ESTUDIOS PREVIOS

ANALISIS DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD

"CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA LA EJECUCION DEL PLAN DE ACCION EN SALUD PAS, COMPONENTE OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES COAI PLAN DE INTERVENCIOENS COLECTIVAS (PIC) 2026¨

Enero 2026

1. Tabla de contenido

1. Tabla de contenido 2
2. INFORMACIÓN GENERAL 4
3. NECESIDAD QUE SE PRETENDE SATISFACER CON EL PROCESO DE CONTRATACIÓN 7
4. FINALIDADES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN LA SALUD PÚBLICA 9
5. CONCEPTOS CLAVE RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA 10
6. CONSIDERACIONES DEL RESUMEN DEL ASIS 2025 11
7. Núcleos de Inequidad identificados 15
8. COMPONENTES ESTRATEGICOS A DESARROLLAR POR PROGRAMAS DE SALUD 17
9. PROGRMAS CONTEMPLADOS EN AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 23
10. EQUIPOS BASICOS CONTEMPLADOS EN EL PIC COMO COMPLEMENTARIEDAD A LAS ACCIONES DEL POS 36
11. CONSIDERACIONES Y METAS CONTENIDAS EN NUESTRO PLAN TERRITORIAL DE SALUD 46
12. GASTOS DE LA SUBCUENTA DE SALUD PÚBLICA COLECTIVA. 58
13. OBJETO. 60
14. EJECUCION DEL OBJETO CONTRACTUAL 60
15. MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA Y FUNDAMENTOS JURÍDICOS 61
16. ANALISIS Y SOPORTE TÉCNICO DEL VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO 62
17. ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR COMPONENTES: 62
18. IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL 83
19. PLAN DE COMPRAS 84
20. IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL 84
21. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN 84
22. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA OFERTA MÁS FAVORABLE. 84
23. IDONEIDAD Y EXPERIENCIA REQUERIDA 85
24. EXPERIENCIA RELACIONADA E IDONEIDAD 86
25. CONDICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS DE LA OFERTA: 87
26. ESTUDIO DEL SECTOR 87
27. TIPIFICACIÓN, ESTIMACION Y ASIGNACIÓN DE RIESGOS PREVISIBLES INVOLUCRADOS EN LA CONTRATACIÓN 88

28. ANÁLISIS QUE SUSTENTA LA EXIGENCIA DE LAS GARANTÍAS 88
29. ACUERDOS COMERCIALES..... 89
30. CONCEPTO DE FAVORABILIDAD. 89
31. COMUNICACIONES Y LUGAR DE CONSULTA DE LOS DOCUMENTOS. 90

@alcaldiadeplato
891780051 - 4
Cra 12 con calle 4, Plato, Mag.
www.plato-magdalena.gov.co
contactenos@plato-magdalena.gov.co

ESTUDIOS PREVIOS I CONVENIENICA Y OPORTUNIDAD DE LA CONTRATACION

MODALIDAD CONTRATACIÓN DIRECTA

ENTIDAD TERRITORIAL: **MUNICIPIO DE PLATO MAGDALENA**

FECHA: **Enero 23 de 2026.**

FUNDAMENTOS DE LEY: En cumplimiento de lo establecido en los numerales 7 y 12 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993, en concordancia con el artículo 8 de la Ley 1150 de 2007, artículo 2.2.1.2.1.4.1 y siguientes del Decreto 1082 de 2015, se procede a dejar constancia de los Estudios Previos para adelantar un **PROCESO DE SELECCIÓN DE CONTRATACIÓN DIRECTA EN LA MODALIDAD DE CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES CONTEMPLADAS EN SALUD PUBLICA DE LA PRSENTE VIGENCIA 2026 ,** en los siguientes términos:

2. INFORMACIÓN GENERAL

CONSTANCIA DEL ANÁLISIS REALIZADO, PARA CONOCER EL SECTOR RELATIVO AL OBJETO DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN. **(Artículo 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto 1082/2015).**

El Artículo 2.2.1.1.1.6.1 del Decreto 1082 de 2015, indica que la Entidad Estatal debe hacer, durante la etapa de planeación, el análisis necesario para conocer el sector relativo al objeto del Proceso de Contratación desde la perspectiva legal, comercial, financiera, organizacional, técnica, y de análisis de Riesgo. La Entidad Estatal debe dejar constancia de este análisis en los Documentos del Proceso.

PERSPECTIVA LEGAL: El presente proceso de contratación desde el punto de vista legal, se encuentra sujeto en lo que hace a los aspectos sustanciales a las disposiciones vigentes de las Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y Resoluciones 1841 de 2013 y Resolución 518 de fecha 24 de febrero de 2015. Por su aparte y desde el punto de vista procedimental en las disposiciones de las Leyes 80 de 1993, 1150 de 2007 y 1474 de 201; Decreto Ley 019 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1082 de 2015.

La Resolución 1597 de 2025 establece un nuevo marco para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, integrando de manera definitiva la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones

Colectivas (PIC) bajo los principios del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)

PERSPECTIVA COMERCIAL. Desde el punto de vista comercial, existentes disposiciones superiores que Establecen que la contratación de gestión se debe hacer concomitantemente cada año y se asignan recursos del sistema general de participaciones u otras fuentes de financiación, para complementar las acciones de salud pública de la vigencia.

PERSPECTIVA FINANCIERA. El marco Constitucional y legal que consagra la planeación en los organismos del Estado, obliga a los servidores públicos a someter la contratación pública a requisitos que permitan el adecuado manejo del gasto público, y de otro lado, la satisfacción de las necesidades públicas y con ello el adecuado funcionamiento de los servicios públicos inmersos dentro de la Administración Estatal.

Es por ello que municipio de Plato Magdalena por medio del presente documento, realiza el siguiente estudio de conveniencia y oportunidad de conformidad con lo señalado en el artículo 25 numerales 7 y 12 de la ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y el artículo 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto 1082 de 2015, la Resolución 518 de 2015 y Resolución 295 del año 2024 demás normas concordantes, con el fin de adelantar el procedimiento respectivo, teniendo en cuenta el objeto, la cuantía y demás condiciones requeridas, y que se especifican a continuación.

La gestión de la salud pública es un conjunto de procesos que, bajo la dirección y liderazgo de la autoridad sanitaria, buscan que todos los actores del Sistema de Salud logren resultados en salud, mediante el desarrollo e implementación efectiva y eficiente de las políticas, planes, programas y estrategias de promoción de la salud y gestión del riesgo en salud en el marco de las competencias de cada uno de ellos. Para alcanzar este propósito, es necesario que la Autoridad Sanitaria desarrolle capacidades para el liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas entre todos los actores presentes en su territorio; es decir, construir gobernanza en salud. En este sentido y en cumplimiento de lo dispuesto en el parágrafo del artículo 5 de la Resolución 518 de 2015, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública, sus competencias y responsabilidades, implementen los procesos de Gestión de la Salud Pública necesarios para la adecuada implementación, monitoreo y evaluación de las políticas, planes, programas y estrategias de salud pública y lograr resultados en salud.

Procesos Transversales de la Gestión en Salud Pública: La Resolución 1597 de 2025define procesos clave que las entidades territoriales deben liderar:

Planeación Integral: Orientada a la formulación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud bajo principios de derecho fundamental a la salud.

Gestión del Conocimiento: Integración de fuentes cualitativas y cuantitativas para comprender las necesidades particulares de cada territorio.

Cuidado Integral: Proceso ordenador que integra el aseguramiento, el acceso efectivo y la calidad de los servicios a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Coordinación Transectorial: Vinculación obligatoria entre el sector salud y otros sectores para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.

Definiciones Estratégicas y Operativas

Equipos Básicos de Salud: Se consolidan como estructuras interdisciplinarias para brindar servicios esenciales de salud directamente en la comunidad. Su financiación y constitución deben ser adaptadas a las necesidades específicas de la población.

Determinantes Sociales: Se refuerza la obligación de intervenir factores sociales, económicos, ambientales y culturales que determinan la aparición de enfermedades.

Salud Familiar y Comunitaria: Proceso de interacción dinámica entre los miembros de la familia y su entorno para afrontar eventos del curso de vida.

Finalidades de la Gestión Territorial
Fortalecer la gobernanza y gobernabilidad en salud a nivel local.

Garantizar el cuidado integral en el contexto de redes de base territorial.

Promover condiciones de empleo y trabajo digno para el personal de salud mediante planes de formación y educación continua.

Impactar positivamente en los determinantes relacionados con el cambio climático y la paz.

3. NECESIDAD QUE SE PRETENDE SATISFACER CON EL PROCESO DE CONTRATACIÓN

El municipio de Plato Magdalena es un ente territorial que desempeña las funciones otorgadas por la Constitución y las leyes, con la misión de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes, a través del cumplimiento de los fines esenciales del Estado. Dentro de dicho contexto, corresponde al municipio, el ejercicio de las competencias en materia de salud pública.

Por su parte, de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política modificado por el Acto Legislativo 02 de 2009, la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado; así mismo, la Carta garantiza a todas las personas, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y establece que le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental y establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares en los términos y condiciones señalados en la ley.

La gestión en salud pública es un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo orientado a que las estrategias, procedimientos e intervenciones de salud pública se realicen de manera coordinada y organizada entre los diferentes actores del SGSSS, otros sectores del gobierno y las organizaciones sociales y privadas, a fin de alcanzar los resultados en salud.

Para el desarrollo de las estrategias y la consecución de los resultados del Plan Decenal de Salud Pública el Municipio de Plato Magdalena, como otros actores del Sistema de Salud adelantaran sus propios procesos de planeación. Lo cual se concreta en el Plan Territorial de Salud, el cual se formula c5, en el Análisis de Situación de Salud basados en la participativa ion de las comunidad, a partir de los cuales El Municipio de Plato Magdalena: a. Analiza la situación de salud de la población de su territorio; b. la contextualiza; c. prioriza; d. define las estrategias que aborden las situaciones identificadas; e. define los recursos, resultados y productos a alcanzar; y f. elabora el Plan de Acción en Salud, donde se precisan los productos, actividades, recursos y responsables a ejecutar en cada anualidad.

Es por ello que municipio de Plato Magdalena por medio del presente documento, realiza el siguiente estudio de conveniencia y oportunidad de conformidad con lo señalado en el artículo 25 numerales 7 y 12 de la ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y el artículo 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto 1082 de 2015, la Resolución 518 de 2015 y demás normas concordantes, con el fin de adelantar el procedimiento respectivo, teniendo en cuenta el objeto, la cuantía y demás condiciones requeridas, y que se especifican a continuación.

La resolución 3280/2018 estable en su CAPITULO 5. PARÁMETROS GENERALES DE CONTRATACIÓN PARA LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO La contratación de la atención en salud en el marco de las RIAS debe orientarse al logro de los resultados en salud y realizarse conforme a lo descrito en el presente lineamiento. Independientemente de las modalidades usadas por los agentes responsables para la ejecución de las acciones contenidas en los diferentes tramos de la Ruta Integral de Atención en Salud, se debe garantizar la definición y concertación de algunos parámetros mínimos que garanticen esta orientación.

Intervenciones individuales

Los acuerdos entre EAPB y prestadores de servicios de salud para el cubrimiento de las intervenciones individuales contenidas en la RPMS, independientemente de las modalidades de contratación y pago escogidas, deberán garantizar que, al menos, consideren y concreten como mínimo:

Las intervenciones y actividades cubiertas por el contrato, así como los parámetros técnicos de acuerdo con los cuales deban desarrollarse, según las disposiciones establecidas en la RPMS.

Los procedimientos acordados para la captación efectiva y oportuna de las personas y familias beneficiarias de atención por el prestador o la red contratada, el tiempo requerido para garantizar la atención al total de los afiliados contratados y los mecanismos establecidos para la respuesta oportuna en los casos identificados y canalizados para la atención en la red desde los entornos bien sea en la ejecución de acciones colectivas o desde otros sectores que operen en el territorio.
Los procedimientos para la canalización de personas o familias a otras atenciones requeridas individuales o colectivas.

Los resultados a obtener, según definiciones contenidas en la RPMS.

Los mecanismos de monitoreo y seguimiento de esos resultados, incluyendo el los parámetros para el reporte y procesamiento de los indicadores y datos requeridos en la ejecución de las acciones.

En ningún caso, independientemente de la forma de contratación utilizada, se considera pertinente la autorización previa como requisito para la prestación de los servicios contenidos en la RPMS, dado que los mismos son de cobertura universal y deben ser garantizados a la totalidad de la población afiliada en los términos y condiciones estipulados en este lineamiento

4. FINALIDADES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN LA SALUD PÚBLICA

El modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo es el eje central de la transformación del sistema de salud en Colombia bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Este enfoque busca pasar de un sistema se anticipa al daño y resuelve los problemas en el territorio,sus tres componentes aplicados al contexto de gestión pública:

1. Componente Preventivo
Se enfoca en actuar sobre los determinantes sociales de la salud (agua potable, vivienda, alimentación) para evitar que aparezcan riesgos.

Acciones clave: Vacunación, promoción de hábitos de vida saludable, control de vectores y educación en salud.

En Plato: Serían las jornadas de aplicación de barniz de flúor y las caminatas ecológicas que estamos organizando, ya que buscan mantener la salud antes de que surja la patología.

2. Componente Predictivo
Es la capacidad del sistema para utilizar datos y caracterización poblacional para saber quién tiene más probabilidad de enfermarse, incluso antes de que el paciente presente síntomas.

Acciones clave: Caracterización casa a casa, uso de inteligencia epidemiológica y tamizajes masivos.

En Plato: La actividad de caracterizar a 500 personas con equipos digitales es puramente predictiva. Nos permite saber, por ejemplo, qué familias en un barrio específico tienen riesgo de desnutrición o diabetes por sus condiciones de vida, permitiendo una intervención temprana.

3. Componente Resolutivo
Busca que el sistema tenga la capacidad de dar una respuesta real y efectiva en el lugar donde vive la gente, evitando que todo termine en las urgencias del hospital de alta complejidad.

Acciones clave: Equipos Básicos de Salud que van al territorio, telemedicina, entrega de medicamentos en zonas rurales y capacidad de diagnóstico básico en brigadas móviles.

En Plato: Las unidades móviles para asesoría en anticoncepción y el tamizaje de antígeno prostático en corregimientos son acciones resolutivas, porque llevan la solución directamente a la comunidad sin que el ciudadano deba desplazarse largas distancias.

La Resolución 1597 de 2025 La nueva normativa que mencionaste integra estos tres componentes al obligar a que el PIC (Plan de Intervenciones Colectivas) deje de ser una lista de charlas y se convierta en una operación continua a través de Equipos Básicos de Salud.

5. CONCEPTOS CLAVE RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Para comprender mejor el campo de la salud pública

1. **Determinantes Sociales de la Salud**: Factores que influyen en la salud de la población y contribuyen a las desigualdades en salud. Incluyen aspectos como el nivel socioeconómico, la educación, el entorno laboral y las condiciones de vida.
2. **Epidemiología**: La ciencia que estudia la distribución y los determinantes de las enfermedades y otros problemas de salud en las poblaciones. Es clave para identificar patrones y causas de enfermedades, y para desarrollar estrategias de prevención y control.
3. **Salud Global**: Un campo de estudio y práctica que aborda problemas de salud que trascienden las fronteras nacionales y requieren cooperación internacional. Enfoques en temas como pandemias, enfermedades infecciosas, y equidad en salud a nivel mundial.
4. **Promoción de la Salud**: Actividades y políticas diseñadas para mejorar la salud de las personas y comunidades mediante la educación, la promoción de hábitos saludables, y la creación de entornos saludables. Ejemplos incluyen campañas anti-tabaco, programas de actividad física, y políticas para reducir el consumo de alcohol.
5. **Sistema de Salud**: El conjunto de todas las organizaciones, instituciones, y recursos cuyo propósito principal es mejorar la salud. Esto incluye desde los hospitales y clínicas hasta las políticas gubernamentales y los programas comunitarios.

Salud pública: Conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad. Esta definición establece condiciones fundamentales para el ejercicio de la salud pública en Colombia: a) Políticas públicas dirigidas a la salud de la población b) Acciones individuales y colectivas en salud c) Función rectora estatal d) Indicadores de salud, condiciones de vida, bienestar y desarrollo 3.2 Gestión: Se entiende por gestión las acciones, operaciones y actividades específicas realizadas por una persona o un grupo humano,

con el objeto de lograr unos resultados de la manera más eficiente y eficaz. Las acciones se deciden teniendo en cuenta los objetivos determinados por las necesidades organizacionales.

El buscar transformaciones en términos de calidad de vida, supone una visión de largo plazo que debe garantizar una gestión con logros progresivos. Esta visión, requiere visualizar la gestión pública basada en la definición de transformaciones deseadas (escenario deseable) y los pasos intermedios que es necesario dar para llegar allá. Estos pasos intermedios deben ser propuestas concretas, realizables, medibles, proyectos colectivos que cuenten con el compromiso de todos los actores involucrados, con claridad completa de las reglas de juego que suponen y sus exigencias operativas.

6. CONSIDERACIONES DEL RESUMEN DEL ASIS 2025

Inequidad y Desafío Estructural Territorial: La configuración territorial de Plato se define por un profundo y complejo contraste: la gran mayoría de la población reside en la Cabecera Municipal, a pesar de que el territorio es predominantemente rural, compuesto por una vasta extensión de 15 corregimientos. Está marcada concentración urbana genera un desafío estructural de inequidad, pues los servicios, incluida la salud, se focalizan en el área urbana, dejando a la población rural dispersa en una situación de acceso dificultoso y aislamiento.

El principal determinante que moldea la vida, la economía y el riesgo de la población es la ubicación ribereña del municipio, expuesto a una amenaza hídrica constante y elevada. El riesgo de inundaciones por desbordamiento del Río Magdalena y de los cuerpos de agua locales es una realidad recurrente y grave que afecta directamente la conectividad vial y compromete la infraestructura de saneamiento básico. La necesidad de vivienda ha empujado a la población más vulnerable a establecer asentamientos informales y en zonas de riesgo no mitigable (especialmente en áreas propensas a inundaciones), creando un cordón de alta vulnerabilidad física y sanitaria alrededor del perímetro urbano, situación que requiere una intervención urgente en el ordenamiento territorial y la mitigación del riesgo.

Plato enfrenta una crisis social profunda marcada por un alto índice de pobreza multidimensional, que supera significativamente los promedios regionales y nacionales. Esta privación social es un potente determinante que impacta negativamente las condiciones de vida. La aceleración de la urbanización, sin una oferta de vivienda adecuada, ha provocado un déficit habitacional que se manifiesta en hogares más numerosos y una preocupante proporción de viviendas en condiciones inadecuadas de materiales y servicios.

El municipio atraviesa una transición demográfica crucial que reorienta la planificación en salud. Por un lado, la población se beneficia de un robusto bono demográfico, con una gran concentración de personas en la edad productiva, lo que representa una ventana de oportunidad para el desarrollo económico y la inversión en capital humano. Sin embargo, la disminución sostenida de la natalidad y la mayor longevidad de sus habitantes (evidenciada en la alta esperanza de vida de la población mayor) anticipan un progresivo envejecimiento poblacional.

La estructura demográfica de Plato presenta riesgos diferenciados por sexo y curso de vida. El superávit de hombres en las edades jóvenes y productivas exige una priorización de estrategias de salud pública orientadas a la prevención de la morbilidad y mortalidad. Finalmente, el creciente auto-reconocimiento de la población afrodescendiente subraya la necesidad de implementar políticas públicas y programas de salud con un enfoque diferencial y culturalmente pertinente, que garanticen la equidad y el pleno ejercicio de los derechos.

En el municipio de Plato, Magdalena, la principal vulnerabilidad socioeconómica es la pobreza extrema y las deficiencias estructurales, manifestadas por índices de pobreza multidimensional y necesidades básicas insatisfechas que superan con creces los promedios departamentales y nacionales. Esta situación limita a más de la mitad de la población en el acceso a servicios sociales esenciales como salud y educación de calidad, exacerbando las desigualdades. Debido a su economía altamente informal y dominada por microempresas, esta es una base laboral frágil que no permite un acceso sostenido a ingresos estables y protección social y, por lo tanto, según el Sisbén, refuerza un ciclo vicioso de pobreza y dependencia del régimen subsidiado. Esta vulnerabilidad económica impacta directamente las condiciones de vida y el bienestar de la población.

En el ámbito social, la crisis de convivencia con altas tasas de violencia doméstica y contra la mujer, superiores a la media departamental, representa un determinante clave para la salud mental y los trastornos psicosociales de la comunidad. La elevada incidencia de discapacidad psicosocial y mental vincula estrechamente estos factores, evidenciando cómo la violencia y el conflicto social deterioran el tejido familiar y afectan la calidad de vida.

Respecto a la salud infantil, aunque Plato muestra indicadores similares al departamento en peso al nacer, la alta tasa de desnutrición aguda en niños menores de cinco años indica un deterioro nutricional postnatal que demanda intervenciones centradas en el entorno familiar y comunitario para fortalecer la seguridad alimentaria desde la primera infancia. En educación, la baja cobertura en secundaria frente a niveles departamentales señala un riesgo para el desarrollo futuro de los jóvenes, ya que el abandono y el rezago escolar limitan sus oportunidades socioeconómicas y afectan indirectamente su salud y bienestar.

Como fortaleza destacable, el municipio presenta una cobertura de vacunación infantil robusta y consistentemente superior al promedio departamental, lo que refleja un buen desempeño en programas de prevención de enfermedades transmisibles.

En síntesis, las acciones de cierre de brechas deben enfocarse en fortalecer la formalización laboral y el acceso a seguridad social, mejorar el saneamiento básico para reducir riesgos ambientales, implementar programas integrales contra la violencia de género y doméstica, ampliar la atención en salud mental y rehabilitación, reforzar la seguridad alimentaria en la primera infancia y promover la retención escolar en educación secundaria.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) están en el centro de la mortalidad. Las enfermedades del sistema circulatorio se consolidan como la principal causa de muerte, con un promedio de ~95 muertes anuales. Esta es una tendencia epidemiológica asociada al envejecimiento y a la mayor prevalencia de factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, es decir, hipertensión, sedentarismo, tabaquismo, etc. El alto número de muertes relacionadas con las ECNT es indicativo de un fracaso crónico en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. La urgencia sobre el control ambulatorio y preventivo genera costos y aumenta la mortalidad de eventos cardiovasculares prevenibles. La naturaleza de la mortalidad específica muestra un enfoque de riesgo, ya que la magnitud de los efectos difiere con respecto al género y se enfoca en sufrir en subconjuntos particulares. La mortalidad por neoplasias ahora está en alerta roja debido a un aumento en la tasa de mortalidad femenina, y por primera vez (en 2024) es mayor que la de los hombres. Que este riesgo esté tan elevado indicaría un fracaso sustancial de la ruta oncológica.

El municipio está fallando en garantizar un cribado primario oportuno, incluyendo mamografías y citologías, lo que resulta en diagnósticos tardíos que hacen que la supervivencia sea poco realista. Epidemias de Violencia y Trauma Masculino: El adolescente y el hombre trabajador son los que más sufrieron muertes evitables. Un aumento de más del 60% en la tasa de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) según Causas Externas es un claro testimonio de una crisis de seguridad pública y social. Esta crisis ha evolucionado más allá del dominio del homicidio, moviéndose al dominio de los accidentes de tráfico cuyas tasas crecientes requieren una respuesta intersectorial, no solo acción sanitaria, sino la activación de una política inmediata de Seguridad Vial.

El indicador más impactante social y programáticamente es la mortalidad materna e infantil, demostrando la brecha de equidad más marcada en el municipio. Desigualdad Geográfica Catastrófica: La Tasa de Mortalidad Materna histórica ha alcanzado 3,125 x 100,000 Nacidos Vivos (2021), estos datos no son una estadística, son prueba de que la barrera geográfica es un

contribuyente a la muerte con una virulencia 70 veces el promedio nacional. El impacto es la anulación del derecho a la salud para las mujeres rurales. La Mortalidad Neonatal (MN) demuestra fragilidad que se concentra predominantemente en áreas rurales y agrupaciones étnicas, 200 x 1,000 Nacidos Vivos para afrodescendientes en 2017. La última alarma es el aumento del 66.7% en muertes por Condiciones Perinatales en 2024 (p) impulsado por el aumento cuádruple del riesgo absoluto entre los niños varones. El perfil de mortalidad del municipio de Plato muestra una tendencia principalmente ascendente de la mayoría de las causas clave de muerte entre 2014 y p2024, lo que indica que las actividades de salud pública y la gestión de riesgos están teniendo un deterioro prolongado en el territorio.

Existe una brecha epidemiológica crítica en los indicadores de mortalidad a lo largo del curso de la vida, con la mortalidad observada en Plato significativamente más alta que en el Departamento de Magdalena. Usando las cifras anteriores y de acuerdo con los datos recopilados por las mesas de mapeo social, se han establecido los siguientes núcleos de inequidad, o situaciones que están creando tensión, ya sea cuantitativa o cualitativamente, para la morbilidad y mortalidad del territorio.

Las cinco áreas de preocupación identificadas por el municipio se basan en el análisis exhaustivo del territorio a lo largo de varias dimensiones sociales, económicas y de salud. Han sido seleccionadas debido a las condiciones de vida adversas de los habitantes reflejados en indicadores significativos de morbilidad y mortalidad. En primer lugar, el análisis territorial ha mostrado que estas áreas tienen una alta densidad de población vulnerable caracterizada por una infraestructura básica deficiente y servicios públicos inadecuados.

Esto significa limitaciones en el acceso a agua potable, saneamiento adecuado y atención médica oportuna, factores que afectan directamente la calidad de vida de los residentes. Además, los indicadores de morbilidad y mortalidad en estas áreas son significativamente preocupantes. Las enfermedades crónicas e infecciosas, así como los niveles de mortalidad infantil, son más altos que el promedio municipal. Estos hallazgos indican una necesidad urgente de intervención focalizada para mejorar la salud y el bienestar de la población.

La elección de estas áreas no solo responde a las condiciones actuales, sino que pretende ser proactiva, involucrando a las comunidades en la identificación de sus propias necesidades y cómo pueden ser satisfechas. Por lo tanto, estos problemas se priorizan con un claro compromiso con la equidad, el desarrollo sostenible y la mejora de la calidad de vida de los habitantes

7. Núcleos de Inequidad identificados

1. Desigualdad Ambiental y Sanitario El acceso insuficiente al agua potable, los bajos requisitos mínimos en saneamiento básico y la baja cobertura de acueductos rurales (18%) contribuyen a la prevalencia de enfermedades fitosanitarias. Las ubicaciones rurales facilitan la transmisión de enfermedades y exponen a las comunidades a riesgos constantes, incluidos mordeduras de serpientes (42.52 por 100,000 habitantes, el doble del promedio departamental) y animales portadores de rabia (219 en 2024, equivalente a 310.38 por 100,000 habitantes, la incidencia) Ataque. También hay factores más relevantes como el cambio climático. La incidencia de dengue fue de 300.60 por 100,000 en 2024, mientras que el dengue grave fue de 15.03 por 100,000.

2. Núcleo de Inequidad Social y Comunitario: El tejido social ha sufrido un golpe en la sociedad de Plato, resultando no tanto en unidad sino en lazos familiares tenues. Las causas externas fueron el 9.3% de la morbilidad en Plato en comparación con el 4.98% en Magdalena; la mortalidad es de 25.5 por 100,000, principalmente debido a accidentes de transporte y agresiones.

Esto crea dinámicas de exclusión y violencia que luego se repiten, desde la familia hacia la comunidad. Desde 2017, hemos estado reportando un fuerte aumento en los problemas de salud mental. Los intentos de suicidio aumentaron de 15 en 2017 a 32 en 2024, mientras que las consultas por trastornos de conducta superan las 20,000, colocando la salud mental al frente. La tasa de violencia doméstica es de 139.31 por 100,000 habitantes y entre los intentos de suicidio adolescente es de 45.35, la misma que la del departamento. El número de personas con discapacidades es pobre: hay 1,008 personas registradas con baja asistencia a programas académicos y comunitarios.

3. Núcleo de Inequidad Poblacional (Infancia y Niñez): Los niños y jóvenes en Plato enfrentan disparidades en términos de desarrollo. Una serie de enfermedades transmisibles, desnutrición y mortalidad infantil tardía persisten y hay indicios de un fracaso en el control de las mujeres embarazadas desde temprano en la vida. El cáncer infantil y las enfermedades prevenibles son prevalentes en esta población vulnerable; por lo tanto, la protección no es inminente. En 2024, Plato registró una tasa de incidencia de 19.8 por 100,000 en enfermedades no transmisibles (ENT) en niños menores de 5 años, mientras que Magdalena registró una incidencia de 0.9 por 100,000, lo que implica una mayor carga. Hubo picos en 2018 (97) así como en 2023 (120).

De manera similar, se reportaron 13 muertes perinatales y neonatales tardías. 2 fueron debidas a infecciones respiratorias agudas; 120 debido a desnutrición aguda. La tasa de incidencia de enfermedades no transmisibles (ENT) en el grupo de edad menor de 5 años es de 19.8 por 100,000 habitantes en comparación con 0.9 por 100,000 en la provincia de Magdalena, lo que es una discrepancia significativa y una mayor carga en este grupo de edad. Con la excepción de un par de casos que alcanzaron su punto máximo en 2018 (97 casos), los datos muestran una notable variabilidad con picos en 2023 (120 casos). Las muertes durante este período también fueron 13 muertes perinatales y neonatales tardías, 2 por infección respiratoria aguda y 120 casos de desnutrición aguda en niños menores de 5 años (19.8 casos por 100,000 habitantes).

Las causas de mortalidad infantil que podrían haberse prevenido incluyeron enfermedades perinatales (299.3 casos por 100,000 infantes <5 años), malformaciones congénitas (94.6 por 100,000) y problemas respiratorios (60.2 casos por 100,000). La sífilis gestacional es común: 3.19 casos por 1,000 Nacidos Vivos, alta en 2.35, y refleja problemas relacionados con la detección y tratamiento tempranos. Se espera un aumento del 6.7% en las condiciones maternas en 2024 y resulta en un aumento en las complicaciones obstétricas con morbilidad materna extrema y mortalidad neonatal de 5.79 por 1,000 Nacidos Vivos. Esta tendencia es indicativa de un patrón perturbador a largo plazo de atención insuficiente y comprensiva durante el embarazo, el parto y los tiempos postnatales, destacando la naturaleza crónica del problema y los impulsores estructurales detrás de él.

4. Núcleo inequidad De servicios y el aseguramiento. Plato está en un ciclo de pobreza y exclusión desde la primera infancia, es una barrera para iniciar efectivamente el derecho al goce y restitución de los derechos desde el mismo nacimiento, la cual no se hace, la disparidad económica es evidente por la disponibilidad de una pobre cobertura del SISBEN, que limita el acceso efectivo a la atención. El derecho al reconocimiento institucional que asegura que cada niño recibirá atención desde el nacimiento. No obstante, la falta de acceso coloca a los individuos en una posición vulnerable al no vincularse al sistema de salud, lo que constituye una violación de los derechos fundamentales, no menos en términos de identificación de programas de población vulnerable.

5. Núcleo De Inequidad Socio-sanitaria en Prestación, Detección y Gestión del Riesgo: El Sistema de Salud no está equipado para atender a los grupos prioritarios. El porcentaje creciente de personas en riesgo de cáncer de mama, cervical y de próstata requiere una planificación de acciones que dependa de tamizajes tempranos en la detección del riesgo en la priorización de personas por cursos de vida. El incumplimiento de los protocolos, la pobre coordinación multiinstitucional, la débil acciones integrales de desde las empresas administradores de planes de beneficio con acción concretas de inducción a la demanda, adicionalmente con la calidad y oportunidad en el seguimiento adicionalmente a la falta de capacidad de referencia y contra referencia contribuyen a una mayor exposición, principalmente en áreas rurales.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) representaron el 62.5% de la morbilidad, que es superior al promedio departamental del 59.3% en el municipio de Plato. Las tasas de mortalidad de estas enfermedades son de 133.9 por 100,000 habitantes y la complicación más común que causa una mortalidad de 89.6 por 100,000 habitantes son las enfermedades circulatorias. Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan la mayoría de las comorbilidades y hospitalizaciones de los adultos, lo que muestra un aumento importante en los últimos años; como las enfermedades renales crónicas han mostrado un crecimiento sustancial durante las etapas 1 y 2, lo que puede atribuirse a problemas del contexto institucional y de servicios en términos de morbilidad evitable. De manera similar, Plato tiene una alta carga de VIH, lo que puede apuntar a problemas con el programa de prevención, el diagnóstico temprano del VIH y la continuidad de la atención preventiva. La transmisión continua se da principalmente en poblaciones y áreas vulnerables, donde las barreras para acceder a los servicios

de salud son la causa de la transmisión prolongada y aumentan la carga social y sanitaria de la comunidad.

8. COMPONENTES ESTRATEGICOS A DESARROLLAR POR PROGRAMAS DE SALUD

Definiciones de términos:

- Enfoque Diferencial Perspectiva de análisis que permite obtener y difundir información sobre grupos poblacionales con características particulares en razón de su edad o etapa del ciclo vital, género, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, y discapacidad, entre otras características; para promover la visibilización de situaciones de vida particulares y brechas existentes, y guiar la toma de decisiones públicas y privadas
- Interseccionalidad Enfoque de interseccionalidad: perspectiva que permite conocer la presencia simultánea de dos o más características diferenciales de las personas (pertenencia étnica, género, discapacidad, etapa del ciclo vital, entre otras) que en un contexto histórico, social y cultural determinado incrementan la carga de desigualdad, produciendo experiencias sustantivamente diferentes entre los sujetos (adaptado de Corte ConstitucionalSentencia T-141-15)

Teniendo como referente marco la garantía de los derechos, el enfoque poblacional - diferencial y de género se estructura a partir de tres (3) categorías: curso de vida, género y condición situación, que organizan a las personas, familias y comunidades en grupos poblacionales con rasgos y modos de vida particulares, para visibilizar sus características y las formas de establecer interacciones para la promoción y protección del derecho a la salud. Se debe tener en cuenta que trabajar desde estos enfoques permite:

- Reducir las desigualdades, condiciones de discriminación y estigma de poblaciones en alta vulnerabilidad
- Generar acciones públicas integrales que permitan contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas teniendo en cuenta sus necesidades y diferencias
- Restitución y garantía de derechos de personas históricamente discriminadas y estigmatizadas
- Permite identificar necesidades de las poblaciones y tomar decisiones a partir de la participación ciudadana de las poblaciones en alta vulnerable.

Categoría curso de vida: Comprende las relaciones entre las vidas individuales y los cambios sociales; en donde en primer lugar aparecen los roles que están definidos según la edad simple en años cumplidos y en segundo las respuestas individuales que se producen ante las fuerzas sociales, mediante la comprensión de las vulnerabilidades y oportunidades en las diferentes etapas del desarrollo humano. Una forma de agrupar estas relaciones se le conoce como **momento curso de vida,** cuyo propósito es analizar la situación de las personas en razón a su edad y aspectos

relacionados con desarrollo biológico, psicológico, emocional, social y cultural que determina sus necesidades particulares y expectativas, entre otras.

Además, el momento de curso de vida como categoría tiene en cuenta en el ser humano la trayectoria, transición, momentos significativos o sucesos vitales, ventana de oportunidad y efectos acumulativos, como se describen en la ilustración

Categoría género: El género es una categoría analítica que permite asumir una postura crítica en relación con las construcciones culturales y sociales que se desarrollan a partir del cuerpo, del sexo y de las diferencias biológicas. Es el conjunto de características, roles, actitudes, valores y símbolos que se asocian a "lo masculino" o a "lo femenino" y que son impuestos y aprendidos mediante el proceso de socialización".

Es útil para mostrar que la naturaleza no determina una oposición diametral entre hombres y mujeres y que lo que aparece como el deber ser de unos y otras no es más que una construcción social y cultural, que tiene una dimensión histórica y por lo tanto, es variable. Acá es importante comprender que el género no es sinónimo de mujeres; traduce la comprensión de las relaciones desiguales de poder debido a los roles de género establecidos por la sociedad y que han atribuido privilegios a una parte subordinando a la otra y que esto se debe a construcciones culturales que pueden ser transformadas.

Determina la comprensión acerca de las **orientaciones sexuales e identidades de género** que, según la Presidencia de la República, la Diversidad Sexual (Min Justicia, 2013) busca "reconocer la sexualidad desde una concepción amplia, que no se reduce al aspecto reproductivo, y, por lo tanto, debe entenderse como una construcción cultural que históricamente se va transformando. Lo anterior implica que el sexo biológico binario (hombre – mujer) no determina necesariamente nuestra identidad, ni el deseo erótico afectivo como una experiencia posible solo con las personas del sexo opuesto, y que, por el contrario, existen formas muy diversas de construir y vivir nuestra sexualidad". Ahora bien, frente a la diversidad sexual, deben tenerse en cuenta tres ámbitos: Sexo, Orientación Sexual e Identidad de Género.

Sexo: Categoría asociada desde la perspectiva biológica como "las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo. Las categorías utilizadas para clasificar estas características en los seres humanos son hombre, mujer e intersexual. Como subcategorías de análisis se encuentra; hombre, mujer y personas intersexuales

Orientación sexual: Categoría de análisis que se refiere a la "dirección del deseo erótico y afectivo entre las personas". Desde la orientación se identifican las personas homosexuales, heterosexuales, bisexuales. Como subcategorías de análisis se encuentra; heterosexual, homosexual (lesbiana y gay) y bisexual.

Identidad de género: La identidad es la construcción cultural que se genera en el marco de las relaciones sociales mediante la que se definen los atributos de los individuos y los colectivos que marcan la diferencia entre lo propio y lo diferente en un proceso permanente de construcción subjetiva, intersubjetiva y socio-cultural. La identidad de género se construye a partir de la identificación que una persona tiene de sí misma como masculina, como femenina o como transgénero. Los factores culturales, sociales y psicológicos contribuyen al establecimiento de la identidad de género por lo tanto no es una condición de nacimiento. Así, "Cada persona tiene derecho a construir su identidad y a vivir libremente su sexualidad a partir de la combinación con la que se auto reconozca"

Categoría Condición y/o Situación: principalmente comprende que las personas, comunidades o grupos sociales pueden tener necesidades diferentes en razón a sus particularidades, diferencias y diversidad, y que además, están atravesadas por condiciones y/o que pueden afectar el ejercicio de sus derechos y contribuye en la lucha contra la discriminación.

Esta categoría implica reconocer distintas poblaciones, partiendo de sus particularidades, vulnerabilidades y situaciones discriminatorias e inequitativas por las cuales se ven o encuentran expuestas. A continuación, se describe cada una de las poblaciones, permitiendo reconocer y conocer características propias que son herramientas para la comprensión del abordaje en salud desde una mirada interseccional

Grupos Étnicos: Se refiere al reconocimiento y existencia grupos étnicos, quienes se les considera sujetos de especial protección constitucional de acuerdo a los artículos 7, 8 y 13 de la Constitución Política de Colombia. Permite un "análisis, reconocimiento, respeto y garantía de los derechos individuales y colectivos de todos los grupos étnicos existentes en el país, haciendo énfasis en la igualdad de oportunidades desde la diferencia, la diversidad y la no discriminación".

Los grupos étnicos parten de reconocer su pertenencia étnica, entendiendo esta como las prácticas culturales compartidas por un grupo de personas, con identidades, ideologías, patrones, rituales, formas de vida común y propia que hacen parte de su historia individual y colectiva; que a su vez configuran su vida cotidiana, cultural, social y política.

En este sentido, el país y el distrito capital se caracterizan por tener un patrimonio cultural tangible e intangible otorgado por la identidad colectiva que contienen las poblaciones étnicas, tales como, los pueblos Indígenas, comunidades Negras Afrocolombianas, Raizales, Palenqueras y Pueblo Rrom-Gitano. A continuación, se describe de manera concreta los cinco grupos étnicos:

Pueblos Indígenas "Persona quien por su identidad es o se autorreconoce como descendiente de los pueblos originarios de América o amerindios", hoy Colombia cuenta con la presencia de al menos 102 pueblos indígenas.

Gitano(a) o Rrom "Persona que por su identidad es o se autorreconoce descendiente de las tradiciones de pueblos gitanos llegados al continente americano", reconociendo once (11) kumpañias en el territorio colombiano.

Comunidad Afrodescendiente, afrocolombiano/a "Persona quien por su identidad es o se auto reconoce como descendiente de antepasados africanos, por su cultura o rasgos físicos", así como se encuentra comunidad Negra que hace referencia a "Persona quien por su identidad se auto reconoce como perteneciente o miembro de poblaciones o comunidades negras ya sea por su cultura y/o rasgos físicos"

Comunidad Palenquero(a) de San Basilio "Persona afrodescendiente que pertenece a la población de San Basilio de Palenque y que tiene características culturales propias en las que se destaca su lengua bantú, mezcla del español y dialectos africanos"

Comunidad Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina "Persona quien se autorreconoce por sus características triétnicas distintivas afro-anglo-caribeñas, como identidad, valores, lengua, usos y costumbres propias de la población originaria del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina"

Población con discapacidad: La población con discapacidad comprende un grupo no homogéneo que incluye a las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores y líderes comunitarios. La Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad define la discapacidad como "un concepto que evoluciona y resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás. Incluye a "aquellas personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás…".

En la perspectiva de interseccionalidad se hacen evidentes diferentes condiciones sociales asociadas a manifestaciones de inequidades estructurales. Tomando como referencia al Ministerio de Salud el enfoque diferencial relacionado con la discapacidad se fundamenta, desde la Ley Estatutaria 1618 de 2013 numeral 8 artículo 2°, como "la inclusión en las políticas públicas de medidas efectivas para asegurar que se adelanten acciones ajustadas a las características particulares de las personas o grupos poblacionales, tendientes a garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos acorde con necesidades de protección propias y específicas"

A partir de lo anterior, en primer lugar, como lo muestra la ilustración 3 la categoría enuncia a manera de "condiciones sociales asociadas" en relación a las categorías de la deficiencia o tipos de discapacidad

Habitante en Calle: De manera inicial es importante comprender la habitante en calle como un fenómeno social urbano multicausal, producto de condiciones estructurales de desigualdad material y simbólica, caracterizado por el desarrollo no lineal de hábitos de vida en calle, que estructuran una forma para obrar, pensar y sentir asociada a una posición social, lo cual determina formas de vivir y estilos de interacción con el espacio público, con la sociedad y con las demás personas que han desarrollado los mismos hábitos, que concreta una situación de calle.

Es producto de factores estructurales de origen socioeconómico, género, identidad étnica, etario y otros que, refuerzan las desigualdades por pobreza extrema, monetaria y marginalidad, que se constituyen en factores predisponentes para la vida en calle, al generar condiciones individuales y sociales de riesgo de vivir en la calle. Además, existen otros factores precipitantes de la vida en calle que, se relacionan con aspectos individuales, por trayectoria de vida y biográficos, como la desafiliación familiar y social, las violencias, el abandono escolar, trastorno de salud, entre otros.

En segunda medida, es precisar la comprensión de las **Personas en Calle** que son aquellas que se encuentran en riesgo de habitar la calle por su alta permanencia en el espacio público debido a la pobreza extrema, monetaria y marginalidad. Buscan en la calle la sobrevivencia, la recreación, el ocio, escapar del abandono o violencias individuales y sociales. Desarrollan su vida íntima y social en casa fija y estable o habitación de hotel, inquilinato, residencia o paga diario, a la cual retornan en la noche dependiendo de la generación de ingresos diarios; eventualmente, duermen en el espacio público.

Y en tercer lugar encontramos las **Personas de Calle o Personas Habitantes de Calle** que usan el mobiliario público o edificios abandonados como lugar de vivienda y desarrollan allí todas las dimensiones de su vida íntima y social; por tanto, satisfacen todas sus necesidades en la calle, de forma permanente o transitoria. Estas personas no tienen arraigo domiciliario y familiar, en relación a la convivencia permanente con su grupo parental en una residencia fija y estable, situación que se expresa a través de una alta dependencia social por situación de debilidad manifiesta o desventaja social, condiciones de vulnerabilidad, marginalidad o discriminación social

Población proveniente de los Flujos Migratorios Mixtos: La condición migratoria se asigna a una o grupo de personas que dejan el lugar de origen para establecerse en unidad geográfica o país diferente a través de una frontera administrativa o política, con la intención de permanecer de manera indefinida o temporal en un lugar distinto a su lugar de origen. Esta condición la determina la autoridad competente al ingreso al país de destino y de acuerdo con los requisitos exigidos en la legislación interna y los acuerdos internacionales.

Los movimientos de flujos migratorios mixtos obedecen a diversas causas, algunas asociadas a la búsqueda de oportunidades de trabajo, mejores condiciones socioeconómicas, continuación de estudios, huida ante violaciones a los derechos humanos, traslados por desastres naturales y guerras; en definitiva, se caracteriza por la búsqueda de mejores perspectivas de vida (Burgos Moreno, Mónica

& Parvoc Klijni,, Tatiana, 2011), estos se dan por varios tipos, a saber: Circular, Temporal o Internacional (OMS, 2017), según la estancia de la persona en el territorio receptor.

Actividades Sexuales Pagadas: Esta actividad se aborda no como un acto individual (ejercicio de prostitución), ni como una identidad (prostituta o trabajadora sexual), sino como un campo de relaciones en el que interactúan varios actores (dueños de establecimiento, administradores, entorno próximo, demandantes, organizaciones comunitarias, instituciones públicas, etc.) y que genera sus propias dinámicas y "pactos de funcionamiento" particulares, que se deben caracterizar e indagar, y que son propias de las actividades sexuales pagadas en contextos de prostitución en establecimientos, en calle o de manera virtual. Es importante mencionar, que toda actividad de este tipo que no esté enmarcada en la autonomía o ejercida por un menor de edad (18 años) es catalogada como una finalidad de trata de personas y para este caso es denominada explotación sexual.

Es necesario señalar, que el abordaje de la población se fundamenta en reconocer, "el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política, y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública" (Baquero M, 2009). Es importante resaltar que este tipo de actividades son ejercidas tanto por mujeres, como hombres y personas trans.

Víctimas del conflicto armado: se consideran víctimas del conflicto armado las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno, y quienes otorgan los beneficios y reconocimientos determinados por la Ley 1448 de 2011.

Carreteros y Carreteras: Se entienden como carreteros a las personas que se ocupan regularmente en la recolección de materiales de reciclaje y utilizan carretas para el transporte de los mismos. Esto incluye a recicladores de oficio no habitantes de calle, que con alguna frecuencia u ocasionalmente pueden emplear sus carretas para pernoctar en el espacio público, lo mismo que a habitantes de calle dedicados al reciclaje como fuente de sustento.

Campesinado: "Sujeto" intercultural, que tiene una relación directa y especial con la tierra y la naturaleza, a través de la producción de alimentos y/o otros productos agrícolas, paralelamente a esta comprensión se desprenden cuatro puntos analíticos que permiten entender y abordar el mundo campesino:

La ***Estrategia Transversalización*** se encuentra orientada a disminuir brechas de inequidad y desigualdad que afectan los grupos poblacionales, busca lograr transformaciones estructurales en las prácticas institucionales a través de la implementación de políticas, planes, proyectos, servicios o beneficios con respuestas proporcionales y múltiples ante las diferentes situaciones y condiciones específicas. La Transversalización permite diversas opciones que garanticen la no discriminación por

cualquiera de las categorías de la dimensión diferencial poblacional, potenciando el ejercicio de los derechos, respondiendo a los intereses, necesidades y prioridades de los grupos y facilitando la planificación y optimización de los recursos

9. PROGRMAS CONTEMPLADOS EN AL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC

Programa 1: Cuidado integral y Protección Social en el Territorio

Diagnóstico:

La salud y el bienestar se dan a través de un tejido de relaciones que vinculan el contexto de la vida social, histórica, cultural y política de las personas, familias y comunidades, cuyas condiciones de orden ambiental, social, físico, económico, entre otras, afectan favorable o desfavorablemente a la población. En ese sentido, unas de las principales brechas e injusticias en el Municipio, están centradas en las condiciones de pobreza y hambre que constituyen un asunto central por transformar en este cuatrienio. No obstante, existen otros factores determinantes que inciden negativamente en la población haciendo más crítica la intervención integral como son el cambio climático, el acceso al agua potable, los sistemas de saneamiento y el acceso a los servicios socio-sanitarios básicos, las prácticas higiénico-sanitarias, la débil transversalización de los enfoques para los pueblos y comunidades diferenciales, la alfabetización en salud y la educación en el campo de la salud pública, entre otros factores, que derivan en mayor morbimortalidad y perpetúan las cadenas de la pobreza

Detección de factores de riesgos asociados a trastornos de la nutrición

La malnutrición por déficit, por exceso o por carencia específica de micronutrientes se ha referenciado en diferentes proporciones y poblaciones, en el año 2022, es la segunda causa que genero mayor consulta las Condiciones transmisibles y nutricionales, que registran un consolidado de 97.387 atenciones correspondientes a los 14 periodos, que para el correspondiente al 2022, se atendieron un total de 11.012 niños y niñas, que al ser comparadas con el 2021 reflejaron un aumento considerable de 6.273 atenciones, siendo este incremento de 56,97% con relación al periodo anterior. Indicando que esta es la consulta con mayor demanda para este ciclo vital.

Para este grupo de morbilidad el ciclo de vida con la mayor proporción en atenciones recibidas corresponde al de Primera infancia (0 - 5 años) con el 47,8% del total de las atenciones, el cual arroja una diferenciación en puntos porcentuales al ser comparada con el periodo anterior de 13,2. Siendo este ciclo de vida el que durante los 14 periodos que corresponden a este análisis se mantuvo en todos estos periodos con la mayor proporción registrada, siendo en 2022 la más significativa, seguida del 2012 con el 46,7%. En su orden le sigue el ciclo de vida de la Adolescencia (12 -17 años) con el 14,8%, con un incremento de 6,2 puntos porcentuales frente al 2021. En tercer lugar, están la Infancia (6 - 11 años), con el 14,3% que corresponde a un decremento de -3,4 puntos porcentuales frente al

2021, La Juventud (18 - 28 años) aporta un 12,3% en atenciones, las cuales muestran un incremento de las mismas de 3,9 puntos porcentuales, en su orden descendente está el ciclo de vida de la Adultez (29 - 59 años) con una proporción de 8,7% que incrementa unos 2,5 puntos porcentuales, Para los ciclos de vida la de menor carga en atenciones corresponde a la Vejez (60 años y más) con el 5,4% con un 1,9 puntos porcentuales más frente al 2021.

Se puede concluir que durante los 14 periodos que corresponde al análisis, la primera infancia se mantuvo en constante incremento en atenciones, registrando la más alta proporción en 2022, En cuanto al periodo con la mayor carga general de los ciclos de vida corresponde al 2010, seguida del 2012 respectivamente, siendo entonces el periodo con el menor registro proporcional de atenciones se presentó en 2016. Cuyo comportamiento para las condiciones transmisibles y nutricionales es fluctuante con tendencia para el último periodo al aumento

Atención y acciones de salud para la atención de las Condiciones no transmisibles

Las Condiciones no Transmisibles se han instalado como uno de los asuntos de mayor interés para la salud pública en todo el mundo, su abordaje constituye un desafío por su carácter multifactorial y global, puesto que deriva en serias afectaciones para las personas, entre las que se destacan la discapacidad, la pérdida de productividad, la ansiedad, la depresión y las muertes prematuras. Estas, además tienen una clara asociación con condiciones precursoras como son el sobrepeso y la obesidad que han cursado por una tendencia creciente que no solo se da en contextos de riqueza, por el contrario, se ha determinado que estas condiciones se han generalizado en todos los estratos sociales y grupos de edad.

Para este grupo de morbilidad el ciclo de vida con la mayor proporción en atenciones recibidas corresponde a la vejez (60 años y más), con un 80,7% de atenciones realizadas que mostraron una disminución de -3,8 puntos porcentuales con relación al 2021, este ciclo de vida muestra un comportamiento histórico fluctuante donde en el 2021 se registró la proporción más alta con el 84,6%. Le sigue el ciclo de vida de la adultez (29 - 59 años) con una proporción de 63,0%, generado una disminución de -2,8 puntos porcentuales relación al periodo anterior, sin embargo, su comportamiento en el tiempo se mantiene fluctuante sin grandes cambios significativos donde el mayor registro porcentual se presentó en 2009 con el 72,3% y la más baja en 2016 con 48,8%.

Le sigue la juventud (18 - 28 años), con el 44,2% del total de las atenciones, generando un leve incremento poco significativo de 0,6 puntos porcentuales comparada con el periodo anterior, con relación al comprometo histórico se observaron fluctuaciones en los años de 2011 y 2016 siendo estos los de menor proporción, para el reto de los periodos la proporción de atenciones es más mantenida. Seguida del ciclo de vida de la Adolescencia (12 -17 años) con una proporción del 42,8% el cual representa una disminución de -3,2 puntos porcentuales menos al compararse con el periodo anterior.

Seguida del ciclo de vida de la infancia (6 - 11 años), con el 42,1% de estas atenciones, que al compararse con el 2021 es poco significativo lo que aporta en puntos porcentuales que corresponden

a 0,9. En cuanto al comportamiento histórico el período con mayor proporción fue en 2014, y la más baja en 2010. Por último, se encuentra el ciclo de vida de la primera infancia 0 - 5 años) con una proporción de atenciones del 29,1% frente al 36,7 del 2021, lo que arroja una disminución de -7,6 puntos porcentuales menos frente al periodo anterior. Frente al comportamiento histórico el mayor registro de observo en el 2020 con el 47,6% y las más baja en 2012 con un 27,5%.

Modelo de atención Integral de las acciones de Salud Sexual y Reproductiva, Maternidad Segura, Detección de factores de riesgos al Binomio Madre Hijo

La salud sexual y reproductiva se constituye como derecho humano, ligado al desarrollo pleno de las personas, familias y comunidades, su garantía debe transversalizar la totalidad de los momentos del curso de vida, brindando de forma oportuna herramientas para el abordaje de la sexualidad en concordancia con los retos planteados desde la primera infancia hasta la vejez.

La mortalidad materna se erige como uno de los eventos que evidencia en mayor medida las inequidades en salud, considerando la esperada acción del sector salud para su captación oportuna, vinculación y seguimiento a través de controles periódicos, situación que en muchas ocasiones no logra materializarse, poniendo en riesgo la vida de madre e hijo y en evidencia diversas condiciones de inequidad, abandono y limitada acción de diferentes instituciones y sectores.

El Municipio de Plato en la dinámica poblacional muestra nacimientos con un comportamiento de mantenimiento en el Total general de nacimientos con un promedio desde el año 2011-2021 es de 1.141 nacimientos por año, y el año 2021 fueron de 1.203 superando 164 Más en relación al año 2020.

Estos nacimientos fueron en total para el año 2021 según la residencia de la madre de 1.026 Vivian en la zona urbana y 177 en la zona rural y dispersa del municipio, en general la tendencia es muy superior en la zona urbana, el registro de nacimientos atendidos por personal empírico, comadronas u otras según Dane son dos uno por partera y otra por promotora, en el momento del cierre de este documento será trabajo en el participativo donde se pudiera concentrar y unificar el personal que maneja la atención del parto en caso y bajo que medias de educación, higiene y seguridad Materna perinatal

El periodo reproductivo de una mujer generalmente comprende el grupo etario entre los 15 a 49 años, sin embargo, la edad fértil de una mujer (que es la capacidad de ovular y quedar embarazada) se encuentra en el rango de edad de los 10 a 54 años, razón por la cual se incluyen. La gestación en edades extremas de la vida (mujeres menores de 14 años y mayores de 45 años) cobra especial importancia, ya que en este grupo de edades el aspecto fisiológico y los factores psicosociales, pueden jugar un rol relevante para el desarrollo de otras condiciones tales como complicaciones del embarazo, parto y puerperio que conlleven a desenlaces como la mortalidad materna, perinatal e infantil, que son eventos de gran importancia en Salud Pública.

La Tasa general de fecundidad calculada para el año 2021, presenta 56 nacimientos por cada 1.000 MEF, evidenciándose así un incremento de 161 nacimientos frente a lo registrado en el año 2020, pero estableciendo una tendencia de mantenimiento desde el año 2005. En Mujeres de 10 a 14 años se embarazan el 1.1% del total de la población de este grupo de edad; en relación con la nación quien tuvo el 7.9% de nacimientos en este grupo de edad y con el departamento el 9.3%, esta edad es representativamente más baja pero las condiciones de atención varían por tener acceso a sistema de salud predictivo y ante todo consecuencia y trazabilidad por ser nuestro municipio eminente rural

Integralidad para la atención de las Enfermedades transmisibles prevenibles por cursos de vida, ambientes protectores y acciones de disminución de los factores de riesgos ambientales y sociales

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las enfermedades transmisibles afectan a gran parte de la población, pero siendo de manera desproporcionada a las comunidades con recursos limitados, además su presencia e impacto se vincula con una compleja variedad de determinantes de la salud que se superponen, como la disponibilidad de agua potable y saneamiento básico, las condiciones de la vivienda, los riesgos del cambio climático, las inequidades por razones de género, los factores socioculturales y la pobreza, entre otros.

Las enfermedades de transmisión respiratoria representan un riesgo sustancial, debido a su elevado potencial de diseminación, entre las que se encuentra la infección respiratoria aguda (IRA) causada por diferentes microorganismos incluyendo la Covid-19

Fortalecimiento de las acciones de Vigilancia en Salud Pública integral en el territorio

En la actualidad, el laboratorio cuenta con una evaluación de estándares de calidad del 98%, con relación a la calificación mínima exigida del 80%, y una cobertura del 76% en las pruebas para los eventos de interés en salud Pública, entendiendo que estos resultados exigen un plan de mejoramiento en temas de infraestructura física, tecnológica y de talento humano, conforme con las exigencias normativas.

Adicionalmente, desde Inspección y Vigilancia se realiza asistencia técnica a los actores del sistema, para asesorar y verificar que se cumplan las Rutas de Atención en Salud en lo poblacional, colectivo e individual. Se ha identificado una deficiente apropiación de las finalidades de valoración integral y educación para personas, familias y comunidades contempladas en las rutas de atención por lo que es sumamente relevante asociar estos procesos a los de educación en el campo de la salud pública en el ámbito de desarrollar capacidades del talento humano en salud que atiende tanto las rutas por momentos del curso de vida y materno perinatal, como las intervenciones colectivas desde el enfoque de entornos. En este sentido los ciclos educativos establecidos en la norma no han tenido un desarrollo consistente con lo normado. El desconocimiento del lineamiento operativo y técnico de las rutas deriva en irregularidades en los procesos referidos, sumado a la baja adherencia de las Entidades

Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB y su red de prestadores de servicios de salud contratados

Vinculación de Pueblos étnicos a procesos de cierre de brechas

El abordaje de las poblaciones étnicas, desde el enfoque diferencial en el sector salud, supone un gran reto técnico en consideración a las condiciones sociales, económicas, culturales y territoriales, De igual manera, son muy visibles los altos niveles de inequidad en la oferta institucional, el bajo reconocimiento de sus características interculturales, su cosmogonía, cosmovisión, usos y costumbres, por lo que se hace necesario empezar a realizar acciones que tributen a la transformación de las realidades territoriales, a la protección y preservación de la lengua propia y la cultura en tanto constituyen patrimonio cultural intangible de la Nación

Atención y vinculación de la Población LGBTIQ+.en condición de discapacidad a los procesos sociales y económicos del territorio

Se podría decir que aún persiste la reproducción de patrones culturales de género, sociales, políticos e ideológicos, los cuales legitiman la discriminación y la violencia por prejuicio en razón a la orientación sexual e identidad y expresión de género y diversidad corporal. En la actualidad, pese a los avances en la comprensión de las diversidades, continúan siendo una población sujeta a estas vulneraciones

Protección, identificación, contención y seguimiento a los procesos de atención integral a las condiciones de violencia y vulnerabilidad a las Mujeres y equidad de genero

Haciendo referencia a las mujeres, es necesario mencionar que la protección y la garantía de sus derechos humanos son responsabilidad del Estado a través de todos los instrumentos legales definidos para ello, ya que, pese a todos los esfuerzos y acciones emprendidas, las mujeres siguen siendo discriminadas, violentadas y persisten situaciones estructurales, barreras institucionales e insuficiente empoderamiento para el pleno ejercicio de sus derechos. Las brechas de género más amplias tienen que ver con la autonomía económica, la educación, la salud, los derechos sexuales y reproductivos, la participación política y la violencia basada en género; circunstancias que desde un análisis interseccional revelan mayores inequidades en áreas rurales debido al modelo patriarcal

Desarrollo de atención a las Personas con discapacidad.

En tal sentido se deben plantear alternativas que faciliten la disposición de estos servicios, como son en primer lugar, promover la certificación de discapacidad y el RLCPD, brindar apoyo técnico para que los municipios implementen la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC y propiciar el fortalecimiento del enfoque diferencial de discapacidad a las Empresas Sociales del Estado.

Proceso integral de aseguramiento, atención y protección de Habitantes de Calle.

Este proceso de caracterización busca identificar la población habitante de calle y adelantar las acciones para el acceso al aseguramiento y a la prestación de servicios de salud. Se priorizan

actividades de seguimiento, acompañamiento, y resolución a sus problemas como población vulnerable

Atencion sicosocial a Víctimas de violencia socio-política en el territorio

El Decreto 4800 de 2011, en su Artículo 164 define el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas como "El conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial que podrán desarrollarse a nivel individual o colectivo y en todo caso orientadas a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante".

Por medio del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas- PAPSIVI, busca atender las afectaciones y daños ocasionados por/o en relación con el conflicto armado como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario, con el fin de mitigar su sufrimiento

Salud integral en la atención a Personas mayores

El enfoque de curso de vida se asocia directamente con la posibilidad de promover y mantener la salud hasta la vejez para favorecer el proceso de envejecimiento en un marco de acción orientado por la salud pública. En la actualidad las personas mayores tienen una carga de enfermedad muy alta, ligada a otras carencias de orden socioeconómico, dependencia alta, hábitos poco saludables, abandono. Así, frente a la prevalencia de hábitos de vida poco saludables, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento

Modelo de atención en salud Comunidades Rurales con Autocuidado (CRAC) con Acciones de orden poblacional, colectivo e individual de protección, vinculación a las comunidades

En el desarrollo de la estrategia de orden poblacional Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables-CERS Considerando las competencias de ley y en concordancia con los procesos de gestión de la salud pública y la realización de acciones en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud de orden poblacional, colectivo e individual para la afectación de los indicadores previamente expuestos, es necesario continuar con el fortalecimiento coordinado de acciones en todos los entornos, vinculando las redes comunitarias, instituciones educativas, padres de familia y cuidadores en la protección de la población general, en todo el curso de la vida, la garantía de sus derechos y las herramientas necesarias a través de acciones educativas oportunas, pertinentes y continuas que fomenten el cuidado propio, de sus comunidades y los ecosistemas

Descripción de la respuesta institucional:

Responsables: Secretaría de Salud del municipio de Plato Magdalena

Corresponsables: Secretaria de Gobierno, deportes, cultura. ESE .

Objetivo General.

Fortalecer la conducción de la salud pública territorial para implementar las Rutas integrales e integradas de atención en salud, de orden poblacional, colectivo e individual, con articulación sectorial e inter y transectorial en el continuo de la vida y con enfoque diferencial para el municipio de Plato Magdalena

Descripción

El programa orienta las acciones hacia el **cuidado integral** de la salud de las personas que residen en Plato Magdalena, en un desarrollo progresivo de intervenciones que desde un ejercicio de gobernanza y rectoría sanitaria, articulan esfuerzos de orden sectorial e intersectorial para promocionar y mantener la salud individual y colectiva de los territorios, dentro de un marco operativo de gestión de la salud pública e intervenciones de carácter **Poblacional, Colectivo e Individual,** situado en los enfoques de los entornos donde se desarrolla la vida, entendidos como escenarios de transformación social, y en los momentos del continuo de la vida desde la gestación hasta la vejez, atendiendo a las particularidades dadas para la población general, los grupos étnicos, las personas con discapacidad, los campesinos, las mujeres, la población LGBTIQ+, la población víctima de violencia sociopolítica, la población privada de la libertad, la población migrante y la población habitante de calle. En este sentido, en el municipio de Plato Magdalenahace una apuesta por un Cuidado Integral de la vida, donde cada ciudadano y ciudadana pueda desarrollar capacidades para el cuidado propio, el de los otros y el del planeta

Programa 2: Salud mental en Ambientes saludables y Protectores

Diagnóstico:

En las últimas décadas, ha habido un creciente reconocimiento en la importancia de la salud mental y el bienestar emocional. Se han implementado políticas y programas a nivel mundial, nacional y departamental para abordar los trastornos mentales, promover la salud mental en la población general y garantizar el acceso a la atención y los servicios de calidad.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: «…un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (MS, 1946). De igual manera, definió la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, se deben promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (OMS, 2008).

Por otra parte, la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la salud mental de las personas en todo el mundo y por supuesto en Colombia en donde hasta mayo del 2023 se habían

contabilizado 6.367.600 casos confirmados, con 142.748 decesos, afectando al núcleo familiar principalmente.

La preocupación por la posibilidad de contraer el virus, la incertidumbre sobre el futuro, el aislamiento social y las dificultades económicas contribuyeron a niveles altos de ansiedad y estrés, sin contar con las patologías asociadas al estrés postraumático del personal sanitario y otras personas que han estado expuestas directamente a la enfermedad. El tiempo de confinamiento incrementó el abuso de sustancias psicoactivas, como el alcohol, tabaco o marihuana, entre otras, como una forma de hacer frente al estrés y la ansiedad relacionados con la pandemia.

Las situaciones propias del municipio en la situación del conflicto armado promovida por los grupos subversivos al margen de la ley, las milicias urbanas y otros grupos, han repercutido significativamente en la salud mental de las personas que son o fueron víctimas de sus ataques armados, desplazamientos, secuestros y masacre. Expertos en salud mental han descrito que las manifestaciones que prevalecen en las personas que han sufrido las guerras son: ansiedad, incertidumbre, sentimientos catastróficos, alteraciones del sueño, pérdida o aumento del apetito, baja autoestima, sensación de desprotección, pánico, ira, estado de alerta constante, dificultad para memorizar, frialdad afectiva, revivir constantemente el hecho violento, fobias, perdida de la confianza en los demás, paranoia, disfunciones sexuales, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de culpa

El Municipio tiene una alta repercusiones de convivencia asociados al microtrafico, que hace que haya aumentado por consumo de sustancias psicoactivas de las personas que sufren un trastorno mental y de comportamiento presentan un aumento significativo en los últimos 3 años, entre población masculina y femenina

Al evaluar la morbilidad atendida, por eventos relacionados con la salud mental, en el año 2022, la mayor proporción de consultas se presentó por trastornos mentales y comportamiento, aumentó según aumentaba el grupo de edad de los consultantes

Respecto al evento de intento de suicidio se identifican varios factores de riesgo como la presencia de trastornos psiquiátricos, como la depresión y el uso/abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol, toma de decisiones e impulsividad o agresividad que hacen que aumente la probabilidad del suicidio consumado en la población general. Los numerosos casos de intento suicidio o suicidio consumado, los costos para los servicios de salud y la afectación de las familias y la sociedad han hecho que este se considere un problema de salud pública, objeto de vigilancia epidemiológica

El comportamiento de la violencia de género e intrafamiliar en el Municipio de Plato magdalena, sostiene la tendencia de una mayor frecuencia de casos reportados por violencia física presentando una tasa de 161,2 casos por cien mil habitantes, que conllevo al igual que la tendencia de la violencia de género, sexual e intrafamiliar

Mediante las pruebas de tamizajes en el ambiente educativo e logro establecer y se obtuvieron los siguientes resultados permitiendo destacar la importancia de abordar el cuidado de la vida de las personas con afectaciones en su salud mental a nivel mundial, nacional y departamental. Este abordaje debe ser integral y debe estar orientado a promover la salud mental, prevenir la enfermedad mental, mejorar el acceso a la atención, reducir el estigma asociado a los trastornos mentales y fomentar la inclusión plena a través de iniciativas como la rehabilitación basada en la comunidad

De acuerdo a la información antes mencionada, arroja que se procesaron un total (3.957) atenciones para el 2021, y un acumulado de (35.543) atenciones desde el 2009 a 2021. Para las atenciones del 2021 estas aportan el 11,13% del total registrado correspondiente a los 13 periodos consecutivos a tener en cuenta para este análisis. De acurdo al comportamiento histórico de las atenciones por salud mental en 2021 muestra una tendencia de gran importancia a la disminución con el 59% frente al 2020, tendencia que se mantiene a la baja es los dos últimos periodos.

Siendo el ciclo de vida de la adultez el que más atenciones genero para el 2021 con un total de (1.099), seguida de la juventud con (710) atenciones, en tercera posición estuvo la primera infancia con (547) atenciones, siendo estas tres las de mayor demanda atendida.

De acuerdo a la patología especifica del grupo de las enfermedades mentales la de mayor demanda en todos los ciclos de vida corresponde a los trastornos mentales y del comportamiento, donde la mayor afectación se generó en la Adultez con (654) atenciones

Descripción de la respuesta institucional:

Responsables: Secretaría de Salud

Corresponsables: Eses del Municipios, >Instituciones Privadas, EAPB, Secretaria de Gobierno

Objetivo del programa: Fortalecer entornos protectores para la salud mental en la población Plateña para generar bienestar físico mental, emocional y social de los individuos, las familias y las comunidades.

Descripción del programa: Contribuir a mejorar las condiciones de salud mental de las personas, familias y comunidades con acciones sectoriales, intersectoriales y transectoriales; teniendo en cuenta la interculturalidad, los determinantes sociales, la atención primaria en salud, el enfoque territorial, de género, diferencial, psicosocial y de acción sin daño, el mecanismo articulador para el abordaje integral de las violencias por razón de sexo y género de las mujeres, niñas, niños y adolescentes por entornos y curso de vida; mediante la investigación, la apropiación social del conocimiento (trasferencia, gestión, participación y comunicación), la prevención de adicciones y del consumo de sustancias psicoactivas en escolares mediante estrategias como Susurraderos, Jugar para Sanar, Emociones y Habilidades para la vida.

La implementación de la Guía de intervención- mhGAP- para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (suicidio, epilepsia, conductas adictivas, víctimas de violencias) en el nivel de atención de salud no especializada, así como implementación de las RIAS- para la atención en salud, facilitan la intervención oportuna de los casos mediante acciones de promoción, prevención, atención, tratamiento integral, rehabilitación e inclusión social y estrategias de rehabilitación basada en comunidad y trabajo en red mediante la prevención universal, selectiva, indicada y ambiental.

Programa 3: Acceso con calidad a la red prestadora de servicios de salud

En el marco de las competencias de la Secretaría de Salud se encuentra el fortalecimiento de la red de servicios de salud, el cual pretende mejorar las condiciones de accesibilidad, calidad y oportunidad en la atención en salud a toda la población, a través del liderazgo para hacer la red Hospitalaria.

se tiene la responsabilidad de avanzar en la implementación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud -RIITSS mediante la Reorganización, Rediseño y Modernización Servicios Salud, cuyo objetivo principal es mejorar la calidad y accesibilidad del servicio, mediante la conformación de redes de prestación de servicios de salud que operen de manera integrada y coordinada

La Implementación de la modalidad de Telemedicina en las Empresas Sociales del Estado o en sus diferentes sedes, debe ser un proceso continuo y estructurado, con la socialización del proyecto tipo de Telemedicina, destacando los beneficios que esta modalidad de atención trae para la comunidad; facilitando el acceso a los servicios especializados en comunidades lejanas o con condiciones topográficas complejas para realizar un diagnóstico y tratamiento más rápido y oportuno, favorecer el acompañamiento a los pacientes durante la consulta por parte de sus familiares o cuidadores evitando traslados, ahorrando tiempo, optimizando los recursos disponibles.

Descripción de la respuesta institucional:

Responsables: Secretaría de Salud

Corresponsables: Ese Municipal

Objetivo del programa: Fortalecer la capacidad resolutiva de la Red de Prestadores de Servicios de Salud, con el propósito de mejorar la calidad de la atención en salud de la población.

Descripción del programa: Impulsar las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Servicios de Salud según el modelo Predictivo y Preventivo centrado en Atención Primaria en Salud-APS y en Ciudades, Entornos, Ruralidades Sostenibles-CERS para satisfacer las necesidades de las subregiones-zonas, fortaleciendo las capacidades técnicas, implementando rutas integrales e integradas de atención en salud.

Programa 4: Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud

Diagnóstico:

La Secretaría de Salud, bajo el Programa de Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud tiene a su cargo la promoción del aseguramiento y del acceso a los servicios de salud y los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS; se encarga además, de gestionar la prestación de servicios de salud para las personas residentes en el Municipio que no están afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, actividad que se ejecuta a través de la red de prestadores de servicios de salud

La Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres, lidera la formulación de la Política de Participación Social en Salud, y así las cosas, la definición de la Política de Participación social en Salud- PPSS tiene el propósito de cumplir con la responsabilidad de fortalecer la ciudadanía en los procesos de salud, desarrollando acciones que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud generando condiciones para la participación activa y efectiva de la ciudadanía teniendo como base su reconocimiento social e institucional, en especial buscando cumplir con el derecho a la participación vinculado al derecho a la salud.

Mecanismos de participación social en salud:

- Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud
- El Servicio de Atención a la Comunidad (SAC)
- Sistema de Atención a los Usuarios (SIAU)
- Comités de Participación Comunitaria (COPACO)
- Asociación de Usuarios
- Comité de Ética Hospitalaria
- Veedurías Ciudadanas en Salud

Descripción de la respuesta institucional:

Responsables: Secretaría de Salud

Corresponsables: secretaria de Gobierno, SAC.

Objetivo del programa: Mejorar el acceso a los servicios de salud para la población residente en el municipio de Plato Magdalena

Descripción del programa: Garantizar el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Régimen Subsidiado, así mismo orienta sus acciones a facilitar el acceso oportuno y con calidad a la prestación de servicios de salud de la población no asegurada y migrante, mediante una gestión técnica, administrativa, adecuada.

Programa 5: Gobernabilidad y rectoría del sistema de salud

Diagnóstico:

La salud, el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de la población con criterios de accesibilidad, oportunidad, calidad, equidad, eficacia y eficiencia, ejerciendo la rectoría en salud con el fortalecimiento de los procesos que soporten la gestión misional y estratégica, así como con acciones que promuevan la administración transparente de los recursos, la gestión institucional, el ejercicio de la gobernanza, la gobernabilidad y la corresponsabilidad social en salud.

En este contexto, se tiene un gran desafío institucional y es el de fortalecer su liderazgo en el ejercicio de sus competencias de Ley, con un talento humano competente y comprometido con los objetivos estratégicos, con la visión y misión institucional con el único objetivo de mejorar las condiciones de vida y bienestar de los ¨Plateños.

Se han implementado estrategias que han mejorado las capacidades territoriales para que los planes, programas y proyectos del Plan de Desarrollo y Plan Territorial de Salud para responder a los problemas identificados en el Análisis de la Situación de Salud-ASIS de cada territorio mediante un acompañamiento sistemático en el desarrollo del ciclo de gestión, desde la formulación, la ejecución, el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos.

Se promueve el trabajo articulado, coordinado, intersectorial y transectorial con la participación de la comunidad, liderado desde el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud donde se realiza seguimiento sistemático a los resultados de los indicadores de salud con un mejoramiento en el sistema de Información para que la toma de decisiones responda a hechos y datos verificables.

Responsables: Secretaría de Salud

Corresponsables: Instituciones prestadoras de salud, EAPB, Veedurías ciudadanas

Objetivo del programa: Fortalecer el liderazgo de la Secretaría l de Salud mediante el desarrollo de las capacidades técnico-administrativas del talento humano, la gestión oportuna de los recursos financieros, la implementación de estrategias innovadoras a nivel rural en el desarrollo de tecnologías de información e interoperabilidad y la promoción de la participación social para la toma de decisiones en el ejercicio de la Gobernanza

Descripción del programa: Dirigir y coordinar los diferentes actores del sistema de salud mediante un adecuado ejercicio de Gobernabilidad, Gobernanza y Rectoría, la toma de decisiones y la implementación de políticas públicas mediante la participación y el control social, reconociendo a las comunidades y organizaciones como movilizadores activos para buscar soluciones que mejoren las condiciones de la calidad de vida de los Plateños.

Programa 6: Gestión en Vigilancia de los Riesgos Sanitarios y Ambientales

Diagnostico

Plato demuestra avance en mejoramiento de oportunidades especialmente que tuvo que ver con la calidad del agua, prestación de servicios de aseo y ampliación de las coberturas de energía eléctrica, el entregar la operación a un ente privado bajo el seguimiento de la institución, demostró avances importantes en relación con la vigencia 2015, ya que se tenía un IRCA de 40,0 hasta un 14,4 en el 2020 de manera ponderada, y reducirse en el año 2022 a 3 , inclusive a tener meses sin riesgo; en la zona rural, existe un atraso significativo en los aspectos de acueducto y alcantarillado, pero aún mas es la poca sensibilización por la conservación de los complejos cenagosos del ríos ya que muchos son utilizados para disponer de las aguas servidas, excretas y botaderos de basura, por su parte el aumento de la población en la zona urbana está llenando los espacios públicos de vendedores ambulantes y es igual el avancen la, la construcción de la nueva vía de los contenedores a doble calzada dinamizara su producción, mejoraríamos entonces en las vías terciarias dando las mínimas condiciones vitales a sus pobladores, gas natural se sigue instalando del servicio dentro de la población ampliándola algunos corregimientos en especial donde está la carreteras nacionales, el alcantarillado sigue siendo un problema donde se deberá establecer un mega plan para mejorar las coberturas en especial de las aguas servidas y de excretas son vertidas son directamente al caño donde pocos metros después es la boca toma para la captación de agua que va al acueducto para el consumo humano.

La entrada en funcionamiento de mejores niveles de bombeo, establecerá un mejor suministro del agua, la ampliación de funcionamiento de los tanques que existen dentro del municipio suministrara agua a los barrios de mayor altura donde por presión no llegara el líquido.

Condiciones Ambientales Y Ambiente Construido en el Territorio

El Municipio de Plato tiene una superficie aproximada de 1.500,04 kilómetros cuadrados que representan el 6,6% del área total del Departamento del Magdalena. A pesar de la pérdida de territorio por creación de nuevos municipios, Plato se ubica actualmente en el segundo lugar entre los 29 municipios del departamento según la extensión territorial, superado solamente por Santa Marta. La cabecera municipal se extiende sobre una superficie aproximada de 351 hectáreas o 3,51 km2. Los restantes 1.496,53 kms2 conforman la superficie rural del municipio distribuida en 14 corregimientos. En el sector rural se destaca una inmensa extensión territorial de terrenos baldíos conocidos popularmente como “Los Playones de Plato”.

Gestión integral de las zoonosis en el Territorio

La gestión integral de zoonosis tiene el propósito fundamental de planear, monitorear, y ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de zoonosis de interés en salud pública y competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales. Se fortalece la vigilancia epidemiológica de la rabia, encefalitis equina, leptospirosis, brucelosis, caracol gigante africano, exposiciones rábicas, ofídicos,

ponzoñosos y otros eventos de interés sanitario asociados a los riesgos en zoonosis, así como la elaboración de informes, reportes oficiales y mapas de caracterización epidemiológica, mediante acciones de promoción y prevención, Información y comunicación a la comunidad.

Prevención y promoción de las enfermedades transmitidas por vectores, EGI (Estrategia de Gestión Integral en Vectores)

Las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) se constituyen en una prioridad de salud pública. En Plato Magdalena el 96% del territorio presenta condiciones favorables para la proliferación de Aedes aegypti y Aedes albopictus y por tanto, para la transmisión del virus de dengue, los problemas de abastecimiento y practicas inadecuadas de almacenamiento de agua, a los cordones de miseria de la ciudad, la mala disposición final de las llantas y las trampas de olores en los sistemas de aguas lluvias de los edificios y urbanizaciones.

Descripción de la respuesta institucional:

Responsables: Secretaría de Salud

Corresponsables: Departamento de Planeación, Gerencia de Servicios Públicos Domiciliarios, ESE, D

Objetivo del programa: Mejorar las condiciones sanitarias y ambientales que puedan incidir sobre la salud y el bienestar de la población del Municipio de Plato Magdalena, a través del fortalecimiento de la Vigilancia y Gestión Integral de los Riesgos Sanitarios y Ambientales.

Descripción del programa: La interacción entre el ser humano, los animales y el ambiente, pueden producir un riesgo o deterioro de las condiciones sanitarias, ambientales y ocupacionales que afectan a la salud de los habitantes mediante enfermedades como las vehiculizadas por el agua y/o alimentos, transmitidas por vectores, intoxicaciones por sustancias químicas y enfermedades zoonóticas entre otras

10. EQUIPOS BASICOS CONTEMPLADOS EN EL PIC COMO COMPLEMENTARIEDAD A LAS ACCIONES DEL POS

Niveles territoriales de intervención socio sanitaria

Municipio Es la unidad político-administrativa a nivel funcional y estructural del ordenamiento territorial del Estado. Se distinguen zonas urbanas con sus barrios y zonas rurales organizadas en corregimientos y veredas. En el caso de los pueblos indígenas se considerarán los resguardos, en los pueblos afrocolombianos los concejos comunitarios y en las zonas campesinas, aquellas que se acuerden con sus asociaciones y organizaciones. Para el caso de la Resolución 2788 de 2022 los

municipios son los señalados en el artículo 1, en la columna “Municipios donde operarán los equipos”. Territorio Espacio territorial en el que se comparten dinámicas geográficas, poblacionales y factores socio ambientales y culturales que inciden en las condiciones de salud y el reconocimiento de zonas de impacto y de riesgo. Un territorio estará conformado por un rango variable de entre 3 a 10 microterritorios, dependiendo del nivel de dispersión geográfica y la densidad poblacional, de modo que un territorio puede abarcar hasta 5.000 familias, siendo recomendable configurar territorios con un máximo de 2.000 familias. Este nivel se configura como el espacio de intervención permanente, sistemática e integrada de los Equipos de Salud Territorial (EST), para la ejecución de intervenciones colectivas e individuales dirigidas a la familia. (Los recursos de la resolución 2788 de 2022, permitirán la financiación de EST para aumentar la cobertura de las intervenciones colectivas) En el territorio; las personas, familias y comunidades se encuentran en los entornos, comprendidos estos como: “los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea. Se caracterizan por tener sujetos con roles definidos y una estructura organizativa, que comprende condiciones de base socio demográfica que pueden ser urbanas o rurales” (MSPS, 2015.Estrategia entornos saludables).

Micro territorios de salud Espacio territorial y social conformado por un número de familias, que podrán ajustarse dependiendo de la concentración o dispersión poblacional, variando de 60 familias o menos en zonas de alta dispersión, hasta 500 familias en zonas de alta concentración como capitales y municipios conurbados. Incluyen tanto a los hogares, como las dinámicas comunitarias, ambientales e institucionales, considerándose la unidad mínima de intervenciones sociosanitarias ejecutadas por equipos de salud territorial. Las familias de cada microterritorio son asignadas a una auxiliar de enfermería quien coordina diferentes actividades e intervenciones con todos los miembros del EST, resaltando que la puerta de entrada de estas auxiliares es el entorno hogar, mediante el proceso de caracterización familiar.

Equipo Básico de Salud- EBS

Son estructuras funcionales y organizativas del talento humano en salud en el marco de la prestación de los servicios de salud en todos los entornos de desarrollo que permiten facilitar el acceso y la continuidad de la atención integral en salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud que tendrán entre sus funciones las definidas en el artículo 16 de la Ley 1438 de 2011.

Tipología de Equipos

Equipo de salud territorial (EST):

Estructura funcional y operativa básica en capacidad de ejecutar intervenciones colectivas e individuales en un territorio de hasta 5000 familias, conformado por 1 Médico, 1 enfermera (o), 4 auxiliares de enfermería, 1 líder comunitario / promotor y 1 profesional de la salud o de área social según necesidad en salud pública y oferta del talento humano en la zona.

Los perfiles, así como el número de profesionales y técnicos en salud que integran los equipos de salud, puede variar de acuerdo con la oferta del talento humano en la región así como la necesidad de hacer adaptación socio cultural en territorios con presencia de comunidades indígenas, escenario en el que pueden integrarse líderes comunitarios.

Los equipos básicos de salud territorial pueden ser financiados con recursos del SGP de salud pública, UPC en el marco del artículo 115 de la resolución 2808 de 2022, sistema general de regalías, recursos de la resolución 2788 de 2022 y demás fuentes que dispongan las entidades territoriales desde el nivel nacional al municipal.

Equipo complementario:
Estructura funcional y operativa en capacidad de ejecutar acciones de gestión de riesgos individuales y colectivas; conformados por profesionales y técnicos: nutrición, odontología, gerontología, optometría, terapia física, ocupacional y del lenguaje, técnico ambiental, vacunador, anotador, entre otros.

Este tipo de equipo tiene cobertura municipal y su se financian con cargo a los recursos del SGP, subcuenta de salud colectiva y pueden articularse con los recursos del sistema de salud destinados a las intervenciones individuales. El número de equipos complementarios dependerá del número de territorios en el municipio, en tanto que los perfiles que lo conforman también pueden ajustarse de acuerdo con la disponibilidad de talento humano en el territorio y las prioridades en salud pública.

Plan Integral de Cuidado Primario – PICP

Según el Decreto 1599 del 2022 Art. 2.11.3 el PICP es una Herramienta operativa que le permite al equipo de salud identificar, planear, implementar, monitorear y evaluar las acciones prioritarias en salud a nivel individual, familiar y colectivo, en los diferentes momentos de curso de vida, considerando las particularidades poblacionales y territoriales.

@alcaldiadeplato
891780051 - 4
Cra 12 con calle 4, Plato, Mag.
www.plato-magdalena.gov.co
contactenos@plato-magdalena.gov.co

El PICP contempla una serie de acciones que están agrupadas en información general para todas las familias, educación específica por tipo de prioridad y general para todas las familias, canalización específica por tipo de prioridad, búsqueda activa de casos para todas las familias y canalización a otros sectores o actores locales.

Orientaciones metodológicas - operativas para la organización de microterritorios y operación de EST
Al iniciar este proceso se recomienda generar un espacio de concertación entre la entidad territorial y la ESE, con el fin de planear la ejecución de las intervenciones colectivas de manera coordinada, así como la concurrencia de recursos de diversas fuentes, la priorización de microterritorios, identificar los entornos en los cuales se van a realizar las intervenciones colectivas, así como el número de equipos de salud territorial que se requieren.

Metodología para la identificación de los microterritorios de salud

Un microterritorio de salud es el espacio territorial y social conformado por un número de familias, que podrán ajustarse dependiendo de la concentración o dispersión poblacional, variando desde 60 familias en zonas de alta dispersión, hasta 500 familias en zonas de alta concentración como capitales y municipios conurbados.

Para su organización se recomienda surtir los siguientes pasos:

• Reconocimiento de la información territorial básica: En este paso, se espera que de manera conjunta la entidad territorial y la ESE tenga disponibilidad de la información sociodemográfica de tipo cuantitativo y cualitativo que dé cuenta de la división político- administrativa del territorio, zonas geográficas, la distribución poblacional, indicadores demográficos y ejercicios de cartografía social, como los obtenidos durante el desarrollo de la metodología PASE en el marco de la construcción del Plan Territorial de Salud. (Se recomienda disponer de los mapas de corregimientos, veredas, comunas y barrios del municipio, así como de la identificación de la población, el número de hogares y / o familias por cada uno).
Identificación de la información socioeconómica básica: Disponer de los datos de pobreza, nivel de desempleo, reconocimiento de las principales actividades económicas de la población por corregimiento, vereda, comuna y barrios del municipio.
Análisis de la situación de salud de la población: para ello se recomienda revisar el último ASIS municipal, procurando analizar el comportamiento de la morbimortalidad por género, cursos de vida, grupo étnico e identificar las prioridades en salud pública, que permitan la orientación y focalización de las intervenciones colectivas.

Calcule espacios territoriales: Proceda a identificar zonas o espacios territoriales que agrupen un número de familias contiguas de acuerdo con la tipología de microterritorios presentados en la figura No. 1, teniendo en cuenta accesibilidad geografía compartida, interacción de condiciones de salud, dinámicas sociales, sanitarias, ambientales, y económicas.

Los microterritorios pueden ser distantes entre sí, lo importante es que reflejen la priorización respecto de bajas o nulas coberturas de las actividades del plan de intervenciones colectivas, de bajas coberturas de la intervenciones individuales de valoración integral para la promoción y mantenimiento de la salud, detección temprana de alteraciones, protección específica y educación para la salud y de ocurrencia de eventos de interés en salud pública y de riesgos sociales o ambientales, baja oferta de servicios de salud.

Espacializacion de territorios y microterritorios: Tome un mapa de su municipio y plasme con diversos colores los microterritorios y territorios calculados, utilice convenciones según necesidad. El microterritorio no debe superar 500 familias. A continuación, se observa un ejemplo de espacialización de microterritorios y territorios.

Se deben Priorizar los microterritorios a intervenir: para esto identifique en el mapa los microterritorios ubicados en zonas rurales, urbanas y poblacionales o grupos sociales donde se cuente con poca o ninguna actividad del plan de intervenciones colectivas, en el marco de lo dispuesto en el artículo 2 de la resolución 2788 de 2022. Se debe establecer la cobertura del plan de intervenciones colectivas (contratado por la entidad territorial) en cada microterritorio.

Se recomienda de manera adicional, tener en cuenta otros criterios para la priorización de microterritorios:Información sociodemográfica de interés: características demográficas, diferenciando número de personas por momento del curso de vida, índice de ruralidad y nivel de dispersión, diversidad cultural, población campesina, grupos étnicos, sujetos de especial protección, y de manera específica identificando niños, niñas y adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas con diagnóstico de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, entre otras condiciones de vulnerabilidad como pobreza, desempleo por barrio, comuna, corregimiento y vereda, para lo cual se recomienda el uso de diagnósticos locales, la información suministrada por el DANE, así como del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO.

Situación de salud y dinámicas sanitarias de sus microterritorios: comportamiento de la morbilidad y mortalidad por cursos de vida, distribución de condiciones de riesgo en la población y estado de los principales eventos de interés en salud pública, presencia de problemas en salud de origen ambiental.

Estado actual de la red de prestación de servicios de salud: identifique el número, ubicación y distribución de hospitales, centros de atención primaria, puestos, centros de salud y clínicas, así como las EPS de régimen subsidiado y contributivo que operan en el territorio, con el fin de analizar la oferta de servicios y disponibilidad de la red, diferenciando por área rural y urbana, este ejercicio incluye analizar barreras de acceso efectivo a los servicios de promoción y prevención en los diferentes entornos de desarrollo.

Concurrencia de otros programas sectoriales e intersectoriales: identifique en los microterritorios, la oferta de servicios provenientes de educación, ICBF, Prosperidad social, cultura, deporte, banco de ayudas técnicas para población con discapacidad, apoyo alimentario y nutricional, casas de paso o albergues, apoyo psicosocial, entre otros

Coberturas de las atenciones individuales para la promoción de la salud: identifique coberturas de acciones de detección temprana, protección específica y mantenimiento de la salud por curso de vida, fijando especial atención en captación temprana de gestantes y atención integral a población materno perinatal

Metodología para la organización y operación de Equipos de Salud Territorial

Para la conformación de equipos de salud territorial se debe tener en cuenta la oferta del talento humano en salud en el área de influencia, la presencia de comunidades indígenas, rom, afro, entre otras, con el fin de adaptar socioculturalmente tanto la estructura del equipo como las metodologías de intervención y relacionamiento comunitario de los integrantes del EST, en armonía con la cosmovisión de los pueblos y los contenidos de la resolución 050 de 2021.

Contratación de los equipos de salud territorial: Las Empresas Sociales del Estado deberán adelantar la contratación del talento humano en salud tomando como referencia los valores máximos mensuales establecidos en la tabla 1, dando cumplimiento a las normas que rigen la contratación de la entidad e incluirán en los contratos las obligaciones establecidas en el artículo 16 de la Ley 1438 de 2011, de acuerdo con los perfiles.

Planificación de la Operación de los Equipos: priorizados los microterritorios, la Empresa Social del Estado deberá realizar la planeación operativa del trabajo en terreno de los equipos, así como la programación y organización de las intervenciones individuales y familiares definidas en el PICP, derivado del proceso de caracterización.

De igual forma, deberá identificar las rutas, vías de acceso y medios de comunicación de cada territorio, como guía para la movilidad y operación de los equipos, así como para definir los procesos de referencia, contrareferencia y modalidades de prestación de servicios de salud (extramural y la telemedicina).

Inducción y capacitación del talento humano que conforma el EST: La Empresa Social del Estado deberá fortalecer las competencias de los EST para el desarrollo de sus funciones, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social pondrá a disposición de todo el territorio nacional de un módulo virtual para el desarrollo de capacidades técnico – operativas del talento humano en salud, en el marco de la estrategia de APS.

Las ESE podrán solicitar acompañamiento al proceso de inducción de los EST, al grupo de gestión para la promoción y prevención, y al grupo de APS del Ministerio de Salud y Protección Social.

Actividades a ejecutar por los equipos de salud territorial

En el marco de las intervenciones colectivas:

1. Caracterización familiar y del entorno, de acuerdo con el registro administrativo o instrumento que tenga la entidad territorial, considerando los sistemas de seguimiento nominal y otros sistemas de alerta de los cuales se disponen en el territorio para favorecer la gestión de atenciones no prestadas (por ejemplo el Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de Primera Infancia).
2. Ejecución de intervenciones colectivas de acuerdo con la caracterización; como la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias, zonas de orientación escolar, centros de escucha, procesos de educación para la salud dirigida a los colectivos, estrategias de información en salud, procesos de rehabilitación basada en comunidad, entre otros; de acuerdo a las necesidades detectadas, los resultados en salud concertados y las prioridades establecidas en el territorio.
3. Formulación del plan integral del cuidado primario de acuerdo con los resultados de la caracterización realizada, identificando intervenciones individuales que deben garantizarse por momento de curso de vida y a la población materno perinatal; valorando riesgos previamente detectados; proyectando procesos de educación para la salud dirigido a las personas y/o a la familia (u otros sujetos colectivos de acuerdo al entorno abordado); definiendo contenidos a abordar en el marco de la información en salud; reconociendo necesidades de gestión intersectorial de acuerdo a necesidades detectadas y oferta territorial; entre otros.

4. Identificación del riesgo individual, familiar y comunitario de la población adscrita, por momento de curso de vida, sexo-genero, etnia y condiciones socioeconómicas y ambientales.
5. Brindar información sobre la oferta de servicios a que tiene derecho.
6. Promoción de la afiliación al sistema de seguridad social en salud realizando los trámites correspondientes en coordinación con la Empresa Social del Estado.
7. Inducción a la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. Identificar, notificar y gestionar la atención y el control de los eventos de interés en salud pública.
8. Canalización a la institución prestadora de servicios de salud primaria, conforme a los riesgos identificados, la mortalidad evitable y la discapacidad prevenible.
9. Seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud en su respectiva red de prestación de servicios.
10. Promoción de espacios de conciliación, concertación y mediación entre los procesos de salud propia de los grupos étnicos y los actores del SGSSS, cuando aplique.
11. Promoción y gestión de la articulación de los servicios de salud, sociales y ambientales, entre otros, de acuerdo con las necesidades de la población.
12. Socialización de los resultados de la caracterización familiar y del entorno, con las comunidades atendidas.
13. Realizar la sistematización y el reporte de información en los registros administrativos establecidos por el Ministerio, los cuales incluyen la caracterización, el plan integral de cuidado primario, la canalización y el seguimiento a los avances del plan.

Dentro de las actividades relacionadas con el Plan Integral de Cuidado Primario, se encuentran:

A. Identificar las potencialidades y riesgos en los entornos, para así priorizar las intervenciones individuales, colectivas, sociosanitarias y ambientales, en coherencia con los Planes Territoriales de Salud.
B. Concertar y programar, las acciones sectoriales e intersectoriales con las familias, la comunidad y con los actores y sectores según corresponda. En esta primera fase los EST se centran en las acciones del PIC.
C. Programar acciones de trabajo colaborativo, capacitación, cuidado al cuidador y seguimiento a la gestión del Equipo.
D. Implementar las intervenciones colectivas concertadas en el PICP que están a cargo del EST y agendar o gestionar directamente la garantía de las atenciones individuales para la promoción y mantenimiento de la salud, detección temprana y gestión de los riesgos en salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

E. Gestionar, con los servicios sociales ubicados en el territorio, la asistencia social de las personas, familias o comunidades, que por su situación lo requieran.
F. Activar los mecanismos de referencia y contrareferencia hacia servicios e intervenciones, para garantizar la continuidad e integralidad en la atención.
G. Identificar y gestionar las barreras de acceso geográficas, culturales,administrativas, económica, entre otras, para garantizar el acceso oportuno a la atención en salud, de su población adscrita.
H. Diseñar y desplegar estrategias para el seguimiento, búsqueda activa y recuperación de persona y familias que no consultan, acceden o participan en las atenciones para la salud.
I. Realizar reuniones al interior del equipo para seguimiento, capacitación, cuidado al cuidador, asesoría y supervisión al trabajo colaborativo, así como el análisis de casos y definición de la conducta de manejo.
J. Registrar la información de las intervenciones en salud realizadas en el registro administrativo.
K. Establecer mecanismos o estrategias de comunicación accesible e incluyente con las personas, familias y comunidades, reconociendo sus necesidades de apoyo y ajustes razonables, así como su contexto sociocultural.
L. Hacer uso de la modalidad de telemedicina y otras acciones de telesalud, disponibles en el territorio para garantizar la continuidad e integralidad en la atención de la población adscrita.
M. Realizar el seguimiento y ajuste de los PICP dirigidos a la persona, familia y comunidad.
N. Revisar el avance en el cumplimiento de las acciones y metas establecidas en los PICP para las personas, familias y comunidades.
O. Identificar oportunidades de mejora y realizar los ajustes a los PICP, a partir del seguimiento realizado.
P. Hacer seguimiento al cumplimiento de metas de cobertura de la población asignada, considerando las intervenciones individuales, familiares y comunitarias – colectivas del PICP.
Q. Programar reuniones del Equipo y de retroalimentación con la comunidad, para identificación, análisis y toma de decisiones sobre los factores que inciden en el desempeño del Equipo.

El Municipio de Plato Magdalena hará el seguimiento a la ejecución técnica y financiera de los recursos asignados en el marco de la resolución 2788 de 2022, de forma mensual, a través del grupo de gestión para la promoción y prevención, el cual podrá solicitar los siguientes documentos que deben cargarse a la plataforma PISIS:

Informe técnico de monitoreo elaborado por la ESE (incluye el análisis de los indicadores obligatorios del numeral 5.1)
Relación de procesos contractuales celebrados para la ejecución de los recursos.
Relación de órdenes de pagos y pagos realizados durante el mes.

Informe de conciliación bancaria y de generación rendimientos financieros mensuales.

Dinámicas de operación de los Equipos de Salud Territorial

Un aspecto importante en la dinámica de la operación de los equipos de salud territorial es que en cada microterritorio, el/la auxiliar de enfermería tendrá a cargo un número de hogares de manera permanente, en los cuales realizará la caracterización individual, familiar y comunitaria, para la identificación, categorización y priorización de riesgos identificados, como base para la elaboración del Plan Integral de Cuidado Primario- PICP, con los demás integrantes del equipo, las cuales podrán ser descargadas de acuerdo al entorno en

Para en cumplimiento de lo anterior la Administración Municipal por intermedio de nuestro despacho, para efecto de la normal ejecución de las políticas dimensionadas, requiere contratar los servicios para el desarrollo de las actividades de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de los riesgos de la Salud del Plan de Salud Pública. Razón por la cual se procedió a solicitar a la **ESE HOSPITAL 7 D AGOSTO DE PLATO MAGDALENA**, su portafolio de servicios a fin de verificar los servicios habilitados con que cuenta y determinar si efectivamente además de ello cuentan con la capacidad operativa para ello, concluyendo que efectivamente los servicios habilitados se prestan de forma óptima y continua, tanto que en vigencias anteriores ya han sido contratados por el Municipio.

Son pues, este señor alcalde son las principales razones que fundamentan la necesidad de iniciar el respectivo procedimiento contractual tendiente contratar con la **ESE HOSPITAL 7 D AGOSTO DE PLATO MAGDALENA** A los servicios antes mencionados.

Para cumplimiento de lo anterior la Alcaldía Municipal de Plato Magdalena, para efecto de las normas ejecución de las políticas dimensionadas, requiere contratar los servicios para el desarrollo de las actividades de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de los riesgos de la salud del Plan de Salud Pública.

Las disposiciones de la Resolución No. 666 de fecha 24 de abril de 2020, aplica a los empleadores y trabajadores del sector público y privado, aprendices, cooperados de cooperativas o pre-cooperativas de trabajo asociado, afiliados, participes, los contratantes públicos y privados, contratistas vinculados mediante contrato de prestación de servicios de los diferentes sectores económicos, productivos y entidades gubernamentales que requieran desarrollar sus actividades durante el periodo de la emergencia sanitaria y las ARL.

El Parágrafo del artículo 2 de la Resolución No. 666 de fecha 24 de abril de 2020, dispone que para la aplicación de los protocolos de bioseguridad cada sector, empresa o entidad deberán realizar, con el apoyo de sus administradoras de riesgos laborales, las adaptaciones correspondientes a su actividad, definiendo las diferentes estrategias que garanticen un distanciamiento social y adecuados procesos de higiene y protección en el trabajo.

11. CONSIDERACIONES Y METAS CONTENIDAS EN NUESTRO PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Bajo el anterior orden de ideas, el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 establece que la Nación tiene a cargo entre otras competencias "(…) definir las prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública y las acciones de obligatorio, así como dirigir y coordinar la red nacional de laboratorios de salud pública, con la participación de las entidades territoriales". Igualmente, el literal h) del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 establece que el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, además que "Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud".

Ejes:

1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública
2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación
3. Determinantes Sociales de la Salud
4. Atención Primaria en Salud
5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias
6. Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria
7. Personal de salud

Que cada eje tendra dentro de sus objetivos en el mismo orden.

1. Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, y coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.

2. La gobernanza para alcanzar redes integradas de servicios de salud, con un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades, requiere de cambios en la regulación de diferentes relaciones o procesos (Organización Panamericana de la Salud - OPS, s.f.). Para el ejercicio de una gobernanza se requiere fortalecer la gobernabilidad y autonomía en salud de los pueblos y comunidades a partir de las estructuras propias que guían los sistemas propios en salud y se constituyen en las instancias para las diferentes formas de participación y toma de decisiones colectivas
3. Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias
4. Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias
5. Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud
6. Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas, por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva orienta la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortalecer la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso a las tecnologías en salud necesaria para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico
7. Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial
8. Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud

Estrategias dentro del Plan territorial der Salud 2024-2027:

1. Desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la planeación integral en salud y la gestión territorial en el marco del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en Atención Primaria en Salud - APS.
2. Promoción de capacidades y mecanismos para la gobernanza en salud pública y la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud desde las diferentes instancias intersectoriales del orden nacional y territorial.
3. Establecimiento de mecanismos de participación basada en atención primaria en salud – APS para la gobernanza propia en salud de los pueblos y comunidades.
4. Abogacía e incidencia técnica y política en la agenda de otros sectores, a fin de generar acciones intersectoriales y transectoriales definiendo temas transversales y objetivos comunes.
5. Mecanismos de coordinación, dialogo y concertación con estructuras propias de los pueblos y comunidades indígenas para la gobernanza en salud pública.
6. Mecanismos de coordinación, dialogo y concertación con comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales, Palenqueras, Rrom y Campesinas para la gobernanza en salud pública.
7. Diseño e implementación de estrategias para la transversalización de los enfoques diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria y psicosocial para pueblos y comunidades.
8. Posicionamiento del sistema único de información en salud parametrizado y estandarizado acorde con la normatividad vigente, que tenga la capacidad de articular los sistemas propios de información en salud de los pueblos y comunidades existentes.
9. Generación y adecuación de estrategias que promuevan capacidades institucionales para la garantía del derecho a la salud de la población de la economía popular y comunitaria en el territorio
10. Conformación y fortalecimiento de las instancias organizativas para la participación de la población de economía popular y comunitaria, pueblos indígenas y otros grupos de protección especial.
11. Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, la inspección, vigilancia y control sanitarios y la garantía de insumos de interés en salud pública reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.
12. Alineación y armonización del ordenamiento jurídico en materia de salud pública de cada entidad territorial de acuerdo con cada categoría administrativa y fiscal en el marco de las competencias fijadas por la ley
13. Desarrollo de mecanismos para el fortalecimiento de la conducción y articulación sectorial e intersectorial, la regulación, la conformación y operación de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud y la rendición de cuentas conforme a las competencias establecidas.
14. Fortalecimiento de capacidades técnicas para el ejercicio de la rectoría en salud.

15. Desarrollo de estrategias para la organización y acompañamiento de la participación ciudadana dirigida a la identificación de problemáticas, análisis, comprensión y definición de decisiones que impacten de manera positiva la salud
16. Desarrollo de capacidades institucionales y sectoriales para el ejercicio de la participación social y comunitaria en salud como derecho en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, incluido el reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio y los saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas acordes con el marco normativo.
17. Generación y fortalecimiento de espacios para la participación de personas y colectivos diferenciales, de género y diversidad y para pueblos y comunidades étnicos acordes con sus procesos políticos y organizativos
18. Conformación y fortalecimiento de las instancias organizativas para la participación de la población de economía popular y comunitaria, pueblos indígenas y otros grupos de protección especial.
19. Posicionamiento de los procesos participativos de rendición de cuentas incluyendo la evaluación del reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio y los saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación en planes, programas y estrategias desarrolladas en el marco del Plan Territorial de Salud.
20. Establecimiento de mecanismos institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarios que garanticen la participación de las diferentes formas y expresiones organizativas de los pueblos y comunidades en la planeación y la respuesta en salud
21. Socialización consulta y concertación con los pueblos indígenas los mecanismos para la expedición de la normativa desde los diferentes sectores de acuerdo con el contexto territorial, teniendo en cuenta la gobernanza propia, la dinámica y la particularidad de cada pueblo indígena.
22. Desarrollo de capacidades institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarias para la transversalización del enfoque diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria, psicosocial y el reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio de pueblos y comunidades étnicas y campesinas en la planeación, formulación e implementación de planes, programas y estrategias orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud.
23. Desarrollo de acciones que promuevan la transversalización de los enfoques para la implementación de políticas públicas, planes, programas y proyectos en salud.
24. Adopción e implementación de la estrategia de transversalización del enfoque de género en el sector salud para el cierre de brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual
25. Fortalecimiento de capacidades del talento humano para el desarrollo de acciones de cuidado de la salud desde la promoción hasta los cuidados paliativos con enfoque diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria, psicosocial y reconocimiento y respeto por los

sistemas de conocimiento propio de pueblos y comunidades étnicas y campesinas considerando además el determinante social relacionado con la ocupación.

26. Identificación, reconocimiento, fortalecimiento, promoción y garantía de la participación como derecho e incidencia de personas y colectivos en los procesos de planeación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud.

27. Gestión territorial para la transversalización de los enfoques y la integración de los sistemas de conocimiento propio de pueblos y comunidades étnicas y campesinas en espacios e instancias intersectoriales

28. Gestión de los determinantes sociales y ambientales de la salud mediante el reconocimiento de las condiciones de vida y salud.

29. Implementación de un sistema con capacidad de respuesta, comprensión de problemáticas y planteamiento de soluciones en relación con la respuesta intersectorial y transectorial en salud.

30. Implementación de acciones dirigidas a mejorar la relación salud-ambiente-territorio para promover acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida.

31. Reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género que afectan a las personas y colectivos en un territorio.

32. Generación de respuestas intersectoriales para la reducción y eliminación de situaciones de inequidad social, étnica y de género en el territorio.

33. Identificación, disminución y superación de barreras de acceso a la atención integral en salud de personas y colectivos.

34. Caracterización de actores comunitarios, estructuras organizativas, y recursos humanos propios entre otros, para la organización y adecuación de los protocolos propios interculturales en el marco de la atención integral.

35. Reconocimiento y legitimación de los espacios e instancias de diálogo y concertación para para la construcción colectiva de sistemas propios, a través de saberes, prácticas y conocimientos de y con las personas y colectivos.

36. Garantizar los mecanismos para salvaguardar el conocimiento relacionado con las formas, experiencias, prácticas y acciones en salud de las personas y colectivos, con el fin de fortalecer la transmisión intergeneracional.

37. Fortalecimiento de la toma de decisiones que conlleven a la prevención de contingencias derivadas de las ocupaciones, considerando los saberes, creencias y prácticas de las personas y los colectivos.

38. Reconocer los riesgos ocupacionales desde las prácticas costumbres y conocimiento propios para incidir en decisiones políticas y técnicas y disminuir el riesgo ocupacional en las personas y colectivos

39. Mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo precario de las poblaciones sujeto de los territorios, con especial atención en los municipios PDET y Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícitos -PNIS-.-, y territorios con presencia de pueblos y comunidades indígenas, o aquellos que tengan altos índices de nivel de pobreza y desempleo.
40. Gestionar los mecanismos administrativos, financieros y de pertinencia sociocultural, para disminuir las barreras de acceso en salud respecto a la atención a los niños, niñas y adolescentes, en particular en escenarios de vulnerabilidad socioeconómica para la permanencia escolar que incluya los pueblos y comunidades de acuerdo con sus planes de vida o el que haga sus veces.
41. Gestionar los mecanismos técnicos, administrativos y políticos para mejorar de las condiciones de trabajo u ocupación que deterioran la salud, en el marco de la política de trabajo decente y para la generación de ingresos a las comunidades con atención particular en las mujeres rurales y de pueblos y comunidades étnicas, población LGBTIQ+, personas con discapacidad y personas de 60 y más años, independiente de la nacionalidad.
42. Caracterización y gestión de las opciones de intervención respecto de las condiciones de salud, ambiente de trabajo u ocupación que se relacionan con peores resultados en la salud y la vulneración de la población, en particular en lo relacionado con procesos de salud mental, enfermedades transmisibles y enfermedades no trasmisibles.
43. Caracterizar y gestionar para mejorar las opciones de intervención respecto a las condiciones de salud de la población que hace parte de la economía popular y de actividades de auto subsistencia y comunitaria de acuerdo con el contexto territorial
44. Gestión de acuerdos con las instituciones del cuidado no sanitario para ampliar los mecanismos de protección de las cuidadoras en el marco del sistema nacional de cuidado.
45. Establecer acuerdos y gestionar mecanismos de acuerdo al marco normativo Gestionar acuerdos con los sectores relacionados con la protección de la inseguridad física, en salud mental y económica de las personas mayores.
46. Gestión de la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación, a partir de acuerdos en espacios intersectoriales.
47. Aporte en la generación de competencias sociales para la resolución no violenta de conflictividades comunitarias y la construcción de paz territorial que conlleve a mejores resultados en salud.
48. Creación de mecanismos de acceso a la educación y permanecía escolar de niños, niñas y jóvenes en contextos de prevalencia de grupos armados ilegales y bandas criminales.
49. Establecimiento de acuerdos y gestión de mecanismos para la creación de entornos seguros y saludables respecto de la presencia de trabajo sexual forzado de niños, niñas, mujeres y población LGBTIQ+

50. Generación de condiciones de salud, ambiente de trabajo u ocupación seguras y saludables para jóvenes y mujeres, independiente de su nacionalidad o pertenencia a pueblos o comunidades, en el marco de la Política de Primer Empleo.
51. Fortalecimiento de acciones dirigidas a la prevención y atención de problemas y trastornos mentales de la población en todos los entornos y momentos del curso de vida (familia, escuela, trabajo y otros escenarios de protección social)
52. Avance en la superación de barreras de acceso para la atención primaria en salud con énfasis en la rehabilitación integral en salud de las poblaciones víctimas del conflicto armado interno y de las personas en procesos de reincorporación y dejación de armas.
53. Generación de procesos de formación intersectorial y territorial en DDHH con énfasis en el respeto a la Misión Médica.
54. Fortalecimiento de procesos de movilización y organización social y popular en salud en los territorios de salud
55. Aporte en la generación de competencias sociales para la resolución no violenta de conflictividades comunitarias y la construcción de paz territorial que conlleve a mejores resultados en salud.
56. Creación de mecanismos de acceso a la educación y permanecía escolar de niños, niñas y jóvenes en contextos de prevalencia de grupos armados ilegales y bandas criminales.
57. Generación de procesos de formación intersectorial y territorial en DDHH con énfasis en el respeto a la Misión Médica.
58. Generación de procesos de territorios en salud que permitan la gestión para la afectación positiva determinantes sociales y avance en la garantía del derecho a la salud libre de violencias por la vida y la paz
59. Caracterización de modos, condiciones de vida, trabajo y salud en contextos de minería ilegal y otros procesos productivos ilegales establecer las medidas institucionales y socioculturales de cuidado respecto al factor negativo de que dañan y contaminan fuentes hídricas, suelos y subsuelos, cultivos de pan coger y genera impacto negativo sobre la salud de las poblaciones, pueblos y comunidades.
60. Gestión de los mecanismos para adoptar soluciones alternativas de cuidado integral en saneamiento básico, agua potable, calidad del aire, la tenencia responsable de animales de compañía y de producción, impulsar la transición energética justa, la gestión racional de productos químicas, la movilidad segura, saludable y sostenible y economías sociales y populares de cuidado comunitario en salud teniendo en cuenta los factores socioculturales del territorio.
61. Gestionar los mecanismos técnicos, políticos y administrativos para el desarrollo de estrategias Gestión del acceso a saneamiento básico y agua apta para consumo humano a través de procesos intersectoriales.

62. Gestión de los mecanismos técnicos, políticos y administrativos para dar alcance e incidencia de manera positiva en la transformación de condiciones de vida, movilidad, trabajo y vivienda para disminuir la producción de gases ambientales y materiales particulados.
63. Gestión de los mecanismos técnicos, políticos y administrativos para el desarrollo de estrategias entornos saludables integrales en contextos rurales, urbanos y periurbanos.
64. Caracterización y gestión del estado actual de los procesos propios del sector salud que producen afectaciones socioambientales que amplifican los efectos de la variabilidad y el cambio climático.
65. Fortalecimiento de la infraestructura, adaptación cultural y la incorporación de nuevas tecnologías y energías alternativas y el cambio de procesos del sector salud que generan impacto negativo socioambiental y amplifican los efectos del cambio climático por medio de estrategias de adaptación, considerando practicas propias de los pueblos y comunidades étnicas para el cuidado y preservación del ambiente.
66. Regionalización y territorialización del sistema de salud por áreas para la gestión en salud / territorios en salud con base en la estrategia atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial poblacional y territorial.
67. Conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud con base en la aplicación de criterios determinantes incluyendo el reconocimiento de las condiciones de vida y salud de personas, familias y comunidades bajo el liderazgo de las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales.
68. Implementación de mecanismos para la coordinación y gestión de la operación de las redes integrales e integradas territoriales de salud en el marco de un modelo preventivo, predictivo y resolutivo basado en la APS.
69. Establecimiento de un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño y resultados en salud de las redes integrales e integradas territoriales de salud – RIITS.
70. Desarrollo de las capacidades estructurales y organizacionales para el ejercicio de la autoridad sanitaria, la gobernanza, la conformación, organización, operación, monitoreo y evaluación de las Redes integrales e integradas territoriales de salud – RIITS.
71. Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud.
72. Establecimiento de acuerdos sectoriales, intersectoriales y comunitarios para la concurrencia de recursos orientados a garantizar el acceso de la población, la longitudinalidad, la integralidad y continuidad de la atención en salud.
73. ortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para el desarrollo de la APS con acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario.
74. Reorientación de servicios e salud basado en atención primaria en salud.

@alcaldiadeplato
891780051 - 4
Cra 12 con calle 4, Plato, Mag.
www.plato-magdalena.gov.co
contactenos@plato-magdalena.gov.co

75. Conformación y puesta en funcionamiento de los centros de atención primaria en salud -CAPS.
76. Conformación y operación de equipos básicos de salud o equipos de salud territoriales.
77. Fortalecimiento de la infraestructura pública en salud con condiciones de accesibilidad, aceptabilidad y pertinencia sociocultural
78. Integración de los dispositivos comunitarios, estructuras y formas de cuidados propios en la operación de las redes integrales e integradas territoriales de salud
79. Reorganización de servicios de salud en complejidades y modalidades de prestación para mejoramiento de acceso, integralidad de la atención y continuidad del cuidado.
80. Fortalecimiento de las modalidades de prestación de servicios de salud de telemedicina y extramuralidad en integración con el nivel primario de atención.
81. Definición e implementación de mecanismos de coordinación asistencial entre el nivel primario y los servicios de mediana y alta complejidad.
82. Definición de estándares y modelos de gestión para el acceso con oportunidad a servicios de mediana y alta complejidad.
83. Diseño de los mecanismos pertinentes para garantizar el acceso y la continuidad de los medicamentos [incluye terapias alternativas que hayan sido reconocidas] en el marco de la red integral e integrada territorial de salud.
84. Redistribución de competencias del talento humano en salud basado en atención primaria en salud.
85. Formulación de políticas, planes, estrategias, lineamientos y guías que permitan establecer y orientar las acciones de adaptación y mitigación al cambio climático que deben implementarse en los diferentes territorios del país.
86. Establecimiento de mecanismos para la comunicación del riesgo climático y la posible vulnerabilidad de la población, desde un enfoque territorial, que logre actuar a manera de sistemas de alerta temprana.
87. Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud en todo lo relacionado con los posibles efectos de la variabilidad y el cambio climático.
88. Formulación de políticas que permitan la planeación de la gestión integral del riesgo de desastres en salud y el fortalecimiento de la capacidad sectorial y comunitaria para responder a eventos de crisis, emergencias y desastres de importancia nacional e internacional.
89. Socialización e Implementación del Plan de gestión integral de riesgos de emergencia y desastres en salud (PGIRED) en las Entidades Territoriales.
90. Incorporación del plan de gestión integral del riesgo de emergencias y desastres (PGIRED) en los planes Territoriales de Salud y Planes de Acción plurianuales territoriales.
91. Participación en las instancias de orientación y coordinación del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, e incorporar las acciones del sector salud en los instrumentos de planificación, tales cómo, Planes de Gestión del Riesgo y Estrategias de Respuesta a Emergencias.

92. Promoción de la atención en Salud mental al personal que hace parte de la Misión Médica en situación de riesgo.
93. Implementación de estrategias de comunicación y divulgación sobre la Misión Medica con comunidades, personal sanitario y autoridades territoriales que mitiguen la vulnerabilidad de la misión médica.
94. Garantizar el derecho fundamental a la salud a las personas que han sido o pueden ser potencialmente afectadas por situaciones de urgencia, emergencias, desastres, brotes y epidemias, comprende la operación y fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE, los Sistemas de Emergencias Médicas y las acciones de conocimiento, reducción del riesgo y manejo de desastres en salud.
95. Fortalecimiento de capacidades comunitarias en la gestión del riesgo de emergencias y desastres que afecten la salud de la población.
96. Fortalecimiento en todos los niveles las capacidades técnicas operativas de alerta y respuesta.
97. Fortalecimiento de la capacidad sectorial, transectorial y comunitaria para detectar y responder a eventos inusuales en salud pública que afecten la salud de la población.
98. Fortalecimiento del Programa Hospitales Seguros.
99. Incorporación de la información compilada y analizada en una red integrada de fuentes de información en la planificación estratégica del territorio frente a los riesgos de emergencias y desastres que afecten la salud pública.
100. Incorporación de la información compilada y analizada en una red integrada de fuentes de información en la planificación estratégica del territorio frente a los riesgos de emergencias y desastres que afecten la salud pública.
101. Análisis, evaluación, monitoreo y seguimiento del riesgo de incidentes e infracciones a la misión médica con enfoque de género.
102. Fortalecimiento de la cooperación internacional frente a la trasferencia de tecnología y capacitación en la preparación y respuesta a pandemias.
103. Fortalecimiento de los Sistemas de Información de vigilancia a nivel nacional, departamental y municipal.
104. Gestión Intersectorial para el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades básicas a nivel departamental frente a la preparación y respuesta necesarias con respecto al Reglamento Sanitario Internacional-RSI 2005, incluyendo el enfoque de “Una Salud”
105. Generación de programas de formación continua de personal en los niveles departamentales y municipales en las acciones de preparación y repuesta ante pandemias.
106. Actualización y prueba de los planes de preparación frente a futuras pandemias en todos los niveles.
107. Producción, organización, depuración y reporte de la información en salud pública

108. Disposición de la información como bien público mediante el acceso a través de bibliotecas virtuales, repositorios virtuales y demás servicios e información.
109. Análisis de la información que permita la comprensión de las condiciones de salud de la población y sus determinantes sociales a nivel territorial.
110. Desarrollo e implementación de otras estrategias para la generación de conocimiento acerca de las condiciones de salud de la población y sus determinantes sociales a nivel territorial tales como observatorios, ASIS, unidades de análisis, seminarios, evaluaciones de riesgo ambientales de la salud, entre otras.
111. Construcción de forma colectiva e intercultural los saberes que aporten a la producción y análisis de la información en salud pública.
112. Uso de la información para la formulación de la planeación territorial y la toma de decisiones en salud pública (estudios y evaluaciones)
113. Desarrollo de estrategias de comunicación para la difusión y el uso adecuado de la información en salud pública.
114. Desarrollo de estrategias de comunicación, educación para el cambio de comportamiento y de acción colectiva que favorezcan la trasformación de la cultura de seguridad social en salud y promover los entornos saludables y protectores.
115. Desarrollo de otras estrategias de divulgación para la transferencia y apropiación del conocimiento en salud pública a nivel territorial tales como charlas, talleres, seminarios, entre otros.
116. Desarrollo de estrategias de articulación sectorial e intersectorial para la divulgación, traducción social, uso y apropiación de la información en salud pública.
117. Fortalecimiento de los sistemas de información necesarios para la gestión de la información en salud pública, incluyendo alertas tempranas
118. Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para un adecuado proceso de producción, organización, depuración y reporte de la información en salud pública
119. Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano en el acceso y uso de la oferta actual de información pública de salud y de otros sectores.
120. Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para la generación de conocimiento a través de herramientas estadísticas y cualitativas de análisis de la información.
121. Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para la generación de conocimiento con enfoques diferenciales, de género y diversidad y para pueblos y comunidades étnicas.
122. Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano en la implementación de estrategias para la generación de conocimiento de las condiciones de salud de la población y sus determinantes tales como observatorios, ASIS, unidades de análisis, seminarios, entre otras.
123. Fortalecer el papel de la Comisión Intersectorial para el Desarrollo y Producción de Tecnologías Estratégicas en Salud (CIDPTES) como ente de gobernanza que guíe las acciones que lleven a Colombia a convertirse en un centro de desarrollo y producción de TES, a través de la articulación de

las propuestas que, desde los diferentes sectores (gobierno, industria, academia y sociedad), puedan aportar para este fin.

124. Fomentar la inversión en investigación, desarrollo, innovación (I+D+i) y producción local de TES.

125. Caracterización del talento humano en salud pública

126. Fortalecimiento de las capacidades institucionales y sociales para la gestión territorial de la salud pública, en el marco de la Estrategia Nacional de Formación Territorial, Intercultural de Atención Primaria en Salud, Salud Pública y Salud Colectiva.

127. Fortalecimiento de la gobernanza sanitaria por medio del acompañamiento regional y la consolidación de alianzas académicas en los territorios formadores del THS

128. Desarrollo de las capacidades en el Talento Humano en Salud para la identificación, diagnóstico y prevención de los riesgos relacionados con la ocupación

129. Concertación de los mínimos de formación del THS y las prácticas pedagógicas a nivel técnico, tecnológico, universitaria, posgradual y formación de formadores con relación a: territorio, territorialidad, interculturalidad en salud, atención primaria en salud, salud pública y salud colectiva.

130. Planificación con enfoque territorial la educación continua del THS con énfasis en territorio, territorialidad, interculturalidad en salud, atención primaria en salud, salud pública y salud colectiva

131. Desarrollo de metodologías pedagógicas específicas para la salud pública

132. Fortalecimiento del desarrollo de capacidades en el Talento Humano en Salud para la identificación, diagnóstico y prevención de los riesgos relacionados con la ocupación.

133. Concertación de los mínimos de formación del THS y las prácticas pedagógicas a nivel técnico, tecnológico, universitaria, posgradual y formación de formadores con relación a: territorio, territorialidad, interculturalidad en salud, atención primaria en salud, salud pública y salud colectiva.

134. Planificación con enfoque territorial la educación continua del THS con énfasis en territorio, territorialidad, interculturalidad en salud, atención primaria en salud, salud pública y salud colectiva

135. Desarrollo de metodologías pedagógicas específicas para la salud pública

136. Fortalecimiento del desarrollo de capacidades en el Talento Humano en Salud para la identificación, diagnóstico y prevención de los riesgos relacionados con la ocupación.

137. Definición de estrategias territoriales e intersectoriales para la mejora de la disponibilidad y distribución del THS con énfasis en los que realizan acciones y gestión de la salud pública

138. Implementación de acciones intersectoriales con enfoque territorial para la integración de incentivos y mecanismos de retención del THS en el marco del trabajo digno y decente, incluyendo el TH de salud ambiental

139. Avance en la protección del talento humano en contexto de crisis humanitaria

140. Gestión de la apertura territorial de las Instituciones de Educación del THS con los actores de la región para ser parte de la transformación requerida a escala mayor: con prácticas académicas y participación de las comunidades

12. GASTOS DE LA SUBCUENTA DE SALUD PÚBLICA COLECTIVA.

Con los recursos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva, se financiará lo siguiente:

Las acciones de Gestión de la Salud Pública (GSP) relacionadas con las competencias de salud pública asignadas en la Ley 715 de 2001 a las entidades territoriales, o en la norma que la modifique, adicione o sustituya. Incluye, los procesos de Gestión de la Salud Pública definidos en la presente resolución, con excepción de los procesos de gestión de la prestación de servicios individuales, gestión del aseguramiento, gestión del talento humano, y el proceso de gestión administrativa y financiera.

PARÁGRAFO 1o. En consecuencia, los recursos del componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones (SGP), se distribuirán así:

	Porcentaje de recursos del Sistema General de Participaciones componente de Salud Pública - Subcuenta de Salud Pública Colectiva	
	Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	Procesos de Gestión de la Salud Pública relacionados con las competencias de salud pública
Departamentos y Distritos	**30% - 50%**	**50% - 70%**
Municipios categoría especial 1, 2 o 3	**40% - 60%**	**40% - 60%**
Municipios categoría especial 4, 5 y 6	**60% - 70%**	**30% - 40%**

El porcentaje a asignar para el financiamiento del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y de las Acciones de Gestión de la Salud Pública será definido por cada entidad territorial de acuerdo con las competencias y acciones a realizar. La justificación técnica y financiera de la distribución de estos recursos deberá incluirse en el Plan Territorial de Salud." Mientras, la coordinación para implementación de los procesos para la Gestión de la Salud Pública estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA y el Instituto Nacional de Salud -INS, como autoridades sanitarias, en el marco de sus competencias.

De la misma manera buscará que los agentes, instituciones, organizaciones y comunidades del SGSSS trabajen de manera coordinada para la consecución de los resultados en salud, que los recursos del sector salud sean utilizados con eficiencia y efectividad, que los establecimientos de interés sanitario gestionen de manera eficiente el riesgo en salud, que la red de prestadores de servicios de salud sea organizada, suficiente y responda a la situación de salud de la población, las

expectativas de los sujetos en relación a su propia salud y el contexto territorial, las Instituciones y organizaciones del SGSSS cuenten con un sistema de calidad fortalecido, implementado y evaluado.

Se requiere que las Instituciones y organizaciones del SGSSS generen información de calidad (oportuna, accesible, sensible, confiable e integral) sobre la situación de salud de sus territorios, que constituya la base de la planeación territorial de las acciones de salud pública, las instituciones y organizaciones del SGSSS desarrollen acciones soportadas en la evidencia y adecuadas al contexto sociocultural, que las organizaciones y personas cuenten con capacidades para la gestión en salud pública.

Finalmente, la gestión en salud pública se contratará prioritariamente con las instituciones que tengan capacidad técnica y operativa, cumpliendo con la normatividad vigente en materia de contratación estatal, atendiendo los criterios establecidos en las normas vigentes sobre la materia. En el evento de que las IPS públicas no cuenten con la capacidad técnica y operativa, la entidad territorial podrá contratar con instituciones prestadoras de salud privadas ubicadas en el municipio, organizaciones no gubernamentales (ONG), universidades y otras entidades privadas cuyo objeto social esté relacionado con la prestación de las acciones que se contraten.

En armonía con lo expuesto, y para el cumplimiento de sus cometidos y la normal ejecución de las actividades contempladas en el Plan de Salud Pública en armonía con el Plan Decenal de Salud 2012 – 2022 y el Plan Nacional de Salud, el municipio de Plato Magdalena previo análisis procederá a contratar las actividades, con una entidad privada (persona jurídica), siempre que la misma, de manera concurrente reúna los requisitos de capacidad jurídica, técnica, operativa, financiera, experiencia relacionada e idoneidad.

La contratación de estas acciones se encuentra plenamente justificada, teniendo en cuenta que el municipio en la actualidad no cuenta en su planta de cargos con el talento humano técnico y profesional suficiente para garantizar la ejecución de las actividades requeridas

La ley 1164 de 2007 dicta disposiciones sobre talento humano en salud al prescribir en su artículo 1º que “Por Talento Humano en Salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud”.

El ente territorial municipio de Plato Magdalena, cuenta en la actualidad y para la presente vigencia fiscal con la Disponibilidad Presupuestal suficiente para llevar a cabo la respectiva contratación, la cual se encuentra respaldada previamente en el Plan de Acción de Salud municipal.

13. OBJETO.

La prestación de servicios por parte del contratista en el marco del Plan Decenal de Salud 2012 – 2022, consiste en ejecutar las actividades de salud pública del componente operativo anual transitorio de inversiones para la gestión de la salud publica 2022.

Las condiciones del futuro contrato se individualizan a continuación:

OBJETO	¨ CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA LA EJECUCION DEL PLAN DE ACCION EN SALUD PAS, COMPONENTE OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES COAI PLAN DE INTERVENCIOENS COLECTIVAS (PIC) 2026”
PLAZO	El tiempo de ejecución del contrato será de 11 meses a partir de la suscripción del acta de inicio.
LUGAR DE EJECUCION	Municipio de Plato Magdalena-

14. EJECUCION DEL OBJETO CONTRACTUAL

1. La prestación de servicios se refiere a la ejecución de las actividades que conciernen al conjunto de dimensiones relativas al Plan de Salud Pública
2. EL CONTRATISTA, podrá contratar las actividades de apoyo que permitan la ejecución de las actividades que hacen parte del objeto contractual.
3. Para la ejecución de actividades, el contratista y el Supervisor del contrato suscribirán Acta de Inicio, en la cual se incorporará: i) Plan de Inversión y Utilización del Anticipo, ii) Cronograma de ejecución de actividades el cual estará detallado por períodos mensuales, iii) Lista de Personal profesional y técnico requerido para la ejecución de cada Dimensión/Componente/Actividad (Perfil, Identificación, hoja de vida y demás aspectos relevantes), iv) Los demás aspectos que las partes consideren relevantes para la ejecución eficiente del contrato.
4. el contratista y el Supervisor, por períodos mensuales, evaluarán las actividades desarrolladas con indicación del avance de porcentaje de ejecución, y levantarán Acta Parcial de Avance de Actividades.

15. MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA Y FUNDAMENTOS JURÍDICOS

El proceso de selección se adelantará mediante la modalidad de Contratación Directa, bajo la figura de CONTRATO Interadministrativo, fundamentado en el literal h del numeral 4º del artículo 2º de la Ley 1150 de 2007, en concordancia con el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015. Esta modalidad es procedente toda vez que se celebra entre dos entidades públicas (Alcaldía Municipal y Empresa Social del Estado - ESE), cuyo objeto es la prestación de servicios de salud pública, los cuales son inherentes a las funciones propias del Estado.

El presente CONTRATO se rige específicamente por la Resolución 1597 del 30 de julio de 2025, la cual establece las disposiciones para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública. Esta resolución deroga y sustituye los lineamientos de la antigua Resolución 518 de 2015, exigiendo que el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) se ejecute en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

La Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), fundamentarse en la implementación de la APS como estrategia de coordinación intersectorial para la atención integral e integrada. Equipos Básicos de Salud: La resolución define a estos equipos como estructuras interdisciplinarias cuyo propósito es brindar servicios esenciales de salud en el territorio, financiados con recursos de salud pública. De acuerdo con la nueva normativa, el CONTRATO con el Hospital de Plato debe reflejar los siguientes procesos:

Cuidado Integral de la Salud:, el objeto del CONTRATO debe estar orientado a integrar el acceso efectivo y la calidad a través de la red de prestación, asegurando la continuidad del cuidado desde la promoción hasta la rehabilitación.

Gestión del Conocimiento: Se debe incluir como obligación de la ESE la generación y difusión de conocimiento mediante la integración de fuentes cuantitativas y cualitativas (como la caracterización poblacional que planeas realizar).

Enfoque Territorial y de Curso de Vida: Las actividades contratadas deben estar desagregadas por momentos del curso de vida (ej. los 500 menores de 5 años para salud oral) y reconocer los entornos donde se desarrolla la comunidad.

Transectorialidad: El CONTRATO debe prever la articulación con otros sectores (como educación para los tamizajes escolares) para abordar de manera integral los determinantes sociales de la salud.

Justificación de la Selección (Contratación Directa).

El fundamento para el CONTRATO interadministrativo radica en que la Gestión en Salud Pública es una función esencial e indelegable del Estado. Al ser la ESE una entidad pública con capacidad técnica en el territorio, el CONTRATO facilita el cumplimiento de las metas del Plan Territorial de Salud de manera coordinada y eficiente corresponden a aquellos derivados del cumplimiento de las funciones propias de la entidad territorial radicadas dentro de las competencias de la Secretaría de Desarrollo Social, de conformidad con Ley 80 de 1993 en armonía con el literal h del numeral 4º del artículo 2º de la Ley 1150 de 2007, en concordancia con el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015.

16. ANALISIS Y SOPORTE TÉCNICO DEL VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO

Es un plan de beneficios compuesto por intervenciones. l valor del presente proceso de contratación, destinado a la ejecución de las acciones de Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), asciende a la suma de NOVECIENTOS VEINTICUATRO MILLONES SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON OCHENTA CENTAVOS ($924.065.473,80) MONEDA CORRIENTE, los cuales se ampararán con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal correspondiente a la vigencia fiscal 2026. Corresponde al 60% del total de lo asignación de salud pública para la vigencia 2026 la cual es de mil quinientos cuarenta millones ciento nueve mil ciento veintitrés pesos moneda legal ($ 1.540.109.123,00) resolución 518 de 2015, los cuales se ejecutarán de manera complementaria a otros planes de beneficio.

17. ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR COMPONENTES:

PIC 2026	VALOR
SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza -	$ 0,00
SPC - E2 Pueblos y comunidades -	$ 25.000.000,00
SPC - E3 Determinantes	$ 145.067.749,20
SPC - E4 Atención Primaria Salud	$ 562.091.011,60
SPC - E5 Cambio Climático	$ 133.792.817,00
SPC - E6 Conocimiento salud -	$ 48.413.296,00
SPC - E7 Personal Salud	$ 10.000.000,00
SUB TOTAL PIC	$ 924.364.873,80

PIC

GESTION

PRESUPUESTO GENERAL SALUD PUBLICA 2025			
CODIGO PRESUPUESTAL	SALUD PUBLICA	FUENTE	VALOR
2.3.2.02.02.008.19.02.83	SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza		$ 517.530.884,28
2.3.2.02.02.008.19.02.84	SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Planeación Integral en Salud	SGPSP	$ 3.930.884,28
2.3.2.02.02.008.19.02.85	SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades para la Gobernanza en Salud Pública	SGPSP	$ 250.600.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.85	SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades para la Gobernanza en Salud Pública	ICLD	$ 150.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.86	SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Transferencias ETV	SGPSP	$ 0,00
2.3.2.02.02.008.19.02.87	SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Transferencias TB	SGPSP	$ 0,00
2.3.2.02.02.008.19.02.88	SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Transferencias Lepra	SGPSP	$ 0,00
2.3.2.02.02.008.19.02.89	SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Otras transferencias	SGPSP	$ 0,00
2.3.2.02.02.008.19.02.90	SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Gestión de insumos de interés en salud pública	SGPSP	$ 5.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.91	SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Vigilancia en Salud Pública y fortalecimiento de los laboratorios en salud pública	SGPSP	$ 0,00
2.3.2.02.02.008.19.02.92	SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Inspección, vigilancia y control sanitarios	SGPSP	$ 5.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.93	SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social con enfoque diferencial para la gobernanza en salud pública	SGPSP	$ 108.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.94	SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coordinación intersectorial como proceso para la generación de alianzas y acciones conjuntas para la garantía del derecho fundamental a la salud.	SGPSP	$ 25.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.95	SPC - E1 Gobernabilidad y Gobernanza - L3 Cuidado de la Salud - Gestión de las políticas públicas en salud	SGPSP	$ 83.000.000,00

2.3.2.02.02.008.19.02.96	**SPC - E2 Pueblos y comunidades**		**$ 49.000.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.96,01	**SPC - E2 Pueblos y comunidades - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades en salud pública para la transversalización del enfoque diferencial e interseccional.**		**$ 7.000.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.96.01	SPC - E2 Pueblos y comunidades - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades en salud pública para la transversalización del enfoque diferencial e interseccional. PIC	**SGPSP**	$ 5.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.96.02	SPC - E2 Pueblos y comunidades - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades en salud pública para la transversalización del enfoque diferencial e interseccional. GESTIÓN	**SGPSP**	$ 2.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.97	**SPC - E2 Pueblos y comunidades - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social de pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.**		**$ 6.500.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.97.01	SPC - E2 Pueblos y comunidades - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social de pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación. PIC	**SGPSP**	$ 3.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.97.02	SPC - E2 Pueblos y comunidades - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social de pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación. GESTIÓN	**SGPSP**	$ 3.500.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.98	**SPC - E2 Pueblos y comunidades - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coord intersectorial transversalización enfoques de pueblos comunidades género diferencial e integración sistemas de conocimiento propio pueblos comunidades étnicas campesinas.**		**$ 18.000.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.98.01	SPC - E2 Pueblos y comunidades - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coord intersectorial transversalización enfoques de pueblos comunidades género diferencial e integración sistemas de conocimiento propio pueblos comunidades étnicas campesinas. PIC	**SGPSP**	$ 12.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.98.02	SPC - E2 Pueblos y comunidades - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coord intersectorial transversalización enfoques de pueblos comunidades género diferencial e integración sistemas de conocimiento propio pueblos comunidades étnicas campesinas. GESTIÓN	**SGPSP**	$ 6.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.99	**SPC - E2 Pueblos y comunidades - L3 Cuidado de la Salud - Garantía del derecho a la salud de pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.**		**$ 17.500.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.99.01	SPC - E2 Pueblos y comunidades - L3 Cuidado de la Salud - Garantía del derecho a la salud de pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación. PIC	**SGPSP**	$ 5.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.99.02	SPC - E2 Pueblos y comunidades - L3 Cuidado de la Salud - Garantía del derecho a la salud de pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación. GESTIÓN	**SGPSP**	$ 12.500.000,00

2.3.2.02.02.008.19.02.100	**SPC - E3 Determinantes**		**$ 186.567.749,20**
2.3.2.02.02.008.19.02.100.01	**SPC - E3 Determinantes - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades en salud pública para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.**		**$ 46.200.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.100.02	SPC - E3 Determinantes - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades en salud pública para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. PIC	**SGPSP**	$ 37.700.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.101	SPC - E3 Determinantes - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades en salud pública para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. GESTIÓN	**SGPSP**	$ 8.500.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.101.01	**SPC - E3 Determinantes - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coordinación intersectorial para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.**		**$ 27.000.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.101.02	SPC - E3 Determinantes - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coordinación intersectorial para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. PIC	**SGPSP**	$ 15.500.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.102	SPC - E3 Determinantes - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coordinación intersectorial para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. GESTIÓN	**SGPSP**	$ 11.500.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.102.01	**SPC - E3 Determinantes - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.**		**$ 11.500.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.102.02	SPC - E3 Determinantes - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. PIC	**SGPSP**	$ 5.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.103	SPC - E3 Determinantes - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. GESTIÓN	**SGPSP**	$ 6.500.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.103.01	**SPC - E3 Determinantes - L3 Cuidado de la Salud - Información en salud para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud en el territorio.**		**$ 101.867.749,20**

2.3.2.02.02.008.19.02.103.02	SPC - E3 Determinantes - L3 Cuidado de la Salud - Información en salud para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud en el territorio. PIC	**SGPSP**	$ 86.867.749,20
2.3.2.02.02.008.19.02.104	SPC - E3 Determinantes - L3 Cuidado de la Salud - Información en salud para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud en el territorio. GESTIÓN	**SGPSP**	$ 15.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.104	**SPC - E4 Atención Primaria Salud**		$ 627.803.376,52
2.3.2.02.02.008.19.02.104.01	**SPC - E4 Atención Primaria Salud - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades en salud pública para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud**		**$ 236.676.238,24**
2.3.2.02.02.008.19.02.104.02	SPC - E4 Atención Primaria Salud - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades en salud pública para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud PIC	**SGPSP**	$ 213.963.873,32
2.3.2.02.02.008.19.02.105	SPC - E4 Atención Primaria Salud - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades en salud pública para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud GESTIÓN	**SGPSP**	$ 22.712.364,92
2.3.2.02.02.008.19.02.105.01	**SPC - E4 Atención Primaria Salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coordinación intersectorial para el cuidado de la salud en los territorios en el marco de la Atención Primaria en Salud.**		**$ 188.169.510,96**
2.3.2.02.02.008.19.02.105.02	SPC - E4 Atención Primaria Salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coordinación intersectorial para el cuidado de la salud en los territorios en el marco de la Atención Primaria en Salud. PIC	**SGPSP**	$ 178.169.510,96
2.3.2.02.02.008.19.02.106	SPC - E4 Atención Primaria Salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coordinación intersectorial para el cuidado de la salud en los territorios en el marco de la Atención Primaria en Salud. GESTIÓN	**SGPSP**	$ 10.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.106.01	**SPC - E4 Atención Primaria Salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social como base de la Atención Primaria en Salud-APS**		**$ 113.000.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.106.02	SPC - E4 Atención Primaria Salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social como base de la Atención Primaria en Salud-APS PIC	**SGPSP**	$ 105.000.000,00

2.3.2.02.02.008.19.02.107	SPC - E4 Atención Primaria Salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social como base de la Atención Primaria en Salud-APS GESTIÓN	**SGPSP**	$ 8.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.107.01	**SPC - E4 Atención Primaria Salud - L3 Cuidado de la Salud - Cuidado de la Salud - familias, colectivos y comunidades**		**$ 35.000.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.107.02	SPC - E4 Atención Primaria Salud - L3 Cuidado de la Salud - Cuidado de la Salud - familias, colectivos y comunidades PIC	**SGPSP**	$ 15.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.108	SPC - E4 Atención Primaria Salud - L3 Cuidado de la Salud - Cuidado de la Salud - familias, colectivos y comunidades GESTIÓN	**SGPSP**	$ 20.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.108.01	**SPC - E4 Atención Primaria Salud - L3 Cuidado de la Salud - Cuidado de la salud - Población materna-perinatal**		**$ 54.957.627,32**
2.3.2.02.02.008.19.02.108.02	SPC - E4 Atención Primaria Salud - L3 Cuidado de la Salud - Cuidado de la salud - Población materna-perinatal PIC	**SGPSP**	$ 49.957.627,32
2.3.2.02.02.008.19.02.109	SPC - E4 Atención Primaria Salud - L3 Cuidado de la Salud - Cuidado de la salud - Población materna-perinatal GESTIÓN	**SGPSP**	$ 5.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.115	**SPC - E5 Cambio Climático**		$ 178.792.817,00
2.3.2.02.02.008.19.02.115.01	**SPC - E5 Cambio Climático - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo capacidades salud pública adaptación y mitigación variabilidad cambio climático y efectos en salud y gestión prevención atención emergencias desastres pandemias**		**$ 54.535.170,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.115.02	SPC - E5 Cambio Climático - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo capacidades salud pública adaptación y mitigación variabilidad cambio climático y efectos en salud y gestión prevención atención emergencias desastres pandemias PIC	**SGPSP**	$ 50.035.170,00
2.3.2.02.02.008.19.02.116	SPC - E5 Cambio Climático - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo capacidades salud pública adaptación y mitigación variabilidad cambio climático y efectos en salud y gestión prevención atención emergencias desastres pandemias GESTIÓN	**SGPSP**	$ 4.500.000,00

2.3.2.02.02.008.19.02.116.01	**SPC - E5 Cambio Climático - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coord intersectorial establecimiento acciones adaptación mitigación variabilidad cambio climático y efectos en salud y gestión prevención atención emergencias desastres pandemias**		**$ 29.757.647,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.116.02	SPC - E5 Cambio Climático - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coord intersectorial establecimiento acciones adaptación mitigación variabilidad cambio climático y efectos en salud y gestión prevención atención emergencias desastres pandemias PIC	**SGPSP**	$ 19.757.647,00
2.3.2.02.02.008.19.02.117	SPC - E5 Cambio Climático - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coord intersectorial establecimiento acciones adaptación mitigación variabilidad cambio climático y efectos en salud y gestión prevención atención emergencias desastres pandemias GESTIÓN	**SGPSP**	$ 10.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.117.01	**SPC - E5 Cambio Climático - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social incidencia acciones adaptación mitigación la variabilidad cambio climático y efectos en salud gestión prevención atención emergencias desastres pandemias**		**$ 38.500.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.117.02	SPC - E5 Cambio Climático - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social incidencia acciones adaptación mitigación la variabilidad cambio climático y efectos en salud gestión prevención atención emergencias desastres pandemias PIC	**SGPSP**	$ 24.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.118	SPC - E5 Cambio Climático - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social incidencia acciones adaptación mitigación la variabilidad cambio climático y efectos en salud gestión prevención atención emergencias desastres pandemias GESTIÓN	**SGPSP**	$ 14.500.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.118.01	**SPC - E5 Cambio Climático - L3 Cuidado de la Salud - Respuesta en salud pública ante los efectos en la salud generados por la variabilidad y el cambio climático y la ocurrencia de emergencias, desastres y pandemias.**		**$ 56.000.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.118.02	SPC - E5 Cambio Climático - L3 Cuidado de la Salud - Respuesta en salud pública ante los efectos en la salud generados por la variabilidad y el cambio climático y la ocurrencia de emergencias, desastres y pandemias. PIC	**SGPSP**	$ 40.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.119	SPC - E5 Cambio Climático - L3 Cuidado de la Salud - Respuesta en salud pública ante los efectos en la salud generados por la variabilidad y el cambio climático y la ocurrencia de emergencias, desastres y pandemias. GESTIÓN	**SGPSP**	$ 16.000.000,00
	SPC - E6 Conocimiento salud		**$ 108.913.296,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.119.01	**SPC - E6 Conocimiento salud - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades para el conocimiento en salud pública y la Soberanía Sanitaria.**		**$ 31.000.000,00**

2.3.2.02.02.008.19.02.119.02	SPC - E6 Conocimiento salud - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades para el conocimiento en salud pública y la Soberanía Sanitaria. PIC	**SGPSP**	$ 12.500.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.120	SPC - E6 Conocimiento salud - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades para el conocimiento en salud pública y la Soberanía Sanitaria. GESTIÓN	**SGPSP**	$ 18.500.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.120.01	**SPC - E6 Conocimiento salud - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Gestión del conocimiento para la toma de decisiones en Salud Pública y la Soberanía Sanitaria**		**$ 3.500.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.120.02	SPC - E6 Conocimiento salud - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Gestión del conocimiento para la toma de decisiones en Salud Pública y la Soberanía Sanitaria PIC	**SGPSP**	$ 3.500.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.121	SPC - E6 Conocimiento salud - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Gestión del conocimiento para la toma de decisiones en Salud Pública y la Soberanía Sanitaria GESTIÓN	**SGPSP**	$ 0,00
2.3.2.02.02.008.19.02.121.01	**SPC - E6 Conocimiento salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coordinación intersectorial para la gestión del conocimiento en Salud Pública y la Soberanía Sanitaria**		**$ 45.500.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.121.02	SPC - E6 Conocimiento salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coordinación intersectorial para la gestión del conocimiento en Salud Pública y la Soberanía Sanitaria PIC	**SGPSP**	$ 10.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.122	SPC - E6 Conocimiento salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coordinación intersectorial para la gestión del conocimiento en Salud Pública y la Soberanía Sanitaria GESTIÓN	**SGPSP**	$ 35.500.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.122.01	**SPC - E6 Conocimiento salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social para la incidencia en la gestión del conocimiento en Salud Pública y la Soberanía Sanitaria**		**$ 10.500.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.122.02	SPC - E6 Conocimiento salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social para la incidencia en la gestión del conocimiento en Salud Pública y la Soberanía Sanitaria PIC	**SGPSP**	$ 4.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.123	SPC - E6 Conocimiento salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social para la incidencia en la gestión del conocimiento en Salud Pública y la Soberanía Sanitaria GESTIÓN	**SGPSP**	$ 6.500.000,00

2.3.2.02.02.008.19.02.123.01	**SPC - E6 Conocimiento salud - L3 Cuidado de la Salud - Acciones estratégicas de información en salud**		**$ 18.413.296,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.123.02	SPC - E6 Conocimiento salud - L3 Cuidado de la Salud - Acciones estratégicas de información en salud PIC	**SGPSP**	$ 18.413.296,00
2.3.2.02.02.008.19.02.124	SPC - E6 Conocimiento salud - L3 Cuidado de la Salud - Acciones estratégicas de información en salud GESTIÓN	**SGPSP**	$ 0,00
	SPC - E7 Personal Salud -		$ 22.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.124.01	**SPC - E7 Personal Salud - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades en el marco del trabajo digno y decente**		**$ 7.000.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.124.02	SPC - E7 Personal Salud - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades en el marco del trabajo digno y decente PIC	**SGPSP**	$ 2.500.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.125	SPC - E7 Personal Salud - L1 Desarrollo Institucional y Sectorial - Desarrollo de capacidades en el marco del trabajo digno y decente GESTIÓN	**SGPSP**	$ 4.500.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.125	**SPC - E7 Personal Salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social para la incidencia en la Estrategia Nacional de Formación Territorial, Intercultural de Atención Primaria en Salud, Salud Pública y Salud Colectiva.**		**$ 4.000.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.125.01	SPC - E7 Personal Salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social para la incidencia en la Estrategia Nacional de Formación Territorial, Intercultural de Atención Primaria en Salud, Salud Pública y Salud Colectiva. PIC	**SGPSP**	$ 1.500.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.125.02	SPC - E7 Personal Salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Participación social para la incidencia en la Estrategia Nacional de Formación Territorial, Intercultural de Atención Primaria en Salud, Salud Pública y Salud Colectiva. GESTIÓN	**SGPSP**	$ 2.500.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.126	**SPC - E7 Personal Salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coordinación Intersectorial en el marco de la política nacional de talento humano en salud.**		**$ 3.000.000,00**
2.3.2.02.02.008.19.02.126.01	SPC - E7 Personal Salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coordinación Intersectorial en el marco de la política nacional de talento humano en salud. PIC	**SGPSP**	$ 1.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.126.02	SPC - E7 Personal Salud - L2 Acuerdos Sociales y Comunitarios - Coordinación Intersectorial en el marco de la política nacional de talento humano en salud. GESTIÓN	**SGPSP**	$ 2.000.000,00

2.3.2.02.02.008.19.02.127	SPC - E7 Personal Salud - L3 Cuidado de la Salud - Cuidado de la salud en el entorno laboral		$ 8.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.127.01	SPC - E7 Personal Salud - L3 Cuidado de la Salud - Cuidado de la salud en el entorno laboral PIC	SGPSP	$ 5.000.000,00
2.3.2.02.02.008.19.02.127.02	SPC - E7 Personal Salud - L3 Cuidado de la Salud - Cuidado de la salud en el entorno laboral GESTIÓN	SGPSP	$ 3.000.000,00

De las actividades inicialmente proyectadas:

1 . Eje estrátegico el PDSP 2022-2031	Línea Operativa PDSP 2022-2031	Actividades	Cantidad	Unidad de medida
Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 4 Jornadas en salud Integral dirigida a los adultos mayores de la cabecera municipal mediante atencion integral en salud atencion en acciones en aprovechamiento del tiempo libre, actividad física, cultura del envejecimiento activo, promoción de salud mental, estilos de vida saludables, habilidades cognitivas y sociales y prevención de las deficiencias relacionadas con el tema para las personas mayores en el Municipio de Plato magdalena	4	NÚMERO
Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar una jornada de conmemoración y reconocimiento de las diferentes prácticas tradicionales relacionadas con los grupos étnicos del territorio, para integrar el saber ancestral al sistema de salud en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	100	PORCENTAJE
Determinantes Sociales de la Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 40 talleres en entornos educativos que tengan adolescentes entre los 10-14 años, en condiciones de riesgo en el abuso de sustancias y otras conductas asociadas que incidan en el suicidio y otras patologías en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026.	40	NÚMERO
Determinantes Sociales de la Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Construir la Escuela de Padres y fortalecer las Escuelas Saludables, mediante el desarrollo de 20 capacitaciones en acciones integrales dirigidas a los ámbitos educativo, y comunitarios a los padres de familia y docentes sobre el desarrollo de la ruta integral de atención de la violencia intrafamiliar, con el fin de promover	20	NÚMERO

		entornos seguros y saludables para la comunidad estudiantil en el municipio de Plato, Magdalena durante el año 2026		
Determinantes Sociales de la Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Ejecutar el 100% del abordaje interdisciplinario para la promoción de la salud mental y la prevención de riesgos psicosociales, mediante la realización de jornadas conmemorativas y de intervención directa en prevención del suicidio, violencia de género y atención a la población víctima del conflicto armado, durante la Semana de la Salud Mental y demás fechas del calendario epidemiológico, en el municipio de Plato, Magdalena, durante el año 2026	100	PORCENTAJE
Determinantes Sociales de la Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Implementar la estrategia de prevención y mitigación del riesgo por consumo de sustancias psicoactivas (SPA) mediante la ejecución de 60 talleres lúdico-pedagógicos con enfoque en habilidades para la vida, dirigidos a la comunidad educativa y sectores sociales priorizados, articulando acciones con aliados institucionales para intervenir los determinantes sociales que inciden en las adicciones en el municipio de Plato, Magdalena, durante el año 2026.	60	NUMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Fortalecer la implementación de 1 (una) estrategia de formación integral con la promoción de estilos de vida saludable, con el fin de contribuir al desarrollo en los niños menores de 10 años, a nivel, familiar y comunitario, con el levantamiento de 100 fichas familiares, en el municipio de Plato Magdalena en el año 2026	1	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 20 jornadas de tamizaje de riesgo cardiovascular en areas urbanas y rurales (toma de tensión, peso y talla) para identificar tempranamente factores de riesgo de hipertensión y diabetes, utilizando tensiómetros y básculas mediante la instalación de puntos saludables en parques y plazas del municipio de Plato, Magdalena, en el año 2026.	20	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Desarrollar 16 talleres teórico-prácticos sobre alimentación saludable y reducción del consumo de sal para	16	NÚMERO

		fomentar hábitos nutricionales preventivos, utilizando guías alimentarias y demostraciones de menús balanceados con la comunidad en el municipio de Plato, Magdalena, en el año 2026.		
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Ejecutar 24 festivales de actividad física dirigida y recreación comunitaria para disminuir los niveles de sedentarismo en todas las edades, utilizando equipos de sonido y profesionales en deporte mediante sesiones de rumba-terapia en espacios públicos del municipio de Plato, Magdalena, en el año 2026.	24	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Implementar 1 estrategia de "Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco" en 32 instituciones saludables públicas y privadas para proteger a la población de la exposición al humo, utilizando señalética informativa y capacitaciones normativas dirigidas a las comunidad educativitas, con acta de compromiso y identificación en sitios visibles dentro municipio de Plato, Magdalena, en el año 2026.	100	PORCENTAJE
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Efectuar 250 campañas de comunicación masiva sobre la prevención del consumo de alcohol y vapeadores para informar a los jóvenes sobre riesgos a la salud, utilizando piezas gráficas, redes sociales y perifoneo en las zonas urbanas y rurales del municipio de Plato, Magdalena, en el año 2026.	250	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Organizar12 caminatas ecológicas dirigidas a la población adulta mayor para promover la salud física y mental, utilizando kits de hidratación y acompañamiento paramédico a través de rutas naturales seleccionadas en el municipio de Plato, Magdalena, en el año 2026.	12	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 50 jornadas masivas de aplicación de barniz de flúor en niños y niñas de 1 a 17 años para prevenir la aparición de caries dental para reducir la incidencia de enfermedades periodontales, utilizando kits de bioseguridad, mediante intervenciones en instituciones educativas rurales y	30	NÚMERO

		urbanas del municipio de Plato, Magdalena, en el año 2026. en el municipio de Plato, Magdalena, en el año 2026.		
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Desarrollar 50 talleres educativos sobre técnicas de cepillado y uso de seda dental para fomentar hábitos de higiene oral adecuados, utilizando macro modelos de dentaduras y kits de aseo oral dirigidos a padres y cuidadores en el municipio de Plato, Magdalena, en el año 2026.	50	NUMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Implementar 50 jornadas de sensibilización sobre los riesgos del consumo de azúcares y su impacto en la salud oral para disminuir la pérdida temprana de piezas dentales, utilizando piezas audiovisuales y charlas lúdicas en los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) del municipio de Plato, Magdalena, en el año 2026.	50	NUMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Brindar 30 jornadas de capacitación a madres comunitarias y agentes educativos sobre la estrategia "Soy Generación Más Sonriente" para garantizar la cobertura total de aplicación de barniz, utilizando guías técnicas del Ministerio de Salud utilizar las jornadas e intensificación en vacunacion para fortalecer la estrategia en el municipio de Plato, Magdalena, en el año 2026.	30	NUMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Promover la estrategia 4x4, fortaleciendo el autocuidado para la prevención y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, mediante la realización de 20 jornadas de salud 10 en zona urbana y 10 en zona rural, el municipio de Plato Magdalena en el año 2026	20	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Implementar la estrategia de prevención con acciones de detección de problemas visuales y auditivos a 150 niños entre los 5 a 10 años para identificar alteraciones tempranas, utilizando equipos de tamizaje básicos y personal de salud mediante jornadas de salud escolar en el municipio de Plato, Magdalena, en el año 2026	150	PERSONAS

Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 60 jornadas de salud integral con el fin de identificar con alteraciones metabólicas, factores de riesgo para cáncer de mama y cervico uterino en personas de todas las edades en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	60	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar dentro del municipio en zonas urbanas y rurales la caracterización de 500 personas de todas las edades para determinar riesgos en salud pública, utilizando encuestas y equipos de registro digital mediante visitas casa a casa en el municipio de Plato, Magdalena, en el año 2026.	500	PERSONAS
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Ejecutar Estretegia Renace la Vida: Prevención del Cáncer de Próstatala realizacion de jornadas de tamizaje mediante pruebas de antígeno prostático específico (PSA) en sangre a 400 hombres mayores de 50 años, a través de brigadas de salud móviles a nivel urbana, centros de salud, y los los corregimientos de Plato, Magdalena, durante el primer semestre del año 2026	400	PERSONAS
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Implementar valoraciones clínicas integrales para la detección temprana de signos y síntomas de cáncer infantil a 300 niños y niñas de instituciones educativas: Urbanas y rurales, mediante el uso de escalas de riesgo y exámenes físicos realizados en el municipio de Plato, Magdalena, en el año 2026	300	PERSONAS
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar pruebas de tamizaje de glucosa basal en ayunas a 600 adultos con factores de riesgo asociados (obesidad o sedentarismo), utilizando glucómetros digitales durante visitas casa a casa y ferias de salud comunitaria en los barrios periféricos y en los corregimientos del municipio de Plato, Magdalena, a lo largo del año 2026	600	PERSONAS
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Desarrollar un Curso de Consejería en Lactancia Materna y Alimentación Complementaria, dirigido al 100% del personal profesional y técnico de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas, con el	1	DOCUMENTOS

		fin de estandarizar los protocolos de atención y fomentar prácticas nutricionales seguras en el municipio de Plato, Magdalena, durante el año 2026		
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Implementar la Estrategia Municipal de Promoción de la Lactancia Materna mediante la ejecución de 12 jornadas mensuales (una por mes) de sensibilización y apoyo, intensificando las acciones durante la Semana Mundial de la Lactancia Materna en agosto, bajo un esquema intersectorial con IPS, ICBF y aliados estratégicos; garantizando el bienestar físico y mental del binomio madre-hijo en las zonas urbana y rural del municipio de Plato, Magdalena, durante el año 2026	12	DOCUMENTOS
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Ejecutar 15 jornadas integrales de atención en salud dirigidas a la población menor de 5 años en zonas críticas urbanas y rurales, con el objetivo de identificar oportunamente alteraciones nutricionales y metabólicas (desnutrición proteico-calórica, obesidad y deficiencias de micronutrientes), garantizando la canalización efectiva a los servicios de recuperación nutricional en el municipio de Plato, Magdalena, durante el año 2026	15	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Efectuar 50 jornadas de atención integral para la búsqueda activa, identificación y seguimiento nominal de menores de 5 años con algún grado de desnutrición, distribuidas en 25 jornadas para el casco urbano y 25 jornadas específicas en áreas rurales dispersas; garantizando el tratamiento oportuno y la vigilancia nutricional permanente en el municipio de Plato, Magdalena, durante el año 2026	50	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Fortalecer la implementación de la Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral) en las instituciones prestadoras de salud (IPS), mediante el desarrollo de un seminario-taller de alta gerencia y la ejecución de 12 ciclos mensuales de asistencia técnica y monitoreo, bajo los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, para garantizar la	12	DOCUMENTOS

		excelencia en la atención del binomio madre-hijo en el municipio de Plato, Magdalena, durante el año 2026		
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Coordinar y apoyar de forma intersectorial la celebración de la semana andina, con una programación con acciones en la prevención de embarazos adolescentes, de acuerdo a los lineamientos impartidos para esta ocasión, buscando garantizar los derechos a las y los adolescentes, la forma propuesta para prevenir embarazos no planeados, a realizarse en el mes de septiembre en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	1	DOCUMENTOS
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Coordinar el 100% de forma intersectorial las jornadas de prevención del VIH, hepatitis B, y celebración en las campañas en la prevención de embarazos adolescentes, en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	100	PORCENTAJE
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 20 jornadas de asistencia con servicios integrales de salud que incluya educación sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en planificación familiar, consulta preconcepción y pruebas voluntarias a nivel urbano y rural del municipio a la población prioritariamente adolescentes, en el año 2026	20	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Desarrollar un ciclo de formación integral mediante 60 talleres lúdico-pedagógicos dirigidos a 500 adolescentes y jóvenes, enfocado en el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSDR), la promoción de la autonomía corporal y la prevención de riesgos, con el fin de fortalecer la toma de decisiones informadas y responsables en el ejercicio de su sexualidad en el municipio de Plato, Magdalena, durante el año 2026	60	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Fortalecer el 100% cada una de las jornadas de Vacunación establecidas por el MSPS o de intensificación regional y municipal de acuerdo a la necesidad de cumplimiento de los anexos lineamientos técnicos	100	PORCENTAJE

		propuestas desde el nivel nacional. el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026		
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Adoptar el 100% los lineamientos técnicos nacionales para el seguimiento de las coberturas útiles en el desarrollo de la campaña de vacunación de alta calidad contra el sarampión y la rubeola vacunación contra el sarampión y la rubiola (CVS), el municipio de Plato Magdalena en el año 2026	100	PORCENTAJE
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar el 100% las jornadas especiales de vacunación contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) "Vacunaron" esquema completo, para las niñas adolescentes entre los 9 a los 17 años, de manera Gratuita en todo el departamento en el Municipio de Plato magdalena	100	PORCENTAJE
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Garantizar el 100% recursos tecnológicos suficientes y actualizados (Hardware, software, acceso a internet, entre otros), así como cada una de las actividades previstas en la Circular 44 de 2013 para el funcionamiento del sistema de información nominal del PAI – PAIWEB, en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	100	PORCENTAJE
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Asegurar en los 12 meses el transporte para el traslado de vacunas e insumos del programa desde los centros de acopio departamental a los municipales y de los distritales y municipal y hacia los puntos de vacunación. En el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	12	MESES
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Implementar las acciones del 100% del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de cadena de frío según las recomendaciones del fabricante y lo estipulado en el manual técnico administrativo del PAI, en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	100	PORCENTAJE
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Garantizar el 100% la cadena de frio, el manejo de biológicos y los demás insumos del programa, según normas técnicas administrativas específicas PAI, en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	100	PORCENTAJE

Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 1 reuniones para establecer el plan de acción para la atención y detección de tuberculosis, estableciendo acciones y políticas públicas de divulgación de acciones sectoriales en asocio con las EAPB en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	1	DOCUMENTO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 4 encuentros ciudadanos a líderes comunitarios, en la prevención y detección del plan de acción contra la enfermedad de Chagas, Rabia, Leptospirosis tendientes a fortalecer la detección temprana en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	4	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 4 jornadas Integrales con acciones educativas multidisciplinarias y multisectoriales para la determinación de acciones de TBC /VIH, en población de riesgo, dentro de la población del Municipio de Plato Magdalena en el año 2026.	4	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Desarrollar 1 taller que integre las rutas de atención en la detección y manejo de pacientes con EDA-IRA en la población infantil con el desarrollo de la estrategia AIEPI comunitario en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	1	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 6 jornadas de detección de población vulnerable con el equipo de búsqueda y realización de pruebas rápidas para determinación de riesgo de IRAG-COVID 19-Y Viruela símica entre otros, dirigida a la población cautiva (detenidos de la policía nacional y menor infractor). y en condiciones de convivencia de aglomeración de personas como Batallones, estaciones de policía, Colegios, en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	6	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Presentar 1 informe para determinar el grado de infestación y control integral de roedores como otro tipo de plagas en zonas de riesgo endémico en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	1	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Asegurar el 100% la detención temprana de casos de tuberculosis, realizando de forma trimestral, acciones de promoción y mitigación en la aparición de nuevos casos de	100	PORCENTAJE

		tuberculosis en la población y en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026		
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 2 Talleres a docentes y presidentes de acción comunales, padres de familia, acerca de la definición, síntomas, alertas tempranas y el diagnóstico de la tuberculosis, y otras enfermedades de origen respiratorio en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	2	NÚMERO
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Asegurar el 100% la detención temprana de casos de Hansen realizando de forma trimestral, acciones de promoción y mitigación en la aparición de nuevos casos de en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	100	PORCENTAJE
Atención Primaria en Salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar búsqueda activa del 100% sintomáticos de piel y análisis de la situación epidemiológica de la enfermedad de Hansen en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	100	PORCENTAJE
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar el levantamiento censal del 100% de los lugares de interés sanitario como lo son los cementerios del orden municipal y particular en el marco de las competencias y remitirse al Departamento, en Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	100	PORCENTAJE
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Efectuar 30 jornadas educativas de capacitación sobre residuos sólidos, cambio climático, prevención de enfermedades de origen hídrico y de mejoramiento de calidad del aire en las zonas de riesgo ambiental previa concertación con las comunidades, con el fin de proporcionar espacios físicamente saludables, disminuyendo el riesgo a la propagación de enfermedades en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	30	NÚMERO
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Implementar 20 jornadas de capacitación dirigidas a niños, niñas, adolescentes y comunidad en general para empoderarlos sobre tenencia responsable de animales domésticos, en agresiones rábicas, accidentes ofídicos, enfermedades de origen	20	NÚMERO

		zoonótico y vectores en el del Municipio de Plato Magdalena en el año 2026		
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 20 capacitaciones para la estrategia de movilidad segura, saludables sostenible de acuerdo a los lineamientos de gestión emanados por el Departamento del Magdalena con la participación sectorial e intersectoriales dentro del Municipio de Plato Magdalena en el año 2026.	20	NÚMERO
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 10 jornadas dentro de la activación del el Plan de acción para atender de forma integral e intersectorial la problemática generada por los roedores, requiriendo la participación activa de las autoridades municipales que incluya la prestación de servicios públicos domiciliarios, comunidad en general mejorando los entornos, y disposición final de residuos sólidos.	10	NÚMERO
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar de 10 ferias de la salud, actividades ludo-recreativas con la comunidad con la implementación de jornadas de lavado y cepillado de tanques de almacenamiento de agua de uso doméstico y depósitos de agua de uso institucional casa y/o tapado y/o control biológico (peces) como medida de prevención ante la infestación por Aedes aegypti para dengue, chikunguña, zika y/o acciones de prevención según necesidad, en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	10	NÚMERO
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar el 100% las medidas de contención de manera integral en las comunidades y en las zonas afectadas y determinadas en el municipio de Plato Magdalena para la diseminación de enfermedades transmitidas por vectores en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	100	PORCENTAJE
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Identificar en el 100% la ´población priorizadas de 100 casas en el análisis del riesgo de prevalencia de transmisión de la enfermedad de Chagas a la población en general priorizando las zonas de extrema pobreza y en condiciones de riesgos sanitarios para identificación temprana del vector y los	100	CASOS

		casos agudos en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026		
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar10 jornadas dentro de la activación del plan de acción para atender de forma integral e intersectorial coordinar con autoridades locales comunitarias en la ejecución de control físico (recolección de inservibles,) para la prevención del dengue. En zonas de riesgo dentro del municipio, requiriendo la participación activa de las autoridades municipales que incluya la prestación de servicios públicos domiciliarios, comunidad en general mejorando los entornos, y disposición final de residuos sólidos, en el Municipio de Plato Magdalena en el año 2026	10	NÚMERO
Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Diseñar 1 estrategia dentro de los programas de capacitación para líderes comunitarios en salud pública, mediante 35 capacitaciones a líderes, asociación de usuarios, red comunitaria institucional, dentro de la intuición prestadora de servicios de salud en el municipio de plato Magdalena en el año 2026	35	NÚMERO
Personal de salud	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Capacitar a los profesionales de la salud pública en instituciones públicas o privadas para involucrados en la toma de decisiones, personal administrativo y líderes comunitarios, Durante el segundo trimestre del año 2026, en dos sesiones de 4 horas cada una. En el Municipio de Plato Magdalena	2	NUMERO

FORMA DE PAGO.

El valor del CONTRATO resultante del presente proceso será desembolsado por el Municipio de la siguiente manera: a). Se realizará un primer desembolso equivalente al **VEINTICINCO POR CIENTO (25%)** del valor total del CONTRATO, a título de anticipo, una vez perfeccionado y legalizado el mismo, cumplidos los requisitos para su ejecución y haberse surtido todos los trámites requeridos por la Secretaría Hacienda y del Tesoro Municipal. b). El equivalente al **SETENTA Y CINCO POR CIENTO (75%)** restante del valor del CONTRATO, se desembolsará mediante actas parciales y/o mediante un acta final, en cualquier caso, previa certificación expedida por el Supervisor sobre el cumplimiento del objeto del CONTRATO. A la finalización del término de ejecución del CONTRATO, deberá hacerse

entrega del Informe Final, Acta de Liquidación debidamente suscritas por las partes y certificación de cumplimiento del objeto y las obligaciones por parte de los Supervisores. **PARÁGRAFO 1**. Los desembolsos se efectuarán una vez se cuente con el respectivo PAC, previa certificación de cumplimiento expedida por el Supervisor del Contrato. **PARÁGRAFO 2.** El Artículo 11.4.9 de la Resolución Número 518 de fecha 24 de febrero de 2015, indica que las Instituciones de Salud Pública manejaran los recursos destinados para el PIC en una cuenta bancaria exclusiva hasta la firma de la liquidación del CONTRATO o contrato, los recursos allí depositados sólo podrán ser utilizados para el pago de los bienes o servicios que se requieran para la ejecución de las intervenciones contratadas. **PARÁGRAFO 3.** Como requisito previo para la autorización de cada acta de desembolso, la ESE deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como parafiscales (SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, etc.), cuando corresponda. No se tramitarán pagos que no tengan la documentación soporte requerida. El Supervisor será responsable de verificar la veracidad de la información de ejecución de los servicios, así como la correspondiente paz y salvos y pagos a sistemas de seguridad social. Los pagos de las diferentes actas están supeditados a la disponibilidad de PAC del Municipio. Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del contratista, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Lo mismo se predicará en el caso de que la ESE no elabore y presente oportunamente las respectivas cuentas de cobro al Municipio. **PARÁGRAFO 4.** Justificación del anticipo. La suma entregada a título de anticipo a la ESE se destinará al cubrimiento de los costos iniciales en que éste bebe incurrir para la ejecución del objeto contractual, como la compra de insumos, contratación de personal técnico y auxiliar. Pese a lo anterior la ESE deberá presentar al Municipio al momento de suscribir el CONTRATO un plan para la correcta inversión del anticipo, el cual deberá seguir so pena de imposición de multas por parte del Municipio y de la posibilidad de hacer efectiva la garantía constituida para su buen manejo y correcta inversión, previo informe rendido por el Supervisor del Contrato al respeto. La suma de dinero que a título de anticipo recibirá la ESE son recursos que el Municipio entrega a aquel a título de préstamo para que pueda financiar la ejecución inicial del objeto contractual; estos recursos siguen siendo de propiedad del Municipio. El anticipo busca facilitar a la ESE la financiación de los servicios cuya ejecución se le ha encargado con ocasión del CONTRATO, a través del préstamo de recursos públicos. Para este caso el Municipio ha establecido un 25% del valor total inicial del contrato, sujeto a la programación del **PIA (PLAN DE INVERSIÓN DEL ANTICIPO)** que debe presentarse una vez se suscriba el contrato.

18. IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

El valor del contrato se pagará con cargo al presupuesto de la actual vigencia fiscal, para lo cual, el área de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda del municipio ha expedido el Certificado de Disponibilidad Presupuestal del cual se apropiará el valor autorizado que se indica conforme cada una de las dimensiones.

19. PLAN DE COMPRAS

Se certifica que para la vigencia 2026 se encuentra incluido en el presupuesto y el Plan Anual de Adquisiciones del municipio de Plato Magdalena, la contratación de la ejecución de las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

20. IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

El valor estimado del contrato por celebrar, se pagará con cargo al presupuesto de la actual vigencia fiscal, para lo cual, el Área de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda del municipio de Plato Magdalena ha expedido los Certificados de Disponibilidad Presupuestal de los cual se apropiará el valor autorizado que se indica conforme a la dimensión de GSP

21. LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN

El objeto del contrato por celebrar se ejecutará en el municipio de Plato Magdalena por cuenta del contratista y con la Supervisión de la Secretaría de Desarrollo Social del ente territorial.

El plazo de ejecución del contrato por celebrar será de 11 meses que se cuente a partir del cumplimiento de los requisitos para su ejecución hasta el 31 de diciembre de 2026.

22. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA OFERTA MÁS FAVORABLE.

Teniendo en cuenta el tipo de contrato, esto es, de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, y que la modalidad de selección del contratista es la contratación directa, no existen factores de selección de la oferta más favorable, por lo que conforme al inciso 1º del artículo

2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, no resulta necesario que la Entidad Territorial obtenga previo a la celebración del contrato varias ofertas, no obstante, la Administración verificará que el futuro Contratista cumpla con las condiciones de idoneidad y experiencia requerida y que se encuentre relacionada con el área y el objeto contractual, en armonía con el literal h del numeral 4º del artículo 2º de la Ley 1150 de 2007.

23. IDONEIDAD Y EXPERIENCIA REQUERIDA

En general, dado que se trata de un contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, se revisará la existencia de los presupuestos del artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, esto es, la experiencia relacionada y la idoneidad, en armonía con el literal h del numeral 4º del artículo 2º de la Ley 1150 de 2007, igualmente, su capacidad jurídica y financiera en los términos de la Ley 80 de 1993, los cuales se entienden como requisitos habilitantes.

REQUISITOS HABILITANTES.

El futuro contratista deberá ser una persona jurídica de Derecho Privado con capacidad para celebrar Contratos Estatales, la cual deberá cumplir con los requisitos que se relacionan a continuación:

A. Propuesta dos copias
B. Experiencia Relacionada
C. Idoneidad
D. Capacidad técnica y operativa Portafolio avalado por la junta directiva
E. Certificado de Existencia y Representación Legal del proponente, persona jurídica, cuya fecha de expedición no puede ser mayor a treinta (30) días a la fecha de presentación de la oferta. Para efectos de la evaluación se tendrá en cuenta el objeto social del proponente, la calidad y facultades de su representante legal.
F. Cédula de Ciudadanía del proponente o del representante legal del proponente persona jurídica.
G. Declaración del proponente, en la cual certifique que no está incurso en inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones.
H. Certificado de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales del representante legal de la persona jurídica. Adicionalmente el municipio constatará la veracidad de los documentos en los Sistemas de Información , policía y delitos sexuales incluye igualmente para los profesionales que se vaya a contratar
I. Registro especial de prestadores con la capacidad técnica

J. Cuenta bancaria habilitada SALUD PUBLICA PLAN DE INETRVENCIONES COLECTIVAS
K. Certificación de Cumplimiento de Obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales) conforme al artículo 50 de la Ley 789 de 2000.
L. Registro Único Tributario de la DIAN (RUT)
M. Tratándose de Uniones Temporales o Consorcios, los anteriores documentos deben presentarse respecto de cada uno de los miembros que las integren.
N. Hojas de vida de los profesionales a utilizar. Hojas de vida en la etapa precontractual, y contratos por la vigencia igual a la suscripción de este CONTRATO (inscripción en Rethus,y títulos profesionales debidamente avalados por los colegios profesionales de acuerdo a la disciplina en salud
O. Cierre de vigencia del año anterior con el cumplimiento del 100% de las actividades

24. EXPERIENCIA RELACIONADA E IDONEIDAD

El objeto social de la empresa tiene que tener actividades relacionadas con el objeto del contrato por ejecutar.

El objeto social se acreditará con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio.

La experiencia relacionada se verificará en la ejecución de acciones de Salud Pública (Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, gestión de la salud pública, vigilancia en salud pública, salud ambiental, laboratorio, promoción social, participación social, riesgos laborales, etc.), la cual se comprobará mediante el aporte de copias de contratos y/o certificaciones expedidos por persona natural o jurídica, nacional o extranjera, del sector público o privado.

Tratándose de Uniones Temporales o Consorcios, la experiencia acreditada se computará para efectos del requisito de experiencia.

Así mismo, y en razón de que el conjunto de actividades por ejecutar son de carácter profesional, el futuro contratista deberá contar con talento humano compuesto por profesionales de las siguientes disciplinas:

- Psicología
- Enfermería superior
- Odontología

- Nutrición
- Promotoras de salud
- Auxiliares de enfermerías
- Técnico de Saneamiento ambiental
- Profesionales especializados en diferentes áreas de la salud publica

25. CONDICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS DE LA OFERTA:

Propuesta presentada por el futuro contratista, debe contener de manera específica las condiciones y características técnicas de su oferta, las actividades a desarrollar conforme a la misma.

26. ESTUDIO DEL SECTOR

La alcaldía de Plato Magdalena, tiene la necesidad de celebrar un acuerdo de voluntades con una persona jurídica privada ubicada en el aérea de incidencia donde debe ejecutar las acciones de salud pública, con el fin de satisfacer las obligaciones que se derivan del objeto de que trata este proceso contractual adelantado bajo la modalidad de contratación directa, cuyo valor se pagará de acuerdo al avance de cumplimiento de las actividades que sean entregas y recibidas, lo cual resulta conveniente por el término del contrato y el objeto por ejecutar; así mismo, para el ejercicio de una eficiente y eficaz supervisión del cumplimiento de los objetivos de la contratación.

En ese sentido, ha estructurado el proceso de contratación atendiendo los lineamientos de la Constitución Política, las Leyes 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011, los Decretos 4170 de 2011, 019 de 2012 y 1082 de 2015, así como la Resolución 518 de 2015.

Para cubrir la oferta y necesidad del servicio, el Municipio contrató la ejecución de las actividades concernientes a la gestión de salud pública en la vigencia anterior, en similares condiciones económicas y financieras de la presente contratación. De esta manera, se logró satisfacer la necesidad del servicio y cumplir con las competencias funcionales y misionales que se encuentran asignadas al municipio, conforme a la Ley 715 de 2001.

27. TIPIFICACIÓN, ESTIMACION Y ASIGNACIÓN DE RIESGOS PREVISIBLES INVOLUCRADOS EN LA CONTRATACIÓN

De conformidad con el artículo 4º de la Ley 1150 de 2007, las entidades estatales en los procesos de contratación deben "incluir la estimación, tipificación y asignación de los riesgos previsibles involucrados en la contratación", en los pliegos de condiciones o su equivalente, así mismo, el artículo 1º y el numeral 9 del artículo 12 del Decreto 4170 le asigna a la Subdirección de negocios de Colombia Compra Eficiente la de "diseñar y proponer políticas y herramientas para la adecuada identificación de riesgos de la contratación pública y su cobertura", en concordancia con el Documento Conpes 3714 de 2011 que trata "Del riesgo previsible en el marco de la política de contratación pública".

En armonía con lo anterior, el Decreto 1082 de 2015, en sus artículos 2.2.1.1.1.6.1, 2.2.1.1.1.6.3 y 2.2.1.1.2.1.1 numeral 6, se refiere al Riesgo Previsible y establece el deber de la Entidad Estatal de evaluar el Riesgo en el Procesos de Contratación, análisis que abarca la planeación, selección, contratación, ejecución, terminación del plazo, liquidación y vencimientos de las garantías, según el caso.

Del municipio atendiendo los lineamientos expedidos por Colombia Compra Eficiente en el Manual de Administración de Riesgos para el Proceso de Contratación, procedió a evaluar los Riesgos del presente proceso que se adelanta bajo la modalidad de contratación directa, mediante la aplicación de la Matriz de Riesgos la cual hace parte integral del presente estudio Previo, detectándose en el presente proceso de contratación cuatro (4) riesgos previsibles consistentes en: **i)** el mal manejo e incorrecta inversión del anticipo; **ii)** el incumplimiento del contrato; **iii)** la mora en el pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales; **iv)** insuficiente calidad e incorrecto funcionamiento de los bienes adquiridos y el servicio prestado.

28. ANÁLISIS QUE SUSTENTA LA EXIGENCIA DE LAS GARANTÍAS

De conformidad con el Artículo 2.2.1.2.1.4.5 del Decreto 1082 de 2015, la exigencia de las garantías establecidas en su Título III, no es obligatoria en los procesos de contratación directa, no obstante, se debe justificar su requerimiento o no.

Conforme al análisis de Riesgos realizado, se decidió exigir la constitución de las garantías necesarias para cubrirlas en cantidad y tiempo, así:

i) Buen manejo y correcta inversión del anticipo: Este amparo deberá cubrir a la entidad estatal contratante, de los perjuicios sufridos con ocasión de (i) la no inversión; (ii) el uso indebido, y (iii) la

apropiación indebida de los recurso entregados en calidad de anticipo por el contratista, dicha garantía amparará el riesgo por una cuantía equivalente al ciento por ciento (100%) de la suma establecida como anticipo, la cual estará vigente hasta la liquidación del contrato y seis (6) meses más o hasta la amortización del anticipo.

ii) Cumplimiento: el contratista constituirá una garantía única para el cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato. Dicha garantía será por una cuantía equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, y con una vigencia mínima a la liquidación de contrato y seis (6) meses más.

iii) Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales: Esta garantía cubrirá a la entidad estatal contratante de los perjuicios que se le ocasionen como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones laborales a que esté obligado el contratista derivadas de la contratación de personal utilizado en el territorio nacional. Dicha garantía será por una cuantía equivalente al cinco por ciento (5%) del valor total del contrato, y con una vigencia igual a su plazo y tres (3) años más.

iv) Calidad de los servicios: éste deberá cubrir a la entidad estatal contratante de los perjuicios imputables al contratista derivados de la deficiente calidad del servicio prestado e incorrecto funcionamiento de los bienes que recibe la entidad estatal, así como los vicios ocultos del mismo. Dicha garantía será por una cuantía equivalente al cinco por ciento (5%) del valor total del contrato, y por un tiempo igual a un (1) año, contado a partir de la suscripción del acta de recibido final y a satisfacción por las partes.

29. ACUERDOS COMERCIALES

Colombia Compra Eficiente en el "MANUAL PARA EL MANEJO DE LOS ACUERDOS COMERCIALES EN PROCESOS DE CONTRATACIÓN" – Versión M-MACPC-12, dispone que las Entidades que adelantan sus Procesos de Contratación con las Leyes 80 de 1993 y 1150 de 2007, no deben hacer este análisis en las modalidades de selección de contratación directa y de mínima cuantía.

30. CONCEPTO DE FAVORABILIDAD.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores se estima oportuno y conveniente desarrollar el presente proceso de contratación, dejando constancia que este se desarrollará mediante la modalidad

de Contratación Directa en los términos dispuestos en el Artículo 2.2.1.2.1.4.1 y siguientes del Decreto 1082 de 2015.

31. COMUNICACIONES Y LUGAR DE CONSULTA DE LOS DOCUMENTOS.

Los interesados deberán remitir los documentos, la correspondencia y las observaciones relacionadas con el Proceso de Contratación exclusivamente por medios electrónicos, a través de la plataforma SECOP II.

Las respuestas se comunicarán a través de la plataforma del SECOP II de acuerdo con el Manual de Uso y Condiciones de la plataforma.

Cuando el Proponente registre el certificado de indisponibilidad de la plataforma, la Entidad pondrá a disposición el siguiente correo: secretariadedesarrollo@nuevagranada-magdalena.gov.co

DIANA CAROLINA PEZZANO CAMARGO
Secretaria de desarrollo social
Municipio de Plato Magdalena - Magdalena