IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106 DE 2025

INFORME EJECUTIVO

4016

"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 106-2025

INFORME GENERAL

JAIME ALBERTO NAVAS PINZON
SUBDIRECTOR CIENTIFICO

XIMENA ANDREA HERRERA CALDERÓN
COORDINADORA

HOSPITAL DEL SARARE E.S.E
SARAVENA-ARAUCA
2025

Contenido

1. PRESENTACIÓN ---- 4

2. INFORMACION JURIDICA Y FINANCIERA. ---- 6

3. METODOLOGIA ---- 7

4 COMPONENTE 2: ESTRATEGIA PARA PROMOVER EL DERECHO DE LA POBLACIÓN A VIVIR LIBRE DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, ASÍ COMO EL ACCESO A UNA ATENCIÓN ADECUADA. ---- 8

4.1. MARCO TEÓRICO ---- 9
5.1.1. Base Científica de la Vacunación ---- 9
4.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS ---- 11
5.2.1. Primera Jornada de Vacunación ---- 11
4.2.2. Segunda Jornada de Vacunación ---- 12
4.2.3. Tercera Jornada de Vacunación ---- 12
4.2.4. cuarta Jornada de Vacunación ---- 13
4.2.5. Quinta Jornada de Vacunación. ---- 13
4.3. POBLACIÓN OBJETO ---- 14
4.4. ANÁLISIS DE DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL. ---- 14
4.4.1 Análisis según género. ---- 15
4.4.2 Análisis según zona de residencia. ---- 16
4.4.3 Análisis según tipo de aseguramiento. ---- 17
4.4.4 Análisis según EPS. ---- 18

5 COMPONENTE 3: ESTRATEGIA PARA PROMOVER LA SALUD EN HABITAT SALUDABLE Y CONDICIONES DE CONSUMO EN APROVECHAMIENTO DE LA CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS IMPLEMENTADOS EN EL ENTORNO ETNICO (UWAS - KICHWA - AFROS) 20

5.1 ACTIVIDAD 3: EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD PARA EL FOMENTO DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, ASI COMO EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LAS FUENTES HÍDRICAS, LA IMPORTANCIA DEL CONSUMO DE AGUA POTABLE, MANEJO ADECUADO AGUAS RESIDUALES, ALMACENAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS SÓLIDOS, USO Y MANEJO ADECUADO PRODUCTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y PLAGUICIDAS DOMÉSTICOS. ---- 21

5.1.2 Concertaciones para las intervenciones. ---- 24

5.1.3 Compromisos de las partes. ---- 25

5.1.1. Cronograma de las intervenciones en las comunidades afrodescendientes e indígenas 26

5.2 Población objeto ---- 29
5.3 Herramientas de recolección de datos ---- 30
5.4 Desarrollo de las intervenciones: ---- 32
5.4.1 Primera intervención: ---- 32
5.4.2 Segunda intervención: ---- 33
5.4.3 Tercera intervención: ---- 34
5.5 ANALISIS DE CICLO VITAL ---- 35
5.5.1 Análisis según genero ---- 36
5.5.2 Análisis según zona residencial ---- 36

5.5.2 Análisis según afiliación ----37
5.5.4 Análisis según tipo de EPS----38
5.5.5 Análisis según etnia ----39
5.5.6 Análisis según hecho victimizante----40
6. Logros ----41
7. CONCLUSIONES----43

1. PRESENTACIÓN

El Contrato Interadministrativo No. 106 de 2025 establece como objetivo principal la implementación de acciones integrales de promoción de la salud y prevención de riesgos, enmarcadas dentro del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) para el municipio de Saravena, Arauca. Este convenio, suscrito entre la Alcaldía de Saravena y el Hospital del Sarare, responde a las disposiciones de la Resolución 518 de 2015 y la resolución 295 de 2023, que regula la gestión de la salud pública y define lineamientos para la ejecución, monitoreo y evaluación de las estrategias orientadas a fortalecer los determinantes sociales de la salud y mejorar los resultados en este ámbito.

El plan de intervenciones colectivas surge como una respuesta estructurada y planificada a las necesidades identificadas dentro del municipio de Saravena. En contextos donde los desafíos sociales, educativos, sanitarios o culturales afectan de manera significativa la calidad de vida de las personas, se hace imprescindible implementar acciones integrales que promuevan el desarrollo colectivo, el bienestar común y la participación activa de todos los actores involucrados.

Las intervenciones colectivas permiten abordar problemáticas desde una perspectiva participativa y multidisciplinaria, favoreciendo el empoderamiento de los niños, niñas y adolescentes y la construcción de soluciones sostenibles. Este proyecto busca generar espacios de diálogo, formación, acompañamiento y transformación, orientados a fortalecer capacidades individuales y colectivas, mejorar la cohesión social y fomentar procesos de cambio positivo. A través de esta iniciativa, se pretende no solo atender necesidades inmediatas, sino también incidir en factores estructurales que perpetúan condiciones de vulnerabilidad. La planificación, ejecución y evaluación de cada intervención se fundamentan en principios de equidad, inclusión, respeto a la diversidad y compromiso ético con la comunidad.

Para el año 2025, el PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS-PIC contempla un enfoque integral en la promoción de la salud y el mantenimiento del bienestar, con prioridades definidas a partir de un análisis participativo en los territorios. Las acciones serán continuas, planificadas y territorializadas, ejecutándose principalmente en entornos educativos y comunitarios, donde se busca generar un impacto directo en la calidad de vida de las personas y las familias.

El presente informe detalla la ejecución parcial de las actividades programadas en el anexo técnico del PIC, reflejando el progreso alcanzado y su contribución al cumplimiento de los objetivos planteados, con un enfoque humano y comprometido hacia el bienestar colectivo.

2. INFORMACION JURIDICA Y FINANCIERA.

El contrato interadministrativo N°106 se suscribe el 31 de marzo de 2025.

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO
N° DE CONTRATO:	106 DE 2025
OBJETO:	"IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA"
ENTIDAD CONTRATANTE:	ALCALDIA DE SARAVENA
CONTRATISTA:	HOSPITAL DEL SARARE
NIT:	800231215-1
DIRECCION:	CALLE 30 N° 19A - 82 BARRIO LOS LIBERTADORES
TELEFONO:	8821112
VALOR INICIAL:	$ 691.531.651
PLAZO:	OCHO (8) MESES
FECHA LEGALIZACION:	01 de abril del 2025
FECHA DE INICIO:	21 de abril del 2025
FECHA DE TERMINACIÓN	20 de diciembre del 2025
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Marvinn Sarelly Pinilla Sarmiento. SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL

Tabla 1. *Información Jurídica y Financiera.*

3. METODOLOGIA

El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) es un programa complementario al Plan Obligatorio de Salud (POS), diseñado para beneficiar a todos los habitantes del municipio de Saravena. Este plan se enfoca en la protección, promoción y mantenimiento de la salud, así como en la gestión colectiva del riesgo. El PIC constituye un componente fundamental del Plan Territorial de Salud.

Con base en estos lineamientos, se propone la organización de tres equipos interdisciplinarios, uno para abordar las instituciones educativas del municipio conformado por dos psicólogas, 2 educadores físicos, una enfermera profesional, una nutricionista dietista y dos auxiliares de enfermería, el segundo equipo básico para la ejecución de componente 4: estrategias para promover acciones para prevenir enfermedades trasmitidas por vectores, conformados por un técnico en saneamiento ambiental y un técnico en salud pública, un tercer equipo para abordar las comunidades étnicas del municipio de Saravena, conformado por dos psicólogas, una enfermera profesional, una nutricionista, un líder comunitario y un médico tradicional, estos equipos se construyen y se encuentran especializados para atender las prioridades de salud del municipio. Esta estrategia busca no solo impactar positivamente en los determinantes de salud, sino también optimizar los resultados a través de una atención más cercana y adaptada a las particularidades del territorio.

4 COMPONENTE 2: ESTRATEGIA PARA PROMOVER EL DERECHO DE LA POBLACIÓN A VIVIR LIBRE DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, ASÍ COMO EL ACCESO A UNA ATENCIÓN ADECUADA.

En el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), este componente se orienta a garantizar el derecho fundamental de la población del municipio de Saravena a vivir libre de enfermedades transmisibles, así como a acceder de manera oportuna, continua y de calidad a los servicios de salud. Las acciones planteadas se fundamentan en el análisis del diagnóstico de salud territorial y se articulan con los lineamientos del Plan Territorial de Salud (PTS) y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Desde un enfoque integral, se priorizan estrategias de prevención, detección temprana, control y tratamiento de las enfermedades transmisibles, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica, la vacunación, el seguimiento de casos y la referencia oportuna a los servicios de salud. Estas acciones buscan reducir la incidencia y el impacto de dichas enfermedades, especialmente en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.

En la dimensión comunitaria, se promueve la educación para la salud y la corresponsabilidad social, fomentando prácticas de autocuidado, el reconocimiento temprano de signos de alarma y el uso adecuado de los servicios de salud. Asimismo, se impulsa la participación activa de la comunidad como eje central para la sostenibilidad de las intervenciones.

De manera articulada e intersectorial, este componente optimiza los recursos disponibles para fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud local, contribuyendo a la equidad en el acceso y a la mejora continua de la calidad de vida de los habitantes de Saravena, en consonancia con un modelo de atención centrado en las personas, las familias y la comunidad.

4.1. MARCO TEÓRICO

La vacunación representa uno de los hitos más significativos en la historia de la salud pública, fundamentándose en la estimulación del sistema inmunológico para generar respuestas protectoras contra enfermedades infecciosas. Mediante la administración de antígenos (debilitados o inactivados), las vacunas inducen la producción de anticuerpos que proporcionan inmunidad a largo plazo.

Las jornadas de vacunación son eventos estratégicos diseñados para alcanzar a amplios segmentos de la población en periodos breves, garantizando una cobertura equitativa y eficiente. Históricamente, estas campañas han sido determinantes para la erradicación de enfermedades como la viruela y el control de patologías como el sarampión. No obstante, la salud pública enfrenta hoy desafíos críticos como la desinformación y la vacilación vacunal (hesitancia).

La importancia de la inmunización trasciende al individuo; al generar inmunidad de rebaño (colectiva), se protege a grupos vulnerables que no pueden ser vacunados, como recién nacidos o pacientes inmunocomprometidos. Asimismo, la vacunación es un pilar de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), impulsando el bienestar social, la reducción de desigualdades y el fortalecimiento de comunidades saludables.

5.1.1. Base Científica de la Vacunación

La vacunación se fundamenta en la capacidad del sistema inmunológico para reconocer, responder y recordar agresiones biológicas. Este proceso se puede desglosar en tres pilares científicos:

- Inmunología y Mecanismo de Acción

El sistema inmunológico humano posee dos líneas de defensa: la inmunidad innata (respuesta rápida y general) y la inmunidad adquirida (específica y con memoria). Las vacunas actúan principalmente sobre la inmunidad adquirida:

1. Reconocimiento del Antígeno: La vacuna introduce una forma segura del patógeno (antígeno). Las células presentadoras de antígenos lo detectan y "muestran" a los linfocitos.
2. Respuesta Efectora: Los Linfocitos B producen anticuerpos específicos que neutralizan al invasor, mientras que los Linfocitos T destruyen las células infectadas.
3. Memoria Inmunológica: Tras la vacunación, el cuerpo genera células de memoria. Si el individuo se expone al patógeno real en el futuro, estas células reconocen al agente de inmediato y producen una respuesta tan rápida y masiva que la enfermedad no llega a desarrollarse o se presenta de forma leve.

- Historia y Hitos de la Inmunización

La historia de las vacunas es la historia del aumento de la esperanza de vida global. Algunos hitos clave incluyen:

- 1796 (Edward Jenner): Creación de la primera vacuna contra la viruela a partir de la viruela vacuna, sentando las bases de la inmunización moderna.
- 1885 (Louis Pasteur): Desarrollo de la vacuna contra la rabia, demostrando que se podían utilizar patógenos atenuados artificialmente.
- Siglo XX: Invención de vacunas críticas contra la poliomielitis (Salk y Sabin), el sarampión y la tuberculosis, reduciendo la mortalidad infantil en más de un 90%.
- 1980: La OMS declara la viruela oficialmente erradicada, el mayor éxito sanitario de la humanidad mediante vacunas.

- Siglo XXI: Desarrollo de tecnologías de ARNm (COVID-19), permitiendo respuestas rápidas ante pandemias globales.

- Tipos de Vacunas y Tecnología

Dependiendo de la naturaleza del patógeno y la respuesta deseada, existen diferentes plataformas tecnológicas:

Tipo de Vacuna	Mecanismo de Acción	Ejemplos
Vivas Atenuadas	Utilizan el virus/bacteria debilitada. Replican de forma mínima sin causar enfermedad grave.	Sarampión, Rubéola, Paperas (Triple Viral).
Inactivadas	Utilizan el patógeno "muerto" mediante calor o químicos. Requieren dosis de refuerzo.	Polio (Salk), Hepatitis A.
De Subunidades / Recombinantes	Incluyen solo fragmentos específicos del germen (proteínas o azúcares).	Hepatitis B, VPH.
Toxoides	Utilizan la toxina producida por el germen, no el germen en sí.	Tétanos, Difteria.
ARNm / Vectores Virales	Entregan instrucciones genéticas para que nuestras propias células produzcan la proteína del virus y el cuerpo aprenda a atacarla.	COVID-19 (Pfizer, Moderna).

4.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

5.2.1. Primera Jornada de Vacunación

El día 26 de abril se llevó a cabo una intervención integral en zonas urbanas y rurales del municipio bajo el siguiente despliegue:

Puntos Urbanos: Parque Central, parque José Vicente 2 y parque barrio Santander, Se incluyó además una estrategia de vacunación casa a casa.

Zona Rural: puestos de salud de Puerto Lleras, Charo Centro, La Pajuila, Bajo San Joaquín y Caño Seco.

Logística: La jornada inició a las 8:00 a.m. En el punto central se implementaron estrategias de humanización del servicio mediante musicalización, actividades recreativas para niños (inflables) y entrega de refrigerios para asistentes y personal asistencial. La actividad concluyó a las 3:00 p.m.

4.2.2. Segunda Jornada de Vacunación

Continuando con el cronograma, la segunda jornada se desarrolló el día 26 de julio de 2025 y se habilitaron los siguientes puntos:

Puntos Urbanos: restaurante NANO´S, Punto de vacunación UNAP y refuerzo de la estrategia casa a casa.

De igual manera, en el área rural se inició la jornada a las 8:00 am A 1:00 Pm la jornada se desplegó en los puestos de salud de Puerto Lleras, Charo Centro, La Pajuila, Bajo San Joaquín y Caño Seco.

Logística: Se mantuvo el horario de 8:00 a.m. a 3:00 p.m. Al igual que en la primera jornada, se priorizó la generación de un entorno amigable con apoyo logístico, musicalización y atención nutricional básica (refrigerios) para garantizar la adherencia de la población.

4.2.3. Tercera Jornada de Vacunación

El sábado 20 de septiembre se desarrolló la Jornada de Vacunación liderada por el Hospital del Sarare E.S.E., la cual contó con la habilitación de tres puntos de atención en la zona urbana: Restaurante Nano's, punto de vacunación UNAP y la

estrategia casa a casa, que permitió llegar a la población con mayores dificultades de acceso. Durante la jornada se aplicaron biológicos a la población objetivo definida en el Programa Ampliado de Inmunización, entre ellos niños y niñas menores de 6 años, adolescentes de 9 a 17 años para la aplicación del biológico contra el VPH, mujeres gestantes a partir de la semana 20 con la vacuna Tdap, mujeres en edad fértil de 10 a 49 años con la vacuna antitetánica, población susceptible para fiebre amarilla desde los 9 meses de edad, gestantes mayores de 12 semanas para la aplicación de la vacuna contra COVID-19 y adultos mayores de 60 años con la vacuna contra la influenza. Adicionalmente, se realizaron actividades de promoción y sensibilización dirigidas a las familias, resaltando la importancia de la vacunación como estrategia preventiva y compartiendo mensajes educativos bajo el lema "La prevención es la mejor protección". La atención se prestó en un horario continuo de 8:00 a.m. a 3:00 p.m., lo que permitió una amplia participación de la comunidad.

4.2.4. cuarta Jornada de Vacunación

La jornada de vacunación dio inicio a las 8:00am el día 24 de octubre del 2025, tuvo como puntos urbanos restaurante Nanos, punto de vacunación Unap, Vacunación casa a casa; así mismo, se realizó jornadas en puntos rurales, en los puestos de salud de Puerto Lleras, Charo Centro, La Pajuila, Bajo San Joaquin, y Caño Seco; cabe aclarar que en la zona rural la jornada inició a las 8:00am y culmino a la 1:00pm

4.2.5. Quinta Jornada de Vacunación.

La Quinta Jornada de Vacunación se llevó a cabo el 22 de noviembre, desarrollándose de forma simultánea en puntos estratégicos del área urbana del municipio, siendo el Parque Central el punto principal de concentración y atención. La jornada se ejecutó en un horario comprendido entre las 8:00 a.m. y las 3:00 p.m., contando en cada uno de los puntos habilitados con personal de salud debidamente capacitado, disponibilidad de biológicos, verificación de carnés de vacunación, orientación a los usuarios y búsqueda activa de población susceptible.

De manera complementaria, se realizaron actividades de vacunación en la zona rural, con atención en los puestos de salud previamente establecidos, garantizando el acceso oportuno a los biológicos y fortaleciendo las acciones de promoción y prevención en las comunidades rurales.

Con el propósito de fomentar la participación de las familias y generar un ambiente acogedor durante la jornada, se desarrollaron actividades recreativas dirigidas a la población infantil, lo que facilitó la asistencia, permanencia y aceptación de la estrategia de vacunación por parte de la comunidad.

4.3. POBLACIÓN OBJETO

Las intervenciones de las jornadas nacionales de vacunación se centraron en los siguientes grupos priorizados por el esquema nacional:

Población infantil (menores de 5 años).

Población vulnerable para Influenza y COVID-19.

Niños y adolescentes (9 a 17 años) para VPH.

Mujeres gestantes y mujeres en edad fértil (10 a 49 años).

Población susceptible para fiebre amarilla (1 a 59 años).

4.4. ANÁLISIS DE DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL.

8.1.1 CICLO VITAL

DESCRIPCION	CANT	GENERO			ZONA		ASEGURAMIENTO				POBLACIÓN VENEZOLANA	ETNIA					
												INDIGENAS		AFROCOLOMBIANOS		OTROS	
		F	M	OTRO	URBANO	RURAL	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	REGIMEN ESPECIAL	SIN EPS		URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL
Primera Infancia (0-5 años)	58	32	26	0	13	45	3	55	0	0	0	0	44	10	2	3	0
Infancia (6-11 años)	71	40	31	0	10	61	2	69	0	0	1	0	45	5	16	5	0
Adolescencia (12-17 años)	57	32	25	0	13	44	4	53	0	0	1	0	28	9	16	4	0
Juventud (18-28 años)	79	51	28	0	21	58	6	73	0	0	0	0	45	20	13	1	0
Adulto (29 - 59 años)	123	85	38	0	28	95	13	110	0	0	5	0	56	10	39	17	0
Adulto Mayor (60 a mas)	26	14	12	0	3	23	0	26	0	0	0	0	8	3	16	0	0
TOTAL	414	414			414		414				7	415					

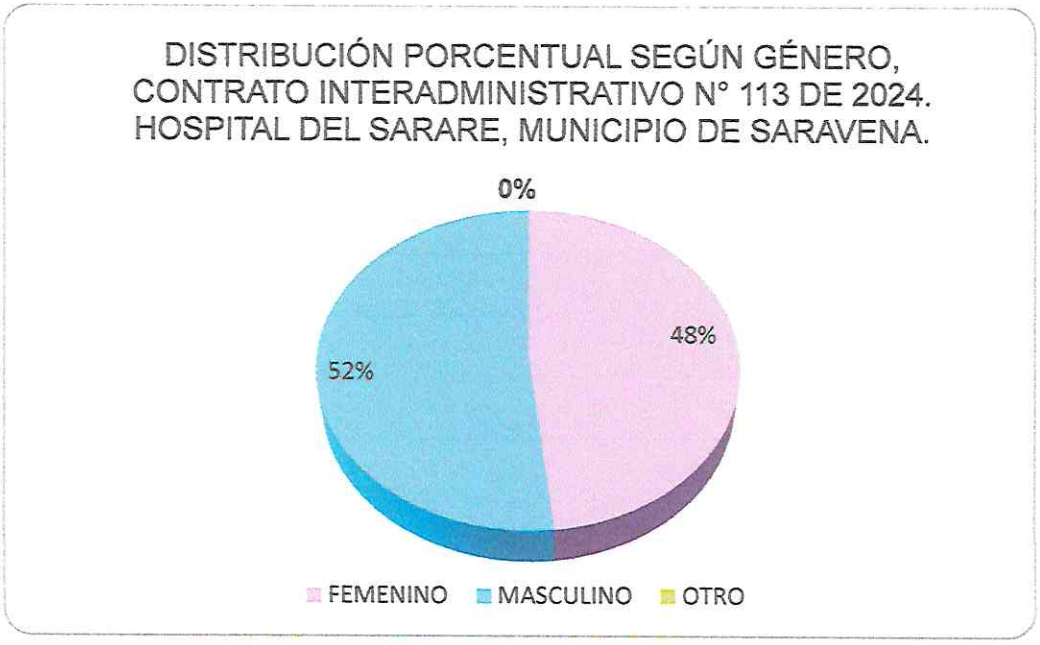
VICTIMAS		DISCAPACITADOS						
DESPLAZADOS	OTRO	MENTAL	COGNITIVA	AUDITIVA	VISUAL	FISICA	MULTIPLE	NINGUNA
1	11	0	0	0	0	0	0	18
9	16	0	1	0	0	0	0	30
12	13	0	0	0	0	0	0	27
10	3	0	2	0	0	0	0	16
29	37	0	0	0	0	0	0	77
6	13	0	0	0	0	1	0	19
160		191						

El análisis integral del ciclo vital se evidencia que este grupo está compuesto por 254 mujeres y 160hombres, lo que pone en evidencia una mayoría femenina, en cuanto al aseguramiento en salud, el análisis muestra que la mayoría de los participantes (386) están vinculados al régimen subsidiado y 28 son del régimen contributivo.

La composición étnica del grupo es de 159 personas afrocolombianas y 226 personas indígenas, y 30 personas relacionados en el ítem otros que corresponde a la comunidad Kichwa.

Por otro lado, se registraron 2 personas víctimas del conflicto armado, además no se evidencia personas con discapacidad.

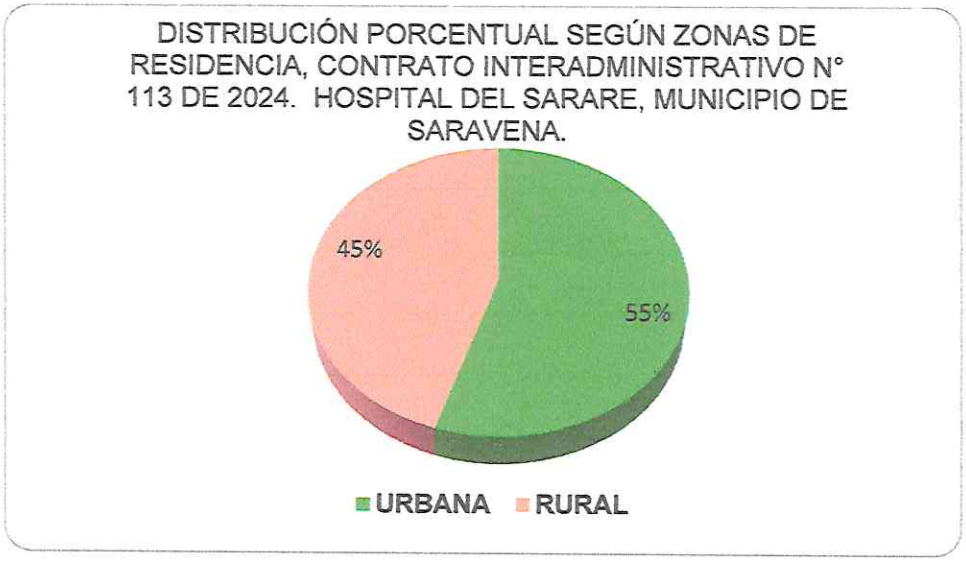
4.4.1 Análisis según género.



En la gráfica de distribución porcentual según género, se observa que el 52 % de la población vacunada corresponde al género masculino, mientras que el 48 % corresponde al género femenino, no registrándose participación en la categoría "otro" durante las jornadas.

Esta distribución evidencia una participación balanceada por género en las jornadas de vacunación desarrolladas en el municipio de Saravena, lo cual indica que las estrategias de convocatoria, sensibilización y acceso implementadas fueron inclusivas y permitieron la asistencia equitativa de hombres y mujeres. La ausencia de registros en la categoría "otro" puede estar asociada a barreras de autorreconocimiento, subregistro o a las características propias de la población atendida durante las jornadas.

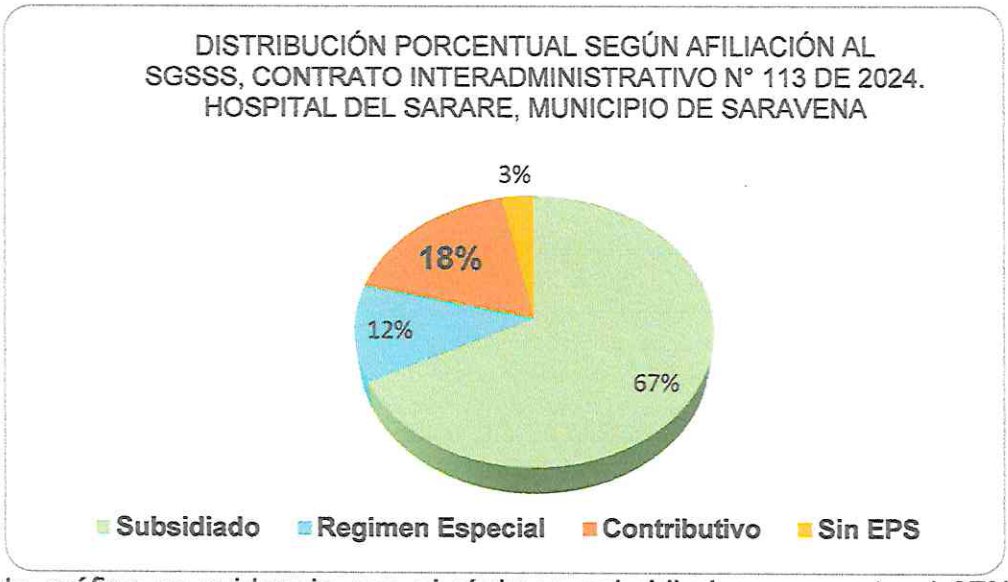
4.4.2 Análisis según zona de residencia.



La gráfica de distribución porcentual según zonas de residencia evidencia que, durante las jornadas de vacunación realizadas en el municipio de Saravena, el 55 % de la población atendida corresponde a la zona urbana, mientras que el 45 % pertenece a la zona rural.

Estos resultados reflejan una cobertura equilibrada entre ambos contextos territoriales, destacando el esfuerzo institucional por garantizar el acceso a los servicios de vacunación no solo en el casco urbano, sino también en las áreas rurales, donde históricamente existen mayores barreras geográficas y de acceso a la atención en salud. La participación significativa de la población rural demuestra la efectividad de las estrategias de búsqueda activa, jornadas extramurales y articulación comunitaria implementadas durante las jornadas de vacunación.

4.4.3 Análisis según tipo de aseguramiento.



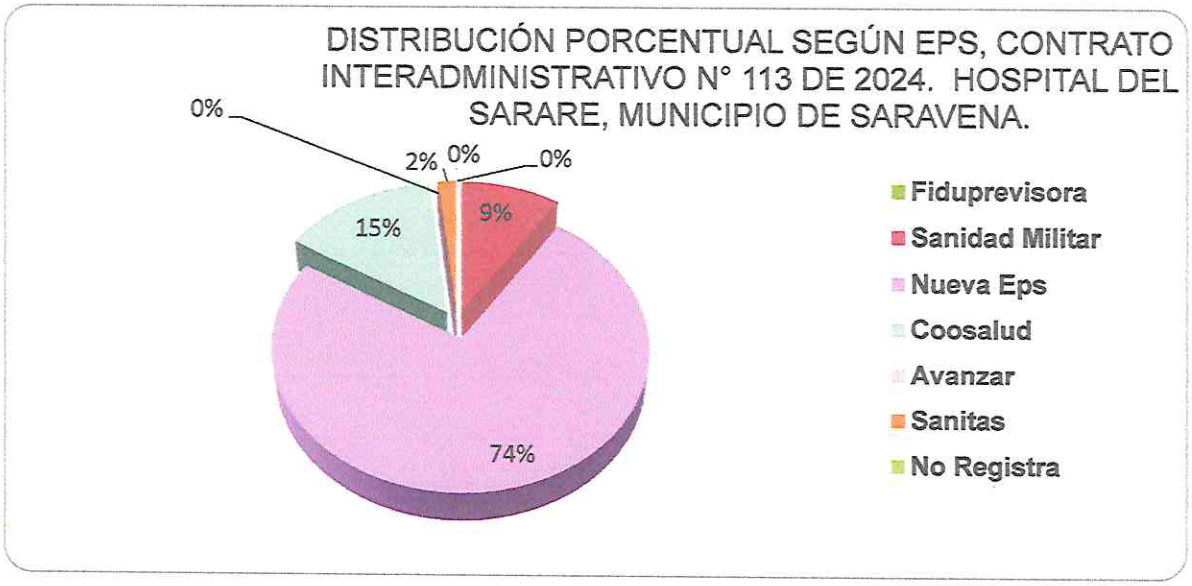
En esta gráfica se evidencia que el régimen subsidiado representa el 67% de la población vacunada, lo cual es coherente con la realidad sociodemográfica del municipio de Saravena, donde gran parte de la población, especialmente en zona rural, pertenece a este régimen debido a condiciones socioeconómicas.

El régimen contributivo corresponde al 18%, lo que indica la participación de población con empleo formal o capacidad de pago, principalmente concentrada en la zona urbana.

El régimen especial alcanza un 12%, asociado a sectores como fuerzas militares, magisterio u otros regímenes exceptuados, con presencia tanto en el casco urbano como en áreas rurales.

Finalmente, el grupo sin EPS representa un 3%, lo que muestra que la jornada logró incluir población no asegurada, cumpliendo un enfoque de acceso universal a la vacunación.

4.4.4 Análisis según EPS.



La gráfica muestra que la Nueva EPS concentra la mayor proporción de población vacunada, con un 74%, lo que evidencia que esta EPS es la principal aseguradora de los usuarios atendidos durante la jornada de vacunación en Saravena. Esto sugiere una alta cobertura y presencia de afiliados de Nueva EPS tanto en la zona urbana como rural del municipio.

En segundo lugar, se encuentra Coosalud, con un 15%, lo que indica una participación relevante, especialmente asociada a población del régimen subsidiado, común en zonas rurales y dispersas.

La Sanidad Militar representa un 9%, porcentaje que puede relacionarse con la presencia de personal de la fuerza pública y sus familias en el territorio, principalmente en el área urbana y zonas estratégicas del municipio.

Por su parte, Sanitas registra una participación baja (2%), mientras que Fiduprevisora, Avanzar y No registra EPS presentan valores cercanos al 0%, lo que indica una participación mínima o nula durante la jornada.

Nota: No se realiza análisis de los ítems correspondientes a discapacidad, programas sociales, pertenencia étnica y víctimas del conflicto armado, debido a que durante las jornadas de vacunación realizadas en el municipio de Saravena, tanto en zona urbana como rural, los registros consolidados arrojaron valores en cero (0) para estas variables.

Lo anterior indica que, en el momento de la atención y el diligenciamiento de la información, no se reportó población perteneciente a estos grupos, por lo cual no fue posible efectuar un análisis estadístico o interpretativo de dichos ítems en las gráficas presentadas.

Logros de las Jornadas de Vacunación en Saravena

Se logró vacunar a personas de ambas zonas del municipio, con una distribución del 55% en zona urbana y 45% en zona rural, lo que demuestra un esfuerzo equilibrado para alcanzar poblaciones con diferentes accesos y condiciones de vida.

La vacunación alcanzó una distribución casi equitativa entre géneros, con un 52% de hombres y un 48% de mujeres, garantizando así el acceso al servicio sin sesgos de género.

Las acciones de apoyo logístico facilitaron la organización y ejecución de las jornadas, asegurando la correcta aplicación de vacunas y la movilización eficiente del personal en los sectores urbanos y rurales.

Promoción de la vacunación mediante actividades lúdico-recreativas:

Las actividades recreativas y educativas promovidas en las jornadas ayudaron a aumentar la aceptación y participación de la comunidad, incentivando la finalización del esquema de vacunación completo.

Atención a la población priorizada y vulnerable:

Se trabajó con población de diferentes edades y condiciones, incluyendo grupos vulnerables, lo que contribuyó a la reducción del riesgo de enfermedades transmisibles en el municipio.

5 COMPONENTE 3: ESTRATEGIA PARA PROMOVER LA SALUD EN HABITAT SALUDABLE Y CONDICIONES DE CONSUMO EN APROVECHAMIENTO DE LA CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS IMPLEMENTADOS EN EL ENTORNO ETNICO (UWAS - KICHWA - AFROS)

El Componente 3 se centra en la implementación de una estrategia de salud territorial basada en el modelo de Atención Primaria en Salud (APS), ejecutada por equipos básicos de salud con un enfoque étnico y diferencial en el municipio de Saravena, Arauca. Esta intervención está dirigida específicamente a las comunidades U'wa, Kichwa y Afrodescendientes, reconociendo sus particularidades culturales, sus sistemas de conocimiento ancestral y sus dinámicas propias de organización social.

El programa busca garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos y la mejora de las condiciones del hábitat, entendiendo que el entorno físico y las prácticas de consumo son determinantes sociales críticos para la salud de estas poblaciones. En concordancia con el Decreto 1599 de 2022, la estrategia se articula bajo los siguientes pilares:

- Diagnóstico y Caracterización Cultural

Se inicia con un diagnóstico participativo que identifica los riesgos sanitarios y las potencialidades de los entornos étnicos. Este proceso prioriza el respeto por la autonomía territorial y las prácticas alimentarias tradicionales, permitiendo diseñar intervenciones sociosanitarias y ambientales que sean coherentes con la cosmogonía de cada pueblo (U'wa, Kichwa y Afro).

- Articulación Intersectorial y Comunitaria

Para asegurar la sostenibilidad de las acciones, se establecen mecanismos de coordinación entre las autoridades tradicionales (Cabildos y Consejos Comunitarios), la Alcaldía Municipal, el Hospital del Sarare y otros actores del sector salud. Esta alianza busca alinear las prioridades de los Planes Integrales de

Cuidado Primario (PICP) con los planes de vida y de salvaguarda de las comunidades étnicas.

- Gestión de la Inocuidad y Hábitat Saludable

La implementación incluye la educación y promoción sobre la manipulación segura de alimentos y la gestión del agua para consumo humano, adaptando los mensajes técnicos a los lenguajes y contextos locales. Se realizan búsquedas activas y seguimientos para identificar brechas nutricionales o condiciones de saneamiento básico que requieran intervención inmediata, cuando se detectan riesgos a la salud individual o colectiva.

- Superación de Barreras y Seguimiento

La estrategia está diseñada para superar barreras geográficas y culturales mediante el despliegue de equipos que se trasladan directamente a los territorios étnicos. Al interior de los equipos básicos de salud, se realizan reuniones periódicas de monitoreo, análisis de casos con enfoque intercultural. Todas las actividades se registran para evaluar el impacto en la reducción de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) y en la mejora de la calidad de vida en los asentamientos y resguardos

5.1 ACTIVIDAD 3: EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD PARA EL FOMENTO DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, ASI COMO EL CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LAS FUENTES HÍDRICAS, LA IMPORTANCIA DEL CONSUMO DE AGUA POTABLE, MANEJO ADECUADO AGUAS RESIDUALES, ALMACENAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS SÓLIDOS, USO Y MANEJO ADECUADO PRODUCTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y PLAGUICIDAS DOMÉSTICOS.

Para el abordaje integral de las 13 comunidades priorizadas por el ente territorial (distribuidas en 7 comunidades indígenas, 5 comunidades Afrodescendientes y 1 comunidad Kichwa), se conformó un equipo básico de salud con enfoque diferencial

y capacidad resolutiva en el territorio. Este equipo está estructurado bajo los principios de la Atención Primaria en Salud (APS), operando de manera funcional para garantizar el acceso a los servicios de salud respetando la autonomía y los planes de vida de cada grupo étnico.

- Composición y Funciones del Equipo

El equipo está integrado por profesionales capacitados en el diálogo de saberes y la interculturalidad:

- Coordinación: Responsable de supervisar el cumplimiento de los objetivos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y liderar la concertación con las autoridades tradicionales (Cabildos y Consejos Comunitarios).
- Profesional de Enfermería: Lidera las acciones preventivas, la vigilancia epidemiológica y la educación en salud, adaptando los protocolos clínicos a las realidades socioculturales del entorno.
- Psicólogas: Brindan apoyo a la salud mental comunitaria, abordando aspectos de convivencia y bienestar desde una perspectiva diferencial y de fortalecimiento del tejido social.
- Nutricionista-Dietista: Promueve la seguridad alimentaria y el aprovechamiento de alimentos propios de la región, garantizando la inocuidad sin desplazar las prácticas nutricionales ancestrales.
- Auxiliares de Enfermería: Encargados de la logística operativa, la búsqueda activa de población susceptible y el apoyo en el registro documental de todas las intervenciones realizadas en territorio.
- Médico Tradicional: Figura central que actúa como puente de confianza y armonización. Su función es orientar las intervenciones desde la cosmovisión étnica, validar el uso de plantas medicinales y asegurar que las acciones de salud no transgredan los principios espirituales y culturales de la comunidad.
- Líder Comunitario: Facilita la movilización social y la convocatoria. Es el garante de que la información fluya correctamente entre el equipo de salud y

la comunidad, identificando las necesidades más urgentes y liderando la búsqueda activa de familias en riesgo.

La ejecución del Componente 3 se estructuró en dos fases operativas de dos meses cada una, diseñadas para garantizar una atención especializada y con personal perteneciente a las mismas comunidades. Esta estrategia permitió que el equipo no solo fuera técnicamente competente, sino culturalmente legítimo.

El personal que cambio a los dos meses fueron los perfiles de auxiliar de enfermería, nutricionista y líder comunitario, y aumento en la población indígena el medico tradicional. El resto del equipo interdisciplinario (Coordinación, Psicología, Enfermería) brindó apoyo transversal durante los cuatro meses de ejecución, asegurando la continuidad administrativa y el cumplimiento de las metas del PIC.

COMUNIDADES	PERSONAL QUE INTERVENIENE	PROFESIONAL	TIEMPO DE EJECUCIÓN
COCOSAR	1 JEFE DE ENFERMERIA	KEILA ANCHILA PIZARRO (jefe de enfermería)	4 MESES Y 12 DIAS
AFROS PUERTO CONTRERAS	2 PSICOLOGAS	BEYBY ANGELY COLLANTES GONZALEZ RHAUSSA CURE SANCHEZ (Psicólogas)	
COCOPAL	1 NUTRICIONISTA	MARYELY PATIÑO BARBOSA	
ASOFAJSA		LISETH JHOANNA NARIÑO PINTO (Nutricionista)	
ASOVICAFROS	1 AUXILIARES DE ENFERMERIA	MABEL LIZETH SEGOVIA MURILLO WILSON ANDRES BOCOTA UNCARIA. (Auxiliares de enfermería)	
UNCARIA			
CALAFITAS 1			
PLAYAS DEL BOJABA	1 MEDICO TRADICIONAL	SAMUEL BOCOTA MEDINA (medico tradicional)	
CALAFITAS 2		RIGOBERTO ARROYAVE MORA	

CHIVARAQUIA BAJA	1 LIDER COMUNITARIO	WILSON DIAZ PEREZ (líder comunitario)	
SAN MIGUEL			
CHIVARAQUIA BAJA			

Tabla 2. *Descripción equipo básico*

5.1.2 Concertaciones para las intervenciones.

Se desarrollan reuniones de concertación y socialización orientadas a definir la metodología para la implementación de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) correspondiente a la vigencia 2025 en el contexto de las comunidades afrodescendientes e indígenas del municipio de Saravena. Estos encuentros reúnen a actores clave del sector salud, incluyendo las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), la Personería Municipal, la Registraduría Nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y los líderes y coordinadores comunitarios de las poblaciones afro e indígenas beneficiarias.

El propósito principal de estas reuniones es consolidar la colaboración interinstitucional y asegurar que las actividades del PIC se diseñen e implementen con una visión común, garantizando su alineación con las necesidades y prioridades específicas de las comunidades intervenidas. Este proceso busca promover una cobertura integral en salud, enfocada tanto en la población, como en su entorno familiar y comunitario, respetando las características culturales y sociales de los territorios.

Adicionalmente, estas instancias de concertación aseguran que las estrategias de salud pública sean coherentes con los lineamientos del Plan Territorial de Salud, priorizando acciones basadas en las realidades locales. La participación activa de los líderes comunitarios y de los actores del sistema de salud permite que las intervenciones sean culturalmente pertinentes y sostenibles, favoreciendo un

impacto positivo y duradero en las condiciones de salud y bienestar de las comunidades afrodescendientes e indígenas.

FECHA	INSTITUCIÓN
16 JULIO	COCOPAL
26 JULIO	AFRO PUERTO CONTRERAS
16 JULIO	COCOSAR
16 JULIO	ASONESA
16 JULIO	AMAFRO
9 AGOSTO	KICHWA
4 OCTUBRE	PLAYAS DEL BOJABA
4 OCTUBRE	UNCARIA
30 OCTUBRE	UNCACIA
1 OCTUBRE	SAN MIGUEL
25 OCTUBRE	CHIVARAQUIA
4 OCTUBRE	CALAFITAS II
24 OCTUBRE	CALAFITAS I

Tabla 3. *Fechas de concertaciones*

5.1.3 Compromisos de las partes.

Luego de las socializaciones realizadas con los diferentes entes territoriales y representantes de las comunidades afrodescendientes e indígenas, se elabora un cronograma de actividades teniendo en cuenta las dinámicas propias de cada

comunidad, sus usos y costumbres, así como las sugerencias de sus autoridades y líderes comunitarios.

Con el fin de asegurar una comunicación efectiva y una adecuada coordinación interinstitucional, se recopilan los datos de contacto (números telefónicos, correos electrónicos y otros medios disponibles) de los representantes comunitarios y actores clave, lo cual facilita la articulación permanente y la notificación oportuna de cualquier ajuste al cronograma o la necesidad de reprogramar actividades.

De acuerdo con las funciones y competencias de cada entidad involucrada en el proceso, se garantizará el acompañamiento a la población que lo requiera, el cual se realizará de manera articulada y coordinada entre todos los actores institucionales y comunitarios, con el propósito de asegurar la continuidad de las acciones, el respeto por el enfoque diferencial y el bienestar integral de las comunidades participantes.

5.1.1. Cronograma de las intervenciones en las comunidades afrodescendientes e indígenas

CRONOGRAMA AFRODESCENDIENTES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ENTORNO COMUNITARIO COMUNIDAD AFROS Y U'VA

PROYECTO: IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

FECHA / ACTIVIDAD	05/08/2025	12/08/2025	13/08/2025	14/08/2025	24/08/2025	25/08/2025	26/08/2025	27/08/2025	28/08/2025	29/08/2025	30/08/2025	31/08/2025	01/09/2025	02/09/2025	03/09/2025	04/09/2025	05/09/2025	06/09/2025	07/09/2025	08/09/2025	09/09/2025	10/09/2025	11/09/2025	12/09/2025	13/09/2025
Reunion presentación equipo PIC a los gobernadores de las comunidades	×																								
Socialización con los gobernadores y encargados	×																								
Concertación y socialización con las comunidades AFRODESCENDIENTES Y KICHWAS	×																								
Implementación del Plan de Intervenciónes colectivas con la comunidad COCOSAR		×																							
Encuentro N. 1		×																							
Encuentro N. 2 Implementación de capacitaciones educativas			×																						
Encuentro N. 3 Cierre del Proyecto PIC				×																					
Implementación del Plan de Intervenciónes colectivas con la comunidad COCOPAL							×																		
Encuentro N. 2 Implementación de capacitaciones educativas								×																	
Encuentro N. 3 Cierre del									×																
Implementación del Plan de Intervenciónes colectivas con la comunidad PUERTO CONTRERAS					×																				
Encuentro N. 1					×																				
Encuentro N. 2 Implementación de capacitaciones educativas						×																			
Encuentro N. 3 Cierre del							×																		

Página 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ENTORNO COMUNITARIO COMUNIDAD AFROS Y U'WA

PROYECTO: IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LOS RIESGOS EN SALUD, CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, ARAUCA".

Página 1

FECHA / ACTIVIDAD	05/08/025	12/08/2025	13/08/2025	14/08/2025	20/08/2025	21/08/2025	22/08/2025	26/08/2025	27/08/2025	28/08/2025	04/09/2025	05/09/2025	06/09/2025	09/09/2025	10/09/2025	11/09/2025	24/09/2025	25/09/2025	26/09/2025	27/09/2025	28/09/2025	29/09/2025	30/09/2025
Implementación del Plan de Intervenciónes colectivas con la comunidad ASOJAFSA											x												
Encuentro N. 1											x												
Encuentro N. 2 Implementación de capacitaciones educativas												x											
Encuentro N. 3 Cierre del													x										
Implementación del Plan de Intervenciónes colectivas con la comunidad ASOVICAFROS														x									
Encuentro N. 1														x									
Encuentro N. 2 Implementación de capacitaciones educativas															x								
Encuentro N. 3 Cierre del																x							
Implementación del Plan de Intervenciónes colectivas con la comunidad KICHAVAS																	x						
Encuentro N. 1																	x						
Encuentro N. 2 Implementación de capacitaciones educativas																		x					
Encuentro N. 3 Cierre del																			x				

Página 2

CRONOGRAMA COMUNIDADES INDIGENAS

Página 1

FECHA / ACTIVIDAD	01/08/2025	04/08/2025	15/08/2025	19/08/2025	19/08/2025	27/08/2025	28/08/2025	29/08/2025	30/08/2025	01/09/2025	04/09/2025	08/09/2025	09/09/2025	10/09/2025	11/09/2025	12/09/2025	19/09/2025	19/09/2025	23/09/2025	24/09/2025	27/09/2025	01/10/2025	02/10/2025	08/10/2025	10/10/2025	11/10/2025	13/10/2025
Reunion presentación equipo PIC a los gobernadores de las comunidades	x																										
Socialización acuerdos previamente establecidos para definición de actividades y cronograma con los gobernadores y encargados		x																									
Concertación y socialización con las comunidades			x																								
Implementación del Plan de Intervenciónes colectivas con la comunidad UNCARIA				x																							
Encuentro N. 1				x																							
Encuentro N. 2 Implementación de capacitaciones educativas							x																				
Encuentro N. 3 Cierre del Proyecto PIC											x																
Implementación del Plan de Intervenciónes colectivas con la comunidad CALAFITAS I					x																						
Encuentro N. 1					x																						
Encuentro N. 2 Implementación de capacitaciones educativas						x																					
Encuentro N. 3 Cierre del Proyecto													x														
Implementación del Plan de Intervenciónes colectivas con la comunidad PLAYAS DEL BOJABA									x																		
Encuentro N. 1									x																		
Encuentro N. 2 Implementación de capacitaciones educativas															x												
Encuentro N. 3 Cierre del Proyecto																x											

FECHA / ACTIVIDAD	01/10/2025	06/10/2025	10/10/2025	15/10/2025	16/10/2025	27/10/2025	28/10/2025	29/10/2025	30/10/2025	01/11/2025	05/11/2025	06/11/2025	07/11/2025	11/11/2025	12/11/2025	13/11/2025	19/11/2025	20/11/2025	21/11/2025	27/11/2025	01/12/2025	03/12/2025	05/12/2025	10/12/2025	11/12/2025	12/12/2025
Implementación del Plan de Intervenciónes colectivas con la comunidad CALAFITAS II										×																
Encuentro N. 1										×																
Encuentro N. 2 Implementación de capacitaciones educativas														×												
Encuentro N. 3 Cierre del Proyecto																				×						
Implementación del Plan de Intervenciónes colectivas con la comunidad SAN MIGUEL															×											
Encuentro N. 1															×											
Encuentro N. 2 Implementación de capacitaciones educativas																	×									
Encuentro N. 3 Cierre del Proyecto																					×					
Implementación del Plan de Intervenciónes colectivas con la comunidad CHIVARAQUIA BAJA								×																		
Encuentro N. 1								×																		
Encuentro N. 2 Implementación de capacitaciones educativas												×														
Encuentro N. 3 Cierre del Proyecto																						×				
Implementación del Plan de Intervenciónes colectivas con la comunidad CHIVARAQUIA ALTA																							×			
Encuentro N. 1																							×			
Encuentro N. 2 Implementación de capacitaciones educativas																								×		
Encuentro N. 3 Cierre del Proyecto																									×	
Entrega de papeleria fisica																										×
Entrega de formatos digitales																										×

Página 2

De acuerdo con el cronograma de actividades establecido para las comunidades afrodescendientes e indígenas desde el inicio del componente 3, se ha organizado la ejecución del plan de intervenciones colectivas en alineación con las actividades comunitarias previamente planificadas, con el fin de garantizar que las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) se desarrollen de manera fluida y sin afectar el normal funcionamiento de las actividades de las comunidades.

Las actividades se distribuyen de forma estratégica, para asegurar la máxima participación de cada comunidad. Además, se ha establecido una comunicación continua entre los actores involucrados, lo que permite realizar ajustes en caso de cambios imprevistos o la necesidad de aplazamientos, sin comprometer la efectividad de las acciones.

Para las intervenciones del entorno indígena el cronograma de actividades sufrió modificaciones por diferentes factores, como condiciones climáticas que impedían el paso por alguno afluentes y otros programas dentro del territorio que se cruzaban con las actividades programadas que no fueron mencionadas en el momento se las socializaciones.

5.2 Población objeto

El plan de intervenciones colectivas beneficio de manera directa a un mínimo de 390 personas de las comunidades afrodescendientes e indígenas priorizadas del municipio de Saravena.

a continuación, se relaciona el número de participantes por comunidad que participaron de las intervenciones.

INSTITUCIONES	# DE PARTICIPANTES
COCOSAR	31
AFROS PUERTO CONTRERAS	31
COCOPAL	37
ASOJAFSA	30
ASOVICAFROS	31
KICHWA	30
UNCARIA	31
CALAFITAS 1	31
PLAYAS DEL BOJABA	30
CALAFITAS 2	32
CHIVARAQUIA BAJA	30
SAN MIGUEL	42
CHIVARAQUIA ALTA	30
TOTAL	**414**

5.3 Herramientas de recolección de datos

La metodología desarrollada para la recolección de datos fue diseñada con un enfoque integral y estructurado, orientado a atender las necesidades específicas de la población objetivo. Para ello, se implementaron herramientas técnicas validadas que garantizaron la calidad y consistencia de las acciones realizadas. Estos formatos, esenciales en el proceso, fueron previamente aprobados por el ente territorial mediante un certificado, asegurando su conformidad con los estándares establecidos. A continuación, se detallan los instrumentos clave y los materiales que respaldaron su aplicación:

- **Formato de Enfoque Diferencial:** Este instrumento permitió realizar un análisis detallado de las características particulares de los diferentes grupos poblacionales, considerando variables como edad, género, etnia y condiciones socioeconómicas. Su objetivo principal fue adaptar las estrategias de atención para brindar respuestas efectivas y personalizadas, promoviendo una atención integral con respeto a las diferencias culturales y sociales, se aplica en la primera sesión.
- **Formato de canalización:** Diseñado para evaluar las necesidades de salud específicas de los usuarios, este formato facilitó la derivación oportuna a servicios especializados. Basado en un análisis de los riesgos y las características del grupo etario de cada individuo, contribuyó a garantizar un acceso adecuado y eficiente a los servicios de salud pertinentes.
- **Formato de Plan de Cuidado:** Este formato fue fundamental para estructurar y coordinar la prestación de cuidados en áreas como enfermería y psicología. Estuvo orientado hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, y la recuperación de los pacientes, con especial énfasis en reducir riesgos de discapacidades. Incluyó acciones concretas de intervención y seguimiento que aseguraron la continuidad del cuidado brindado.

- **FORMATO DE ASISTENCIA:** Es un formato que permite a la institución visualizar la participación, asistencia y focalización en este caso determinante para el desarrollo de las actividades siguientes al proyecto.
- **PRE- TEST:** Se realiza antes de que comience un programa o evento, y consiste en un conjunto de preguntas que determinan el nivel de conocimiento de los participantes.
- **POST-TEST:** Se realiza después de que finaliza un programa o evento, y consiste en un conjunto de preguntas similares o de dificultad comparable a las del pretest.

Un pretest y un post-test se formulan para evaluar el efecto de la intervención del proyecto plan de intervenciones colectivas PIC; en el conocimiento, habilidades o actitudes de los participantes en relación a la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos en salud correspondientes al plan de intervenciones colectivas.

El pretest se administra antes de la intervención y sirve para:

1. Establecer una línea base: Conocer el nivel inicial de conocimientos o habilidades de los participantes.

2. Identificar áreas de mejora: Detectar las brechas en el conocimiento o habilidades que la intervención debe abordar.

El post-test se administra después de la intervención y sirve para:

1. Evaluar el impacto: Medir el cambio en el conocimiento, habilidades o actitudes de los participantes después de la intervención.

2. Determinar la efectividad: Establecer si la intervención logró sus objetivos y si los participantes alcanzaron los niveles deseados de conocimiento o habilidades.

Al comparar los resultados del pretest y el post-test, se puede determinar si la intervención fue efectiva y si los participantes mejoraron significativamente en las áreas

objetivo. Esto por medio del ajuste realizado en el post test y mejorar la intervención para futuras implementaciones.

Para garantizar el éxito en la ejecución de las actividades y facilitar la interacción con los beneficiarios, se emplearon diversos materiales técnicos y de apoyo, entre ellos:

- Instrumentos de registro: Formatos para el enfoque diferencial, canalización, caracterización y plan de cuidado.
- Papelería básica: Carnets, marcadores, lapiceros y lápices, necesarios para documentar y organizar la información recolectada.
- Identificación del equipo: Chalecos distintivos de misión médica, que permitieron una adecuada identificación de los profesionales, promoviendo confianza y cercanía con la población atendida.
- Equipos médicos: Báscula digital y tallímetro, utilizados para realizar mediciones precisas durante las intervenciones.

5.4 Desarrollo de las intervenciones:

Para el desarrollo de las actividades en el entorno étnico de Saravena se estructuró en tres momentos clave, diseñados para garantizar una intervención progresiva y adaptada a las necesidades de las comunidades afrodescendientes e indígenas A continuación, se detallan las actividades realizadas en cada una de las intervenciones:

5.4.1 Primera intervención:

Durante la primera sesión, se realizó una introducción general al programa del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), en la que se explicó el alcance de las temáticas a trabajar y se presentó al equipo profesional encargado.
Posteriormente, se ejecutaron las siguientes actividades:

- Recolección de datos mediante el Formato de Enfoque Diferencial y la ficha de caracterización, lo que permitió identificar las particularidades de los estudiantes.
- Toma de medidas antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal), con el objetivo de evaluar riesgos relacionados con la salud física. La evaluación antropométrica, que abarca la medición de peso, talla e índice de masa corporal (IMC), tiene como finalidad identificar riesgos asociados con la salud física clasificando los resultados conforme a los parámetros establecidos en la Resolución 2465 de 2016, aplicable al grupo etario de 5 a 17 años.

5.4.2 **Segunda intervención:**

En esta etapa, el equipo profesional se enfocó en la intervención educativa basada en las necesidades detectadas en la caracterización inicial. Las sesiones abordaron una amplia gama de temas de interés, enfocados en el bienestar integral de los estudiantes:

- Salud sexual y reproductiva: Planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, higiene genital y derechos sexuales y reproductivos.
- Vacunación: Información y promoción sobre esquemas de vacunación según la edad.
- Prevención de violencia: Intrafamiliar, de género, y violencia sexual; identificación de causas, tipos y estrategias preventivas.
- Prevención del suicidio: Factores protectores y rutas de atención en salud mental.
- Consumo de sustancias: Alcohol y sustancias psicoactivas; estrategias para fomentar estilos de vida libres de adicciones.
- Proyecto de vida y valores: Fortalecimiento de la autoestima, respeto, convivencia social y familiar.
- Higiene y autocuidado: Educación sobre hábitos de higiene personal y prevención de abusos sexuales.

- Nutrición y hábitos saludables: Etiquetado nutricional y estilos de vida enfocados en la salud integral.
- Ley 2081 de 2021: Sensibilización sobre la imprescriptibilidad de los delitos sexuales contra menores, promoviendo la protección de los derechos de los jóvenes.
- Hábitos y estilos de vida saludable: entrenamiento aeróbico y anaeróbico, entrenamiento pliométrico, técnicas de ejercicio.
- Se realiza registro de asistencia.

5.4.3 **Tercera intervención:**

El cierre de las actividades consistió en una jornada lúdica y recreativa, liderada por el equipo educativo. Este encuentro, con una duración de cuatro horas, buscó aplicar de manera práctica y vivencial las temáticas trabajadas en sesiones previas. Las actividades incluyeron:

- Bailo terapia: Promoviendo actividad física y hábitos saludables.
- Juegos inclusivos: Dinámicas diseñadas para integrar a todos los estudiantes sin discriminación, reforzando valores como el respeto y la empatía.
- Ejercicios físicos: Orientados a fomentar estilos de vida saludables y la práctica del deporte como un hábito diario.
- Actividades enfocadas en gestión de emociones y autoestima: mindfulness grupal por medio de la participación en percusión corporal.
- Se realiza registro de asistencia y diligenciamiento de cada participante del post test.
- Se realiza registro de asistencia.

Esta metodología progresiva no solo permitió abordar temas críticos para el bienestar de los estudiantes, sino que también fomentó su participación activa, garantizando un aprendizaje significativo y la construcción de herramientas prácticas para su desarrollo integral.

5.5 ANALISIS DE CICLO VITAL

8.1.1 CICLO VITAL

DESCRIPCION	CANT	GENERO			ZONA		ASEGURAMIENTO				POBLACIÓN VENEZOLANA	ETNIA					
												INDIGENAS		AFROCOLOMBIANOS		OTROS	
		F	M	OTRO	URBANO	RURAL	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	REGIMEN ESPECIAL	SIN EPS		URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL
Primera Infancia (0-5 años)	58	32	26	0	13	45	3	55	0	0	0	0	44	10	2	3	0
Infancia (6-11 años)	71	40	31	0	10	61	2	69	0	0	1	0	45	5	16	5	0
Adolescencia (12-17 años)	57	32	25	0	13	44	4	53	0	0	1	0	28	9	16	4	0
Juventud (18-28 años)	79	51	28	0	21	58	6	73	0	0	0	0	45	20	13	1	0
Adulto (29 - 59 años)	123	85	38	0	28	95	13	110	0	0	5	0	56	10	39	17	0
Adulto Mayor (60 a mas)	26	14	12	0	3	23	0	26	0	0	0	0	8	3	16	0	0
TOTAL	414	414			414		414				7	415					

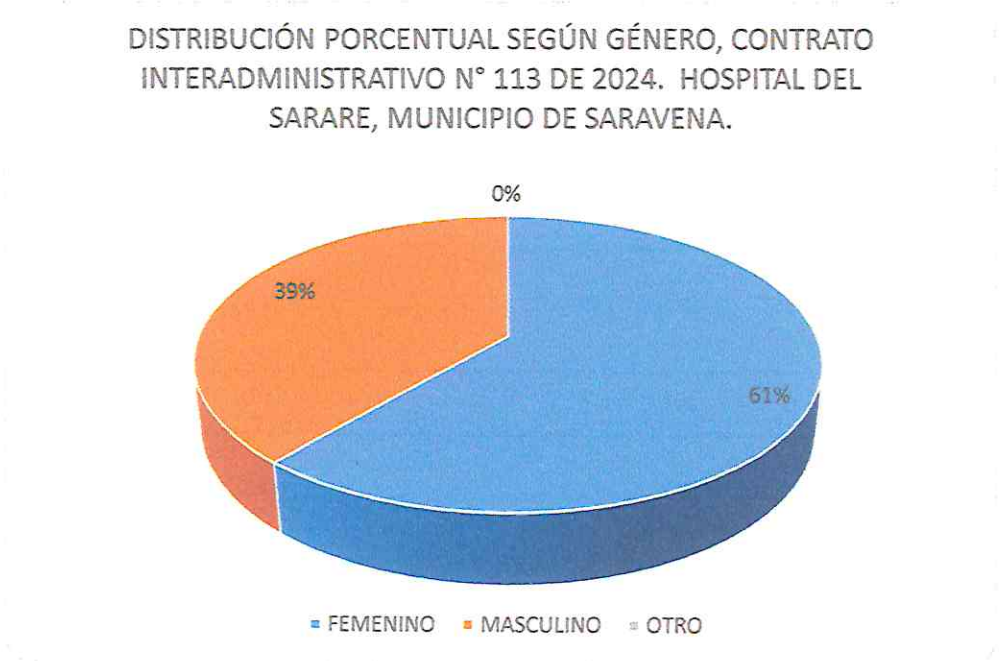
VICTIMAS		DISCAPACITADOS						
DESPLAZADOS	OTRO	MENTAL	COGNITIVA	AUDITIVA	VISUAL	FISICA	MULTIPLE	NINGUNA
1	11	0	0	0	0	0	0	18
9	16	0	1	0	0	0	0	30
12	13	0	0	0	0	0	0	27
10	3	0	2	0	0	0	0	16
29	37	0	0	0	0	0	0	77
6	13	0	0	0	0	1	0	19
160		191						

El análisis integral del ciclo vital se evidencia que este grupo está compuesto por 254 mujeres y 160hombres, lo que pone en evidencia una mayoría femenina, en cuanto al aseguramiento en salud, el análisis muestra que la mayoría de los participantes (386) están vinculados al régimen subsidiado y 28 son del régimen contributivo.

La composición étnica del grupo es de 159 personas afrocolombianas y 226 personas indígenas, y 30 personas relacionados en el ítem otros que corresponde a la comunidad Kichwa.

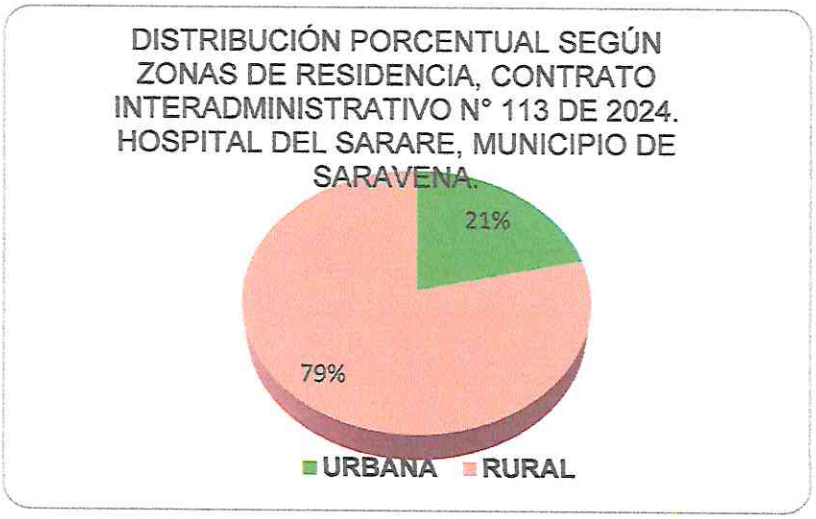
Por otro lado, se registraron 2 personas víctimas del conflicto armado, además no se evidencia personas con discapacidad.

5.5.1 Análisis según genero



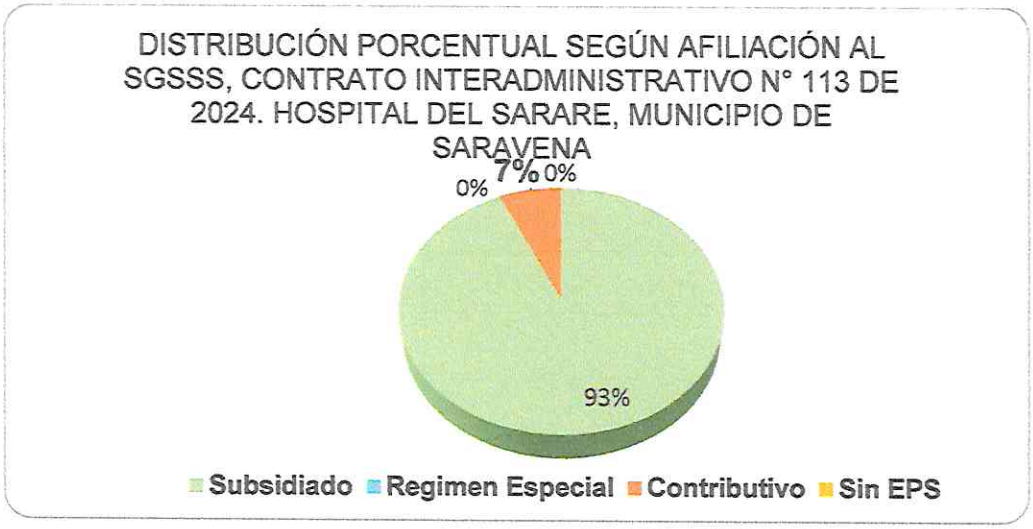
En la gráfica de distribución porcentual según género, se observa que el 61 % de la población étnica atendida por PIC corresponde al género femenino, mientras que el 39 % corresponde al género femenino, no registrándose participación en la categoría "otro" durante las jornadas.

5.5.2 Análisis según zona residencial



La gráfica evidencia que el 79% de la población perteneciente a comunidades étnicas atendida reside en zona rural, mientras que el 21% corresponde a población ubicada en zona urbana. Esta distribución refleja claramente que la mayor concentración de comunidades afrodescendientes e indígenas del municipio de Saravena se encuentra en áreas rurales, muchas de ellas con condiciones de dispersión geográfica y barreras de acceso a los servicios de salud.

5.5.2 Análisis según afiliación

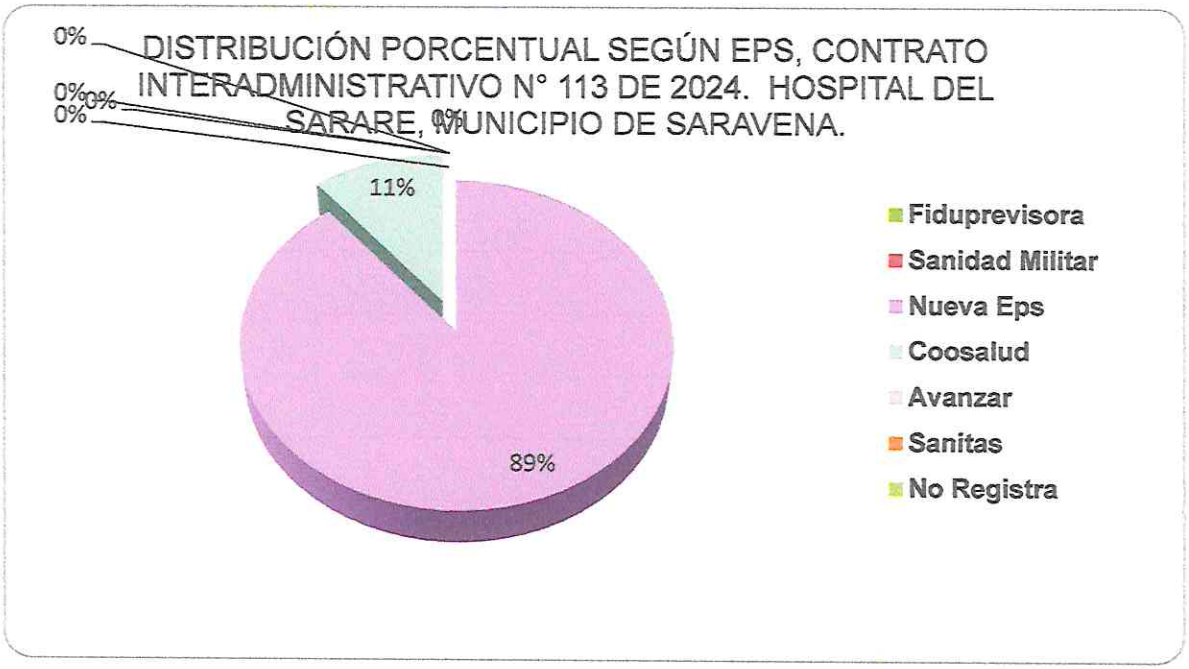


En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la gráfica muestra que el 93 % de la población pertenece al régimen subsidiado, lo cual confirma la condición de vulnerabilidad socioeconómica de las comunidades étnicas atendidas. Este dato es coherente con las características estructurales de estos grupos poblacionales, que históricamente enfrentan limitaciones en acceso a empleo formal, ingresos estables y protección social contributiva.

El 7 % restante corresponde al régimen contributivo, lo que indica la existencia de un grupo minoritario con algún tipo de vinculación laboral formal o capacidad de pago. No obstante, esta proporción es baja y no modifica la tendencia general de predominio del régimen subsidiado.

Cabe resaltar que no se registran personas afiliadas a regímenes especiales ni población sin EPS, lo que representa un aspecto positivo desde el punto de vista de cobertura, ya que la totalidad de la población caracterizada cuenta con algún tipo de afiliación al sistema de salud, facilitando la implementación de acciones de promoción, prevención y atención en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas.

5.5.4 Análisis según tipo de EPS



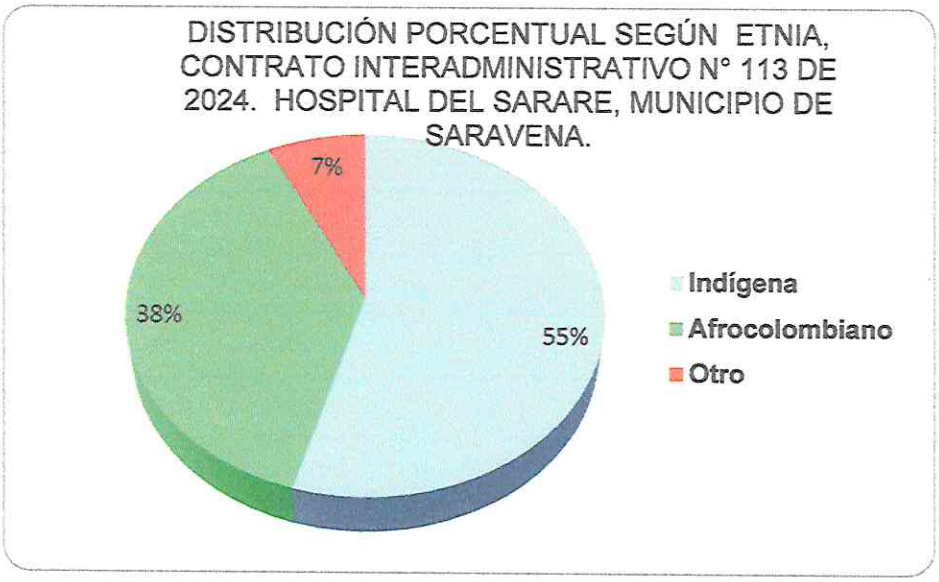
La gráfica de distribución porcentual según EPS evidencia una alta concentración de la población étnica afiliada a una sola entidad promotora de salud, donde Nueva EPS agrupa el 89 % de las personas participantes. Este resultado refleja una dependencia marcada de una EPS dominante, situación frecuente en comunidades étnicas ubicadas en zonas rurales o de difícil acceso, donde la oferta institucional es limitada y la afiliación se canaliza principalmente a través de un único operador.

Por su parte, Coosalud representa el 11 % de la población, constituyéndose como la única EPS adicional con presencia efectiva en el territorio. Las demás entidades

(Fiduprevisora, Sanidad Militar, Avanzar, Sanitas y la categoría "No registra") presentan un 0 % de participación, lo que indica ausencia total de afiliación o prestación de servicios a través de estas EPS dentro de la comunidad caracterizada.

Este comportamiento sugiere una baja diversificación en la afiliación al sistema de aseguramiento en salud, lo cual puede generar riesgos operativos ante posibles fallas en la prestación del servicio por parte de la EPS predominante, así como barreras en la continuidad, oportunidad y calidad de la atención en salud para la población étnica.

5.5.5 Análisis según etnia

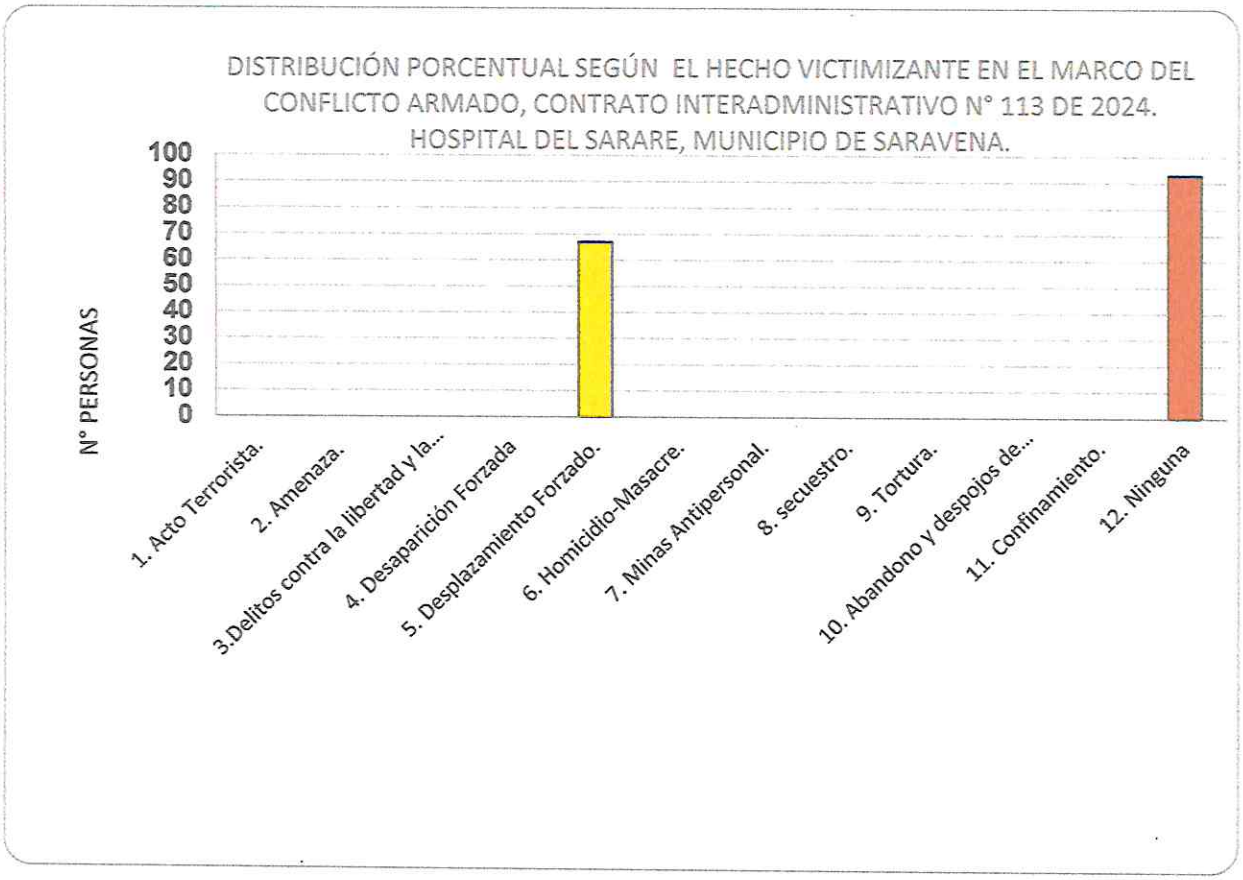


La gráfica de distribución porcentual según etnia muestra que el 55 % de la población pertenece a comunidades indígenas, constituyéndose como el grupo mayoritario dentro de la población caracterizada. Este resultado confirma la alta presencia de pueblos indígenas en el territorio y resalta la importancia de implementar acciones de salud con enfoque intercultural, respetando los saberes propios, prácticas tradicionales y formas organizativas de estas comunidades.

El 38 % de la población se reconoce como afrocolombiana, lo que evidencia una participación significativa de este grupo étnico en las acciones desarrolladas, y reafirma la necesidad de incorporar un enfoque diferencial étnico-racial que responda a sus condiciones históricas de exclusión y vulnerabilidad social.

Finalmente, el 7 % corresponde a la categoría "Otro", lo cual puede incluir población mestiza u otras formas de autoidentificación étnica presentes en el territorio. Aunque representa un porcentaje menor, este grupo también debe ser considerado en la planificación de las intervenciones, garantizando equidad en el acceso a los servicios.

5.5.6 Análisis según hecho victimizante



La gráfica evidencia que la mayoría de la población caracterizada no se reconoce como víctima directa de hechos victimizantes en el marco del conflicto armado,

concentrándose la categoría "Ninguna" con el mayor número de registros. Este resultado sugiere que, si bien las comunidades étnicas habitan territorios históricamente afectados por el conflicto, una proporción significativa no reporta hechos victimizantes de manera individual, lo cual puede estar asociado a procesos de subregistro, normalización del conflicto o barreras socioculturales para el reconocimiento como víctimas.

No obstante, se identifica un grupo relevante de personas que reporta desplazamiento forzado, siendo este el único hecho victimizante con presencia significativa dentro de la población analizada. Este hallazgo es consistente con la realidad territorial del municipio de Saravena y del departamento de Arauca, donde el desplazamiento ha sido uno de los principales impactos del conflicto armado sobre comunidades étnicas, afectando de manera directa sus dinámicas sociales, culturales, económicas y de acceso a servicios básicos, incluida la salud.

Las demás categorías de hechos victimizante (acto terrorista, amenaza, desaparición forzada, homicidio, minas antipersona, secuestro, tortura, abandono y despojo de tierras, confinamiento, entre otros) no presentan registros, lo que refuerza la necesidad de interpretar la información desde un enfoque diferencial, reconociendo posibles limitaciones en la identificación y reporte de estos eventos.

6. Logros

se logró la atención integral en salud a población perteneciente a comunidades étnicas, garantizando la inclusión efectiva de grupos indígenas y afrocolombianos, lo que permitió avanzar en la reducción de brechas históricas de acceso a los servicios de salud en el territorio.

Se fortaleció la cobertura de atención en salud para población afiliada mayoritariamente al régimen subsidiado, asegurando el acceso a acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en coherencia con las

condiciones de vulnerabilidad socioeconómica identificadas en las comunidades atendidas.

Se consolidó la articulación interinstitucional con las EPS presentes en el territorio, especialmente con la EPS de mayor cobertura, facilitando la canalización de la población étnica hacia los servicios de salud y mejorando la oportunidad en la atención, seguimiento y remisión de los casos identificados durante las jornadas.

Se implementaron acciones de salud con enfoque diferencial e intercultural, respetando los saberes propios, prácticas culturales y formas organizativas de las comunidades indígenas y afrocolombianas, lo que favoreció la aceptación comunitaria, la participación activa y la confianza en los procesos institucionales de salud.

7. CONCLUSIONES

El Plan de Intervenciones Colectivas permitió fortalecer el acceso efectivo a los servicios de salud de las comunidades étnicas, principalmente indígenas y afrocolombianas, garantizando la inclusión de población históricamente vulnerable y contribuyendo a la reducción de barreras geográficas, administrativas y socioculturales presentes en el territorio.

La implementación del PIC evidenció la importancia del enfoque diferencial e intercultural como eje transversal de las acciones en salud, ya que facilitó el reconocimiento de los saberes propios, prácticas tradicionales y dinámicas comunitarias, favoreciendo la aceptación, participación y apropiación de las intervenciones por parte de las comunidades.

Asimismo, se fortalecieron las capacidades comunitarias en autocuidado, prevención y uso adecuado de los servicios de salud, lo que contribuye a la sostenibilidad de las acciones del PIC y al empoderamiento de las comunidades étnicas como actores activos en la gestión de su salud.

Finalmente, el desarrollo del PIC en el entorno étnico reafirma la necesidad de dar continuidad a las intervenciones con enfoque territorial y diferencial, garantizando la asignación de recursos, la permanencia del talento humano y la adaptación permanente de las estrategias de salud a las realidades culturales, sociales y territoriales de las comunidades atendidas.

Atentamente,

Ximena A. Herrera C.
TP 207371
Psicología

XIMENA ANDREA HERRERA CALDERON
Coordinadora Plan de Intervenciones Colectivas 2025
Hospital del Sarare E.S.E.