Informe de resultados alcanzados de la ejecución de estrategias PIC 2025

Información general de la estrategia	
Nombre de la estrategia	Fortalecimiento de redes comunitarias para la prevención y control de la tuberculosis mediante intervenciones formativas y espacios intersectoriales de toma de decisiones.
Línea o dimensión a la cual se vincula la estrategia	Tuberculosis
Nombre de la IPS – ESE que ejecutó la estrategia	ESE Hospital San José de Belalcázar.
Nombre de la persona responsable de la estrategia	Laura Peña López — Psicóloga. Sindy Yuliana Patiño — Enfermera
Celular de la persona responsable de la estrategia	3103562781 3118280835
Correo electrónico de la persona responsable de la estrategia	Lauralopez714714@gmail.com sindy.m16patino@gmail.com
Fecha de inicio	10/06/2025
Fecha de finalización	30/09/2025

.

Planeación de la estrategia

La estrategia fue diseñada para articular acciones de educación, formación y gobernanza comunitaria orientadas a la prevención, detección temprana y control de la tuberculosis en un sector urbano vulnerable del municipio, priorizado por su mayor habitabilidad y riesgo epidemiológico. El diseño combina intervenciones formativas dirigidas a comunidades y líderes (talleres y procesos formativos); la conformación y fortalecimiento de una red comunitaria intersectorial; la construcción participativa de un plan de acción; y la generación de espacios sectoriales e intersectoriales (tres mesas de trabajo) para garantizar seguimiento, toma de decisiones y mitigación de riesgos durante la ejecución.

El enfoque metodológico es participativo, psicosocial e intersectorial: se privilegia la corresponsabilidad entre instituciones y comunidad, la educación en salud contextualizada y la activación de multiplicadores locales (voceros y líderes barriales) para la sostenibilidad de los procesos. La estrategia articula actividades (3–4 horas) con instancias de seguimiento (mesas de 2 horas) para asegurar continuidad, retroalimentación y ajustes en tiempo real.

Objetivo general	Registre el objetivo general de la estrategia (recuerde que debe diligenciar el verbo en infinitivo)	
Objetivo específico u operativo	Actividad propuesta	Entorno de realización de la actividad
Fortalecer la capacidad local para la prevención, detección temprana y control de la tuberculosis mediante la conformación y consolidación de redes comunitarias intersectoriales, procesos formativos participativos y espacios de toma de decisiones que garanticen seguimiento y sostenibilidad	1. **Mapeo y caracterización de organizaciones y líderes (4 horas).** Realizar mapeo participativo de organizaciones de base, líderes naturales e institucionales presentes en el sector prioritario, identificando sedes posibles y redes previas para continuidad. 2. **Primer encuentro (exploración de problemáticas) — Taller participativo (3 h Psicología + 3 h Enfermería).**	Las actividades se realizarán en un sector urbano vulnerable del municipio identificado por su mayor habitabilidad y riesgo alto para transmisión de tuberculosis (La Pista). Se propondrá como sede principal una casa comunal o salón comunitario de fácil acceso para la población objetivo. Al seleccionar la sede se tendrá en cuenta accesibilidad (transporte y movilidad), condiciones de ventilación (requisito importante al trabajar temas respiratorios), disponibilidad de

de las acciones en el territorio. • Identificar y caracterizar organizaciones de base comunitaria, líderes naturales e institucionales presentes en el sector urbano vulnerable prioritario. • Sensibilizar y explorar colectivamente las problemáticas sentidas en salud relacionadas con la tuberculosis, su estigma y barreras de acceso. • Conformar una red comunitaria intersectorial (mínimo 10 personas) que integre comunidad e instituciones para la prevención y control de la tuberculosis. • Construir participativamente un plan de acción de la red con objetivos, metas, actividades, tiempos y responsables.	Espacio para explorar percepciones, temores y necesidades en salud, priorizando problemas sentidas y barreras locales que afectan la prevención y detección de tuberculosis. 3. **Segundo encuentro (sensibilización y educación en TB) — Taller participativo (3 h Psicología + 3 h Enfermería).** Sesión formativa para educar sobre la tuberculosis: qué es, modos de transmisión, signos y protocolos de búsqueda, y factores vulnerables que impiden contención. 4. **Conformación de la red comunitaria — Taller participativo (mín. 3 horas).** Taller para formalizar la red con mínimo 10 integrantes, definiendo objetivos, estructura básica, roles y compromisos entre comunidad e instituciones. 5. **Construcción del plan de acción para la red — Taller participativo (4 horas).** Taller para elaborar el plan operativo de la red con metas, actividades, cronograma y responsables, orientado a prevención, vigilancia y respuesta comunitaria. 6. **Taller formativo 1 (Proceso formativo) — Grupo 12–18 personas,**	servicios básicos y la posibilidad de abrir el espacio a eventos posteriores de la red. **Justificación del entorno:** El uso de la sede comunal favorece la participación por proximidad y la visibilidad comunitaria; además permite articular trabajo con redes ya existentes y aprovechar la confianza local. Se tomará en cuenta el trabajo adelantado en vigencias anteriores, integrando actores de redes previas para garantizar continuidad y evitar duplicidades. Para actividades formativas se garantizará logística básica, para cada taller y mesa se coordinará con la secretaría del barrio o líderes locales la difusión previa y la gestión logística (agua, refrigerio) **Justificación y coherencia con lo contratado** La planeación responde a la necesidad de combinar formación comunitaria (para reducir barreras de conocimiento y estigma) con procesos de gobernanza local (conformación de red, plan de acción y mesas de seguimiento). Esta mezcla formativa-participativa es coherente con los objetivos del PIC y con los lineamientos de salud pública para control de enfermedades transmisibles

• Implementar un proceso formativo (tres talleres) dirigido a grupos de la comunidad (12–18 personas por taller) sobre el contexto epidemiológico, transmisión, diagnóstico, tratamiento y manejo de contactos. • Realizar tres mesas sectoriales e intersectoriales para seguimiento de compromisos, toma de decisiones y evaluación de aprendizajes, logros y dificultades. • Fortalecer mecanismos de convocatoria y comunicación comunitaria para aumentar la participación y sostenibilidad de las acciones.	**3 horas.** Formación inicial sobre contexto epidemiológico, rutas de atención, importancia del diagnóstico y tratamiento, y primeros pasos para la contención comunitaria. 7. **Taller formativo 2 — Grupo 12–18 personas, 3 horas.** Continuidad del proceso formativo: manejo de contactos, comunicación asertiva, reducción de estigma y estrategias prácticas para la promoción de búsquedas activas. 8. **Taller formativo 3 — Grupo 12–18 personas, 3 horas.** Taller de cierre del proceso formativo: consolidación de aprendizajes, prácticas comunitarias, preparación de voceros y compromiso de replicación en barrios. 9. **Mesa sectorial 1 — Seguimiento a compromisos (2 horas).** Primera reunión de la red para revisar avances, identificar riesgos y acordar medidas correctivas y responsabilidades. 10. **Mesa sectorial 2 — Seguimiento y ajuste (2 horas).** Revisión intermedia de cumplimiento de	reemergentes. La temporalidad (actividad cortas y mesas de seguimiento) garantiza retroalimentación y ajustes, lo cual es fundamental para la sostenibilidad y la eficacia operacional en contextos con limitaciones logísticas. **Indicadores de logro (planeados)** • Número de organizaciones y líderes mapeados y caracterizados. • Número mínimo de personas que conforman la red (≥10). • Plan de acción construido y validado por la red. • Número de participantes formados por taller (10–12 por taller). • Número de mesas realizadas (3) con actas y compromisos registrados. • Existencia de documento final con análisis de resultados y recomendaciones.

	compromisos, priorización de decisiones para mitigar riesgos detectados y redistribución de tareas. 11. **Mesa sectorial 3 — Cierre, evaluación y sistematización (2 horas).** Evaluación de aprendizajes, logros y dificultades; elaboración del informe descriptivo y de análisis de resultados para proyección de sostenibilidad.	

.

Ejecución de la estrategia	
Actividad ejecutada (debe coincidir con lo planeado, en caso contrario se debe justificar la modificación)	La estrategia se ejecutó en diferentes fases que integraron acciones comunitarias, formativas y de articulación intersectorial. Se inició con el **mapeo y caracterización de organizaciones de base comunitaria, líderes naturales e institucionales**, actividad que permitió identificar actores relevantes y definir una sede comunal para dar continuidad a las actividades. Este primer paso garantizó reconocer los recursos existentes en el territorio y sentó las bases para la construcción de confianza entre comunidad e instituciones. Posteriormente, se realizaron dos encuentros de **intervenciones para el desarrollo de capacidades**. El primero estuvo enfocado en la exploración de problemáticas sentidas en salud, donde los líderes y representantes comunitarios compartieron percepciones sobre las barreras para la detección temprana y el tratamiento de la tuberculosis. El segundo encuentro se centró en la **sensibilización comunitaria sobre la prevención y el control de la tuberculosis**,

	utilizando una metodología participativa que incluyó explicación de conceptos básicos, modos de transmisión, importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno, así como la identificación de factores vulnerables que favorecen la persistencia de la enfermedad. Como resultado de estos encuentros, se generó la disposición para avanzar hacia la **conformación de la red comunitaria intersectorial**, integrada por al menos diez personas que representaban tanto a la comunidad como a las instituciones. La red se constituyó formalmente a través de un taller participativo en el que se definieron roles, responsabilidades y objetivos compartidos. En una fase posterior, se desarrolló un taller de **construcción del plan de acción de la red**, con una duración de cuatro horas. En este espacio se definieron objetivos, metas, actividades, tiempos y responsables, orientando la acción de la red hacia la prevención y control de la tuberculosis, y asegurando que cada actor asumiera compromisos concretos. Paralelamente, se implementó un **proceso formativo comunitario** compuesto por tres talleres educativos, cada uno con la participación de entre 12 y 18 personas. En ellos se abordaron temas como el contexto epidemiológico de la tuberculosis, los modos de transmisión, el diagnóstico y tratamiento, la importancia del manejo de contactos y la reducción del estigma. Estos talleres reforzaron el conocimiento comunitario, promovieron hábitos saludables y prepararon a los líderes para replicar la información en sus barrios. Finalmente, se llevaron a cabo tres **mesas sectoriales e intersectoriales**, concebidas como espacios de seguimiento y toma de decisiones. En la primera mesa se revisaron compromisos iniciales y se identificaron riesgos emergentes; en la segunda, se evaluaron avances y se ajustaron responsabilidades; y en la tercera, se realizó el balance final, sistematizando aprendizajes, logros y dificultades. Estos espacios consolidaron la corresponsabilidad y el trabajo conjunto entre instituciones y comunidad.

Retos, limitaciones y dificultades en la ejecución de la actividad (incluya al menos tres)	Propuesta para solucionar o evitarlos en futuras oportunidades
• **Reunión de los integrantes:** Dificultad para garantizar la asistencia constante de todos los miembros de la red debido a obligaciones personales y laborales. • **Frecuencia y cantidad de encuentros:** La multiplicidad de reuniones supuso una carga de tiempo y logística para los participantes. • **Limitaciones logísticas y de coordinación:** Horarios dispersos y dificultades en la gestión logística dificultaron un seguimiento efectivo.	Para mitigar las dificultades encontradas en la ejecución, se propone implementar mecanismos de flexibilidad y coordinación anticipada en las próximas vigencias. En primer lugar, establecer un **cronograma consensuado con los líderes comunitarios** al inicio del proceso, lo que permitirá ajustar los encuentros a la disponibilidad real de los participantes y evitar superposiciones con otras responsabilidades. Asimismo, se recomienda el uso de **estrategias de comunicación digital**, como grupos de mensajería instantánea, para reforzar la convocatoria y permitir la participación virtual en casos excepcionales. En cuanto a las limitaciones logísticas, se sugiere gestionar **alianzas con instituciones educativas o centros de salud** que cuenten con infraestructura adecuada, garantizando mejores condiciones para el desarrollo de talleres y reuniones. Finalmente, se recomienda priorizar la **síntesis de compromisos** en cada espacio, de manera que la carga de tiempo sea razonable y los acuerdos puedan cumplirse con mayor efectividad.
Fortalezas, oportunidades y ventajas en la ejecución de la actividad (incluya al menos tres)	Propuesta para mantener y aprovecharlos en futuras oportunidades
• **Vinculación comunitaria:** La estrategia logró integrar a la comunidad en espacios de sensibilización sobre tuberculosis, aumentando la conciencia y el compromiso frente al cuidado de la salud.	Para mantener y aprovechar las fortalezas identificadas, es fundamental consolidar la **red comunitaria intersectorial como estructura permanente**, integrándola en las agendas institucionales y comunitarias. Se recomienda dar continuidad a la estrategia de **trabajo interdisciplinario**, preservando el

• **Trabajo interdisciplinario:** El liderazgo compartido entre psicología y enfermería permitió un abordaje integral que articuló aspectos médicos y psicosociales. • **Promoción de conciencia y prevención:** Se incentivaron hábitos de autocuidado y reflexión comunitaria en torno a la tuberculosis. • **Creación de redes de apoyo:** La articulación entre comunidad e instituciones facilitó el intercambio de información y el seguimiento de compromisos.	liderazgo conjunto de psicología y enfermería, lo que garantiza una mirada integral y fortalece la confianza de los participantes. La vinculación comunitaria lograda debe aprovecharse mediante la creación de **voceros comunitarios capacitados**, encargados de replicar la información y promover hábitos saludables en sus entornos cercanos. Además, el fortalecimiento de la red de apoyo debe ampliarse a otros sectores, incluyendo líderes juveniles y grupos escolares, con el fin de multiplicar el impacto preventivo. Se propone institucionalizar espacios periódicos de sensibilización y reflexión, asegurando que la **promoción de conciencia y prevención** no se limite a encuentros puntuales, sino que se convierta en un eje transversal del trabajo comunitario en salud.

Informe general de la estrategia PIC

La ejecución de la estrategia de fortalecimiento comunitario e intersectorial para la prevención y el control de la tuberculosis representó un proceso dinámico, complejo y profundamente enriquecedor tanto para la comunidad como para las instituciones participantes. Desde la planeación inicial hasta el cierre de la última mesa sectorial, el proceso se caracterizó por un enfoque participativo, interdisciplinario y de corresponsabilidad, en el cual se buscó no solo impartir conocimientos técnicos sobre tuberculosis, sino también generar un movimiento comunitario capaz de sostener acciones preventivas más allá de la vigencia del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

La estrategia se estructuró en fases consecutivas y complementarias: el mapeo y caracterización de actores comunitarios e institucionales, los encuentros de exploración de problemáticas y sensibilización, la conformación de la red comunitaria, la construcción de un plan de acción, la implementación de talleres formativos y la realización de tres mesas sectoriales de

seguimiento y toma de decisiones. Cada fase cumplió una función particular dentro del proceso, pero en conjunto configuraron un itinerario integral de fortalecimiento de capacidades comunitarias.

Uno de los aportes más significativos del proceso fue el reconocimiento de la **comunidad como actor central en la salud pública**. El mapeo permitió visibilizar a líderes naturales que, si bien no contaban con formación formal en salud, disponían de una experiencia valiosa en la organización barrial, la resolución de conflictos y la gestión de actividades comunitarias. Su incorporación en el proceso amplió la legitimidad de la estrategia y generó confianza en los habitantes del sector, al percibir que las decisiones no provenían únicamente de las instituciones, sino que también se construían desde el saber y la experiencia local.

La posterior conformación de la **red comunitaria intersectorial** fue un hito dentro de la estrategia, ya que permitió articular en un mismo espacio a representantes de la comunidad y de instituciones educativas, de salud y sociales. Esta red se convirtió en un escenario de diálogo democrático en el que se discutieron problemas, se priorizaron acciones y se distribuyeron responsabilidades. Su funcionamiento demostró que la corresponsabilidad es posible cuando existe claridad en los roles, transparencia en los compromisos y un acompañamiento permanente por parte de los profesionales que lideran el proceso.

En cuanto a los **talleres formativos**, la participación de entre 12 y 18 personas en cada sesión permitió un trabajo cercano y personalizado. Se logró no solo impartir información técnica sobre la tuberculosis, sino también abordar los factores psicosociales asociados, como el estigma, la discriminación y el miedo que rodea a la enfermedad. El liderazgo compartido entre la psicóloga y la enfermera garantizó un abordaje integral: mientras la primera facilitó espacios de reflexión, expresión de emociones y fortalecimiento de la autoestima comunitaria, la segunda brindó herramientas prácticas para la detección, la prevención y el cuidado. Esta articulación interdisciplinaria se consolidó como una de las mayores fortalezas de la estrategia.

La realización de las **tres mesas sectoriales e intersectoriales** permitió dar seguimiento a los compromisos, corregir dificultades y sistematizar aprendizajes. En la primera mesa se revisaron los avances iniciales, en la segunda se ajustaron responsabilidades y se tomaron decisiones frente a los riesgos identificados, y en la tercera se hizo un balance global del proceso. Estos espacios evidenciaron que el seguimiento constante es fundamental para mantener la motivación de los actores, consolidar la confianza y garantizar la ejecución de lo planeado.

El impacto más visible de la estrategia fue el **aumento de la conciencia comunitaria frente a la tuberculosis**. Los participantes adquirieron conocimientos básicos sobre qué es la enfermedad, cómo se transmite, cuáles son sus signos de alarma y qué acciones de prevención pueden implementarse en los hogares y barrios. Más allá de la transmisión de información, se logró generar un cambio en las actitudes: los asistentes expresaron mayor disposición para participar en campañas de detección, acompañar a vecinos en proceso de diagnóstico y difundir mensajes preventivos en sus entornos.

Otro impacto importante fue la **creación de redes de apoyo**. La estrategia fortaleció los vínculos entre instituciones y comunidad, promoviendo la confianza mutua y el intercambio de información. Este tejido social es esencial para enfrentar la tuberculosis, ya que permite articular esfuerzos y superar las limitaciones de recursos individuales. La red comunitaria se perfila como un actor clave para el sostenimiento de acciones preventivas en el tiempo, siempre que se logre mantener su dinamismo y pertinencia.

Sin embargo, la estrategia también enfrentó **dificultades significativas**. Una de las principales fue garantizar la asistencia constante de todos los integrantes de la red. La multiplicidad de encuentros y la extensión de las actividades, aunque necesarias para cumplir los objetivos, representaron una carga logística y de tiempo que en ocasiones dificultó la participación plena. Adicionalmente, se evidenciaron limitaciones en la infraestructura de las sedes comunitarias, lo cual obligó a adaptar metodologías y utilizar recursos básicos. Estas dificultades no invalidaron los logros alcanzados, pero sí evidenciaron la necesidad de fortalecer la planeación logística y la coordinación en futuras vigencias.

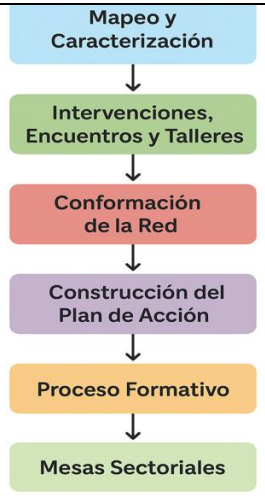
En el plano de los **aprendizajes**, se identificaron varios aspectos clave: primero, que la sostenibilidad de los procesos comunitarios depende en gran medida de la motivación y el empoderamiento de los líderes locales; segundo, que el trabajo interdisciplinario entre psicología y enfermería es altamente efectivo para abordar problemáticas de salud desde un enfoque integral; tercero, que la comunicación asertiva y la transparencia en los compromisos son esenciales para mantener la confianza de la comunidad; y cuarto, que las estrategias de educación deben ser participativas, dinámicas y adaptadas al nivel de conocimiento de los participantes.

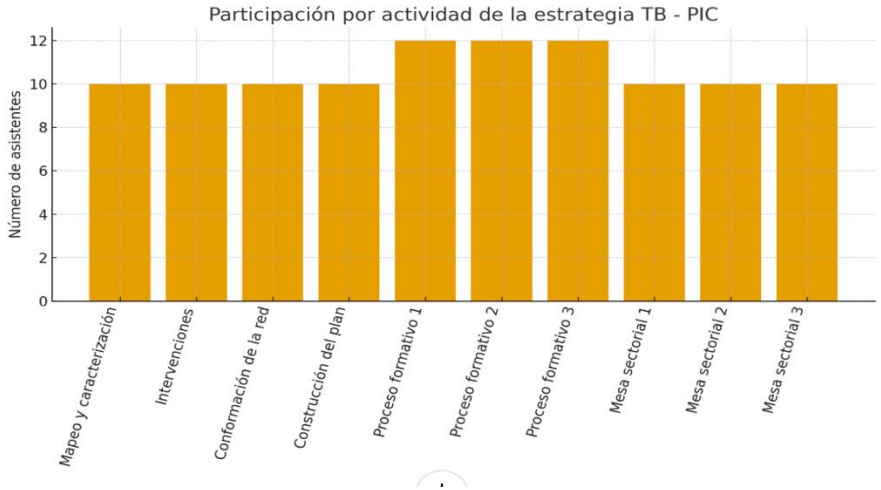
De cara a la **sostenibilidad**, la estrategia dejó instaladas varias capacidades que pueden ser aprovechadas en futuras vigencias. La red comunitaria conformada constituye un capital social invaluable que puede ser articulado en otros programas de salud. El plan de acción construido, aunque centrado en la tuberculosis, puede adaptarse a otras problemáticas de salud pública, lo que

asegura la vigencia del trabajo intersectorial más allá del tema específico. Además, los talleres formativos sentaron las bases para que los participantes actúen como replicadores, multiplicando el impacto en sus barrios y familias.

No obstante, la sostenibilidad también implica retos: se requiere garantizar acompañamiento institucional permanente, mantener la motivación de los líderes y asegurar recursos logísticos mínimos para el funcionamiento de la red. La experiencia mostró que, sin este respaldo, existe el riesgo de que los procesos comunitarios pierdan fuerza con el tiempo.

En conclusión, la estrategia cumplió con los objetivos propuestos, generó un impacto positivo en la comunidad y dejó instaladas capacidades valiosas para la prevención y el control de la tuberculosis. Sus principales logros fueron la vinculación comunitaria, el fortalecimiento de redes de apoyo, la articulación interdisciplinaria y el aumento de la conciencia en salud. Sus principales retos se relacionaron con la logística, la frecuencia de los encuentros y la asistencia constante de los participantes. El balance final permite afirmar que se trató de una intervención exitosa, cuyos aprendizajes deben ser capitalizados en futuras vigencias para continuar avanzando hacia comunidades más saludables, organizadas y corresponsables en la gestión de su propio bienestar.





Evaluación cuantitativa de la estrategia

Resultados de proceso

1. **Caracterización comunitaria:** Se logró identificar y mapear a 10 organizaciones de base y líderes comunitarios, generando un insumo actualizado para la planeación territorial.
2. **Conformación de red intersectorial:** Se constituyó formalmente una red comunitaria con la participación de al menos 10 personas de la comunidad y representantes institucionales, garantizando corresponsabilidad en la prevención de la tuberculosis.

3. **Plan de acción construido:** La red elaboró participativamente un plan de acción con objetivos, metas, actividades, tiempos y responsables, orientado a la prevención y control de la tuberculosis.
4. **Proceso formativo comunitario:** Se realizaron 3 talleres educativos con la asistencia de 12 personas por encuentro, fortaleciendo capacidades en identificación de riesgos, prevención y promoción de hábitos saludables.
5. **Incremento en la conciencia comunitaria:** Los participantes reconocieron la importancia del diagnóstico temprano, el manejo de contactos y la adherencia al tratamiento.
6. **Seguimiento intersectorial:** A través de tres mesas de trabajo se dio seguimiento a compromisos, se identificaron riesgos y se sistematizaron aprendizajes, asegurando continuidad al proceso.
7. **Fortalecimiento de redes de apoyo:** Se mejoró la articulación entre instituciones y comunidad, consolidando relaciones de confianza y mecanismos de comunicación directa.
8. **Sensibilización sobre estigma:** Se trabajó en la reducción de mitos y prejuicios alrededor de la tuberculosis, promoviendo una mirada de corresponsabilidad y apoyo comunitario.

Población beneficiada

No. de personas de 0 a 5 años – primera infancia	0	No. de personas de 6 a 11 años - infancia	0	No. de personas de 12 a 17 años – adolescencia	0
No. de personas de 18 a 28 años - juventud	10	No. de personas de 29 a 59 años - adultez	18	No. de personas mayores de 60 años - vejez	10
No. de hombres	15	No. de mujeres	23	No. de personas indígenas	0
No. de personas NARP	0	No. de personas en situación de calle	0	No. de personas victimas	0
No. de personas LGBTIQ+	0	No. de personas que viven en rural disperso	0	No. de personas en situación de discapacidad	0

No. de personas migrantes	0	No. de personas afiliados al régimen contributivo	25	No. de personas afiliados al régimen subsidiado	13
No. de personas afiliados al régimen especial	0	No. de personas ya participantes de otras estrategias PIC	0	No. de personas ya caracterizadas por estrategia de ficha familiar	0

Actividades realizadas

No. de actividades realizadas	11	No. de personas canalizadas a RIAS (Rutas Integrales de Atención en Salud)	0

Nombre de la persona canalizada a RIAS	Documento de identidad de la persona canalizada a la RIAS	EAPB de afiliación de la persona canalizada	RIAS a la que fue canalizada esta persona	Seguimiento a efectividad de la RIAS
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

La estrategia comunitaria e intersectorial de fortalecimiento de capacidades para la prevención y control de la tuberculosis se diseñó con el propósito de incrementar la conciencia en salud, generar redes de apoyo, capacitar líderes comunitarios y articular a instituciones con la comunidad en torno a la detección temprana, el tratamiento oportuno y la reducción de factores de riesgo relacionados con la enfermedad.	**1. Ausencia de factores de riesgo identificados** La primera razón por la cual no se canalizaron usuarios radica en que la mayoría de los participantes en las actividades **no presentaban factores de riesgo asociados a la tuberculosis**. Durante los talleres y encuentros, los profesionales de psicología y enfermería aplicaron dinámicas de exploración y realizaron preguntas orientadas a identificar posibles síntomas o situaciones de riesgo, tales como: • Tos persistente por más de 15 días. • Presencia de esputo con sangre. • Sudoración nocturna y fiebre prolongada. • Pérdida de peso sin causa aparente. • Convivencia estrecha con personas diagnosticadas con tuberculosis.

Durante la ejecución de las actividades se desarrollaron espacios de sensibilización, talleres formativos y mesas de seguimiento en los que participaron líderes comunitarios, representantes de organizaciones locales e integrantes de la comunidad. En dichos encuentros se abordaron conocimientos básicos sobre la tuberculosis, sus modos de transmisión, la importancia del diagnóstico y tratamiento, así como los factores de vulnerabilidad que pueden favorecer la diseminación de la enfermedad. Al finalizar las actividades, una de las preguntas frecuentes en la evaluación de la estrategia fue: **¿por qué no se canalizaron usuarios hacia los servicios de salud?**. La respuesta requiere una explicación técnica y detallada, que considere tanto el contexto epidemiológico como los resultados obtenidos en el terreno.	Ninguno de los participantes refirió presentar estas condiciones de manera sostenida o actual. Aunque en algunos casos aislados se mencionaron antecedentes de resfriados, alergias o problemas respiratorios temporales, estos no cumplían criterios clínicos que ameritaran una remisión inmediata. Por tanto, desde la perspectiva de los factores de riesgo, **no fue necesario canalizar usuarios al servicio de salud**. **2. Seguimiento en salud previamente establecido** Otra consideración relevante fue la verificación de que varios de los participantes **ya contaban con seguimiento médico en sus instituciones de salud correspondientes**. Al indagar sobre controles recientes, la mayoría refirió estar al día en sus citas médicas o de control por condiciones crónicas como hipertensión o diabetes, lo cual evidencia una vinculación activa al sistema de salud. Este seguimiento previo implica que los posibles riesgos de tuberculosis serían detectados en el marco de esas atenciones rutinarias. Adicionalmente, el equipo verificó en campo que los usuarios tenían afiliación activa al sistema y conocimiento sobre los servicios a los que podían acudir en caso de presentar síntomas sospechosos. Esto confirma que la ausencia de canalización **no obedeció a falta de acceso**, sino a que los participantes ya se encontraban cubiertos en términos de atención en salud. **3. Enfoque preventivo de la estrategia** Es importante resaltar que la estrategia estaba orientada principalmente a la **prevención y sensibilización**, no al diagnóstico clínico directo de casos de tuberculosis. El propósito fue brindar herramientas de conocimiento y generar conciencia sobre la importancia de acudir al sistema de salud en caso de síntomas, más que identificar pacientes. En este sentido, los resultados más valiosos fueron: • El fortalecimiento de capacidades comunitarias para reconocer signos de alarma.

- La reducción del estigma asociado a la enfermedad.
- La creación de una red intersectorial capaz de dar continuidad a acciones preventivas.

Así, el hecho de que no se canalizaran usuarios debe interpretarse como una **evidencia positiva** de que los asistentes se encontraban en buen estado de salud y que la intervención cumplió su rol preventivo sin necesidad de derivaciones clínicas.

4. Verificación directa del estado de salud

Durante las actividades, la enfermera realizó observaciones generales de los participantes, indagando sobre condiciones respiratorias actuales y revisando antecedentes relevantes. Estas verificaciones confirmaron que **no existían manifestaciones clínicas ni situaciones familiares que requirieran remisión urgente**.

Además, la estrategia incluyó momentos de diálogo grupal donde los participantes compartieron su situación de salud. Este ejercicio colectivo permitió corroborar que, si bien había conciencia de los riesgos, **no emergieron casos sospechosos de tuberculosis** dentro del grupo focalizado.

5. Enfoque poblacional y no individual

La intervención, como parte del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), tuvo un **alcance poblacional** más que individual. Esto significa que las acciones se enfocaron en fortalecer capacidades comunitarias y no en realizar tamizajes o diagnósticos clínicos caso por caso.

Por ello, aunque se generaron espacios para identificar riesgos, la estrategia no tenía como objetivo central canalizar pacientes, sino **empoderar a la comunidad para que reconozca signos de alarma y busque atención cuando sea necesario**. En este marco, la ausencia de remisiones responde a la naturaleza misma del enfoque: **no se encontraron individuos que ameritaran derivación clínica inmediata**.

6. Perspectiva de éxito del proceso

Lejos de ser interpretada como una falencia, la ausencia de canalización de usuarios refleja que el grupo participante **se encontraba en condiciones saludables y sin factores de riesgo relevantes**. Esto puede considerarse un éxito de las acciones preventivas realizadas previamente en el territorio, así como una oportunidad para continuar fortaleciendo la educación y la corresponsabilidad comunitaria.

El mayor logro fue instalar capacidades y conocimientos que aseguren que, si en el futuro aparece un caso sospechoso, la comunidad sabrá reconocerlo y acudir a tiempo a los servicios de salud.

7. Justificación resumida

En síntesis, no se canalizaron usuarios por las siguientes razones:

1. **Ausencia de factores de riesgo en los participantes:** ninguno presentó síntomas ni convivía con casos activos de tuberculosis.
2. **Seguimiento en salud vigente:** la mayoría de participantes ya contaba con controles médicos y afiliación activa al sistema de salud.
3. **Enfoque preventivo de la estrategia:** el objetivo era sensibilizar y empoderar, no diagnosticar casos clínicos.
4. **Verificación directa de buen estado de salud:** la observación y los diálogos confirmaron ausencia de sospechas.
5. **Enfoque poblacional del PIC:** se privilegió el fortalecimiento comunitario más que la atención individualizada.

8. Conclusión

La no canalización de usuarios en esta estrategia no constituye una omisión, sino el resultado natural de un proceso que evidenció que los participantes se encontraban en buen estado de salud, sin factores de riesgo ni síntomas de tuberculosis. Al contrario, los logros alcanzados se orientan al plano preventivo: mayor conocimiento

	comunitario, creación de redes de apoyo, elaboración de un plan de acción y consolidación de una red intersectorial. Esto asegura que, en caso de que aparezcan situaciones de riesgo en el futuro, la comunidad estará preparada para detectarlas tempranamente y acudir oportunamente a los servicios de salud. Por tanto, la ausencia de canalización debe entenderse como una **evidencia del carácter preventivo y exitoso de la estrategia**, y no como una limitación de la misma.	
Resultado de impacto		
"Nivel de percepción y capacidad de actuación comunitaria e institucional frente a la identificación temprana y orientación adecuada de casos sospechosos de tuberculosis".	Línea de base	Al inicio de la estrategia, el territorio seleccionado presentaba un panorama en el cual la tuberculosis era reconocida de manera superficial como una enfermedad transmisible, pero con importantes vacíos en cuanto a la comprensión de sus formas de propagación, los factores de riesgo y, sobre todo, la ruta adecuada para acceder a los servicios de salud. Tanto la comunidad como algunos actores institucionales tenían un conocimiento limitado sobre la importancia de la identificación temprana de síntomas y la canalización inmediata de posibles casos. La ausencia de un trabajo articulado entre la comunidad y las instituciones de salud dificultaba la respuesta temprana ante situaciones de riesgo. Los líderes comunitarios no contaban con formación suficiente para reconocer signos de alarma, mientras que, dentro del hospital, los procesos de atención estaban fragmentados: personal administrativo, celadores, farmacia o servicios de apoyo no se concebían a sí mismos como parte activa en la detección y respuesta frente a la tuberculosis. En consecuencia, era frecuente que una persona con tos persistente acudiera inicialmente a pedir una cita programada en lugar de recibir orientación oportuna para valoración

		inmediata, lo que aumentaba la posibilidad de propagación en el entorno. Por otra parte, se evidenciaba que la comunidad tenía un nivel bajo de apropiación de los conceptos básicos sobre tuberculosis. Persistían imaginarios asociados al estigma, como la creencia de que era una enfermedad exclusiva de ciertos grupos poblacionales o que necesariamente implicaba exclusión social. Estas percepciones, lejos de promover la búsqueda activa de atención, generaban barreras adicionales para la prevención y el diagnóstico temprano. En términos de redes organizativas, no existía una instancia consolidada que reuniera de forma permanente a líderes comunitarios y representantes de las instituciones de salud. Los esfuerzos previos habían sido puntuales, con acciones aisladas sin continuidad ni mecanismos claros de seguimiento. La articulación intersectorial, por tanto, era incipiente y carecía de un plan de acción estructurado que integrara responsabilidades y compromisos de los distintos actores. De esta manera, la **línea de base** puede caracterizarse como un escenario con las siguientes condiciones: 1. Conocimiento limitado sobre la tuberculosis y sus formas de prevención. 2. Ausencia de una red organizada que articulara comunidad e instituciones. 3. Escasa participación del personal hospitalario en la detección temprana, más allá de médicos y enfermeras. 4. Imaginarios y percepciones estigmatizantes en torno a la enfermedad. 5. Falta de un plan de acción que diera continuidad a los procesos de sensibilización.

		Este punto de partida evidenció la necesidad de una estrategia integral que no solo aportara información técnica, sino que también **generara cambios en la percepción colectiva**, fortaleciera el sentido de corresponsabilidad y ampliara el rol de todos los actores del hospital, desde el celador hasta el médico, como agentes activos en la identificación y atención temprana de riesgos.
	Resultado final del indicador	Uno de los logros más importantes fue la **conformación de una red intersectorial** integrada por líderes comunitarios y funcionarios del hospital en roles diversos, desde el celador hasta el médico de urgencias. Esta composición permitió que la tuberculosis dejara de ser vista como una problemática exclusiva del área médica y pasara a convertirse en un asunto compartido por toda la comunidad y el personal institucional, entendiendo que cada integrante tenía un papel activo en la prevención. La percepción comunitaria mostró una transformación clara. Los participantes adquirieron conocimientos sólidos sobre qué es la tuberculosis, cómo se transmite, cuáles son los signos de alarma y la importancia del diagnóstico temprano. Este aprendizaje se reflejó en la capacidad de los líderes para identificar riesgos en su entorno y orientar a las personas a buscar atención oportuna. Asimismo, se redujeron imaginarios de estigma y discriminación, fortaleciendo una visión de corresponsabilidad en la que la enfermedad no es motivo de exclusión, sino de solidaridad y acción colectiva. Desde el ámbito institucional, se evidenció un **cambio en la actitud y la disposición del personal hospitalario**. El celador, por ejemplo, reconoció que podía detectar signos básicos como tos persistente o dificultad respiratoria y orientar al usuario directamente hacia el servicio de urgencias sin necesidad de trámites adicionales. De igual manera,

		el personal de farmacia comprendió que su interacción cotidiana con los usuarios era una oportunidad para identificar síntomas sospechosos y derivar de forma inmediata. El personal médico y de enfermería, por su parte, consolidó la importancia de mantener un discurso claro y accesible para promover la confianza y reducir el temor a la consulta. El plan de acción construido por la red se convirtió en una herramienta concreta para garantizar la continuidad de las acciones. Este documento incluyó metas, actividades y responsables, lo cual permitió que la estrategia trascendiera la ejecución puntual y se proyectara como una iniciativa sostenible en el tiempo. En conclusión, el resultado final del indicador muestra que la capacidad de percepción y actuación pasó de un nivel **"Bajo"** en la línea de base a un nivel **"Alto"** al cierre de la estrategia. Este cambio se sustentó en la articulación intersectorial, la formación de líderes comunitarios y la ampliación del rol de todos los funcionarios del hospital como actores clave en la identificación temprana y atención oportuna de posibles casos de tuberculosis.
	Análisis	Este análisis busca interpretar la variación de dicho indicador desde la línea de base hasta el resultado final, considerando los logros alcanzados, los cambios percibidos en la comunidad y las instituciones, y los insumos que se generan para futuras vigencias del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). **1. Comparación entre la línea de base y el resultado final** En la línea de base, el indicador se encontraba en un nivel **bajo**. La comunidad presentaba un conocimiento limitado de la tuberculosis, existía desconocimiento de los síntomas de alarma, persistían

		estigmas sociales y no se había consolidado una red comunitaria e institucional para abordar la problemática. El hospital, por su parte, mantenía un abordaje centrado casi exclusivamente en médicos y enfermeras, sin involucrar a otros funcionarios como actores activos de detección. Al finalizar la estrategia, el nivel del indicador pasó a ser **alto**, evidenciándose avances sustanciales: • **Mayor conciencia comunitaria** sobre los signos y riesgos de la tuberculosis. • **Red conformada y fortalecida**, con la participación activa de al menos 10 personas representando comunidad e instituciones. • **Plan de acción construido y validado** por la red, con objetivos claros, actividades y responsables. • **Cambio de rol en el personal hospitalario**, desde celadores hasta médicos de urgencias, quienes ahora se reconocen como parte fundamental de la detección temprana. • **Reducción de estigmas** y mayor confianza en la búsqueda de atención oportuna. Este cambio evidencia que la estrategia no solo cumplió sus objetivos, sino que logró transformar percepciones y prácticas en torno a la tuberculosis. **2. Impacto en la comunidad** La comunidad pasó de ser un actor pasivo a convertirse en protagonista de la prevención y detección. Antes de la estrategia, predominaba una visión limitada: la tuberculosis era considerada un asunto “del hospital” y los líderes comunitarios no tenían claridad sobre su papel.

		Gracias a los talleres y encuentros, los líderes ahora pueden: • Reconocer síntomas de alerta. • Orientar a vecinos o familiares sobre dónde y cómo acudir en caso de sospecha. • Participar en actividades de sensibilización y réplica de conocimientos. Este empoderamiento ha permitido que la comunidad se reconozca como corresponsable en la prevención, y no solo como receptora de servicios. **3. Impacto en el hospital y su personal** Uno de los cambios más significativos se dio en el hospital. La estrategia promovió un entendimiento integral de que la detección temprana de la tuberculosis no es tarea exclusiva de médicos o enfermeras, sino que **todos los funcionarios, sin importar su cargo, pueden ser agentes de salud**. • El **celador** adquirió herramientas para identificar señales de alarma en el contacto inicial con el usuario. • El personal de **farmacia** comprendió que, en su interacción cotidiana, podía orientar a los pacientes con síntomas sospechosos hacia atención inmediata. • El área de **consulta médica y urgencias** fortaleció la capacidad de respuesta rápida, eliminando demoras innecesarias. • La **jefatura de enfermería** reforzó la importancia de un liderazgo que garantice continuidad en los procesos. Este enfoque integral ha favorecido una cultura institucional de corresponsabilidad, donde cada contacto con un usuario es una oportunidad para la prevención.

		4. Factores que facilitaron el cambio • **Metodología participativa:** Los talleres se diseñaron de manera dinámica y accesible, permitiendo que todos los actores se reconocieran como parte del proceso. • **Trabajo interdisciplinario:** La integración de psicología y enfermería permitió abordar no solo los aspectos clínicos, sino también los psicosociales y comunitarios. • **Conformación de red intersectorial:** La creación de un espacio formal de articulación garantizó continuidad y seguimiento. • **Relevancia del tema:** La tuberculosis, al ser una enfermedad de impacto en salud pública, generó interés y disposición para la participación activa. **5. Retos y dificultades durante el proceso** A pesar de los logros, también se presentaron retos: • La **asistencia irregular** en algunos encuentros, debido a compromisos laborales o familiares de los participantes. • La **frecuencia de reuniones**, que exigió un esfuerzo adicional de tiempo y logística. • La **coordinación interinstitucional**, que en algunos momentos enfrentó barreras por diferencias en agendas y prioridades. Estas dificultades no impidieron los avances, pero evidencian áreas de mejora para vigencias futuras. **6. Sostenibilidad del cambio**

		El principal reto hacia adelante es garantizar que los logros alcanzados no se diluyan con el tiempo. La conformación de la red y el plan de acción son herramientas clave, pero requieren: • **Seguimiento institucional** por parte del hospital y la alcaldía. • **Espacios periódicos de actualización** para mantener el interés y el conocimiento vigentes. • **Inclusión de nuevos actores** a medida que surjan liderazgos en la comunidad. • **Monitoreo constante del cumplimiento del plan de acción** para no perder continuidad. **7. Insumos para futuras vigencias** El análisis de la variación del indicador deja varias lecciones para fortalecer futuras estrategias: 1. **Replicar el enfoque integral en otros territorios:** Involucrar a todo el personal hospitalario como actores de prevención puede aplicarse en diferentes contextos. 2. **Ampliar la red comunitaria:** Incluir más líderes de sectores vulnerables y otros programas sociales, para aumentar la cobertura y el impacto. 3. **Consolidar procesos formativos periódicos:** No limitar la capacitación a tres encuentros, sino planificar ciclos continuos que refuercen aprendizajes. 4. **Fortalecer la comunicación intersectorial:** Generar canales más ágiles entre comunidad e instituciones, por ejemplo, grupos virtuales de coordinación. 5. **Evaluar percepción periódicamente:** Diseñar herramientas sencillas para medir de forma continua la percepción y el nivel de actuación de los participantes.

		8. Conclusión del análisis La variación del indicador evidenció un cambio profundo: de un nivel **bajo** en la línea de base, marcado por desconocimiento, estigmas y falta de articulación, a un nivel **alto** al cierre de la estrategia, donde la comunidad y el hospital actúan de manera corresponsable en la detección temprana de la tuberculosis. Este resultado no solo impacta en el presente, al fortalecer la capacidad de respuesta inmediata, sino que también constituye un **capital social y comunitario** para el futuro, al dejar instaladas capacidades que permitirán enfrentar nuevos retos en salud pública con mayor cohesión y preparación. En este sentido, la estrategia cumplió su propósito de transformar percepciones y prácticas, aportando de manera significativa a la salud del territorio y dejando insumos valiosos para la construcción de políticas públicas más sólidas e inclusivas.

.

Evaluación cualitativa de la estrategia	
¿Cómo considera que esta estrategia le aporta a la salud pública del territorio en el cual fue ejecutada?	La estrategia desarrollada constituye un aporte trascendental para la salud pública del territorio, al consolidar un proceso que trasciende la atención clínica individual y se centra en la **prevención, la corresponsabilidad comunitaria y la construcción de redes intersectoriales**. Su principal valor radica en que logró movilizar tanto a la comunidad como a la institución hospitalaria hacia un mismo objetivo: la detección temprana y la atención oportuna de la tuberculosis. En primer lugar, la estrategia fortaleció la capacidad de respuesta comunitaria. Antes de su ejecución, la tuberculosis era vista como una enfermedad de manejo exclusivo del hospital, con un bajo nivel de apropiación social y un estigma que dificultaba la

	consulta oportuna. Tras el desarrollo de los talleres, mesas sectoriales y encuentros formativos, la comunidad adquirió conocimientos claros sobre los signos de alarma, la importancia del diagnóstico temprano y la necesidad de actuar solidariamente frente a un posible caso. Esta transformación en la percepción comunitaria contribuye directamente a la reducción del subregistro de casos y a la detección temprana, factores clave en salud pública. En segundo lugar, el aporte se refleja en la **integración de actores institucionales no clínicos** como parte activa del proceso. Celadores, personal de farmacia y otros funcionarios del hospital comprendieron que también tienen un rol en la prevención y detección de la tuberculosis. Este cambio de mentalidad amplía los puntos de contacto entre la comunidad y el sistema de salud, multiplicando las posibilidades de identificar oportunamente síntomas sospechosos. En términos de salud pública, significa que los riesgos no solo serán detectados en consultorios médicos, sino en cada interacción cotidiana dentro de la institución. Además, la estrategia aporta en el plano de la **articulación intersectorial**. La conformación de una red comunitaria e institucional permitió diseñar un plan de acción conjunto, con metas y responsables claros. Este instrumento no solo asegura la continuidad de los esfuerzos, sino que también fomenta la transparencia y la corresponsabilidad en la gestión de la salud pública. En un contexto en el que la sostenibilidad de las intervenciones es un reto constante, contar con una red organizada es un avance significativo. Finalmente, la estrategia refuerza la visión de la salud pública como un proceso colectivo, donde la prevención y la promoción tienen el mismo peso que el tratamiento. Al reducir estigmas, generar confianza y empoderar a los actores comunitarios, se sientan bases sólidas para que la tuberculosis deje de ser un problema invisibilizado y se convierta en un tema prioritario en la agenda comunitaria y municipal. En conclusión, esta estrategia aporta a la salud pública del territorio al instalar capacidades colectivas, ampliar la cobertura de detección temprana, generar redes

	de apoyo y transformar imaginarios sociales. Es un proceso que no solo responde a una necesidad puntual, sino que proyecta sostenibilidad y capacidad de adaptación frente a futuras problemáticas en salud.
¿Cuál es la vivencia o experiencia más significativa para usted y su equipo de trabajo, durante la ejecución de esta estrategia?	La experiencia más significativa para nuestro equipo fue presenciar cómo, en el transcurso de la estrategia, personas que inicialmente se percibían como ajenas a la detección y prevención de la tuberculosis comenzaron a reconocerse como actores fundamentales en el cuidado de la salud comunitaria. Un momento particularmente simbólico ocurrió durante uno de los talleres formativos, cuando un celador del hospital expresó que nunca había imaginado que su rol pudiera contribuir a la detección temprana de una enfermedad. Él compartió que, tras la capacitación, comprendió que su contacto diario con los usuarios le otorgaba la posibilidad de identificar signos de alarma como tos persistente y orientar de inmediato a las personas hacia el servicio adecuado. Este testimonio reflejó en vivo el cambio de percepción que la estrategia buscaba: que cada miembro de la comunidad y la institución se sienta corresponsable de la salud colectiva. Otra vivencia relevante fue el compromiso demostrado por los líderes comunitarios. Al inicio, muchos asistieron con cierta incertidumbre, sin tener claro qué podían aportar. Sin embargo, con el desarrollo de las actividades, se transformaron en protagonistas activos, proponiendo estrategias para replicar el conocimiento en sus barrios, comprometiéndose a socializar lo aprendido y demostrando un alto nivel de apropiación del proceso. Esta evolución en su participación fue inspiradora para el equipo, pues evidenció que la estrategia realmente sembró semillas de corresponsabilidad. Asimismo, resultó significativo observar cómo se rompieron estigmas. Durante las mesas sectoriales, algunos participantes manifestaron que antes veían a la tuberculosis como una enfermedad “vergonzosa” o asociada únicamente a poblaciones marginalizadas. Al final de la estrategia, ese discurso cambió hacia una

	visión más empática, entendiendo que cualquiera puede estar en riesgo y que la respuesta adecuada es la solidaridad y la acción conjunta, no la exclusión. Para el equipo ejecutor, la experiencia más enriquecedora fue constatar que la estrategia no solo transmitió información, sino que **transformó percepciones, actitudes y prácticas concretas**. Este cambio cultural y social es quizás el resultado más valioso, pues implica que la comunidad y la institución están ahora mejor preparadas para enfrentar la tuberculosis y otros retos de salud pública.
¿Cuál considera que es el aprendizaje más significativo para la entidad responsable de la ejecución de la estrategia para continuar fortaleciendo la salud pública del territorio?	El aprendizaje más significativo que deja esta estrategia para la entidad ejecutora es la comprensión de que **la salud pública se fortalece cuando se amplían los roles y se diversifican los actores involucrados en los procesos de prevención y detección**. Tradicionalmente, las intervenciones en salud se centraban en el personal médico y de enfermería, con un enfoque eminentemente clínico. Sin embargo, esta experiencia demostró que cuando se involucra a todo el personal institucional, incluidos celadores, personal de farmacia, administrativos y líderes comunitarios, se multiplica exponencialmente la capacidad de respuesta frente a los riesgos. Cada interacción con la comunidad se convierte en una oportunidad para prevenir, educar y actuar. Este aprendizaje lleva a la entidad a valorar la importancia de implementar metodologías participativas, donde se reconozca el conocimiento comunitario y se potencie la corresponsabilidad. El hecho de que los líderes comunitarios hayan asumido con compromiso el papel de replicadores de la información muestra que la comunidad no solo es receptora, sino también productora de soluciones en salud. Otro aprendizaje clave es la necesidad de garantizar la **sostenibilidad de las acciones**. La conformación de la red y la construcción del plan de acción son avances significativos, pero requieren acompañamiento constante para no perder vigencia. Esto implica que la entidad debe consolidar mecanismos de seguimiento, actualización y motivación, que aseguren la permanencia del compromiso adquirido.

	Además, la estrategia mostró que la reducción de estigmas es tan importante como la transmisión de conocimientos técnicos. Sin un cambio cultural que promueva la empatía y la solidaridad, los esfuerzos en prevención pueden verse limitados. Este hallazgo refuerza la idea de que la salud pública es integral y debe abordar tanto lo clínico como lo social y lo psicológico. En definitiva, el aprendizaje más significativo es que la salud pública no se construye solo desde los consultorios, sino desde cada espacio de interacción comunitaria e institucional. La entidad comprende ahora que, al fortalecer la red de actores y al reconocer el valor de la corresponsabilidad, se generan transformaciones sostenibles que impactan de manera directa en la calidad de vida del territorio.

Observaciones generales
La implementación de la estrategia comunitaria e intersectorial orientada a la prevención y control de la tuberculosis deja múltiples aprendizajes y reflexiones que merecen ser destacados como observaciones generales. Estas notas complementan los apartados previos, aportando una visión integral del proceso vivido, sus alcances y las oportunidades de mejora para futuras vigencias. En primer lugar, es importante resaltar que la **estrategia logró instalar capacidades en la comunidad y en la institución**, lo cual constituye un resultado de alto valor. La tuberculosis dejó de ser concebida únicamente como un problema clínico para convertirse en un desafío compartido por diferentes actores. El hecho de que un celador, una funcionaria de farmacia, un médico de urgencias y líderes comunitarios reconocieran su papel en la identificación y atención temprana refleja un cambio cultural y organizacional significativo. Esta apropiación debe cuidarse y potenciarse en el tiempo, garantizando que la red conformada se mantenga activa y operativa. Una segunda observación es que, a pesar de los logros, el proceso evidenció la **necesidad de mejorar la logística y la continuidad de los encuentros**. Si bien se logró cumplir con el número de reuniones y talleres, la asistencia fluctuante de algunos miembros mostró que los compromisos laborales y personales son un obstáculo recurrente. Esto sugiere que, en futuras

estrategias, será necesario explorar formatos más flexibles, como encuentros virtuales, combinaciones híbridas o la creación de grupos de comunicación digital que complementen las reuniones presenciales.
También se debe observar que la **estrategia cumplió un papel fundamental en la reducción de estigmas** asociados a la tuberculosis. Este aspecto, aunque intangible, tiene un impacto profundo en la salud pública, ya que disminuye las barreras sociales y emocionales para la consulta y el diagnóstico oportuno. La superación de imaginarios negativos permite que la comunidad actúe con mayor empatía y solidaridad, factores esenciales para la sostenibilidad de cualquier intervención en salud.
Otra observación relevante es el **valor del trabajo interdisciplinario**. La integración de psicología y enfermería permitió abordar la tuberculosis desde una mirada integral que contempló tanto lo clínico como lo social. Este enfoque multidimensional debe consolidarse como una práctica habitual, pues enriquece el proceso, fortalece los aprendizajes y amplía las posibilidades de impacto.

Igualmente, se observó que la estrategia tuvo un **alcance preventivo más que clínico**, lo cual explica por qué no se canalizaron usuarios hacia servicios de diagnóstico. Este aspecto no representa una falencia, sino una evidencia de que los participantes se encontraban en buen estado de salud y que el mayor aporte del proceso fue educativo y preventivo. Sin embargo, se recomienda que futuras estrategias contemplen algún mecanismo sencillo de tamizaje, no necesariamente invasivo, que permita complementar la sensibilización con la vigilancia epidemiológica.

En términos de articulación intersectorial, la estrategia abrió un camino que debe profundizarse. Aunque se conformó una red y se elaboró un plan de acción, es fundamental que las instituciones responsables del territorio asuman compromisos claros de acompañamiento y seguimiento. De lo contrario, existe el riesgo de que los avances logrados se diluyan con el tiempo. La corresponsabilidad institucional debe traducirse en acciones concretas que fortalezcan la red y garanticen su permanencia.
Finalmente, la observación más relevante es que este proceso demostró que **la salud pública se construye desde lo cotidiano**, desde cada interacción entre un ciudadano y un funcionario, desde cada líder que replica información en su comunidad, y desde cada red que se organiza para responder colectivamente a los riesgos. Esta visión debe ser la base para futuras vigencias del PIC: promover que la salud no dependa exclusivamente de grandes acciones institucionales, sino que se sostenga en el compromiso diario de la comunidad y de cada actor del territorio.

En conclusión, las observaciones generales refuerzan la idea de que la estrategia cumplió sus objetivos y generó transformaciones significativas, pero también evidencian la necesidad de fortalecer la sostenibilidad, la logística y el

acompañamiento institucional. Se trata de un proceso que deja huellas positivas y aprendizajes valiosos, y que constituye una base sólida para continuar avanzando hacia una salud pública más participativa, inclusiva y efectiva en el territorio

Jorge Esteban Chica Muriel	**Valentina Zuleta Naranjo**	**Laura Peña López**	**Sindy Yuliana Patiño**
GERENTE	**ENFERMERA**	**PSICOLOGA**	**ENFERMERA**