prevalencia aguda moderada y severa en menores de 5 años en el municipio donde se ejecuta el plan para la vigencia
- Disminuir morbilidad por desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años en los micro territorios donde se ejecuta el PIC.

MATRIZ FINANCIERA PROPUESTA PIC – COMPONENTE COSTOS POR MUNICIPIOS A INTERVENIR - MICROTERRITORIOS

Actividad	# de hogares a intervenir	Valor
Conformar las redes de apoyo sociales y comunitarias para la lactancia materna y alimentación del niño pequeño por cada micro territorio para prevenir la desnutrición en niños y niñas, promocionar y educar en pautas de crianza, señales de hambre, saciedad, caricias, horas de sueño y juego, recomendadas para niños y niñas menores de 2 años y establecimiento de un plan de acción para dicha red de apoyo con actividades y acciones concretas por cada uno de los actores que la conforman.	1 RED POR MICROTERRITORIO	10,000,000
Fortalecimiento de la red de apoyo comunitario en la implementación de la adopción de una alimentación saludable en el marco de la lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, el fomento del consumo de frutas y verduras, la práctica de actividad física, y la reducción del consumo de alimentos ultra procesados, alimentación de la madre gestante, lactancia materna exclusiva y complementaria, técnicas de extracción, agarre, almacenamiento y conservación de la leche materna.	1 FORTALECIMIENTO POR CADA RED	7,500,000
Enseñar a las madres, padres y cuidadores de niños menores de 2 años en el ámbito rural, las técnicas de extracción manual, conservación y manipulación de la leche materna, posiciones correctas de cómo amamantar adecuadamente a su bebé, lactancia materna prolongada y alimentación complementaria hasta los 2 años en el hogar, haciendo énfasis en el contexto y los alimentos autóctonos de la región en el marco de las GABA (para diferentes grupos etarios).	215 HOGARES DISTRIBUIDOS EN LOS MICROTERRITORIOS	5,000,000
Enseñar a madres, padres y cuidadores, las buenas prácticas para la manipulación de alimentos, enfocados en la preparación, limpieza y desinfección garantizando la calidad e inocuidad, y el uso de agua potable en las preparaciones ofrecidas a los niños y la familia (Buenas prácticas de manufactura) y rotulado y etiquetado frontal de los alimentos.	215 HOGARES DISTRIBUIDOS EN LOS MICROTERRITORIOS	5,000,000
Tamizaje nutricional mediante antropometría en los hogares, para establecer y/o corroborar estado nutricional y desarrollar acciones preventivas adecuadas, según rutas de atención de promoción y mantenimiento de la salud con su respectiva canalización y de atención materna perinatal en población urbana y rural, según ciclo vital mediante articulación con los servicios de salud.	215 HOGARES DISTRIBUIDOS EN LOS MICROTERRITORIOS	20,000,000
Realizar visitas de seguimiento (2) en terreno a los hogares del municipio en el ámbito rural en donde se desarrolla la propuesta, a fin de verificar acciones y prácticas de apoyo institucional desarrolladas que favorezcan la continuidad de las acciones de la salud y nutrición materna e infantil, más allá de los servicios institucionales, que permitan la sostenibilidad de la lactancia materna exclusiva.	215 HOGARES DISTRIBUIDOS EN LOS MICROTERRITORIOS	7,500,000
Enseñar a las madres, padres y cuidadores de niños menores de 2 años en el ámbito rural, los mitos sobre alimentación saludable y lactancia materna, los signos físicos y clínicos de la desnutrición con el objetivo de que puedan establecer una detección temprana de la patología, y ofrecer orientación para acudir a los servicios de salud.	215 HOGARES DISTRIBUIDOS EN LOS MICROTERRITORIOS	5,000,000
Canalizar efectivamente a los niños con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa, madres gestantes y lactantes con bajo peso para la edad gestacional y población con malnutrición por déficit a los servicios de salud y realizar la gestión para su vinculación en programas de asistencia alimentaria ofrecidos en el territorio(municipio), bien sea por parte de entidades estatales como también por parte de las ONG	215 HOGARES DISTRIBUIDOS EN LOS MICROTERRITORIOS	5,000,000
TOTAL		$70,000,000

GRUPO 3

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

NOMBRE DE LA ESTRATEGIA: Jornadas de Salud

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud individuales y colectivos en especial en áreas de difícil acceso o con población dispersa en la cual no se dispone de infraestructura de servicios de salud, mediante la integración y articulación de esfuerzos de los diferentes sectores y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar y Canalizar la población de las áreas seleccionadas de los diferentes municipios con difícil acceso o con población dispersa en la cual no se dispone de infraestructura de servicios de salud.
- Lograr el mejoramiento de coberturas e integración de los servicios sociales y de salud y la atención de grupos con características epidemiológicas o demográficas especiales.
- Aumentar la eficiencia en la dispensación de atenciones de salud en áreas de difícil acceso o con población dispersa.

JUSTIFICACION

En nuestro territorio con el fenómeno de la migración de venezolanos, ha aumentado el riesgo de presentarse eventos de interés en salud pública principalmente los eventos inmunoprevenibles, además el aumento de la demanda de servicios de salud. Hay municipios que se han vuelto corredores fronterizos, que aumenta lenta y prolongadamente el riesgo de presentar estos eventos.

En las áreas rurales dispersas del país se presentan diferentes retos en la prestación de los servicios relacionados con las situaciones de orden geográfico, mayores distancias y dificultades topográficas del terreno dificultan la entrada a la zona, inconvenientes de orden público por la presencia de actores del conflicto, muy baja o nula presencia de prestadores de servicios de salud. En las zonas apartadas rurales del país los

indicadores de calidad de vida se encuentran rezagados. Hay niveles preocupantes de indicadores de salud como los son las bajas coberturas de vacunación en los municipios de la ESE Hospital Regional Sur Oriental.

COBERTURAS DE LAS VACUNAS TRAZADORAS EN LOS MUNICIPIOS PRIORIZADOS

ESE	Municipio	% B.C.G Recién Nacidos	% Pentavalente < 1 Año 3ra Dosis	% Triple Viral 1 Año U. Dosis	% Triple Viral Refuerzo de 18 Meses	% Fiebre Amarilla 1 AÑO Dosis Unica	% DPT 2do Ref. 5 AÑOS
ESE HRSO	Labateca	40,7	72,9	73,3	81,7	76,7	69,2
	Ragonvalia	45,9	91,8	96,5	84,8	77,7	94,8

Cobertura Útiles	>95%
Cobertura Media	51 - 94 %
Cobertura No Utiles	<50 %

Por lo anterior se pretende a través del convenio con la ESE Hospital Regional Sur Oriental; desarrollar estrategias de atención integral de salud que disminuyan la brecha y les permitan a las comunidades de zonas rurales acceder a las diferentes actividades lideradas y así aumentar las coberturas de vacunación en cada uno de estos municipios.

FOCALIZACION TERRITORIAL (Describir en que municipios, veredas, barrios, colegios, etc., se realizaran las actividades)

El alcance y campo de acción del proyecto abarca las zonas lejanas y vulnerables de los municipios de Labateca y Ragonvalia. Se definieron los siguientes micro territorios por municipio a intervenir:

Municipio	Veredas
Labateca	Volcan - Morgua
Ragonvalia	San Miguel - Agualinda

FOCALIZACION POBLACIONAL (Describir a que grupos poblacionales van dirigidas las actividades)
Primera infancia
Infancia
Adolescencia
Juventud
Adultez
Vejez

Metas asignadas por el Ministerio de Salud y Protección para el año 2024:

Municipio	Meta Población 2024		
	Niños y Niñas < 1 Año	Niños y Niñas 1 Año	Niños y Niñas 5 Años
Labateca	51	53	57
Ragonvalia	83	84	94

Número de jornadas por municipio

Ejecución de 8 Jornadas de Salud distribuidas en cada municipio de la siguiente forma: 4 jornadas en Labateca y 4 jornadas en Ragonvalia; en poblaciones lejanas y vulnerables de cada municipio.

7. METODOLOGIA (Describir actividades, acciones, tareas o pasos para el desarrollo de las actividades).

Generar los acuerdos necesarios para la prestación de los servicios del POS con las EAPB que tienen población afiliada en la zona en la cual se realizará la jornada; independiente que dichas EAPB tengan o no contrato con el prestador del PIC.
Gestionar y Concertación la elaboración del plan de acción de las actividades que se realizaran durante la jornada de salud con los diferentes actores presentes en el territorio (IPS, Alcaldía, Acciones colectivas, Sisbén, Registraduría, Educación, Prosperidad Social, ICBF, Iglesias, Policía, EAPB, ONG, Fundaciones, Líderes comunitarios de la zona a trabajar, entre otros) acorde a lo establecido en el documento orientador de jornadas de salud.
Coordinar con los líderes comunitarios la organización de la jornada de salud con el fin de garantizar la movilización social y participación de la comunidad en las actividades que se desarrollen en la jornada de salud en cada una de las veredas o zona (esta concertación debe realizarse mínimo un mes antes de la realización de la Jornada Integral de salud)

Realizar mínimo 3 actividades que permitan informarle a la comunidad las fechas y actividades que se desarrollaran el día de jornada, estas actividades deben desarrollarse mínimo con 15 días de antelación y mantenerse hasta el día de la Jornada
Realizar en la vereda donde se va a realizar la Jornada de salud el censo y canalización casa a casa para identificar y direccionar a las personas, familias que deben o pueden ser beneficiarios de los programas, estrategias y oferta de servicios de la Jornada de salud. (teniendo en cuenta las características de calidad definidas en el artículo 10 de la Res. 518 de 2015) (el censo y la canalización se deben utilizar los formatos establecidos por el PAI).
Organización y Ejecución de 8 Jornadas de Salud distribuidas en cada municipio de la siguiente forma: 4 jornadas en Labateca y 4 jornadas en Ragonvalia; en poblaciones lejanas y vulnerables de cada Municipio (Priorización de zonas Indígenas) en las veredas de difícil acceso y con menor acceso a servicios de salud concertadas con la supervisora del contrato en las cuales se desarrollarán acciones contempladas en el PIC, teniendo en cuenta las características de calidad definidas en el artículo 10 de la Res. 518 de 2015 (Ej. Actividades informativas, de canalización, educación y comunicación para la salud, tamizajes, vacunación antirrábica, etc.); acciones individuales o grupales definidas en el POS contratadas por las EAPB o coordinadas con otras EAPB con las cuales no se tiene contrato; así como otras actividades a cargo de otros sectores tendientes a la identificación o afectación de algunos determinantes sociales de la salud (Por ejemplo, registro civil, prestación servicios sociales, entrega de ayudas técnicas a personas con discapacidad, entre otros).
Generar los informes de cada una de las jornadas y enviarlos a la Entidad Territorial y a las EAPB vinculadas a la jornada, que den cuenta de las acciones desarrolladas junto con los respectivos soportes
Instrumentos: Censo de vacunación – Consecutivo de Casas – Formato de canalización.

PRODUCTOS A ENTREGAR

ACTIVIDAD	SOPORTES A ENTREGAR
Generar los acuerdos necesarios para la prestación de los servicios del POS con las EPS que tienen población afiliada en la zona en la cual se realizará la jornada; independiente que dichas EPS tengan o no contrato con el prestador del PIC.	Oficios de invitación Actas con los acuerdos Evidencias fotográficas Listas de asistencia Notificción de acuerdo institucional
Gestionar y Concertación la elaboración del plan de acción de las actividades que se realizaran durante la jornada de salud con los diferentes actores presentes en el territorio (IPS, Alcaldía, Acciones colectivas, Sisbén, Registraduría, Educación, Prosperidad Social, ICBF, Iglesias, Policía, EAPB, ONG, Fundaciones, Lideres comunitarios de la zona a trabajar, entre otros) acorde a lo establecido en el documento orientador de jornadas de salud	Oficios de invitación Actas con los acuerdos Plan de acción de cada una de las jornadas que contemple las actividades a realizar por cada uno de los actores involucrados (deben vincularse todos los actores del municipio) Evidencias fotográficas
Coordinar con los líderes comunitarios la organización de la jornada de salud con el fin de garantizar la movilización social y participación de la comunidad en las actividades que se desarrollen en la jornada de salud en cada una de las veredas o zona (esta concertación debe realizarse mínimo un mes antes de la realización de la Jornada Integral de salud)	Oficios de invitación Actas con los acuerdos Evidencia fotográfica Listas de asistencia
Realizar mínimo 3 actividades que permitan informarle a la comunidad las fechas y actividades que se desarrollaran el día de jornada, estas actividades deben desarrollarse mínimo con 15 días de antelación y mantenerse hasta el día de la Jornada	Cuñas (Certificación de la emisora de la trasmisión de la cuña debe incluir tiempo de trasmisión, cuña que se trasmitió y horario de trasmisión y si hay cubrimiento en la vereda objeto de la jornada). Publicar informes cortos en carteleras institucionales: de la alcaldía, de los hospitales, otras entidades y sitios claves en la vereda objeto de la jornada (certificación firmada por el representante de la institución donde se publicó la cartelera o el líder comunitario de la vereda y evidencia fotográfica de su publicación) y otras descritas en el documento orientador de información en salud.
Realizar en la vereda donde se va a realizar la Jornada de salud el censo y canalización casa a casa para identificar y direccionar a las personas, familias que deben o pueden ser beneficiarios de los programas, estrategias y oferta de servicios de la Jornada de salud. (teniendo en cuenta las características de calidad definidas en el artículo 10 de la Res. 518 de 2015) (el censo y la canalización se deben utilizar los formatos establecidos por el PAI).	Censo de vacunación debidamente diligenciado con el formato de consecutivos de casa. Formato de canalización debidamente diligenciado. Certificación del presidente de la JAC que contenga el número total de hogares del micro territorio. Documento que dé cuenta de la actividad realizada mínimo debe incluir: número de casa visitadas, casas efectivas, casas cerradas, número de niños y niñas con esquema incompleto y esquema completo para la edad y los motivos de no vacunación de los niños con esquema incompleto para la edad. Evidencias fotográficas

Organización y Ejecución de 8 Jornadas de Salud distribuidas en cada municipio de la siguiente forma: 4 jornadas en Labateca y 4 jornadas en Ragonvalia; en poblaciones lejanas y vulnerables de cada Municipio (Priorización de zonas Indígenas) en las veredas de difícil acceso y con menor acceso a servicios de salud concertadas con la supervisora del contrato en las cuales se desarrollarán acciones contempladas en el PIC, teniendo en cuenta las características de calidad definidas en el artículo 10 de la Res. 518 de 2015 (Ej. Actividades informativas, de canalización, educación y comunicación para la salud, tamizajes, vacunación antirrábica, etc.); acciones individuales o grupales definidas en el POS contratadas por las EAPB o coordinadas con otras EAPB con las cuales no se tiene contrato; así como otras actividades a cargo de otros sectores tendientes a la identificación o afectación de algunos determinantes sociales de la salud (Por ejemplo, registro civil, prestación servicios sociales, entrega de ayudas técnicas a personas con discapacidad, entre otros).	Cronograma de las Jornadas de Salud en cada Municipio Plan de acción de cada una de las jornadas que contemple las actividades a realizar por cada uno de los actores involucrados. Copia de los Registros diarios de vacunación Registro en el paiweb de todos los niños que fueron vacunados. Formato anexo 1. Consolidación de acciones de vacunación de jornada. Informe de cada Jornada de Salud, evaluando el impacto de la misma.
Generar los informes de cada una de las jornadas y enviarlos a la Entidad Territorial y a las EAPB vinculadas a la jornada, que den cuenta de las acciones desarrolladas junto con los respectivos soportes	Documento descriptivo consolidado por municipio de las actividades realizadas junto con su evidencias fotográficas y soportes respectivos Oficio de entrega al ente territorial con los respectivos soportes de cada una de las actividades acá descritas y las cuales debe estar acorde a los documentos orientadores. Oficio de entrega de informe de las actividades realizadas por cada una de las EAPB en las que se intervinieron usuarios.

INDICADORES A EVALUAR DE GESTION Y DE RESULTADO

Metas

- Número de hogares visitados / total de hogares del micro territorio; Mínimo 80 % de hogares visitados.
- Número de Actores con se gestionaron las jornadas de salud.
- Número de personas por grupos poblacionales y por biológico aplicado.
- Servicios prestados durante la jornada
- Número de atenciones brindadas acorde a los servicios brindados; Mínimo 100 atenciones de salud en cada jornada.

CRONOGRAMA
Este será concertado con la ESE, una vez firmado el contrato.

PRESUPUESTO: $ 64.000.000

GRUPO 4

NOMBRE DEL PROYECTO O PROPUESTA

Impacto de la tuberculosis desde la comunidad y para la comunidad indigena La Laguna - Segovia - Uncasias del municipio de Toledo, empoderando 30 lideres y determinando los factores de riesgo en 60 hogares comunitarios y de personas afectadas y contactos de tuberculosis logrando la captacion de sintomaticos respiratorios mediante retos y desafios que aunen esfuerzos hacia la vigilancia comunitaria en pro de la eliminacion de la tuberculosis en Norte de Santander año 2024.

JUSTIFICACION

A pesar de los avances científicos y tecnológicos en el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis, esta enfermedad persiste como una de las 10 primeras causas de morbimortalidad en la población mundial, de hecho, acorde a los últimos datos del informe global de tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2020 existió una disminución en el reporte de casos de tuberculosis en el mundo, con incremento en los fallecimientos y dificultades para el seguimiento al tratamiento, con brechas desde el acceso a los sistemas de salud, y de las condiciones de vida a nivel social y económico. De otro lado, la pandemia de un nuevo Coronavirus, ha traído consigo un retroceso histórico en el cumplimiento de las metas hacia la eliminación de la TB como problema de salud pública, dado el impacto de la pandemia sobres los sistemas de salud y la sociedad. (1) En el año 2020 se reportó en el mundo, un total de 9.9 millones de personas afectadas por la TB, con una tasa de incidencia de 127 casos por cada 100 000 habitantes; de estos casos se reportaron 5.6 millones de hombres, 3.3 millones de mujeres y 1.1 millones de niños y niñas menores de 15 años. Así mismo, se presentaron 1.3 millones de fallecidos de los cuales, 214 000 correspondieron a casos de TB en personas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana o TB y VIH. También, existieron 132 000 casos de TB tipo Multidrogorresistente o Resistentes a Rifampicina (MDR y RR-TB) y 25 000 casos de TB Extremadamente Resistente o (XDR-TB). (2) En la región de las Américas en el año 2020, se estimaron cerca de 290 0000 casos de TB con una brecha de 52 000 casos no detectados en la región y una disminución del 19.2% de casos con relación al año 2019. La enfermedad presentó una variación negativa en la mayoría de los países de la región incluyendo a Colombia. En la región se ha estimado una tasa de incidencia de 28 casos por cada

100 000 habitantes, no obstante, la tasa de incidencia más alta se encuentra en los países del Caribe con 61.2 por cada 100 000 habitantes y en América del Sur con 46.2 casos por cada 100 000 habitantes. (3) También en las Américas, se estimaron 22 000 fallecimientos por TB, 29 000 casos de TB y VIH, y 11 000 casos de tuberculosis resistente tipo MDR y RR-TB; los países que concentraron el 63.4% de los casos de TB sensible en la región fueron en su orden Brasil con un 33.1%, Perú 13.4%, México 10.3%, y Colombia 6.6%. El éxito en el tratamiento de casos de TB entre nuevos y recaídas se registró en la región en 75.6%, mientras se tuvo un 56.4% de éxito terapéutico en casos de TB y VIH, un 44% en previamente tratados y 56% en tuberculosis tipo MDR y RR -TB(4).

En Colombia en el año 2020 se reportaron al Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCT) un total de 12.582 casos, con una disminución comparativa del 19.2% con relación al año anterior y variación negativa comparada con los últimos 10 años. Se observó en el año 2020 una reducción inusual de la tasa de incidencia de casos, pasando de 27.3 casos por cada 100 000 habitantes en el 2019, a una tasa de incidencia de 22.6 casos por cada 100 000 habitantes.(5) En cuanto a mortalidad se reportó una disminución a expensas de la reducción de casos, pasando de una tasa de 2.1 casos por cada 100 000 habitantes en 2019, a una tasa de 1.72 casos por cada 100 000 habitantes en el 2020; se estimó un incremento en la brecha de casos estimados versus detectados, en razón a la disminución de las actividades de búsqueda de sintomáticos respiratorios, y la búsqueda activa de casos y sus contactos en las instituciones prestadoras de servicios de salud y la comunidad. (6) Dentro de la caracterización de las personas afectadas por la TB, reportados en el año 2020, un 65.8% eran hombres, 34.2% mujeres y 2.6% en niños y niñas menores de 15 años. Dentro de las comorbilidades principales asociadas a la TB se reportaron 13.3% desnutrición, 13.1% coinfección TB y VIH, 8.9% TB y la COVID-19. Dentro de los casos registrados las poblaciones más afectadas fueron un 6.6% personas privadas de la libertad, 5.9% migrantes, 5% indígenas, 4% habitantes de la calle, 3.8% afrodescendientes y 2.1% en trabajadores de la salud. (7) Las entidades territoriales que concentraron la mayor carga de casos de TB en el año 2020 fueron: Antioquia con 20.5%, Valle del Cauca 11%, Bogotá DC 8.8%, Santander 5.0%, Barranquilla 4.6%, Norte de Santander 4.1%, Meta 3.8% y Risaralda 3.3%. En cuanto al éxito terapéutico en el 2019 alcanzó un 75% entre casos nuevos y recaídas, 52.7% en personas con la coinfección TB y VIH, 43.1% en personas previamente tratadas y 43% en los casos MDR y RR-TB, este último procedente del año 2018. (8) Se reportó en el 2020 un total de 324 casos de tuberculosis resistente a múltiples fármacos, siendo el 53% de tipo MDR y RR-TB. Al tercer trimestre del año 2021 se habían reportado preliminarmente al PNPCT un total de 10 122 casos de tuberculosis sensible y 157 casos de tuberculosis farmacorresistente. (9) Es importante destacar, que el impacto causado por la pandemia de la COVID-19 en las actividades de los programas de tuberculosis generó de manera directa, una baja consulta de las personas a las instituciones de salud por las cuarentenas generalizadas, trayendo consigo baja captación de sintomáticos respiratorios y su diagnóstico, con un incremento de diagnósticos tardíos en cerca del 58% de los casos, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social formuló lineamientos para mantener y sostener las actividades de prevención y control de la tuberculosis en el contexto de la pandemia de la COVID-19.(10) Dentro de las orientaciones generadas desde el país para mantener las actividades de TB son el fomento en el diagnóstico molecular, el tratamiento directamente observado comunitario o virtual, la vacunación para COVID-19 en las personas con TB, el control de infecciones con las medidas de bioseguridad, el monitoreo y vigilancia de los indicadores del programa. También, el fomento de las actividades de trabajo integrado entre las instituciones de salud, la comunidad y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), para el logro de las metas de reducción de la incidencia, mortalidad y el sufrimiento en las personas afectadas y sus familias. (11) En cumplimiento de la Resolución 0227 del 20 de febrero de 2020 se insta que, todos los actores del sistema de salud deben avanzar en la implementación operativa de los algoritmos diagnósticos, los esquemas de tratamiento, los nuevos enfoques y estrategias del programa, que permitan la reducción de muertes evitables a causa de la TB.(12) Si bien, la pandemia de la COVID-19 trajo en su mayoría efectos negativos en los sistemas de salud, en indicadores de morbimortalidad en la población, como oportunidad se observa el incremento en prácticas de bioseguridad en la población como el uso de tapabocas, el distanciamiento físico, el control de infecciones en las instituciones de salud, las medidas de ventilación en el hogar y en las instituciones de salud, entre otras, que impactan para la prevención integrada de enfermedades respiratorias como la COVID-19 y la TB. Finalmente, este documento presenta los principales indicadores de impacto y de resultados de la TB en Colombia, con las tendencias acorde a lo planteando en el “Plan Estratégico hacia el Fin de la TB en Colombia 2016 al 2025” y lo previsto en el “Plan de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis”. (13).

1 Organización Mundial de la Salud. La COVID-19 pone de relieve la necesidad urgente de reactivar los esfuerzos mundiales por acabar con la tuberculosis Nota de prensa. 22 de marzo de 2021 Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/22-03-2021-covid-19-highlightsurgent-need-to-reboot-global-effort-to-end-tuberculosis 2 World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. Geneva. 2021. Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021 3 Organización Panamericana de la Salud. Datos claves de la tuberculosis. Octubre de 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis 4Organización Panamericana de la Salud. Informe de reporte de tuberculosis en las Américas 2020. Octubre de 2021, Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55047 5 Ministerio de Salud y Protección Social. Base nominal de seguimiento de casos año 2020. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Subdirección de Enfermedades transmisibles. 6

Departamento Nacional de Estadísticas. Reporte de indicadores de mortalidad estadísticas vitales. Años 2019 y 2020, datos
preliminares. 7 Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Base nominal de seguimiento de casos año 2020. Presentación del comportamiento de la tuberculosis en Colombia Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Tuberculosis.aspx 8 Ministerio de Salud y Protección Social. Base de datos Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis año 2019. 9 Ministerio de Salud y Protección Social. Base de datos Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis año 2021. Reporte de casos de enero a septiembre de 2021 datos preliminares. 10 Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la prevención y control de la tuberculosis ante la contingencia de la pandemia generada por el COVID-19 en Colombia año 2020. GIPS23 abril de 2020. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIP S23.pdf 11 Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Estratégico Hacia el Fin de la Tuberculosis En Colombia 2016-2025 disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Planestrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf 12 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 227 de 2020, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. consultado el 28/11/2021 disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5901 13 Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2016, Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Tuberculosis.
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/planmonitoreo-evaluacion-tuberculosis.pdf

Los pueblos indígenas habitan en Resguardos, que son instituciones legales y sociopolíticas de carácter especial, conformados por una o más comunidades indígenas, con un título de propiedad colectiva que goza de las garantías de la propiedad privada, poseen su territorio y se rigen para el manejo de éste y su vida interna por una organización autónoma amparada por el fuero indígena y su sistema normativo propio. La forma organizativa del resguardo es el Cabildo, que es una entidad pública especial, cuyos integrantes son miembros de una comunidad indígena, elegidos y reconocidos por ésta, con una organización sociopolítica tradicional, cuya función es representar legalmente a la comunidad, ejercer la autoridad y realizar las actividades que le atribuyen las leyes, sus usos, costumbres y el reglamento interno de cada comunidad. Una comunidad indígena es un grupo o conjunto de familias, que tienen conciencia de identidad y comparten valores, rasgos, usos o costumbres de su cultura, así como formas de gobierno, gestión, control social o sistemas normativos propios que la distinguen de otras comunidades, tengan o no títulos de propiedad colectiva.(https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Pueblos-indigenas.aspx

De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas se ha estimado que hay aproximadamente 370 millones de indígenas en el mundo, distribuidos en al menos 90 países. Existe una enorme diversidad de lenguas, culturas y tradiciones entre los pueblos indígenas, y es común encontrar que en gran parte de estos países persisten desigualdades en el estado de salud de las poblaciones indígenas en comparación con las poblaciones no indígenas (United Nations Inter-Agency Support Group (IASG), 2014). En América Latina hay alrededor de 400 grupos indígenas que representan aproximadamente 37 millones de personas. De acuerdo con los diferentes censos realizados, países como Guatemala, Bolivia, Costa Rica y Perú concentran las poblaciones indígenas más numerosas respecto a la población total de cada país, mientras que Brasil, Chile, Nicaragua, Paraguay y Colombia presentan las más bajas tasas de participación. Respecto a la población indígena total de América Latina, el 82% se encuentra concentrada en México, Guatemala, Perú y Bolivia; en cuanto al resto de países en El Salvador, Costa Rica, Paraguay se evidencia la más baja presencia de poblaciones indígenas, y en Nicaragua donde la participación
individual no supera el 1% (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2014) (Tabla 2). Los pueblos indígenas en América Latina constituyen 14% por ciento de las personas en situación de pobreza y el 17% por ciento de los extremadamente pobres. La pobreza afecta al 43% de los hogares indígenas de la región, más del doble de la proporción de no indígenas y el 24% de todos los hogares indígenas vive en condiciones de pobreza extrema, es decir 2,7 veces más frecuentemente que la proporción de hogares no indígenas (Banco Mundial, 2014).En la mayor parte de América Latina las personas indígenas tienen tasas más altas de indicadores de mortalidad y morbilidad que las personas no indígenas (Montenegro & Stephens, 2006). Al revisar la tasa de mortalidad infantil en siete países de Latinoamérica, se observa que esta es sistemáticamente más elevada con respecto a la población no indígena, poniendo en evidencia una clara situación de inequidad en todos los países examinados.

En Colombia la situación de los pueblos indígenas está enmarcada en un complejo y dinámico proceso de cambio histórico, social, económico y ambiental vinculado a la expansión y consolidación de grupos demográficos y económicos en las distintas regiones del país.

Dichas situaciones son cambiantes de acuerdo a la expectativa de vida de las personas y de las intervenciones que reducen los riesgos en salud, mediante acciones de promoción, prevención entre estos daños en salud se encuentra la tuberculosis que afecta directamente en las vías respiratorias del individuo, familia y comunidad.

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa que se trasmite por el aire. Está causada por una bacteria llamada Mycobacterium tuberculosis, conocida como bacilo de Koch, cuando afecta los pulmones se llama tuberculosis pulmonar y cuando afecta otras partes del cuerpo se llama tuberculosis extra pulmonar. Es una de las enfermedades más antiguas, pero todavía seguimos luchando contra ella, afecta la gran mayoría de países menos desarrollados. www.minsalud.gov.co
En Colombia para el año 2014 se reportaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública, 12.720 casos de TB, de los cuales 2.238 tenían coinfección -TB/VIH- y 302 tenían TB MDR. Sin embargo, se estima que aproximadamente 3000 personas con la enfermedad aún no han sido diagnosticadas.
Las entidades territoriales que reportaron el mayor número de casos (62% del total) fueron Antioquia, Valle del Cauca, Santander, Risaralda, Norte de Santander, Meta y los Distritos de Bogotá y Barranquilla, zonas del país donde el Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, el Sida y la Malaria apalanca técnica y financieramente, para implementar acciones encaminadas a mejorar la respuesta a la coinfección TB/VIH, fortalecer el control de la TB-MDR, mejorar la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento integral en los casos previamente tratados, introducir
nuevos métodos diagnósticos y promover la participación de la comunidad y de los afectados por la TB como parte activa del Programa de prevención y control de la tuberculosis.
La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo; de acuerdo con el reporte global de casos de la Organización Mundial de la Salud, se estima que en el 2018 causó cerca de 10 millones de enfermos y 1.2 millones de muertes. Así mismo, se destacan más de 251 mil fallecimientos por tuberculosis en personas afectadas por el VIH/SIDA a nivel global1. En Colombia se reportaron en el año 2018, 14.420 casos de tuberculosis con una incidencia de 26.7 casos por cada 100 mil habitantes, constituyéndose en el quinto país de Las Américas con mayor carga de la enfermedad2. En el país, la tuberculosis afecta principalmente a los hombres en un 65.8%, comparado con un 34.2% en mujeres y se concentra en población adulta laboralmente activa, con edades comprendidas entre los 29 a 59 años, en quienes se diagnostica cerca del 46% de los casos. En cuanto a la mortalidad por tuberculosis, el país, reporta un estimado de mil muertes anuales, con una tasa de 2.0 muertes por 100 mil habitantes, constituyéndose en un evento prioritario y de relevancia importante para la salud pública3 . Se considera que la mayoría
de las muertes por tuberculosis podrían haberse evitado con un diagnóstico y tratamiento oportuno desde la atención primaria en salud, así como también, mediante el abordaje de los determinantes
sociales de la salud. Si bien, esta enfermedad puede ocurrir en cualquier persona, se destaca que en el contexto del país, existe una afectación importante de personas pertenecientes a grupos poblacionales en estado de vulnerabilidad social y económica, lo cual implica la necesidad de planificar las intervenciones de atención integral en salud centradas en las personas y sus necesidades, y garantizar el abordaje integral de factores como la desnutrición, la infección por VIH, el consumo de sustancias psicoactivas, el tabaquismo, las limitadas condiciones de vivienda y las barreras de acceso a los servicios de salud, que pueden afrontar las personas afectadas por esta enfermedad. El control efectivo de la tuberculosis protege a la comunidad, a las personas y sus familias pero también, a los trabajadores del sector salud, para lo cual el Programa Nacional de Tuberculosis presenta los lineamientos técnico operativos, dirigidos a todos los colombianos en los diferentes entornos y ámbitos del territorio nacional, con el propósito de que se garantice desde la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud4 , las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas y de los Planes de Beneficio en Salud, para la captación temprana de las personas sintomáticas respiratorias en las diferentes etapas del curso de vida, para su diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación integral y oportuna. El abordaje de la tuberculosis requiere de un compromiso intersectorial acorde con lo dispuesto en el marco de la Ley Estatutaria (Ley 1751 de 2015) que garantice el derecho a la salud de la población en todo el territorio nacional, con acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, afectando positivamente los determinantes sociales, mediante la gestión de la salud individual y colectiva. Todos los agentes del sistema de salud, deben garantizar la gestión del riesgo individual y colectivo, con un enfoque diferencial étnico, territorial, poblacional, por curso de vida y de discapacidad, fomentando el autocuidado y velando por la disponibilidad de acceso a tecnologías modernas y eficaces que facilitan un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado para que las personas puedan recobrar su salud. 7De igual forma, la sociedad civil organizada es y ha tenido un papel fundamental para avanzar en la garantía de los derechos de las personas afectadas con tuberculosis y sus familias en Colombia; por lo tanto, deben ser agentes reconocidos por las Entidades Territoriales y otros agentes del sistema, para unir esfuerzos y establecer alianzas, que permitan avanzar hacia una atención integral que vaya más allá de la medicalización y trascienda hacia el reconocimiento y abordaje de otras necesidades de protección equidad e inclusión social.

De igual manera durante la pandemia del COVID19 se expidió la Resolución 521 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, en la que se adopta los procedimientos para soportar la atención ambulatoria por los agentes del sistema de salud, a la población en aislamiento preventivo obligatorio especialmente a mayores de 70 años con condiciones crónicas, enfermedades inmunosupresoras, durante la vigencia de la emergencia sanitaria, que sirvió de apoyo para enfatizar sobre la utilización de las modalidades de tratamiento TDO virtual

: domiciliario, comunitario, institucional y hospitalario y generando avances de empoderamiento en líderes en la comunidad.

1 World Health Organization. TB Global Report 2019. Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ 2 Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de Tuberculosis, informe de casos y actividades año 2018* datos preliminares. Incidencia calculada con casos reportados al Programa Nacional de Tuberculosis, según lo definido en el Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación. 3 Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Casos de mortalidad fallecidos por tuberculosis. Datos preliminares del Año 2018. 4 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 276 de 2019. Colombia. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-276-de-2019.pdf
5 .Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Estratégico Hacia el Fin de la Tuberculosis, 2016-2025. Colombia. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016- 2025.pdf 6 .Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/ 7 .Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021. Colombia. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf
GIPS23.pdf

Entre el 1990 y 2012 se ha presentado una disminución de más del 40 % en la mortalidad, pasando de 3,67 casos por cada 100.000 habitantes en 1990 a 1,91 casos por cada 100.000 habitantes en 2012, lo que ha representado salvar aproximadamente 135.000 vidas en el país.

La comunidad indígena UWA establecida en el municipio de Toledo representa actualmente un silencio epidemiológico que por años nos muestra una mínima notificación de casos a nivel departamental en relación a los casos presentados en las demás comunidades y resguardos (BARI, Yukpa y otros), adicionalmente se observa que por estar con límite con Boyacá se mantiene una relación estrecha teniendo en cuenta que se vienen en forma permanente notificando casos en dicho departamento.

Entre los años 2023 a la fecha 04-03-2024, se observa la presencia de casos en la Comunidad UWA: Segovia (1 caso) Uncasias (2 casos) y La Laguna (1 caso) del municipio de Toledo; observándose tendencia a la transmisibilidad de la enfermedad por clasificarse como tuberculosis pulmonar y se requiere de la búsqueda de sintomáticos respiratorios mediante estrategia de vigilancia a nivel comunitario.

Es importante resaltar la necesidad de contar con líderes comunitarios capacitados que faciliten la búsqueda de sintomáticos respiratorios y toma de decisiones hacia la vigilancia comunitaria en tuberculosis, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico, los riesgos en salud y los determinantes sociales por lo tanto se ha planteado la estrategia de educación y comunicación e información en salud para las comunidades Segovia, Uncasias y La Laguna del municipio de Toledo.

Focalización Territorial
El alcance y campo de acción del proyecto abarca la comunidad indígena de Segovia, Uncasias y La Laguna del municipio de Toledo de Zona Rural Dispersa.
Focalización Poblacional: Primera Infancia**,** Infancia, adolescencia, juventud y adultez.

Población objeto a intervenir

- Hogares de personas afectadas por Tuberculosis
- Hogares de personas que hacen parte del entorno en el hogar de la persona afectada por Tuberculosis y hogares alrededor del caso en la comunidad.
- Personas que hacen parte del entorno comunitario (líderes).

DESCRIPCION DE LA METODOLOGIA
Para tal fin se ha de contar con fuentes de información, tanto la calidad como la disponibilidad de las fuentes sobre los pueblos indígenas en los municipios priorizados frente a la inclusión de la variable étnica en los registros.

Es importante contar con indicadores que describan, midan y evalúen el seguimiento a los problemas de salud-enfermedad, así como de los determinantes sociales que afectan la salud en la población indígena, que permitan direccionar los planteamientos con enfoque diferencial, realizando seguimiento en las estrategias ejecutadas dando como resultado la oportunidad en la gestión de servicios de salud en estas zonas dispersas. Para la vigencia 2024 se ha planteado la descripción de las estrategias, procedimiento y las acciones teniendo en cuenta la abogacía y la gestión para el mismo:

1. Elaboración y entrega de documento de propuesta de estrategia de educación y comunicación, información en salud y tamizaje según el alcance y los objetivos propuestos.
2. Reunión de articulación intersectorial y comunitaria

Para la propuesta PIC 2024 de tuberculosis: se concertará reunión con los representantes a nivel de cada municipio y representantes de la comunidad indígena para la socialización y articulación de acciones que conlleven a la eliminación de barreras y demás imprevistos que se presenten, realizando identificación de brechas y condiciones- dinámicas del territorio.

3. Establecer acuerdos y procedimientos con los responsables del sector salud acerca de los trámites y mecanismos para acceder a los servicios que ofertan y los alcances de los mismos a fin de hacer operativos y efectivos los procedimientos teniendo en cuenta la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.
4. Realizar 2 seguimientos en forma efectiva y verificable de sintomáticos respiratorios y casos confirmados identificados priorizando los entornos (Hogar y Comunitario) direccionados según la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

ESTRATEGIA DE EDUCACION Y COMUNICACIÓN

- Selección de líderes comunitarios indígenas
- Para su selección se debe tener en cuenta los sitios donde se han registrado casos de TB, líderes reconocidos en la comunidad y personal de salud UWA persona de la comunidad que guiara y apoyara el proceso, teniendo en cuenta habilidades, destrezas y actitud para el logro del objetivo propuesto (Esta selección debe ser concertada con representantes de la comunidad Indigena UWA y tener en cuenta este aspecto para solicitar sugerencias durante la reunión inicial de articulación.
- Planeación de la estrategia de educación y comunicación
- Para dicho año se ha planteado una propuesta cuya tecnología a utilizar es la de educación y comunicación, en articulación con los eventos relacionados con tuberculosis: temática de tuberculosis, deberes y derechos, estigma y discriminación la atención, humanización de servicios de salud, medidas de protección y prevención, proceso de recolección, conservación y traslado de muestras y medicamento, complicaciones, estrategia tratamiento directamente observado virtual, comorbilidades: enfermedades de VIH, Diabetes, enfermedad renal, malnutrición entre otros, orientaciones relacionadas con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, definición de rotafolio y utilización del mismo con práctica de realización y aplicabilidad en el hogar y comunidad, al igual que la cartilla TDO virtual, para tal fin se deberá contar con material y disponer de evidencias fotográficas de la comunidad para su aprendizaje y actividad práctica, así mismo se realizará identificación de brechas y condiciones- dinámicas del territorio.
- Se establecerá un cronograma con las temáticas a intervenir, fecha, horario y responsable socializándolo diariamente según secuencia.
- Se utilizará material de apoyo y evaluativo (fichas, juegos, etc.) mediante fotos vivenciales de la comunidad, los cuales reforzaran sus conocimientos
- Las personas a cargo de la ejecución de la propuesta deberán en la primera entrada extraer fotos vivenciales para material didáctico necesario para el proceso y la evaluación (seleccionar por temáticas) y al final por cada temática, así mismo es importante resaltar que las tecnologías y las actividades deberán ser concertadas entre las profesionales a ejecutar mediante entrega de acta de reunión de concertación, acta de entrega de productos con sus respectivos soportes de ejecución, control de asistencia y evidencia fotográfica.

Proceso que tendrá una secuencia de 5 días por 2 ciclos semanales por comunidad según se concerten las semanas a ejecutar por cada ciclo y se contará con la permanencia y cumplimiento dentro del proceso por parte de los líderes.

La elaboración y manejo de rotafolios (30) y cartilla TDO virtual (60) por cada comunidad se realizará mediante aprendizaje y respuesta ante el mismo durante el proceso de educación y comunicación en cada comunidad. Dicho material servirá de apoyo para la captación de sintomáticos respiratorios, información en salud y el seguimiento de los casos de tuberculosis con práctica en el hogar y a nivel comunitario.

3. Se realizará entrega de los rotafolios a los líderes participantes del proceso de educación y comunicación.
4. Se socializa la estrategia TDO Virtual y se verifica mediante actividad práctica.
5. Se planea y ejecuta actividad práctica de información en salud en la comunidad y hogar con el aprendizaje adquirido con el material rotafolio y cartilla TDO Virtual.
6. Se realiza reunión de entrega de material elaborado y utilizado durante el proceso con la certificación de aprendizaje a los líderes comunitarios empoderados en tuberculosis.
7. Se realiza entrega de documento del proceso de educación y comunicación con metodología ejecutada, evidencias fotográficas, herramientas utilizadas y demás que permitan visibilizar la respuesta a nivel comunitario con video.

ESTRATEGIA DE INFORMACION EN SALUD Y TAMIZAJE

1. Proyección y reproducción de material (rotafolios, cartillas TDO Virtual) elaborado por líderes comunitarios durante el proceso de educación y comunicación con su instructivo.
2. Concertar una reunión con los actores a nivel municipal, en la cual se deben establecer acciones que conlleven a la toma de decisiones de direccionamiento hacia la ruta de promoción y mantenimiento de la salud:

- Acordar entre los actores el proceso para la realización de las pruebas de tamizaje, teniendo en cuenta el consentimiento informado, los protocolos establecidos para la toma, conservación y transporte de muestras; así como para la disposición de residuos y las normas de bioseguridad.
- Ejecutar previa concertación con las EAPB a cargo de la población objeto de la intervención, con el fin de que dichos tamizajes se financien con cargo a la UPC. Los acuerdos de esta concertación deberán quedar consignados en acta suscrita por las partes.
- Generar los acuerdos necesarios para el envío de resultados, canalización o atención de individuos con resultado anormal del tamizaje.
- Ejecutar los tamizajes del PIC teniendo en cuenta las características de calidad definidas en el artículo 10 de la Res. 518 de 2015.
- Garantizar que la ejecución de los tamizajes a su cargo, se realicen con el talento humano suficiente e idóneo y que se cuente con los insumos y suministros necesarios.
- Generar los informes a la Entidad Territorial y a las EAPB que den cuenta de las acciones desarrolladas junto con los resultados de los tamizajes efectuados a su población y los respectivos soportes.

3. Aplicabilidad de instrumento a pacientes por cada comunidad y sus contactos de tuberculosis en el hogar ya identificados y registrados en el programa de las vigencias 2023 a la fecha y el resto de visitas a hogares a nivel comunitario alrededor del caso completando 20 visitas en total por comunidad, determinando los riesgos en salud y su respectivo tamizaje, información en salud y estudio de contactos. Se realiza durante el proceso de ejecución por personal técnico de la misma comunidad según lo estipulado en el cronograma.
4. Proyección y reproducción de formato de remisión durante la captación de sintomático respiratorio, realizando aplicabilidad de práctica durante el proceso de educación y comunicación y en el hogar.
5. Consolidación de información del instrumento aplicado en tabla Excel por cada comunidad.
6. Analisis de información del instrumento aplicado, teniendo en cuenta los factores asociados a la pérdida de seguimiento de las personas afectadas por tuberculosis: factores de riesgo y sus determinantes sociales incluyendo brechas y condiciones y dinámicas planteadas durante el proceso de articulación a nivel municipal y comunitario y líderes comunitario.
7. Se realiza entrega de documento del proceso de información en salud y procedimiento de tamizaje con metodología ejecutada, evidencias fotográficas, herramientas utilizadas y demás que permitan visibilizar la respuesta a nivel comunitario.
8. Socialización de los productos y/o resultados obtenidos de la ejecución de estrategias y procedimiento con representantes de la red intersectorial y comunitaria.
9. Informe de la actividad presencial y práctica de la estrategia de educación y comunicación e información en salud y procedimiento de tamizaje: Lideres empoderados con aplicabilidad de conocimientos para la captación de sintomáticos respiratorios actualizados en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud desde la comunidad y articulados con el sector salud y el ente municipal.
10. Sintomáticos respiratorios captados y derivados hacia el sector salud.
11. Líderes con aplicabilidad de conocimientos en tuberculosis en la comunidad utilizando herramienta para su abordaje.

El departamento Norte de Santander cuenta con una población de 1.658.835, cuya población está distribuida por municipios y estos se encuentran organizados por ámbitos Territoriales: Urbano, Rural, Rural disperso, en el caso de esta propuesta se ha priorizado el ámbito Territorial Rural Disperso correspondiente a la comunidad indígena Segovia, Uncasias y La Laguna del municipio de Toledo.

La población indígena en su gran mayoría se encuentra desinformada en la temática de tuberculosis y se sigue generando un alto porcentaje de estigma y discriminación que conlleva al miedo en niños, adolescentes y jóvenes en hablar de la enfermedad, evidenciándose índices de infecciones y mortalidad por diagnostico inoportuno con silencio epidemiológico , con lo cual se busca realizar un fortalecimiento mediante educación y comunicación e información en salud en tuberculosis con énfasis en la identificación de factores de riesgo y captación de sintomáticos respiratorios promoviendo la ruta de promoción y mantenimiento de la salud con apoyo de la comunidad de la población propuesta, cuyo fin es empoderar y lograr realizar acciones encaminadas al trabajo con líderes pares que apoyen a la derivación de sintomáticos respiratorios hacia el tamizaje y sensibilización de todos los miembros priorizados (lideres) en la temática de tuberculosis, con los cuales se lograría medir el impacto en un tiempo establecido sobre las estrategias de los planes de acción en salud que se ejecuten con participación comunitaria.

A partir de la resolución 0295 del 27 de febrero de 2023, que modifica el artículo 3 de la resolución 518 de 2015, con lineamientos y orientaciones del PIC hacia la construcción de estrategias integradas hacia el fortalecimiento de grupos líderes que permitan afianzar esfuerzos desde la comunidad y para la comunidad en articulación con los diferentes representantes a nivel intersectorial, sectorial y transectorial, así mismo se encuentran publicados los lineamientos para su consecución aunado conjuntamente con el abordaje desde la resolución 3280 de 2018, adaptándose y adoptándose a nivel territorial.

Es fundamental la concurrencia en articulación con otros sectores, ya que son soporte integral a los pacientes afectados por tuberculosis, sus hogares, contactos y comunidad en general, dado que la Tuberculosis afecta con mayor frecuencia a las poblaciones con mayor vulnerabilidad agravando sus condiciones de pobreza, de tal manera que la priorización de esta propuesta está sustentada mediante indicadores a nivel departamental y municipal, por ser población vulnerable y encontrarse situada en ámbito territorial rural disperso.
Dichas comunidades fueron seleccionadas teniendo en cuenta la priorización de los municipios PEDET.

A partir del año 2020 se dio inicio en la implementación de tecnologías de educación y comunicación a nivel de la comunidad indígena Cataluara con el empoderamiento de indígenas mediante un cronograma y temáticas establecidas durante un periodo de tiempo que permitió desarrollar y aplicar los conocimientos en forma práctica con entrega de insumos (rotafolio, cartilla TDO (tratamiento directamente observado) virtual y juegos didácticos, teniendo como base los lineamientos nacionales.

Así mismo en el año 2021 se desarrolló la tecnología de educación y comunicación e información en salud en la escuela Saphadana con la integración de las comunidades indígenas Bari, así mismo en el año 2023 en la comunidad indígena Ikiakarora y la comunidad indígena Sakacdú, se organizó y se ejecutó según lo planteado anteriormente.

OBJETIVO GENERAL
Generar capacidad de respuesta comunitaria con adecuación intercultural en 30 líderes de la zona rural dispersa de las comunidades indígenas priorizadas y en 60 familias de los casos y comunidad Indigena del municipio de Toledo con énfasis en la identificación de factores de riesgo, sensibilización en tuberculosis, hacia la captación de sintomáticos respiratorios y derivación a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud con énfasis en vigilancia comunitaria mediante empoderamiento en la estrategia de educación y comunicación e información en salud y tamizaje para el año 2024.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar proceso de tecnología de información en salud, teniendo en cuenta las condiciones de vida que afectan a los pacientes de tuberculosis y las personas que hacen parte de su entorno mediante la participación de líderes comunitarios y articulación con actores y alianzas de apoyo intersectorial y comunitaria, socializando los alcances de la misma.
- Realizar proceso de tecnología de educación y comunicación mediante la identificación y analisis de las condiciones y dinámicas propias del territorio y las potencialidades del mismo frente a la atención de pacientes de tuberculosis y las personas que hacen parte de su entorno en el hogar, teniendo en cuenta el analisis de las brechas de equidad social, estableciendo proceso conjunto con la tecnología de información en salud, en articulación con los actores sociales y comunitarios promoviendo su participación, acompañamiento y seguimiento socializando los alcances de la misma.

INDICADORES DE PRODUCTO

Experiencia informativa documentada e implementada en forma descriptiva y analizada.
Seguimiento y evaluación de las acciones y planes de mejoramiento.

1. Actas, controles de asistencia, registros fotográficos, video y demás soportes que hagan parte integral del proyecto.
2. Rotafolio diseñado y reproducido.
3. Instrumento sobre factores asociados a pérdida de seguimiento aplicados.
4. Informe de analisis de la información recopilada en el instrumento de factores asociados a perdida de seguimiento.
5. Informe de identificación y analisis de las condiciones y dinámicas propias del territorio y las potencialidades del mismo frente a la atención de pacientes de tuberculosis.
6. Informe de brechas de equidad social identificadas.
7. Proceso metodológico de talleres de educación y comunicación documentado y ejecutado.
8. Proceso metodológico de la implementación de estrategia de información en salud: rotafolios y TDO virtual (tratamiento directamente observado).
9. Procedimiento de tamizaje documentado.
10. Actas de concertación realizadas entre los actores teniendo en cuenta los aspectos requeridos para la realización de tamizaje.
11. Formatos de tamizaje diligenciados.
12. Informe de seguimiento a los pacientes de tuberculosis y las personas que hacen parte de su entorno en el hogar tamizadas y direccionadas a la oferta institucional.
13. Talleres ejecutados
14. Informe ejecutivo final (Proceso de estrategia de información en salud, Proceso de educación y comunicación y procedimiento de tamizaje documentados.

Indicadores a evaluar de gestión y resultado

- ✓ Experiencia adquirida y aplicabilidad de la misma mediante estrategia de educación y comunicación e información en salud y procedimiento de tamizaje hacia líderes de la comunidad indígena.
- ✓ Factores identificados de la persona afectada por tuberculosis y sus contactos asociados a la perdida de seguimiento y de su entorno.
- ✓ Brechas y condiciones y dinámicas identificadas dentro del entorno comunitario relacionado con la perdida de seguimiento en tuberculosis.
- ✓ Proceso metodológico de talleres de educación y comunicación, información en salud y procedimiento de tamizaje documentado.
- ✓ Informe final socializado con la red intersectorial y comunitaria.

Contratación de talento humano: Comunidad indígena Uncasias – Segovia - Laguna

1 Profesional: 1 Enfermera
1 Técnico auxiliar de enfermería Comunidad UWA.

CRONOGRAMA

Comunidad indígena Uncasias

MUNICIPIO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	MES1	MES2	MES3	MES4	MES5	MES6	MES7	MES8
TOLEDO COMUNIDAD INDIGENA UNCASIAS	INFORMACION EN SALUD PARA TUBERCULOSIS	Primera Intervención en Comunidad Indígena para la concertación de acciones en cumplimiento al indicador planteado.								
		Proceso documentado del diseño de la estrategia de información en salud frente a la problemática de salud y derivación hacia la atención de personas afectadas por tuberculosis y las personas que hacen parte de su entorno en el hogar y comunitario (10 Rotafolios, 20 Cartilla TDO Virtual, Instrumento de caracterización con sus respectivos instructivos).								
		Adaptación, elaboración y reproducción de Rotafolios con su instructivo.								
		Adaptación, elaboración y reproducción de Cartillas TDO virtual con su instructivo.								
		Aplicación de instrumento a pacientes afectados por tuberculosis 2023 (04-03-2024) 2 casos comunidad indígena y a 18 hogares alrededor del caso sobre los factores asociados a la perdida de seguimiento de los pacientes con tuberculosis, se debe garantizar el material para tal fin.								
		Informe de Análisis de factores asociados a la pérdida de seguimiento de los personas afectadas por tuberculosis.								
	EDUCACION Y COMUNICACION	Identificar y analizar las condiciones y dinámicas propias del territorio y las potencialidades del mismo frente a la atención de personas afectadas por tuberculosis y las personas que hacen parte de su entorno en el hogar y la comunidad								
		Identificación de brechas de equidad social que afectan las condiciones de vida de los pacientes de tuberculosis y las personas que hacen parte de su entorno en el hogar y la comunidad, promoviendo la socialización de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.								
		Talleres de sensibilización dirigidos a líderes comunitarios y personal de salud involucrados : en ruta de promoción y mantenimiento de la salud, deberes y derechos, estigma y discriminación, lineamientos relacionados con la atención, humanización de servicios de salud, tuberculosis (medidas de protección y prevención, proceso de recolección, conservación y traslado de muestras y medicamento, complicaciones, estrategia tratamiento directamente observado virtual y otros), comorbilidades: enfermedades de transmisión sexual (VIH), IRA, Diabetes, enfermedad renal, malnutrición teniendo en cuenta los lineamientos nacionales. Se debe garantizar material didáctico (10 participantes). 10 sesiones .								
	EDUCACION Y COMUNICACION	Implementación y seguimiento de la estrategia de información en salud (Rotafolio, uso de tecnologías de la información: TDO virtual) de acuerdo a las particularidades de la población a intervenir y del sector, para la producción, organización y difusión de datos o mensajes de información orientados al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades en comunidades de alto riesgo que facilite la búsqueda activa en el entorno comunitario (líderes).								
		Gestionar con el ente territorial, posicionar en la agenda local gubernamental las prioridades para generar acuerdos que								

		permitan el desarrollo o la complementariedad del proceso de educación en el quehacer intersectorial hacia la prevención de la tuberculosis.								
	TAMIZAJE	Establecer acuerdos y procedimientos con los responsables del sector salud acerca de los trámites y mecanismos para acceder a los servicios que ofertan y los alcances de los mismos a fin de hacer operativos y efectivos los procedimientos teniendo en cuenta la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.								
		Realizar 2 seguimientos en forma efectiva y verificable de sintomáticos respiratorios y casos confirmados identificados priorizando los entornos (Hogar y Comunitario) direccionados según la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.								
		Realizar seguimiento (1) a la Implementación de la tecnología de educación y comunicación e información en salud (Utilización de Rotafolios y TDO Virtual) según proceso adoptado con los líderes comunitarios.								
		Socialización de procesos de información en salud y educación y comunicación y de procedimiento de tamizaje con los actores a nivel municipal.								
		Informe final								

Comunidad indígena Segovia

MUNICIPIO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	MES1	MES2	MES3	MES4	MES5	MES6	MES7	MES8
TOLEDO COMUNIDAD INDIGENA SEGOVIA	INFORMACION EN SALUD PARA TUBERCULOSIS	Primera Intervención en Comunidad Indígena para la concertación de acciones en cumplimiento al indicador planteado.								
		Proceso documentado del diseño de la estrategia de información en salud frente a la problemática de salud y derivación hacia la atención de personas afectadas por tuberculosis y las personas que hacen parte de su entorno en el hogar y comunitario (10 Rotafolios, 20 Cartilla TDO Virtual, Instrumento de caracterización con sus respectivos instructivos).								
		Adaptación, elaboración y reproducción de Rotafolios con su instructivo.								
		Adaptación, elaboración y reproducción de Cartillas TDO virtual con su instructivo.								
		Aplicación de instrumento a pacientes afectados por tuberculosis 2023 a fecha de 04-03-2024: 1 caso comunidad indígena y a 19 hogares alrededor del caso sobre los factores asociados a la perdida de seguimiento de los pacientes con tuberculosis, se debe garantizar el material para tal fin.								
		Informe de Análisis de factores asociados a la pérdida de seguimiento de los personas afectadas por tuberculosis.								
	EDUCACION Y COMUNICACION	Identificar y analizar las condiciones y dinámicas propias del territorio y las potencialidades del mismo frente a la atención de personas afectadas por tuberculosis y las personas que hacen parte de su entorno en el hogar y la comunidad								
		Identificación de brechas de equidad social que afectan las condiciones de vida de los pacientes de tuberculosis y las personas que hacen parte de su entorno en el hogar y la comunidad, promoviendo la socialización de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.								
		Talleres de sensibilización dirigidos a líderes comunitarios y personal de salud involucrados : en ruta de promoción y mantenimiento de la salud, deberes y derechos, estigma y discriminación, lineamientos relacionados con la atención, humanización de servicios de salud, tuberculosis (medidas de protección y prevención, proceso de recolección, conservación y traslado de muestras y medicamento, complicaciones, estrategia tratamiento directamente observado virtual y otros), comorbilidades: enfermedades de transmisión sexual (VIH), IRA, Diabetes, enfermedad renal, malnutrición teniendo en cuenta los lineamientos nacionales. Se debe garantizar material didáctico (10 participantes). 10 sesiones .								
	EDUCACION Y COMUNICACION	Implementación y seguimiento de la estrategia de información en salud (Rotafolio, uso de tecnologías de la información: TDO virtual) de acuerdo a las particularidades de la población a intervenir y del sector, para la producción, organización y difusión de datos o mensajes de información orientados al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades en comunidades de alto riesgo que facilite la búsqueda activa en el entorno comunitario (líderes).								
		Gestionar con el ente territorial, posicionar en la agenda local gubernamental las prioridades para generar acuerdos que								

		permitan el desarrollo o la complementariedad del proceso de educación en el quehacer intersectorial hacia la prevención de la tuberculosis.								
	TAMIZAJE	Establecer acuerdos y procedimientos con los responsables del sector salud acerca de los trámites y mecanismos para acceder a los servicios que ofertan y los alcances de los mismos a fin de hacer operativos y efectivos los procedimientos teniendo en cuenta la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.								
		Realizar 2 seguimientos en forma efectiva y verificable de sintomáticos respiratorios y casos confirmados identificados priorizando los entornos (Hogar y Comunitario) direccionados según la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.								
		Realizar seguimiento (1) a la Implementación de la tecnología de educación y comunicación e información en salud (Utilización de Rotafolios y TDO Virtual) según proceso adoptado con los líderes comunitarios.								
		Socialización de procesos de información en salud y educación y comunicación y de procedimiento de tamizaje con los actores a nivel municipal.								
		Informe final								

Comunidad indígena Laguna

MUNICIPIO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	MES1	MES2	MES3	MES4	MES5	MES6	MES7	MES8
TOLEDO COMUNIDAD INDIGENA LA LAGUNA	INFORMACION EN SALUD PARA TUBERCULOSIS	Primera Intervención en Comunidad Indígena para la concertación de acciones en cumplimiento al indicador planteado.								
		Proceso documentado del diseño de la estrategia de información en salud frente a la problemática de salud y derivación hacia la atención de personas afectadas por tuberculosis y las personas que hacen parte de su entorno en el hogar y comunitario (10 Rotafolios, 20 Cartilla TDO Virtual, Instrumento de caracterización con sus respectivos instructivos).								
		Adaptación, elaboración y reproducción de Rotafolios con su instructivo.								
		Adaptación, elaboración y reproducción de Cartillas TDO virtual con su instructivo.								
		Aplicación de instrumento a pacientes afectados por tuberculosis 2023 a fecha de 04-03-2024: 1 caso comunidad indígena y a 19 hogares alrededor del caso sobre los factores asociados a la perdida de seguimiento de los pacientes con tuberculosis, se debe garantizar el material para tal fin.								
		Informe de Análisis de factores asociados a la pérdida de seguimiento de los personas afectadas por tuberculosis.								
	EDUCACION Y COMUNICACION	Identificar y analizar las condiciones y dinámicas propias del territorio y las potencialidades del mismo frente a la atención de personas afectadas por tuberculosis y las personas que hacen parte de su entorno en el hogar y la comunidad								
		Identificación de brechas de equidad social que afectan las condiciones de vida de los pacientes de tuberculosis y las personas que hacen parte de su entorno en el hogar y la comunidad, promoviendo la socialización de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.								
		Talleres de sensibilización dirigidos a líderes comunitarios y personal de salud involucrados : en ruta de promoción y mantenimiento de la salud, deberes y derechos, estigma y discriminación, lineamientos relacionados con la atención, humanización de servicios de salud, tuberculosis (medidas de protección y prevención, proceso de recolección, conservación y traslado de muestras y medicamento, complicaciones, estrategia tratamiento directamente observado virtual y otros), comorbilidades: enfermedades de transmisión sexual (VIH), IRA, Diabetes, enfermedad renal, malnutrición teniendo en cuenta los lineamientos nacionales. Se debe garantizar material didáctico (10 participantes). 10 sesiones .								
	EDUCACION Y COMUNICACION	Implementación y seguimiento de la estrategia de información en salud (Rotafolio, uso de tecnologías de la información: TDO virtual) de acuerdo a las particularidades de la población a intervenir y del sector, para la producción, organización y difusión de datos o mensajes de información orientados al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades en comunidades de alto riesgo que facilite la búsqueda activa en el entorno comunitario (líderes).								
		Gestionar con el ente territorial, posicionar en la agenda local gubernamental las prioridades para generar acuerdos que permitan el desarrollo o la complementariedad del proceso de educación en el quehacer intersectorial hacia la prevención de la tuberculosis.								
	TAMIZAJE	Establecer acuerdos y procedimientos con los responsables del sector salud acerca de los trámites y mecanismos para acceder a los								

		servicios que ofertan y los alcances de los mismos a fin de hacer operativos y efectivos los procedimientos teniendo en cuenta la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.								
		Realizar 2 seguimientos en forma efectiva y verificable de sintomáticos respiratorios y casos confirmados identificados priorizando los entornos (Hogar y Comunitario) direccionados según la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.								
		Realizar seguimiento (1) a la Implementación de la tecnología de educación y comunicación e información en salud (Utilización de Rotafolios y TDO Virtual) según proceso adoptado con los líderes comunitarios.								
		Socialización de procesos de información en salud y educación y comunicación y de procedimiento de tamizaje con los actores a nivel municipal.								
		Informe final								

PRESUIPUESTO Total: $30.000.000

GRUPO 5

SALUD AMBIENTAL

Nombre del Proyecto: Desarrollo de la Estrategia Entornos saludables en el Entorno Hogar y Comunitario, en los municipios priorizados del departamento Norte de Santander.
Dimensión: Salud Ambiental.
Componente de la dimensión: Hábitat Saludable.

Justificación:
La implementación de la estrategia para el departamento está contemplada en las Metas del Plan de Desarrollo y Plan Territorial de Salud, la cual busca fomentar en el 80% de los municipios del Departamento, las estrategias de Entornos Saludables que según competencias del Sector Salud la Ley 715 de 2001 corresponde: “Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud”.

Es entendible que el desarrollo de la estrategia está orientada a los sectores y poblaciones considerados vulnerables, desde el punto de vista sanitario.
Constitución Política de 1991, Capítulo 3, Art 79: “Todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano.
Resolución 518 de 2015, Plan de Intervenciones Colectivas, en su anexo técnico, define en las actividades la Caracterización social y ambiental que consiste en la identificación y descripción del contexto social y ambiental de las personas y comunidades en los diferentes entornos que permitan reconocer los factores de riesgo y momentos significativos en el curso de la vida que motiven procesos de canalización hacia servicios sociales y de salud.

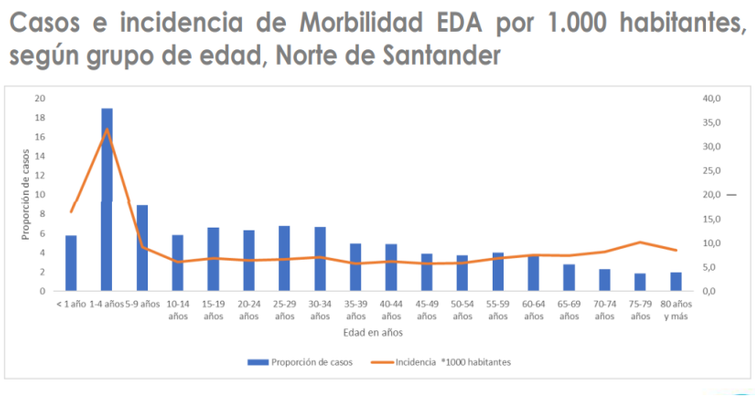
Resolución 3280 del 2 de agosto 2018, por medio del cual se adoptan lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno funcional y se establecen las directrices para su operación.

Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012 – 2021, Conpes 3550 de 2018, Leyes Estatutarias de Salud 1751 de 2015.
La Ley 1361 de 2009 de Protección Integral a la Familia, Política Nacional de Educación Ambiental, entre otras; así como de los enfoques, de derechos, diferencial, poblacional - territorial, modelo de determinantes sociales, curso de vida; y de estrategias como, Atención Primaria en Salud – APS, de salud familiar y comunitaria, estrategias como Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable – Estrategia CERS, vivienda y escuelas saludables y educación ambiental y marcos teóricos como Desarrollo Sostenible y Desarrollo humano y Calidad de vida.

Ley 115 de 1994 y el Decreto 1743 de 1994. Reconoce la Educación Ambiental como un instrumento para formar ciudadanos y ciudadanas conscientes de su papel en la construcción de una sociedad democrática sustentada en el desarrollo sostenible y como eje articulador de la calidad de vida, ambiente y educación; y el gobierno.
El Lineamiento Nacional de Entornos Saludables LNES, tiene el propósito de dar lineamientos marco a los sectores nacionales y a los entes territoriales, para promover intervenciones, actividades y/o acciones en los entornos que aporten al desarrollo sostenible, al desarrollo humano y a la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, mediante intervenciones integrales enmarcadas en procesos articulados sectorial e intersectorialmente, con participación activa de los diferentes actores sociales (organizaciones de base, entidades públicas, privadas y ONG, entre otras); y con enfoque diferencial en respuesta a las necesidades de la comunidad, como estrategia fundamental para la intervención de los determinantes sociales sanitarios y ambientales.

Una de las principales causas de morbilidad en el departamento son las Enfermedades Diarreicas Agudas-EDA y están caracterizadas por la presencia de episodios diarreicas agudas, es decir evacuaciones fecales líquidas y frecuentes en número de tres o más en 24 hrs. Puede ser de tipo infeccioso cuando es causada por agentes entero patógeno (bacterias, virus, hongos o parásitos).
Una de las principales acciones de prevención de las enfermedades diarreicas agudas - EDA es la creación y mantenimiento de un ambiente higiénico en el hogar, la práctica y lavado de manos con jabón, el buen manejo y uso del agua a nivel intradomiciliario. Así mismo, señala que estas situaciones están determinadas en gran medida por conductas de riesgo y estilos de vida poco saludables, y concluye que, en gran parte, la mortalidad y morbilidad generadas por dichas causas, pueden ser evitables y prevenibles.
El deterioro ambiental produce efectos negativos directos e indirectos sobre la salud de las personas y compromete el desarrollo sostenible; mientras que un medio ambiente protegido potencia las posibilidades del hombre de preservar su salud; en los niños y niñas la calidad del agua tiene un mayor impacto en la salud, por ser éstos el grupo más vulnerable entre toda la estructura piramidal de la población.
En el año 2023 en el periodo epidemiológico III para el Departamento Norte de Santander se notificaron 14287 casos de morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda.

En todos los grupos de edad se han presentado casos de enfermedad diarreica aguda, siendo los menores de 5 años los que registran la mayor proporción de casos.



Antecedentes:

El deterioro ambiental produce efectos negativos directos e indirectos sobre la salud de las personas y compromete el desarrollo sostenible; mientras que un medio ambiente protegido potencia las posibilidades del hombre de preservar su salud. En los niños y niñas la calidad del ambiente tiene un mayor impacto en la salud, por ser éstos el grupo más vulnerable entre toda la estructura piramidal de la población.
A los problemas físicos generados por la calidad del ambiente, se suman los efectos psicosociales ocasionados especialmente por la violencia doméstica (abuso físico, sexual y emocional). El último Estudio Nacional de Salud señala que estas situaciones están determinadas en gran medida por conductas de riesgo y estilos de vida poco saludables, y concluye que, en gran parte, la mortalidad y morbilidad generadas por dichas causas, pueden ser evitables y prevenibles. En resumen, es importante tener presente que la salud es un concepto amplio que depende de múltiples factores: los servicios de salud, la alimentación, la cultura, la educación, la vivienda, el empleo y las condiciones de trabajo, los hábitos personales, las redes de apoyo social, el entorno psicosocial, el ambiente físico y las capacidades individuales, comunitarias e institucionales. Uno de los ambientes habituales donde convive el ser humano es la vivienda. La carencia y deficiencias en la vivienda y la falta de saneamiento constituyen un determinante reiterado en la incidencia de morbimortalidad y es una característica vinculada a los niveles de pobreza en el Departamento.

Determinantes sociales:

- Entornos con factores de riesgo para la salud
- Agua para consumo humano con riesgo
- Disposición inadecuada de residuos sólidos
- Deficiencias en el servicio de excretas
- Inadecuadas condiciones sanitarias de los entornos familiar y comunitario.
- Prácticas inadecuadas de higiene
- Eventos:
- EDA

Resultado en salud:

- Personas con prácticas para el cuidado y protección de los entornos
- Mantener entornos saludables en el entorno hogar y comunitario.

- Contribuir a la disminución de eventos en salud

Objetivo General:
Fortalecer el mejoramiento de la salud y las condiciones de vida de las personas y comunidad mediante la gestión participativa y la generación de entornos saludables en municipios priorizados de Durania, Toledo y Chinácota del departamento Norte de Santander en la vigencia 2024.

Objetivos Específicos:
- ✓ Identificar las condiciones sociales, sanitarias y ambiental de las personas, familia y comunidad del entorno hogar y comunitario de los micro territorios, la don Juana, vereda iscala del municipio de Chinácota
- ✓ Desarrollar acciones de orientación en Información y Comunicación que contribuyen al mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones en su entorno hogar y comunitario.

Focalización Poblacional:
Las intervenciones se realizarán en el ***Entorno hogar y comunitario*** en los cursos de vida: Adolescencia, Adultos y Adulto mayor en comunidad priorizada.
Los micro territorios a intervenir son; municipio de Chinácota, Durania y Toledo

MUNICIPIO	POBLACIÓN NBI	POBLACIÓN VIVIENDA	# VIVIENDAS A INTERVENIR
CHINACOTA	5,12	3.850	100
DURANIA	2,08	3.659	100
TOLEDO	41,68	4.399	100
TOTAL	48,88	11.908	300

Focalización Territorial:
El lugar de ejecución del contrato de prestación de servicios será en tres (03) municipios de la Ese Hospital Regional Sur Oriental. en los cuales se intervendrán viviendas de acuerdo a las necesidades y comportamiento epidemiológico.
El ámbito en el cual se desarrollará el proyecto será en ***zonas urbanas marginales y zonas rurales*** de los municipios priorizados, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud, seleccionadas por sus condiciones de entorno social, económico y territorial que se consideran vulnerables

Nombre de la Estrategia:
Entornos saludables en viviendas en los siguientes municipios de acuerdo al Plan de Acción en Salud: ***Chinácota, Durania y Toledo,*** conforme al marco del plan de intervenciones colectivas, Resolución 518 de 2015 y Resolución 3280 de 2018 y Resolución 0295 de 2023, Por el cual se modifican los artículos 3, 8, 11, 14, 15 y 18 de la Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Recurso humano:
El recurso humano requerido para su abordaje y ejecución debe contar con un perfil e idoneidad de acuerdo a los lineamientos de la estrategia. Así mismo, la cantidad de recurso humano está sujeto al número de actividades a desarrollar, establecida por cada uno de los municipios localizados, logrando su realización técnica en el periodo establecido para la ejecución del proyecto y debe contemplar un equipo mínimo con los siguientes perfiles:

ROL A DESEMPEÑAR	PROFESION.	EXPERIENCIA
Coordinador del Proyecto	Ingeniero ambiental o afines	Experiencia en gerencia de proyectos para el desarrollo de estrategias de promoción y prevención Salud.
Profesionales en el área Ambiental	Ingeniería Ambiental o afines	Experiencia como ingeniero Ambiental en ejecución de proyectos para el desarrollo de estrategias de promoción y prevención de la Salud.
Profesional en el área Social	Psicólogo y/o Trabajador Social	Experiencia como Psicólogo y/o Trabajador Social en ejecución de proyectos para el desarrollo de estrategias de promoción y prevención Salud.
Personal de apoyo	Técnicos o Tecnólogos en áreas sociales o ambientales.	Experiencia en la ejecución de proyectos para el desarrollo de estrategias de promoción y prevención Salud.

Metodología:
La estrategia de vivienda saludable que busca mejorar las condiciones de vivienda y de salud de las familias, promueven el desarrollo humano, la garantía de los derechos a través de la participación activa de diferentes actores, incentivando el compromiso y la corresponsabilidad de instituciones y comunidad, generando así mejores condiciones de vida para la población.
Se realiza un diagnóstico sanitario a través de la caracterización de la vivienda a nivel comunitario, siendo una herramienta de autodiagnóstico (pre y post) que consiste en analizar la información de acuerdo a los factores sociales, ambientales y culturales asociados al territorio.

Intervención de las viviendas a nivel familiar con el objetivo de lograr un diagnóstico detallado de las condiciones individuales de las viviendas permitiendo establecer las principales necesidades de intervención, identificando las problemáticas relacionadas con la higiene, el saneamiento básico de la vivienda y su entorno

Desarrollo de acciones de información y comunicación en salud.

Actividad 1

- ✓ Identificar de manera conjunta con las instituciones, organizaciones y grupos, los actores que van a participar como promotores (Agentes comunitarios y facilitadores).
- ✓ Socializar a los Actores y la comunidad la estrategia vivienda saludable.
- ✓ Definir roles, responsabilidades de las instituciones, organizaciones y grupos de la comunidad que están interesados en la implementación de la Estrategia a nivel local.

Aplicar la ficha de caracterización a nivel comunitario mediante la "***Herramienta de Diagnóstico del Hábitat y La Vivienda Saludable".***

Primera visita familiar

- Identificar los cambios de conducta de los moradores de las viviendas
- Aplicar la encuesta a nivel familiar, mediante la ***"Ficha para Caracterización Social y Ambiental – Entorno hogar".***
- Identificar los riesgos sociales y ambientales, amenazas, vulnerabilidad y el grado de exposición.
- Emplear el "***Afiche de Autoevaluación"*** para identificar el ***grado de conocimiento*** en las condiciones de la vivienda, este debe ser colocado en un lugar visible en cada una de las viviendas para seguimiento y evaluación.
- Informar a la comunidad los riesgos y las problemáticas encontradas.
- Procesamiento y análisis de la información recolectada que permita identificar la situación del grupo poblacional priorizado en relación con su territorio y/o entorno, complementándola con información obtenida por otras fuentes.

Actividad 2

- Desarrollar talleres en el componente educativo de la estrategia en los temas de acuerdo a los riesgos identificados, teniendo en cuenta: La vivienda como espacio vital y accidentes en el hogar, Sorbos de vida - agua para consumo en la vivienda, las excretas y las aguas sucias, los residuos sólidos en la vivienda, las plagas, higiene en la vivienda y sus moradores.

Segunda visita familiar

- Identificar los cambios de conducta de los moradores mediante la aplicación de una ***encuesta de seguimiento y evaluación*** y el diligenciamiento del *afiche de seguimiento y evaluación*.

Presentar la propuesta de intervención de los riesgos y vulnerabilidad de los Entornos para el mejoramiento de las condiciones sanitarias.
Socialización de la propuesta a las Autoridades municipales.
Informe final y evaluación de resultados del desarrollo de las estrategias.

Productos:

- Documento identificación de actores y definición de roles y responsabilidades.
- Documento del proceso de caracterización social y ambiental en el marco del desarrollo de la estrategia de entornos saludables en la vivienda.
- Diagnóstico sanitario de los entornos comunitarios intervenidos por municipio, "***Herramienta de Diagnóstico del Hábitat y La Vivienda Saludable".***
- Encuesta a nivel familiar intervenidos por municipio, herramienta ***"Ficha para Caracterización Social y Ambiental – Entorno hogar".***
- ***Afiche de autoevaluación*** para identificar el grado de conocimiento en las condiciones de la vivienda.
- Encuesta de seguimiento y evaluación
- Evidencia del desarrollo de talleres de IEC
- Material facilitador impreso, entregado a líderes comunitarios.
- Propuestas de intervención de los riesgos y vulnerabilidad de los entornos.
- Evidencia de la socialización a las administraciones municipales
- Informe final y de evaluación de resultados del desarrollo de la estrategia
- Base de datos de la información por enfoque diferencial (sexo, edad, ciclo vital, etnia y condición.).

Metas:

- 100% de los hogares priorizados con caracterización social y ambiental.
- Población del entorno hogar con información para el mejoramiento de las condiciones de salud.

Indicadores a evaluar:
Número de líderes comunitarios a nivel municipal con fortalecimiento de conocimientos y participando de la estrategia de entornos saludables.
Porcentaje de viviendas a nivel familiar con Diagnósticos Sanitarios
Número de hogares con caracterización social y ambiental.
Número de municipios con evaluación y plan de intervenciones de riesgos y vulnerabilidad del entorno comunitario.
Número de municipios con propuestas de mejoramiento y socializados con las autoridades.
Porcentaje de hogares con cambios de conducta en las condiciones sanitarias y de higiene en la vivienda.

Cronograma:

ACTIVIDADES / PRODUCTOS O MES	CANTIDAD	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7
Identificar de manera conjunta con las instituciones, organizaciones y grupos, los actores que van a participar como promotores (Agentes comunitarios y facilitadores).	3							
Socializar a los Actores y la comunidad la estrategia vivienda saludable.	3							
Definir roles, responsabilidades de las instituciones, organizaciones y grupos de la comunidad que están interesados en la implementación de la Estrategia a nivel local.	3							
Aplicar la ficha de caracterización a nivel comunitario mediante la "***Herramienta de Diagnóstico del Hábitat y La Vivienda Saludable".***	3							
Aplicar la encuesta a nivel familiar, mediante la ***"Ficha para Caracterización Social y Ambiental – Entorno hogar".***	300							
Emplear el "***Afiche de Autoevaluación"*** para identificar el ***grado de conocimiento*** en las condiciones de la vivienda, este debe ser colocado en un lugar visible en cada una de las viviendas para seguimiento y evaluación.	300							
Procesamiento y análisis de la información recolectada que permita identificar la situación del grupo poblacional priorizado en relación con su territorio y/o entorno, complementándola con información obtenida por otras fuentes.	3							
Desarrollar talleres en el componente educativo de la estrategia en los temas de acuerdo a los riesgos identificados, teniendo en cuenta: La vivienda como espacio vital y accidentes en el hogar, Sorbos de vida - agua para consumo en la vivienda, las excretas y las aguas sucias, los residuos sólidos en la vivienda, las plagas, higiene en la vivienda y sus moradores.	3							
Identificar los cambios de conducta de los moradores mediante la aplicación de una ***encuesta de seguimiento y evaluación*** y el diligenciamiento del ***afiche de seguimiento y evaluación***.	300							
Presentar la propuesta de intervención de los riesgos y vulnerabilidad de los Entornos para el mejoramiento de las condiciones sanitarias.	3							
Informe final y evaluación de resultados del desarrollo de las estrategias. Entrega de la información sistematizada, analizada por enfoque diferencial (Sexo, Ciclo, Vital, Etnia y condición.	3							

Tiempo de Ejecución: La presente estrategia está programada para su desarrolló en ocho (8) meses, en los municipios seleccionados.

Presupuesto: $89.550.000 ochenta y nueve millones quinientos cincuenta mil pesos.

OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES CONTRATADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

1. Ejecutar y responder directamente por el desarrollo de las actividades contratadas, según lo establecido en el anexo técnico de la presente resolución, así como las condiciones técnicas, lineamientos y metas definidas por la entidad contratante.
2. Garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo acordado configurando los equipos básicos de salud, a través de los cuales se deben articular las intervenciones colectivas e individuales, además de lo previsto en el numeral 18.1 del artículo 18 de la presente resolución 295 del 2023, para la ejecución de las intervenciones contratadas.
3. Ejecutar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas con activa participación social, apoyándose y articulándose con grupos, organizaciones y redes sociales y comunitarias; organismos no gubernamentales o de base comunitaria con experiencia en temas de salud.
4. Ejecutar las intervenciones colectivas asegurando que el lugar donde se realicen cumpla con condiciones óptimas de capacidad, accesibilidad, amplitud, comodidad, iluminación, limpieza y ventilación.
5. Disponer de áreas de trabajo con las condiciones físicas y sanitarias necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalúe los resultados de estas.

6. Elaborar e implementar un procedimiento para la documentación de las acciones a desarrollar en el marco del PIC.
7. Presentar a la entidad territorial los informes y soportes sobre ejecución técnica y financiera, con la periodicidad que se acuerde de manera conjunta entre las partes o cuando cualquier ente de control o autoridad competente lo requiera. Se deberán incluir los soportes de los costos directos e indirectos.
8. Manejar los recursos destinados para el PIC en una cuenta bancaria exclusiva hasta la firma de la liquidación del convenio o contrato. Los recursos allí depositados sólo podrán ser utilizados para el pago de los bienes o servicios que se requieran para la ejecución de las intervenciones contratadas.
9. Garantizar el desarrollo de procesos de veeduría ciudadana en la ejecución de las intervenciones colectivas y documentar e implementar un proceso para la rendición de cuentas.
10. Participar en los espacios de análisis y de trabajo convocados por la entidad territorial contratante".

Parágrafo. Las intervenciones colectivas formuladas por las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, deben responder a los contenidos del plan territorial de salud vigente, por lo tanto, el Plan de Acción en Salud - PAS y el Componente Operativo Anual de Inversiones en línea con las metas y objetivos allí establecidos, deben garantizar la planeación de actividades colectivas con enfoque territorial, y enfoque de salud familiar, teniendo en cuenta el ASIS actualizado, las políticas, planes, programas y estrategias nacionales vigentes, los lineamientos u orientaciones técnicas y metodológicas impartidas por este Ministerio, de modo que se apunte a la eficiente ejecución técnica y financiera de los recursos, así como al logro de resultados e impacto positivo de la salud.

DE LA ESE CONTRATISTA:

- ✓ Realizar el cronograma de actividades con el supervisor del contrato y establecer el acompañamiento del Instituto Departamental de Salud en el desarrollo de la estrategia.
- ✓ Presentar los soportes de las acciones realizadas de acuerdo a lo planeado (actas. listas de asistencia, informes, registro fotográfico, videos, formatos, entre otros).
- ✓ Garantizar el talento humano que va a desarrollar las acciones contratadas.
- ✓ Tener en cuenta las instrucciones del encargado de ejercer la supervisión en la ejecución del contrato, todo lo anterior, de acuerdo con el objeto y las especificaciones técnicas contratadas.
- ✓ Suscribir junto con el supervisor todas las actas que se surtan en el desarrollo del contrato.
- ✓ Poner a disposición del INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD la información necesaria para el control, la supervisión y vigilancia del mismo o de las autoridades autorizadas por la Ley.
- ✓ Las demás Obligaciones que sean propias del objeto del contrato.

OBLIGACIONES DEL INSTITUTO

- Efectuar el pago del contrato en las condiciones que se establezca en el presente documento.
- La verificación del cumplimiento de las obligaciones del contratista en las condiciones que se señalen para su verificación en el contrato que se celebre y las normas legales que regulen la materia (Ley 1474 de 2011).
- Suministrar oportunamente la información que requiera el contratista para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales.
- Designar al supervisor dentro del presente contrato a fin de garantizar el debido cumplimiento del mismo.
- Liquidar el contrato dentro de los términos establecidos en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007, a más tardar antes del vencimiento de los cuatro (4) meses a la ejecución del mismo.
- Verificar el cumplimiento de la obligación por parte del contratista de realizar los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud. Pensión, ARL) y/o Parafiscales si a ello hubiere lugar.

PLAZO DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO

El contrato se liquidará conforme a las normas legales vigentes concomitantes.

SUPERVISIÓN

Será ejercida por el profesional Universitario **JULIÁN MAURICIO SEPÚLVEDA TORRADO**. Coordinador Subgrupo Vigilancia y Control de Salud Pública, lo cual quedará consignado en el respectivo contrato y no necesitará ningún otro tipo de notificación para informarse de la asignación como supervisor.

El supervisor del contrato, deberá velar por el cumplimiento del mismo y el seguimiento a los compromisos pactados en la liquidación, de conformidad a los parámetros establecidos en el Artículo 4º de la Ley 80 de 1993, y la Resolución No. 003684 del 27 de agosto de 2010, “Por la cual se Adopta el Manual de Supervisión de la Gestión Contractual” para el IDS.

LA MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA Y LA JUSTIFICACIÓN DEL MISMO INCLUYENDO LOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS.

MODALIDAD DE SELECCION

Se celebrará Contrato Interadministrativo con la Empresa Social del E.S.E HOSPITAL REGIONAL SURORIENTAL mencionada, bajo la modalidad de Contratación Directa.

CLASE DE CONTRATO

Se suscribirá un Contrato Interadministrativo.

FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

Para este tipo de contratación el procedimiento que se utiliza es la contratación directa de conformidad a lo establecido en el numeral 4°, literal c) de la Ley 1150 de 2007, Modificado por el artículo 92 de la Ley 1474 de 2011 y según lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.4.4 del Decreto No. 1082 de 2015, así: "Convenios o contratos interadministrativos. La modalidad de selección para la contratación entre entidades estatales es la contratación directa; y en consecuencia, le es aplicable lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.4.1 del presente decreto".

LEGAL:
El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, establece a continuación la regulación aplicable al objeto del presente proceso de contratación directa.

Contratos Interadministrativos

El artículo 32 de la Ley 80 de 1993 prescribe:
Son contratos estatales todos los actos jurídicos generadores de obligaciones que celebren las entidades a que se refiere el presente estatuto, previstos en el derecho privado o en disposiciones especiales, o derivados del ejercicio de la autonomía de la voluntad
El artículo 40 Ibídem señala:
Las estipulaciones de los contratos serán las que, de acuerdo con las normas civiles, comerciales y las previstas en esta Ley, correspondan a su esencia y naturaleza.
Las entidades podrán celebrar los contratos y acuerdos que permitan la autonomía de la voluntad y requieran el cumplimiento de los fines estatales.
En los contratos que celebren las entidades estatales podrán incluirse las modalidades, condiciones y, en general, las cláusulas o estipulaciones que las partes consideren necesarias y convenientes, siempre que no sean contrarias a la Constitución, la ley, el orden público y a los principios y finalidades de esta Ley y a los de la buena administración.
El artículo 2° de la Ley 1150 de 2007 dispone que:
"La escogencia del contratista se efectuará con arreglo a las modalidades de selección de licitación pública, selección abreviada, concurso de méritos y contratación directa.
Asimismo, el literal c) del numeral 4° del artículo 2° de la Ley 1150 de 2007, modificado por los artículos 92 y 95 de la Ley 1474 de 2011, sobre la modalidad de selección de contratación directa señala:
"c) Contratos interadministrativos, siempre que las obligaciones derivadas del mismo tengan relación directa con el objeto de la entidad ejecutora señalado en la ley o en sus reglamentos
Decreto 1082 de 2015, que señala: "Convenios o contratos interadministrativos. La modalidad de selección para la contratación entre entidades estatales es la contratación directa".

NORMATIVIDAD DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

- ✓ La Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dicten otras disposiciones.
- ✓ En los términos del artículo 43 de la ley 715 de 2001, corresponde a los Departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia.

Competencias legales. Dentro de las competencias atribuidas al Departamento de Norte de Santander en materia de salud, en virtud del artículo 43 de la ley 715 de 2001, se encuentran los de:

Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional (Numeral 43.1.1.); Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluaren el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con estas (Numeral 43.1.29): Prestar asistencia técnica y asesoría o los municipios e instituciones públicas que presten servicios de salud en su jurisdicción. (Numeral 43.1.3).

- ✓ Ley 617 de 2000 Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994. El Decreto Extraordinario No. 1222 de 1986, que adiciona la Ley Orgánica de Presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, por el cual se dictan otras normas tendientes o fortalecer lo descentralización, y se dictan normas para racionalización del Gasto Publico Nacional. Categoría de los Entes Territoriales.
- ✓ Ley 1438 de 2014, por la cual se reforma el SGSSS y se dictan otras disposiciones. Art 6. El Ministerio de la Protección Social elaborara el Plan Decenal de Salud Pública, a través de proceso amplio de participación social y en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.
- ✓ Que la Resolución No. 1536 del 15 de mayo de 2015 Por lo cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental,

distrital y municipal, as! como de las instituciones del gobierno nacional: (derogo la lo Resolución 0425 de 2008).

Resolución No. 518 de 2015, "Por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC".

Resolución 295 de 2023, "Por la cual se modifican los artículos 3, 8, 11, 14, 16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las condiciones para la ejecución"

• **PIC.** Dentro de los Planes obligatorios que deben elaborar las entidades territoriales se encuentra el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, el cual incluye un conjunto de intervenciones procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidos a promover la salud y calidad de Vida, la prevención y control de los riesgos y danos en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarios en salud definidas en el Plan Decenal de Salud Pública, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Dado lo anterior, y en consonancia con lo estipulado por la ley, las entidades del Estado entre ellas, el Instituto Departamental de Salud, se sustentan jurídicamente para celebrar contrato interadministrativo con la Empresa Social del Estado ESE Hospital Regional Sur oriental.

ASPECTOS TÉCNICOS:

La Resolución No 518 de 2015, "Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)", prevé en su artículo 14 que las intervenciones colectivas se contratarán con las instituciones que tengan capacidad técnica y operativa, de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 15 de la misma. Adicional a ello, se contratarán prioritariamente con las Empresas Sociales del Estado ubicadas en el territorio.

La capacidad técnica y operativa que deben tener las ESE's, para la contratación de las acciones deben cumplir con los siguientes criterios, de conformidad al artículo 15 de la Resolución 518 de 2015:

- Tener mínimo dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar.
- Disponer de un coordinador para la ejecución de las acciones del PIC que se pretenda contratar, respecto del cual se debe acreditar que cuenta con el perfil establecido por la entidad territorial.
- Tener una evaluación satisfactoria en la ejecución técnica y financiera del último contrato suscrito con una entidad territorial; la evaluación deberá estar soportada y documentada frente a los lineamientos técnicos pactados.
- Se deberá cumplir con lo establecido por el Sistema Único de Habilitación, cuando la acción del PIC a contratar lo requiera (manejo de biológicos, medicamentos, dispositivos, tamizajes o insumos médicos).

Adicional a ello, la ESE contratista debe cumplir los siguientes criterios:

- Ejecutar y responder directamente por el desarrollo de las actividades contratadas, según lo establecido en el Anexo Técnico, y las condiciones técnicas, lineamientos y metas definidas por la entidad contratante.
- Garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano para la ejecución de las acciones contratadas.
- Elaborar e implementar un procedimiento para la documentación de las acciones a desarrollar en el marco del contrato.
- Elaborar e implementar un proceso para el monitoreo y evaluación del contrato.
- Presentar los informes sobre ejecución técnica y financiera a la entidad contratante con la periodicidad que se acuerde de manera conjunta entre las partes o cuando cualquier ente de control o autoridad competente lo requiera.

Resolución N°0295 DE 2023

El desarrollo y ejecución del Contrato, deberá estar enmarcado dentro de los lineamientos de la Resolución N°0295 de febrero 27 de 2023 "Por la cual se modifican los artículos 3, 8, 11, 14, 16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las condiciones para la ejecución".

a. IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

El presente proceso de selección, será respaldado presupuestalmente con recursos que corresponden a salud pública, y desglosado según Certificado de Disponibilidad que hace parte integral del presente documento.

b. FORMA DE PAGO DE LOS RECURSOS Y REQUISITOS

El Instituto Departamental de Salud cancelará los recursos para el cumplimiento del objeto del contrato de la siguiente manera:

Por tratarse de un contrato de tracto sucesivo (prestación de servicios), se establece que se realizarán 1 pago cada dos meses acorde al avance de ejecución de las estrategias y actividades planteadas, hasta agotar el presupuesto oficial del Contrato.
Los pagos estarán sujetos a la presentación de los siguientes documentos:

a. Certificación, Acta o Constancia de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato en la cual haga constar el avance de ejecución y demás detalles correspondientes al pago.
b. La factura de venta o documento equivalente.
c. Certificación expedida por el Representante Legal, Contador o Revisor Fiscal, en la que se manifieste que la E.S.E., se encuentra al día en los pagos de seguridad social y parafiscal del periodo a cobrar.

DOCUMENTOS Y REQUISITOS QUE DEBEN PRESENTAR LA ESE EJECUTORA

Los documentos requeridos a la E.S.E. para suscribir el contrato interadministrativo son los siguientes:

- ✓ Propuesta Técnico-económica
- ✓ Hoja de vida del DAFP de la persona jurídica de la E.S.E y del representante legal de la E.S.E. en un solo archivo
- ✓ Copia acto administrativo de nombramiento del representante legal, copia del acta de posesión del representante legal y copia del documento de identidad del representante legal (Gerente). Todo en un solo archivo
- ✓ Copia del RUT de la E.S.E
- ✓ Certificación expedida por el Representante Legal, Contador o Revisor Fiscal, en la que se manifieste que la E.S.E., se encuentra al día en los pagos de seguridad social y parafiscales durante los últimos seis (6) meses
- ✓ Certificado de antecedentes fiscales (Contraloría), disciplinarios (Procuraduría), Certificado de medidas correctivas y Policiales del representante legal y de la ESE en lo que aplique. Todos en un solo archivo
- ✓ Declaración del representante legal de no hallarse incurso en causales de inhabilidad o incompatibilidad de conformidad a la Ley 80 de 1993
- ✓ Certificación Bancaria Exclusiva para recursos PIC

EL ANÁLISIS DE RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO.

El INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD, de acuerdo con las disposiciones del artículo 4 de la Ley 1150 de 2007 y de los artículos 2.2.1.1.1.3.1., 2.2.1.1.1.6.1., 2.2.1.1.1.6.3. y el numeral 2 del artículo 2.2.1.2.5.2. Del Decreto 1082 de 2015 y con base en la Metodología para identificar y clasificar los riesgos elaborado por Colombia Compra Eficiente procede a tipificar, estimar y asignar los riesgos de la presente contratación.

Seguidamente, se identifican y describen los riesgos, según el tipo y la etapa del proceso de contratación en la que ocurre. Luego, se evalúan los riegos teniendo en cuenta su impacto y su probabilidad de ocurrencia y finalmente, se establece un orden de prioridad teniendo en cuenta los controles existentes y el contexto de los mismos.

GARANTÍAS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTEMPLA EXIGIR EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN.

De acuerdo a lo estipulado en el inciso 4 del art. 7 de la Ley 1150 de 2007 “Las garantías no serán obligatorias en los contratos de empréstito, en los interadministrativos, en los de seguro y en los contratos cuyo valor sea inferior al 10% de la menor cuantía a que se refiere esta ley, caso en el cual corresponderá a la entidad determinar la necesidad de exigirla, atendiendo a la naturaleza del objeto del contrato y a la forma de pago, así como en los demás que señale el reglamento”.

Se considera que no es necesario que el Contratista (E.S.E.) constituya Garantía de cumplimiento teniendo en cuenta la modalidad de contratación por causal Directa (Contratos Interadministrativos), además por cuanto la forma de pago de los servicios es posterior al cumplimiento de las obligaciones y actividades establecidas en el Contrato, siendo imperativo sí, la Supervisión del mismo para garantizar el cumplimiento de los fines estatales y el interés general.
En ese orden de ideas, no se harán exigibles las garantías para el presente proceso de contratación, según lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.4.5 del Decreto No. 1082 de 2015, que dispuso lo siguiente: “*No obligatoriedad de garantías.* En la contratación directa la exigencia de garantías establecidas en la Sección 3 de las disposiciones especiales del presente decreto no es obligatoria y la justificación para exigirlas o no debe estar en los estudios y documentos previos”.

CLASIFICACIÓN DEL OBJETO A CONTRATAR SEGÚN UNSPSC, Versión 14.0.

Según el objeto, se establecen los siguientes conforme al clasificador de bienes y servicios UNSPSC, Versión 14.0, hasta el 3 nivel:

Segmento		Familia		Clase		Producto	
93	Servicios Políticos y de Asuntos Cívicos	9314	Servicios comunitarios y sociales	931415	Desarrollo y servicios sociales	93141501	Servicios de política social
85	Servicios de Salud	8510	Servicios integrales de salud	851017	Servicios de administración de salud	85101701	Política de salud

JOSE TRINIDAD URIBE NAVARRO
Responsable (E) de Dimensión Vida Saludable Condiciones No Transmisibles

MERY ELVIRA SANTOS MARIÑO
Responsable Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

PEDRO ANTONIO LOPEZ URBINA
Responsable Enfermedades Transmisibles - Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

CECILIA NAVARRO QUINTERO
Responsable Dimensión Vida Saludable Enfermedades, Tuberculosis.

MIRYAM REYES ORTEGA
P.U. Coordinador Subgrupo Vigilancia y Control de Salud Pública.

Vo.Bo.: José Trinidad Uribe Navarro- Coordinador Grupo Salud Pública
Vo.Bo.: Laddy Andrea Corzo peña / Oficina Jurídica IDS
Vo.Bo: Jairo Valero Peñaranda PE / Recursos Físicos
Vo.Bo: Sigward Abimelech Peñaloza Echavez