FICHA TECNICA

El objeto del proyecto a contratar es: **FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR, FAMILIAR Y COMUNITARIO, EN EL MUNICIPIO DE CRAVO NORTE, ARAUCA.**

DESCRIPCIÓN DEL OBJETO A CONTRATAR

Para el cumplimiento del objeto el contratista deberá atender la realización de las actividades que se describen a continuación:

OBJETO DEL PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR, FAMILIAR Y COMUNITARIO, EN EL MUNICIPIO DE CRAVO NORTE, ARAUCA.				
ÍTEM	**ACTIVIDAD**	**UNIDAD MEDIDA**	**CANT**	**VALOR UNITARIO**
COMPONENTE 1: ACCIONES DE COORDINACION DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC), ENTORNO ESCOLAR, FAMILIAR Y COMUNITARIO EN EL MUNICIPIO DE CRAVO NORTE ARAUCA.				
1.1	Coordinar las actividades incluidas en el Contrato del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de la vigencia 2026	Mes	1	$
COMPONENTE No 2: PROGRAMA PREVENTIVO CON ENFOQUE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) MEDIANTE LA INTERVENCION DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN EL ENTORNO EDUCATIVO DEL CENTRO EDUCATIVO JOSE ANTONIO GALAN.				
2.1	Atención Primaria en Salud enfocada en la convivencia social y salud mental, prevención de embarazos en adolescentes en el entorno educativo del centro educativo José Antonio Galán. Actividades que se describen en estudios previos y ficha técnica del presente proyecto.	Mes	1	$
2.2	Atención Primaria en Salud enfocada en la Salud sexual y reproductiva (prevención de embarazos en Adolescentes y prevención de violencia sexual en la población infancia) del centro Educativo José Antonio Galan. Actividades que se describen en estudios previos y ficha técnica del presente proyecto.	Mes	1	$
2.3	Acciones de promoción de la salud en el marco de celebración de la semana Andina de prevención de embarazos en adolescentes, en el municipio de Cravo Norte, Arauca.	días	1	$
COMPONENTE N° 3: PROGRAMA PREVENTIVO CON ENFOQUE EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD(APS), MEDIANTE LA INTERVENCION DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL ENTORNO HOGAR DE LOS BARRIOS PROGRESO, UNIÓN Y VILLA LLANO ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE CRAVO NORTE, ARAUCA.				
3.1	Atención Primaria en Salud (APS) con Enfoque hogar en barrio vulnerable (Progreso, Union y Villa llano) de la zona urbana del municipio de Cravo Norte, Arauca	mes	1	$
COMPONENTE N°4: FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES EN LOS GRUPOS CON RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABÓLICO IDENTIFICADOS, PROMOVIENDO LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS PROTECTORAS QUE LOGREN DISMINUIR Y CONTROLAR LOS FACTORES DE RIESGO DE LA DIABETES E HIPERTENSIÓN EN EL MUNICIPIO DE CRAVO NORTE ARAUCA.				

4.1	Fortalecimiento de las capacidades a 30 pacientes que se encuentren en los grupos con riesgo cardiovascular y metabólico identificados, promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes e hipertensión reportado por la IPS del municipio, La cual se debe realizar a través de una (01) Visita Inicial y un (1) seguimientos por parte de profesional de enfermería, psicología y Nutrición.	Mes	1	$
4.2	Garantizar la realización de cuatro (04) jornadas de actividad física (una mensual). La jornada incluirá diversas actividades físicas adaptadas a las capacidades de los participantes, tales como ejercicios de bajo impacto, caminatas guiadas, sesiones de estiramiento y juegos recreativos; dependiendo de las condiciones de los pacientes se pueden realizar actividad física en (gimnasio o piscina) Además, se realizarán charlas informativas sobre la importancia de la actividad física en el control de la diabetes y la hipertensión, así como consejos prácticos sobre cómo integrar el ejercicio en la rutina diaria	Jornada	1	$
4.3	Realización de cuatro (04) jornadas de actividad física que genera cultura de estilos de vida saludables en la comunidad a través de la realización de jornadas de (aeróbico, piscinas, triatlón, resistencia o el sugerido por el Equipo de profesionales que realizara la actividad. El número mínimo de beneficiadas serán 30 personas entre (miembros de instituciones y comunidad)	Jornada	1	$
COMPONETE No 5: FORTALECIMIENTO DE LA SALUD NUTRICIONAL EN GESTANTES, LACTANTES Y MENORES DE 5 AÑOS DEL RESGUARDO INDIGENA CANANAMA Y MENORES DE 5 AÑOS EN RIESGO DE MAL NUTRICION POR DEFICIT/ EXCESO EN EL MUNICIPIO DE CRAVO Y PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERA.				
5.1	Campaña de información en salud que intervenga los riesgos de (20) niños/niñas con mal nutrición por déficit de peso en menores de 5 años pertenecientes al resguardo indígena Cananama y menores de 5 años diagnosticado con déficit/exceso de peso reportados por la IPS hospital San José, del mismo modo promocionar alimentación saludable, hábitos saludables en la preparación y consumo de los alimentos y promoción de la importancia de la lactancia materna	Procesos	1	$
5.2	Acciones de promoción de la salud en el marco de celebración de la semana de la lactancia materna y maternidad segura, en el municipio de Cravo Norte, Arauca.	Procesos	1	$
COMPONENTE No 6 CAMPAÑA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES VECTORIALES EN LA ZONA URBANA y RESGUARDO INDIGENA CANANAMA EN EL MUNICIPIO DE CRAVO NORTE, ARAUCA.				
6.1	Campaña información y educación para la disminución de enfermedades vectoriales, en el resguardo indígena Cananama y municipio de Cravo Norte, Arauca.	campaña	1	$

TOTAL, ACTIVIDAD		

ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL SERVICIO

ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL SERVICIO

Las actividades para desarrollar se efectuarán de forma personal y directa, con responsabilidad y reserva legal de la información que se ponga en conocimiento, de conformidad con la ética profesional.

COMPONENTE 1: ACCIONES DE COORDINACION DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC), ENTORNO ESCOLAR, FAMILIAR Y COMUNITARIO EN EL MUNICIPIO DE CRAVO NORTE ARAUCA.

ITEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	BENEFICIARIOS
1.1	Coordinar las actividades incluidas en el Contrato del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de la vigencia 2026	Meses	7	Población del área urbana y Rural del municipio.

Para la ejecución de las actividades incluidas dentro del proyecto del Plan de Intervenciones Colectivas se requiere de un coordinador que tendrá las siguientes funciones:

- Programar reuniones periódicas con el talento humano para hacer seguimiento, capacitación, asesoría y revisión del plan de trabajo que se realizara de manera mensual.
- Socializar con los actores aliados al proyecto, las actividades que se realizaran
- Articular acciones entre los equipos, las IPS y las EAPB del territorio.
- Coordinar y hacer seguimiento de las acciones a realizar.
- Consolidar en físico y magnético la información obtenida por el personal que trabaja en PIC
- Presentar informes de avances solicitados por la supervisión.
- Para esto, el coordinador de forma mensual presentara informe a la supervisión con soportes del avance del proyecto.

Objetivo: Coordinar las acciones relacionadas con el Plan de Intervenciones Colectivas de la vigencia 2026

Meta: Cumplir con el 100% de las actividades del plan intervenciones colectivas, PIC de la vigencia 2026, según especificaciones técnicas del proyecto

Tiempo de Ejecución: 7 Meses

Recurso humano: Para la ejecución de la actividad se contará con Profesional con experiencia en Proyectos relacionados con salud pública.

Recursos Físicos: Se deberá garantizar los insumos y materiales necesarios para el desarrollo de las actividades, por lo que estos serán responsabilidad del proveedor u operador que se contrate para la ejecución de las actividades del PIC.

Evidencia y Soporte de la Actividad: el contratista deberá entregar para el cumplimiento de este componente las siguientes evidencias:

1. Entregar Plan de trabajo y cronograma las actividades a realizar, las cuales debe anexar los siguientes soportes:

   - Mensualmente entregar un (01) plan de trabajo y cronograma el cual debe ser enviado al correo del Plan Territorial de Salud, antes de cumplir los (03) primeros días de cada mes, para ser aprobado por el supervisor del contrato. Este plan de trabajo y cronograma será anexado como soporte al informe de las actividades que se realizaron en el mes evaluado.

- El acta de socialización del inicio del proyecto debe elaborarse antes de comenzar las actividades del contrato. En este documento deben estar presentes representantes de las siguientes instituciones: presidentes de juntas, representantes del Hospital San José, el coordinador de la Unidad Educativa José Antonio Galán, el representante del Plan Territorial de Salud, la Comisaría de Familia, la Personería, y otras entidades que estén presentes en el municipio. El acta deberá incluir las firmas de todos los participantes y un registro fotográfico, el cual se anexará como soporte al informe ejecutivo de cada ítem.

- Acta de Articulación de las actividades a realizar en la Unidad Educativa José Antonio Galán, la cual deberá ser firmada por el director y/o coordinador de la institución, o por la persona que ellos deleguen. Las actas se deben elaborar de manera individual y deben incluir una descripción detallada de las actividades a realizar, las firmas de los participantes y un registro fotográfico. Estos elementos deberán anexarse como soporte al informe ejecutivo.

- Se deben llevar a cabo socializaciones detalladas sobre las actividades que se realizarán en diversas instituciones, como el CDI Los Gaticos, el Hospital San José, los presidentes de barrio, entre otras entidades según las actividades programadas. Las actas de estas socializaciones deben elaborarse de manera individual e incluir una descripción detallada de las actividades, las firmas de los participantes y un registro fotográfico. Estos elementos deberán anexarse como soporte al informe ejecutivo de cada ítem.

2. La Coordinadora del proyecto debe asegurar un registro fotográfico adecuado para cada actividad del proyecto, de la siguiente manera:

   Cada informe ejecutivo deberá incluir un mínimo de ocho (08) fotografías de buena calidad, junto con una breve descripción de la actividad realizada y la fecha en que se llevó a cabo. Esta exigencia también se aplica a las actas y a los informes ejecutivos elaborados a lo largo del proyecto.

   Además, se deberá crear una carpeta digital para cada actividad que contenga las fotografías correspondientes. El número mínimo de fotografías requeridas dependerá de las especificaciones establecidas en cada ítem del proyecto.

3. Las herramientas utilizadas, como enfoques diferenciales y otros recursos para recopilar información de los usuarios en formato físico, los cuales deberán ser diligenciados en su totalidad y deberán ser digitalizadas y entregadas mensualmente al coordinador del proyecto. Estas herramientas servirán como soporte de la actividad y facilitarán la elaboración de los informes ejecutivos correspondientes a cada ítem.

4. La Coordinadora del proyecto debe asegurarse de que el personal involucrado en el proyecto (profesionales y técnicos), recibirán los formatos necesarios (como el enfoque diferencial, formatos de valoración de pacientes, formatos de entrega de insumos y otras herramientas asignadas). Estos formatos deben ser diligenciados correctamente durante cada actividad y entregados como soporte de las actividades realizadas.

5. La Coordinadora del proyecto, en conjunto con el equipo de profesionales, desarrollará las herramientas necesarias para llevar a cabo cada una de las actividades programadas. Estas herramientas deberán contar con la aprobación previa del supervisor del proyecto.

6. La Coordinadora, en colaboración con la profesional encargada de la actividad, elaborará un informe ejecutivo que detalle los resultados de las actividades realizadas mensualmente, acompañados de los respectivos soportes que cumplan con las especificaciones técnicas requeridas. Estos informes deberán ser entregados tanto en formato físico como magnético al coordinador del proyecto para su revisión, aprobación y verificación del cumplimiento de las actividades. Además, se asegura que la entrega de este informe se realice dentro de los tres (03) primeros días de cada mes.

7. La Coordinadora del proyecto deberá presentar para su pago la certificación de cumplimiento de las actividades ejecutadas mensualmente, emitida por el supervisor del contrato, una vez que el informe ejecutivo mensual haya sido validado.

COMPONENTE 2: PROGRAMA PREVENTIVO CON ENFOQUE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) MEDIANTE LA INTERVENCION DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN EL ENTORNO EDUCATIVO DEL CENTRO EDUCATIVO JOSE ANTONIO GALAN.

ITEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	BENEFICIARIOS
2.1	Atención Primaria en Salud enfocada en la convivencia social, salud mental y prevención de embarazos en adolescentes en el entorno educativo del centro educativo José Antonio Galán. Actividades que se describen en estudios previos y ficha técnica del presente proyecto.	mes	5	Niños y Adolescentes.

Para la ejecución de esta actividad del Plan de Intervenciones Colectivas se requiere de un equipo Básico en Salud, que cumpla con las actividades descritas en las especificaciones técnicas, para atender integralmente a la población estudiantil del área Urbana y Rural del Municipio.

OBJETIVO: Fortalecer el cuidado en salud mental de los estudiantes, sus familias y el entorno donde se encuentran conviviendo los alumnos de la Unidad Educativa José Antonio Galan

META: Población a beneficiar son 705 estudiantes de la Unidad Educativa José Antonio Galan, del municipio de Cravo Norte, Arauca

META MENSUAL: la población beneficiaria está compuesta por 141 estudiantes que recibirán una valoración inicial. Asimismo, se realizarán seguimientos para los estudiantes priorizados, los cuales serán programados por el profesional de psicología. Cada uno de estos estudiantes necesitará de un seguimiento, que se llevarán a cabo 15 días después de la intervención inicial. La intervención finalizará con una visita al entorno familiar de los estudiantes.

Para documentar esta actividad, se deberá registrar en el plan de cuidado la atención brindada durante la valoración inicial, los seguimientos y la visita al hogar. Además, se debe anexar un registro fotográfico correspondiente a cada intervención realizada con el estudiante y su familia.

Tiempo de Ejecución: 5 Meses

Recurso humano: Para la ejecución de la actividad se contará con Profesional de psicología y dos (02) auxiliar de enfermería con experiencia en Proyectos relacionados con salud pública.

Recursos Físicos: Se deberá garantizar los insumos y materiales necesarios para el desarrollo de las actividades, por lo que estos serán responsabilidad del proveedor u operador que se contrate para la ejecución de las actividades del PIC.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LA ACTIVIDAD:

Actividades por ejecutar por los Equipos Básicos de Salud del Plan Territorial de Salud de Cravo Norte, Arauca.

Los Equipos Básicos de Salud corresponden a la estructura funcional y operativa de los prestadores de servicios de salud, en capacidad de ejecutar atenciones de forma permanente y sistemática para el cuidado integral de la salud de las personas y familias por curso de vida en los diferentes entornos, bajo enfoque diferencial poblacional y territorial.

Este equipo garantiza el contacto permanente con los estudiantes, familias y comunidad educativa para el acceso a la atención en salud, incluyendo la valoración integral para la promoción de la salud física y mental la detección temprana de alteraciones de la salud mental, protección específica, diagnóstico y tratamiento. Prestarán servicios a los estudiantes, sus familias y demás miembros de la comunidad educativa en el territorio asignado mediante la modalidad extramural, con la articulación para la continuidad del cuidado en el contexto de las redes.

METODOLOGÍA:

Las acciones descritas se orientan al fortalecimiento de capacidades para la gestión territorial de la Atención Primaria en Salud, incluyendo la conformación, operación, seguimiento y evaluación de equipos básicos de salud orientados a favorecer el acceso de los estudiantes, familias y docentes a los servicios de salud en el marco de la operación del nivel primario de atención que se constituye en puerta de entrada y primer contacto de la población con el sistema de salud.

Un aspecto importante en la dinámica de la operación de los equipos de salud territorial es que, en cada colegio, el equipo tendrá a cargo un número de cursos de manera permanente, en los cuales realizará educación, identificación, categorización y priorización de riesgos identificados y concertados por los representantes de cada grado, padres de familia, profesor y directivos, como base para la elaboración del plan de intervención, con los demás integrantes del equipo.

El profesional (psicología) deberán utilizar el instrumento de intervención que suministra el ministerio de Salud y Protección Social **(Formato Plan de Cuidados)** en dicho documento se debe la incluir la valoración inicial y en los menores que son priorizados incluir los seguimientos en este formato.

Los casos reportados por la Psico orientadora de la Unidad Educativa José Antonio Galan también serán priorizados para ser sus respectivas intervenciones de seguimientos en el entorno escolar y hogar, así mismo los que sea captados en la valoración inicial por parte de psicología. Todas las valoraciones priorizadas y que requieran seguimientos deberán ser reportadas en el historial médico de cada paciente que maneja el hospital San José de Cravo Norte, a través del aplicativo Salud 360. Por tal razón se debe articular con la dirección del hospital san José para asignación de usuario de este software

Los estudiantes priorizados serán los que en la valoración inicial según criterio de la psicóloga, requieran seguimiento en el entorno escolar y una (01) en el entorno hogar así mismo los que sean reportados por la psico orientadora y docentes. Los estudiantes que requieran atención por parte de especialista, la psico orientadora deberá realizar la canalización hacia su red prestadora (EAPB), para su respectiva atención y continuación de su atención en salud.

El primer seguimiento a los estudiantes priorizados para realizar seguimientos, el profesional deberá realizarlo con los padres / cuidadores del adolescente y/o menor con el propósito de generar incidencia y concienciación de la importancia del involucramiento de los padres / cuidadores con el adolescente y/o menor, se deberá en estos seguimientos dejar tareas para practicar en casa en familia que aporten al objetivo del seguimiento y pueda ser verificado en el próximo encuentro.

El segundo seguimiento se deberá hacer intervención con el adolescente donde se manifieste la importancia de tomar como factor de protección la familia, en el cual se intensifique la importancia de tomar como red principal de apoyo a la familia. Finalizando este seguimiento se hace encuadre con el adolescente / menor y sus padres y/o cuidadores con el propósito de establecer una ruta de acción que impulsen el involucramiento parental.

El profesional de Psicología ofrecerá una charla motivadora y estimulante sobre el objetivo de las visitas de seguimiento para los padres y adolescentes y aplicación de los cuestionarios dirigidos a los padres y adolescentes en su versión Pre-Test a comenzar el seguimiento. En la segunda visita se aplicará cuestionario de Post Test, estos serán contestados tanto por los padres y tutores como por el joven.

El Equipo realizará las intervenciones colectivas de promoción y mantenimiento de la salud, de acuerdo con las prioridades en salud de los individuos y las familias y los resultados en salud concertados.

Nombre de la actividad	Periodicidad	Responsable	Entregables (Medio de verificación)
1. Elaboración de plan de trabajo y cronograma para el despliegue de los equipos en el colegio.	Mensual	Coordinador del Proyecto y todos los perfiles del Equipo Básico de Salud.	Plan de trabajo y cronograma de operación (físico y magnético)

2. Elaboración de los informes ejecutivos de las actividades realizadas.	Mensual	Coordinador del Proyecto y todos los perfiles del Equipo Básico de Salud.	Informe ejecutivo mensual (físico y magnético) de actividades por cada uno de los perfiles que hacen parte de los equipos básicos de salud, aprobado por supervisor del contrato.

INTERVENCIÓN COLECTIVA EN EL COLEGIO, ENFOCADA EN SALUD MENTAL.

El equipo realizaría las siguientes acciones a nivel general en cada colegio:

No	Nombre de la actividad	Periodicidad	Responsables	Entregables (Medio de verificación)
1	Jornadas de trabajo con docentes, representantes estudiantiles, estudiantes y padres para del diagnóstico del centro educativo José Antonio Galán	Única vez antes de iniciar la etapa de intervención colectiva	Perfiles profesionales del Equipos básicos de salud.	Acta que soporte la intervención y las sugerencias dada por el actor principal en el colegio (docentes, estudiante o representante estudiantiles) del centro educativo José Antonio Galan
2	Acta de socialización de esta actividad, previa a la planeación por parte del coordinador del proyecto y el personal del EBS que ejecutara este ítem. Así mismo evaluar los avances alcanzados.	Mensual	Perfiles profesionales del Equipos básicos de salud.	Acta y de la actividad, firmas y registro fotográfico.
3	Realizar valoración inicial a 705 niños y adolescentes reportados por la Unidad Educativa José Antonio Galan por parte de Profesional de psicología, así mismo priorizar a los menores que requieran intervención, actividad que debe ser articulada con psico orientadora del Centro Educativo José Antonio Galan. Se debe tener en cuenta la meta mensual exigida en las especificaciones técnicas del proyecto.	Mensual	Psicología y Auxiliar de enfermería	Plan de cuidado de cada estudiante, realizado por psicología se deberán describir la valoración realizada en el plan de cuidado. Igualmente anexar registro fotográfico de la valoración inicial intervención realizada Entregar informe ejecutivo de las intervenciones realizadas mensualmente, con sus respectivos soportes (plan de cuidado diligenciado en su totalidad y el registro fotográfico)
3	Realizar visita de seguimiento a los menores priorizados por parte de psicología y psico orientadora del Centro Educativo José Antonio Galan. los cuáles serán programados por el profesional de psicología. Cada uno de estos estudiantes priorizados se realizarán un (01) seguimientos al entorno hogar, que se llevarán a cabo 15 días después de la intervención inicial. La intervención finalizará con un (01)	Mensual	Psicología y Auxiliar de enfermería	´Plan de cuidado de cada estudiante, realizado por psicología se deberán describir la valoración inicial previamente realizada, la visita en el entorno hogar y una (01) de seguimiento. En el plan de cuidado. Se debe anexar registro fotográfico de la intervención realizada.

	seguimiento al estudiante priorizado para intervenir 15 días después de la intervención en el hogar o según el criterio de psicólogo tratante. Se debe tener en cuenta la meta mensual exigida en las especificaciones técnicas del proyecto.			Entregar informe ejecutivo de las intervenciones realizadas. En caso de no los padres de familia no acepten la intervención por parte psicología para realización de seguimientos, se debe hacer firmar un disentimiento por parte del familiar y anexar los soportes al informe ejecutivo mensual de este ítem.
4	Diseñar y llevar a cabo campañas en la Unidad Educativa José Antonio Galan sobre la importancia de cuidar la salud mental, utilizando carteles, redes sociales y eventos (escuelas de padres y reuniones concertadas con docentes) para difundir información. Así mismo realizar un stand en salud mental que se articulara con el día central de la celebración de la semana Andina en la unidad Ejecutiva José Antonio Galan. Las actividades de promoción de la Salud mental se realizarán durante el tiempo que dure el presente proyecto, para fortalecimiento del plan de salud mental del municipio de Cravo norte, vigencia 2024-2027.	Mensual	Psicología y Auxiliar de enfermería	La profesional de Psicología realizara un informe detallado de las actividades mensuales que realiza para la promoción de la Salud mental las cuales deberán evidenciar las herramientas utilizadas como son (laminas compartidas en los grupos de whatsapp, carteleras realizadas por los estudiantes, actas que contengan la participación de la psicóloga en reuniones de escuelas de padres y/o docentes , donde aborde la temática de promoción de la salud mental (en esta última actividad, debe realizar acta con sus respectivas firmas y registro fotográfico). . Entregar informe ejecutivo de las intervenciones realizadas, con sus respectivos soportes.
5	Realizar (07) encuentros (lúdico-recreativos) con estudiantes, donde se realicen actividades de promoción de salud mental cada encuentro debe tener un mínimo de 50 estudiantes, de diferentes grados (bachillerato) de la Unidad Educativa José Antonio Galan. Así mismo aplicar pre test y pos -test Actividad que debe ser coordinada con psico orientadora y coordinador del colegio.	Según plan de trabajo y cronograma	Profesional de Psicología y Enfermería.	La profesional de psicología deberá presentar informe ejecutivo donde se evidencie la temática en salud mental abordada, el impacto obtenido, los resultados del pretest y pos tes así mismo el enfoque diferencial diligenciado en cada encuentro y su respectivo registro fotográfico.
6	Realizar una (01) Socialización de resultados de las atenciones realizadas a estudiantes, dirigida a docentes y familiares de la unidad educativa José	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básicos de salud	Acta de socialización de resultados con firmas y registro fotográfico.

	Antonio Galán. Se realizar al final de la intervención.			Entregar informe ejecutivo de las intervenciones realizadas, con sus respectivos soportes.
7	Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Instrumento de canalización diligenciado
8	Informar a los padres y docentes sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Listado de asistencia y registro fotográfico.
9	Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.	Según plan de trabajo y cronograma	Lidera el Profesional en psicología en concurrencia con el resto de los perfiles del equipo	Instrumento de canalizaciones diligenciado
10	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS
11	Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí Mismo, de los demás y de su entorno.	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Informe técnico con descripción, conclusiones y recomendaciones
12	Presentar certificación de cumplimiento de actividades realizadas según programación, por parte del coordinador del proyecto.	Mensual	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Certificación de cumplimiento debidamente firmada por coordinador del proyecto, la cual debe ser anexada al informe mensual que presentara ante el supervisor del proyecto.

FASE DE INTERVENCIÓN

- Posterior al diagnóstico se definirá un plan de trabajo para realizar las intervenciones y este será aprobado por la supervisión y socializado en la Unidad Educativa José Antonio Galan para iniciar la implementación.
- Las actividades se llevarán a cabo mediante intervenciones colectivas (salones) por parte del Profesional (psicología) y auxiliar de enfermería, esta intervención a realizar será coherente con el diagnóstico de la institución y se enfocan en intervenir la salud mental de los estudiantes.
- Se realizará orientación personalizada al estudiante que se identifique o los docentes canalicen para tener mayor contacto directo con la familia, la comunidad y el entorno para identificar además de las necesidades de atención en salud, otras a nivel de los determinantes sociales de la salud, involucrando a las personas y la comunidad en la solución de sus necesidades y problemas, promoviendo la organización y cohesión social.
- Es importante que el equipo de salud asuma como parte de la gestión del riesgo y la promoción de la salud de la persona, un rol de liderazgo que permita incidir en la toma de decisiones sobre las políticas públicas en

todos los sectores, para mitigar y superar el impacto de las amenazas ambientales, sociales, económicas y culturales en la salud y bienestar de las personas.

- La orientación personalizada integra las dimensiones: física, mental, ambiental, redes sociales y de servicios de salud a través de las intervenciones colectivas, el cual da cuenta de los acuerdos y el cumplimiento de un conjunto de logros familiares que permiten establecer el grado de salud y bienestar alcanzado por las familias en un periodo de tiempo en respuesta a la adopción de medidas de control del riesgo y prácticas de cuidado, surgidas de los compromisos realizados por la familia durante cada encuentro con el estudiante y su familia.

- Los instrumentos para utilizar serán los construidos para el desarrollo y la operación de los equipos básicos en salud, esta carpeta incluye:

- Acta de diagnóstico de la Unidad Educativa José Antonio Galan.
- Plan de trabajo por profesionales (psicólogo) de acuerdo con el diagnóstico generado.
- Formato de verificación, canalización y seguimiento a la efectividad.
- Planes de cuidado diligenciado entregado en (físico y magnético), que incluya valoración inicial, seguimiento e intervención en el hogar.
- Formato diligenciado de los disentimientos de los padres de familia que no acepten la realización de seguimiento a los estudiantes.
- Informe ejecutivo de las actividades realizadas, los cuales deben ser realizados por parte del profesional y el coordinador del proyecto de manera mensual.
- Soporte de actividades realizadas en la campaña de promoción de la salud mental
- Soporte de actividades de los siete (07) encuentros educativos realizados sobre salud mental
- Soporte de la realización de los murales de la promoción de salud mental.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

- Las intervenciones colectivas se deberán realizar educación en salud mental en base a las prioridades, cada una de estas intervenciones tendrán una duración de 1 hora.
- De igual manera se deberá realizar un espacio de educación en salud para los docentes y padres en reunión convocada por la Institución Educativa.
- Por cada colegio se garantizará intervención de seguimiento por psicología a los estudiantes que lo requieran
- Se realizará el plan de cuidado individual de cada estudiante intervenido, donde se describirá su proceso des de la valoración inicial, seguimiento e intervención en el hogar.
- Se coordinará la realización de las actividades individual y colectivas con el cuerpo de docentes de la unidad educativa José Antonio Galán
- Se realizará apoyo al plan de salud mental vigencia 2024-2027, por parte del EBS entorno escolar.
- Se realizará informe ejecutivo mensual de las actividades programadas, para ser entregadas al supervisor del contrato con sus respectivos soportes.
- El contratista deberá garantizar todos los insumos necesarios (trasporte para el traslado del EBS a las escuelas del área rural, elementos de oficina como redmas, video been impresoras y demás elementos necesarios para cumplir con la actividad, así mismo entregar los equipos biomédicos necesarios (bascula, tensiómetro, peso tallímetro entre otros) para realizar la intervención a los estudiantes del centro educativo José Antonio Galán)
- Diligenciamiento en físico y digital de los enfoques diferenciales y base de datos de los estudiantes que se realizaron intervención inicial por psicología
- Diligenciamiento en magnético de base de datos de los estudiantes que requirieron seguimientos por parte de psicología
- Diligenciamiento de base de datos de los estudiantes que fueron remitidos a los servicios de promoción y mantenimiento de salud del hospital san José.

Con el fin de garantizar la ejecución y resultados de las acciones establecidas, se monitorearán de manera transversal los indicadores:

Indicadores de cumplimiento

INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
Proporción de personas atendidos a través de equipos básicos de salud	Este indicador muestra el porcentaje de personas que han sido atendidos en el entorno educativo.	NUMERADOR: Número de personas atendidas a través de equipos de salud territorial. DENOMINADOR: Total de personas planeadas en la institución. FACTOR: 100

Indicadores de impacto en atención individual

Temas sugeridos para las intervenciones

Educación y comunicación para la salud para el fomento de autocontrol emocional y promoción de la Salud Mental en los cursos de vida infancia, adolescencia, juventud.

- Desarrollo de acciones por medio de nuevas masculinidades alternativas en prevención de violencia basada en género y/o violencia intrafamiliar
- Espacio de orientación individual y colectivo (implementación de estrategias como, pruebas psicotécnicas para infancia).
- Identificación de situación de crisis por medio del PAP (Primeros auxilios psicológicos)
- identificación y manejo de factores protectores y de riesgo
- Socializaciones de rutas en atención de urgencias y emergencias para el consumo de sustancias psicoactivas, intentos de suicidio y violencia sexual
- Educación sobre el consumo de sustancias psicoactivas en instituciones educativas y sus consecuencias
- Desarrollar procesos educativos con padres, madres y demás personas cuidadoras para la crianza igualitaria de niños/ niñas libres de roles y estereotipos que reproducen violencias de género; teniendo en cuenta el enfoque territorial, poblacional y demás enfoques diferenciales.

- Prevención de la conducta suicida
- Habilidades psicosociales para el fortalecimiento del proyecto de vida.

Indicadores de impacto en atención individual

- Se medirán por cada ítem de la intervención realizada con estudiantes por parte de profesional de psicología, de acuerdo con la efectividad en cada canalización realizada de la población en el tiempo de ejecución del proyecto.

  Proporción de personas con remisión a atención por psicología

- Se medirá las gestiones intersectoriales efectivas de acuerdo con el riesgo social y ambiental de la población intervenida.

Indicadores de impacto en atención colectiva

INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
Proporción de personas con acceso a intervenciones colectivas (entorno educativo).	Porcentaje de personas que acceden a intervenciones colectivas en relación con el total de personas programadas.	Numerador: Número de personas que acceden a intervenciones colectivas Denominador: Total de personas programadas. FACTOR x100
Proporción de población con identificación del riesgo por momento de curso de vida	Porcentaje de personas que acceden a intervenciones colectivas en relación con el total de personas programadas.	Numerador: Número de personas que acceden a intervenciones colectivas Denominador: Total de personas programadas. FACTOR x100

Las intervenciones de los profesionales en la Fase Inicial quedaran distribuidas de la siguiente manera:

PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA:

- Realizar reuniones de concertación con docentes y padres de familias, para la intervención que se realizara a los menores, según directriz estipuladas en especificaciones técnicas.
- Participar de las escuelas de padres, que se realicen en la Unidad Educativa José Antonio Galan durante el trascurso del proyecto, para realizar un informe sobre avances de las intervenciones individuales y colectivas que se realizan por parte del proyecto.
- Una (01) intervención individualizada a cada estudiante de la Unidad Educativa José Antonio Galan, para brindar educación e identificación y priorización del riesgo.
- Priorizar atención a estudiantes que requieran intervención psicológica, programar y ejecutar un (01) seguimientos y una (01) atención al estudiante en el entorno hogar.
- Realizar planes de atenciones de la población atendida inicialmente e incluir los seguimientos y la visita al entorno hogar en el plan de cuidado de cada menor priorizado.
- Agenda los estudiantes que fueron priorizados por el Psico orientadora de la Unidad Educativa José Antonio Galan, para realizar los respectivos seguimientos en el entorno educativo y entorno hogar
- Realizar (07) encuentros (lúdico-recreativos) educativos con estudiantes, donde se realicen actividades de promoción de salud mental, cada encuentro debe tener un mínimo de 50 estudiantes, de diferentes grados (primaria y bachillerato) de la Unidad Educativa José Antonio Galan, teniendo en cuenta el plan de Salud mental del municipio de Cravo norte vigencia 2024-2027
- Realizar los informes ejecutivos de manera mensual y entregar al coordinador del proyecto, para que realice consolidación de informe parcial a presentar al supervisor.
- Apoyar las actividades del Equipo Básico de Salud en las actividades del entorno comunitario, cuando sea requerido.
- Cumplir con las meta general y mensual descritas en las especificaciones técnicas exigidas en el contrato, según el perfil de cada profesional u técnico que hace parte del proyecto.
- Apoyar el Plan de Acción de Salud mental vigencia 2024- 2027

INTERVENCIÓN POR AUXILIARES DE ENFERMERÍA

- Apoyar las actividades de los profesionales en las actividades individuales y colectivas que realicen
- Apoyar con el diligenciamiento de los enfoques diferenciales (físico y magnético) y entregar al profesional de Psicología para que desarrolle los informes ejecutivos de cada actividad.
- Apoyar las intervenciones (inicial y seguimientos) que realice el profesional de Psicología en el entorno escolar y hogar. Apoyar con Recopilar y archivar los registros fotográficos en carpetas individuales debidamente etiquetadas de forma semanal y mensual, indicando fechas y nombre de cada estudiante intervenido. La auxiliar de enfermería verificará que cada carpeta contenga la valoración inicial, dos seguimientos y la valoración en el entorno familiar. Asimismo, se deberán crear carpetas digitales con evidencia de las actividades colectivas realizadas por el profesional de psicología, incluyendo un mínimo de 20 registros fotográficos de buena calidad que evidencien claramente las actividades desarrolladas. La digitación de la información que generen las intervenciones, realizadas por los profesionales.
- Apoyar con las actividades logísticas que requiere cada actividad individual o colectiva que se realice.
- Apoyar con la digitación de la información que generen las intervenciones, realizadas por los profesionales.

ITEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	BENEFICIARIOS
2.2	Atención Primaria en Salud enfocada en la Salud sexual y reproductiva (prevención de embarazos en Adolescentes y prevención de violencia sexual y familiar) en la población infancia del centro Educativo José Antonio Galan. Actividades que se describen en estudios previos y ficha técnica del presente proyecto.	mes	5	Niños y Adolescentes.

Para la ejecución de esta actividad del Plan de Intervenciones Colectivas se requiere de un equipo Básico en Salud, que cumpla con las actividades descritas en las especificaciones técnicas, para atender integralmente a la población estudiantil del área Urbana y Rural del Municipio.

OBJETIVO: Fortalecer el cuidado en salud de los estudiantes, sus familias y el entorno donde se encuentran conviviendo los alumnos de la Unidad Educativa José Antonio Galan

META: Población a beneficiar son 705 estudiantes de la Unidad Educativa José Antonio Galan, del municipio de Cravo Norte, Arauca

META MENSUAL: la población beneficiaria está compuesta por 141 estudiantes que recibirán una valoración por parte del profesional de enfermería, así mismo se realizara seguimiento por parte de profesional de enfermería si el estudiante intervenido lo requiere.

Para documentar esta actividad, se deberá registrar en el plan de cuidado la atención brindada durante la valoración por enfermería y seguimientos si aplica. Además, se debe anexar un registro fotográfico correspondiente a cada intervención realizada.

Tiempo de Ejecución: 5 Meses

Recurso humano: Para la ejecución de la actividad se contará con Profesional de enfermería y un (01) auxiliar de enfermería con experiencia en Proyectos relacionados con salud pública.

Recursos Físicos: Se deberá garantizar los insumos y materiales necesarios para el desarrollo de las actividades, por lo que estos serán responsabilidad del proveedor u operador que se contrate para la ejecución de las actividades del PIC.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LA ACTIVIDAD:

Actividades por ejecutar por los Equipos Básicos de Salud del Plan Territorial de Salud de Cravo Norte, Arauca.

Los Equipos Básicos de Salud corresponden a la estructura funcional y operativa de los prestadores de servicios de salud, en capacidad de ejecutar atenciones de forma permanente y sistemática para el cuidado integral de la salud de las personas y familias por curso de vida en los diferentes entornos, bajo enfoque diferencial poblacional y territorial.

Este equipo garantiza el contacto permanente con los estudiantes, familias y comunidad educativa para el acceso a la atención en salud, incluyendo la valoración integral para la promoción de la salud y la detección temprana de alteraciones de la salud, protección específica, diagnóstico y tratamiento. Prestarán servicios a los estudiantes, sus familias y demás miembros de la comunidad educativa en el territorio asignado mediante la modalidad extramural, con la articulación para la continuidad del cuidado en el contexto de las redes.

METODOLOGÍA:

Las acciones descritas se orientan al fortalecimiento de capacidades para la gestión territorial de la Atención Primaria en Salud, incluyendo la conformación, operación, seguimiento y evaluación de equipos básicos de salud orientados a favorecer el acceso de los estudiantes, familias y docentes a los servicios de salud en el marco de la operación del nivel primario de atención que se constituye en puerta de entrada y primer contacto de la población con el sistema de salud.

Un aspecto importante en la dinámica de la operación de los equipos de salud territorial es que, en cada colegio, el equipo tendrá a cargo un número de cursos de manera permanente, en los cuales realizará educación, identificación, categorización y priorización de riesgos identificados y concertados por los representantes de cada grado, padres de familia, profesores

El profesional (Enfermería) deberán utilizar el instrumento de intervención que suministra el ministerio de Salud y Protección Social **(Formato Plan de Cuidados)** en dicho documento se debe |a incluir la valoración inicial y en los menores que amerite ser priorizados los cuales debe realizar seguimientos los cuales deben ser incluidos en dicho formato.

Todas las valoraciones priorizadas por profesional de enfermería deberán ser reportadas en el historial médico de cada paciente que maneja el hospital San José de Cravo Norte, a través del aplicativo Salud 360. Por tal razón se debe articular con la dirección del hospital san José para asignación de usuario de este software

Los profesionales de profesional (enfermería) deberán realizar la valoración inicial y un (01) seguimientos si el profesional de enfermería en su criterio profesional decide que se requiere seguimiento. Así mismo junto con la auxiliar de enfermería realizar una toma de medidas antropométrica de los estudiantes de la unidad ejecutiva José Antonio Galan, con el objetivo de realizar un diagnóstico de nutricional de los estudiantes intervenidos. Los estudiantes que según la valoración nutricional requieran intervención, serán atendidos por nutricional del proyecto, quien le deberá realizar su respectiva valoración y plan nutricional para mejorar la condición del estudiante.

El Equipo realizará las intervenciones colectivas de promoción y mantenimiento de la salud, de acuerdo con las prioridades en salud de los individuos y las familias y los resultados en salud concertados.

Nombre de la actividad	Periodicidad	Responsable	Entregables (Medio de verificación)
1. Elaboración de plan de trabajo y cronograma para el despliegue de los equipos en el colegio.	Mensual	Coordinador del Proyecto y todos los perfiles del Equipo Básico de Salud.	Plan de trabajo y cronograma de operación (físico y magnético)
2. Elaboración de los informes ejecutivos de las actividades realizadas.	Mensual	Coordinador del Proyecto y todos los perfiles del Equipo Básico de Salud.	Informe ejecutivo mensual (físico y magnético) de actividades por cada uno de los perfiles que hacen parte de los equipos básicos de salud, aprobado por supervisor del contrato.

INTERVENCIÓN COLECTIVA EN LA UNIDAD EDUCATIVA JOSE ANTONIO GALAN (ATENCION PRIMARIA EN SALUD)

El equipo realizaría las siguientes acciones a nivel general en cada colegio:

No	Nombre de la actividad	Periodicidad	Responsables	Entregables (Medio de verificación)
1	Jornadas de trabajo con docentes, representantes estudiantiles, estudiantes y padres para elaboración del diagnóstico del centro educativo José Antonio Galán	Única vez antes de iniciar la etapa de intervención colectiva	Perfiles profesionales del Equipos básicos de salud.	Acta que soporte la intervención y las sugerencias dada por el actor principal en el colegio (docentes, estudiante o representante estudiantiles) del centro educativo José Antonio Galan
2				Plan de cuidado de cada estudiante, realizado por

	Realizar valoración por parte de enfermería a 705 niños y adolescentes de la unidad Educativa José Antonio Galan por parte de Profesional de enfermería, así mismo priorizar a los menores que requieran intervención por parte de enfermería. Se debe tener en cuenta la meta mensual exigida en las especificaciones técnicas del proyecto.	Mensual	Enfermera y Auxiliar de enfermería	enfermería se deberán describir la valoración realizada en el plan de cuidado. Igualmente anexar registro fotográfico de la intervención realizada. Entregar informe ejecutivo de las intervenciones realizadas.
3	La profesional de enfermería deberá realizar un diagnóstico del estado nutricional de la población estudiantil de la unidad Educativa José Antonio Galán, el cual será socializado con los docentes y padres de familia de esta institución. los estudiantes captados que presenten malnutrición por déficit / exceso deberán ser remitidos a profesional de nutrición del proyecto o de la EAPB que pertenece el menor.	Según planeación y cronograma	Enfermería, y Auxiliar de enfermería.	Documento diagnóstico realizado por profesional de enfermería, el cual debe ser socializado con docentes y padres de familia y formatos de captación de pacientes con riesgo de malnutrición que fueron remitidos a valoración nutricional. Registro fotográfico
4	la nutricionista realizara una (01) valoración a los menores que presente problemas de malnutrición por déficit y/o exceso, que sean captados y remitidos por profesional de enfermería, que realiza diagnostico nutricional, con apoyo de las auxiliares de enfermería.	Mensual	Nutricionista y Auxiliar de enfermería	Formato de valoración por parte del profesional de nutrición, que incluya plan nutricional que mejore las condiciones nutricionales del menor beneficiario. Así mismo registro fotográficos de la intervención. Formato diligenciado de remisión a nutrición de su EAPB. Entregar informe ejecutivo de las intervenciones realizadas.
5	Realizar (10) talleres (lúdico-recreativos) con estudiantes, donde se realicen actividades de prevención de abuso sexual en menores. Dirigido a estudiantes de las escuelas José Teodoro y el triunfo.	Según plan de trabajo y cronograma	Profesional de enfermería y Psicólogas.	La profesional de psicología y enfermería deberá presentar informe ejecutivo donde se evidencie la temática en abordada, así mismo el enfoque diferencial diligenciado en cada

	La metodología para utilizar deberá realizarse según las edades de los menores. Así mismo se debe aplicar a los menores los pretest y pos-test			encuentro resultados de pre- tes y pos-test y registro fotográfico Entregar informe ejecutivo de las intervenciones realizadas, donde se vea reflejado el análisis de resultados del pre- tes y pos- test y enfoque diferencial.
6	Diseñar y ejecutar campañas informativas en la Unidad Educativa José Antonio Galán, orientadas a la prevención del embarazo en adolescentes, mediante la elaboración y difusión de carteles educativos, publicaciones en redes sociales institucionales y la participación en eventos convocados por la institución. Estas acciones estarán dirigidas a estudiantes y padres de familia, con el propósito de brindar información clara, científica y oportuna que fomente la toma de decisiones responsables, el fortalecimiento de valores y la promoción de una educación integral en salud sexual y reproductiva.	Mensual	Psicología y Auxiliar de enfermería	La profesional de Enfermería realizara un informe detallado de las actividades realizadas para la campaña educativa sobreSalud Sexual y reproductiva las cuales deberán evidenciar las herramientas utilizadas como son (laminas compartidas en los grupos de whapsaap carteleras realizadas por los estudiantes soportar con (registro fotográfico y asistencias de participantes a esta actividad). Las carteleras realizadas por los estudiantes serán expuestas el día central de la semana andina. La profesional de enfermería deberá realizar un informe ejecutivo de las intervenciones realizadas, con sus respectivos soportes.
7	Realizar una (01) Socialización de resultados de las atenciones realizadas a estudiantes, dirigida a docentes y familiares de la unidad educativa José Antonio Galán.	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básicos de salud	Acta de socialización de resultados con firmas y registro fotográfico. Entregar informe ejecutivo de las intervenciones realizadas, con sus respectivos soportes.

8	Realizar actividades de canalización identificación e identificación de menores edades pendientes de vacunas (VPH y Toxoide Tetánico).	Mensual	Auxiliares de Enfermería	Presentar informe de canalización realizadas y su respectivo seguimiento, que evidencie la efectividad del proceso de canalización efectiva.
9	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básicos de salud	Formularios de afiliación diligenciados
10	Elaborar informe técnico de las jornadas de salud identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básicos de salud	Informe técnico con descripción, conclusiones y recomendaciones
11	Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Instrumento de canalización diligenciado
12	Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí Mismo, de los demás y de su entorno.	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Informe técnico con descripción, conclusiones y recomendaciones
13	Informar a los padres y docentes sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Listado de asistencia y registro fotográfico.
14	Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.	Según plan de trabajo y cronograma	Lidera el Profesional en psicología en concurrencia con el resto de los perfiles del equipo	Instrumento de canalizaciones diligenciado
15	Realizar mínimo 2 seguimientos al acceso efectivo y atención integral a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Instrumento de canalizaciones diligenciado
16	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS
17	Presentar certificación de cumplimiento de actividades realizadas según programación, por parte del coordinador del proyecto.	Mensual	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Certificación de cumplimiento debidamente firmada por coordinador del proyecto, la cual debe ser anexada al informe mensual que presentara ante el supervisor del proyecto.

FASE DE INTERVENCIÓN

- Posterior al diagnóstico se definirá un plan de trabajo para realizar las intervenciones y este será aprobado por la supervisión y socializado en la Unidad Educativa José Antonio Galan para iniciar la implementación.

- Las actividades se llevarán a cabo mediante intervenciones colectivas (salones) por parte del Profesional de profesional (enfermería) y auxiliar de enfermería, esta intervención a realizar será coherente con el diagnóstico de la institución.

- Se realizará orientación personalizada al estudiante que se identifique o los docentes canalicen para tener mayor contacto directo con la familia, la comunidad y el entorno para identificar además de las necesidades de atención en salud, otras a nivel de los determinantes sociales de la salud, involucrando a las personas y la comunidad en la solución de sus necesidades y problemas, promoviendo la organización y cohesión social.

- Es importante que el equipo de salud asuma como parte de la gestión del riesgo y la promoción de la salud de la persona, un rol de liderazgo que permita incidir en la toma de decisiones sobre las políticas públicas en todos los sectores, para mitigar y superar el impacto de las amenazas ambientales, sociales, económicas y culturales en la salud y bienestar de las personas.

- La orientación personalizada integra las dimensiones: física, mental, ambiental, redes sociales y de servicios de salud a través de las intervenciones colectivas, el cual da cuenta de los acuerdos y el cumplimiento de un conjunto de logros familiares que permiten establecer el grado de salud y bienestar alcanzado por las familias en un periodo de tiempo en respuesta a la adopción de medidas de control del riesgo y prácticas de cuidado, surgidas de los compromisos realizados por la familia durante cada encuentro con el estudiante y su familia.

Los instrumentos para utilizar serán los construidos para el desarrollo y la operación de los equipos básicos en salud, esta carpeta incluye:

- Acta de diagnóstico de la Unidad Educativa José Antonio Galan.
- Plan de trabajo por profesionales (enfermero) de acuerdo con el diagnóstico generado.
- Formato de verificación, canalización y seguimiento a la efectividad.
- Planes de cuidado diligenciado entregado en (físico y magnético), que incluya valoración inicial, seguimiento e intervención en el hogar.
- Formato diligenciado de los disentimientos de los padres de familia que no acepten la realización de seguimiento a los estudiantes.
- Informe ejecutivo de las actividades realizadas, los cuales deben ser realizados por parte del profesional y el coordinador del proyecto de manera mensual.
- Soporte de actividades realizadas en la campaña de promoción de la Atención Primaria en Salud.
- Soporte de actividades de los 10 talleres de prevención de la violencia sexual en las escuelas José Teodoro y el Triunfo.; así mismo la realización del diligenciamiento de pre tes y pos tes
- Diligenciamiento en físico y digital de los enfoques diferenciales y base de datos de los estudiantes que se realizaron intervención inicial por enfermería nutrición y psicología
- Diligenciamiento en magnético de base de datos de los estudiantes que requirieron seguimientos
- Diligenciamiento de base de datos de los estudiantes que fueron remitidos a los servicios de promoción y mantenimiento de salud del hospital san José.
- Evidencias del día central de la semana andina, donde se montará un stad con temática de prevención de embarazos en adolescentes.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

- Las intervenciones colectivas se deberán realizar Atención Primaria en Salud en base a las prioridades, cada una de estas intervenciones tendrán una duración de 1 hora.
- De igual manera se deberá realizar un espacio de educación en salud para los docentes y padres en reunión convocada por la Institución Educativa.
- Por cada colegio se garantizará intervención inicial y a los estudiantes del centro educativo José Antonio Galán y seguimiento por enfermería y nutrición a los estudiantes que lo requieran
- Se realizará el plan de cuidado individual de cada estudiante intervenido, donde se describirá su proceso des de la valoración inicial, seguimiento.

- Se coordinará la realización de las actividades individual y colectivas con el cuerpo de docentes de la unidad educativa José Antonio Galán
- Se realizará informe ejecutivo mensual de las actividades programadas, para ser entregadas al supervisor del contrato con sus respectivos soportes.
- El contratista deberá garantizar todos los insumos necesarios (trasporte (tipo moto o camioneta) para desplazamiento a las escuelas rurales, elementos de oficina como redmas, video been, impresoras y demás elementos necesarios para cumplir con la actividad, así mismo entregar los equipos biomédicos necesarios (bascula, tensiómetro, peso tallímetro entre otros) para realizar la intervención a los estudiantes del centro educativo José Antonio Galán)
- Con el fin de garantizar la ejecución y resultados de las acciones establecidas, se monitorearán de manera transversal los indicadores:

Indicadores de cumplimiento

INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
Proporción de personas atendidos a través de equipos básicos de salud	Este indicador muestra el porcentaje de personas que han sido atendidos en el entorno educativo.	NUMERADOR: Número de personas atendidas a través de equipos de salud territorial. DENOMINADOR: Total de personas planeadas en la institución. FACTOR: 100

Indicadores de impacto en atención individual

Temas sugeridos para las intervenciones

Educación y comunicación para la salud para la prevención de embarazos no deseados e ITS curso de vida Adolescente y juventud.

- Informar y educar sobre el derecho a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) conforme a lo descrito en la Res. 3280 de 2018.
- Realizar acciones acerca de los derechos sexuales y derechos reproductivos, identificación, prevención, y atención de las violencias de género, incluyendo violencia sexual, prevención del matrimonio infantil y uniones tempranas.
- Informar y educar sobre aspectos relacionados con cuidado menstrual (deconstrucción de imaginarios acerca de la menstruación, manejo y uso de artículos para higiene menstrual)
- Prevención de riesgos y factores de protección; disponibilidad y mecanismos de acceso a los servicios de salud; prácticas y dinámicas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas para la promoción de la salud mental; promoción de la salud sexual y reproductiva; prevención de ITS/VIH/Hepatitis, fortaleciendo la educación en el uso correcto del condón en todas las relaciones sexuales; prevención de la transmisión materno infantil; la importancia del diagnóstico temprano para ITS/VIH/Hepatitis, incluida la opción del auto test de VIH; la importancia de la vacunación contra la hepatitis B, prevención de las violencias de género, entre otros.

- Higiene y Salud Menstrual, Síndrome Premenstrual y Síntomas en la Menstruación, Mitos y Realidades de la Menstruación, Artículos de Higiene menstrual.

Educación y Comunicación a la comunidad promocionando la importancia de la vacunación en esquema regular y COVID19, curso de vida infancia y adolescencia.

- Socializar la Importancia de las vacunas y como impactan en la prevención de enfermedades inmunoprevenibles.
- Esquema regular de vacunación en el que se incluye la vacuna contra COVID 19.
- Posibles eventos o efectos adversos, posteriores a la vacunación.
- Cuidados posteriores a la vacunación.
- Promoción de la vacunación del VPH en niñas de 9 a 17 años y niños de 9 años a 14 años.

Educación y comunicación para la salud para promover hábitos y estilos de vida saludable en el curso de vida Niños, niñas, adolescente y juventud.

- Ejecutar acciones de información en salud para la promoción de alimentación saludable de niños, niñas y adolescentes de acuerdo con las "Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la Población Colombiana Mayor de 2 Años".
- Ejecutar acciones de información con una metodología lúdica en salud para la promoción de alimentación saludable de niños, niñas y adolescentes de acuerdo con las "Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la Población Colombiana Mayor de 2 Años".
- Ejecutar acciones de información en salud para la promoción de alimentación saludable orientada a la compresión del etiquetado frontal de advertencia en alimentos y bebidas ultra procesados establecido por la ley 2120 de2021 "POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA FOMENTAR ENTORNOS ALIMENTARIOS SALUDABLES Y PREVENIR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SE ADOPTAN OTRAS DISPOSICIONES", la resolución 810 de 2021 que establece el reglamento técnico sobre los requisitos de etiquetado nutricional y frontal que deben cumplir los alimentos envasados y empacados para consumo humano y su modificación la resolución 2492 de 2022.
- Educar sobre los efectos del consumo de productos de tabaco, derivados y sistemas eléctricos con y sin nicotina, beneficios de dejar de fumar, control de tabaco, protección de los ambientes 100% libres de humo de tabaco, importancia y beneficios de acceder al tratamiento del tabaquismo para la cesación del consumo, entre otros.
- Consejería breve para la cesación del consumo de tabaco, derivados, sucedáneos e imitadores a los estudiantes identificados.
- Educar a las personas y comunidades sobre prácticas de higiene y cuidado bucal - Importancia de la higiene de dispositivos bucales cuando es necesario su uso (aparatología de ortodoncia y ortopedia, prótesis dentales de todo tipo, entre otros)
- Practicas higiénicas y de cuidado bucal para curso de vida infancia, adecuado cepillado.
- Fomento de la autovaloración, para que cada persona identifique por sí misma sus propias condiciones bucales y reconozca situaciones fuera de lo habitual: inflamaciones, enrojecimientos, sangrados, aftas, abscesos, lesiones que no sanan en 15 días, u otras situaciones, de forma que al identificarlas acudan de forma oportuna a la atención en los servicios de odontología.
- Identificación y fortalecimiento de situaciones locales (en boca), temporales o permanentes, como: trauma dental en prácticas deportivas, identificación de signos de alerta que requieran de atención inmediata basados en el Libro Clínico de AIEPI (Ministerio de la Protección Social, Sociedad Colombiana de Pediatría y OPS, 2010), riesgos en el uso de elementos como piercing intra y peri bucales y la perdida temprana de dientes deciduos; hábitos como succión digital, bruxismo, empuje lingual, uso de chupos, onicofagia entre otros, que afectan el desarrollo de los maxilares y generan alteraciones en la oclusión.
- Recomendaciones de la cantidad de crema dental a usar.
- Indicaciones sobre uso de seda dental para remoción de residuos en las caras interproximales y/o sobre el uso de cepillos interproximales en los casos que sea requerido, así como orientaciones sobre el uso de enjuagues bucales conforme la necesidad y pertinencia.

- Información para el reconocimiento de los servicios y actividades a los que tiene derecho para el cuidado de su salud general y en particular para el cuidado de la salud bucal, relacionadas con la prevención, diagnóstico, atención y rehabilitación, teniendo presente la normatividad vigente (Resolución 2718 de 2023 o la que la adicione, modifique o sustituya)

- Educar en el cuidado de la piel, incluyendo el uso de medidas de protección física (uso de sombrero, ropa de manga y bota larga, sombrilla) y uso de barreras químicas (protector solar), disponerse en zonas de sombra al realizar actividades al aire libre en horarios entre las 9:00 A.M. y 4: 00 P.M, especialmente durante el mediodía

Educación en salud ambiental, cursos de vida Infancia, adolescencia y juventud.

- Cuidado y protección de las fuentes hídricas, la importancia del consumo de agua potable, manejo adecuado aguas residuales, almacenamiento y disposición final de residuos sólidos, uso y manejo adecuado productos de limpieza, desinfección y plaguicidas domésticos.

Gestión de la atención individual

- El equipo básico en salud deberá garantizar articulación con la ESE publica para llevar una jornada de salud a los colegios de acuerdo a la identificación de prioridades en salud (odontología, higiene oral, planificación familiar, vacunación) y a su vez, con otras entidades que quieran ofertar sus servicios como el SENA, INDER o demás.
- Se articulará con la personal de Py M del Hospital San José, para garantizar desparasitación en la población.

Con el fin de garantizar la ejecución y resultados de las acciones establecidas, se monitorearán de manera transversal los indicadores:

Indicadores de cumplimiento

INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
Proporción de personas atendidos a través de equipos básicos de salud	Este indicador muestra el porcentaje de personas que han sido atendidos en el entorno educativo.	NUMERADOR: Número de personas atendidas a través de equipos de salud territorial. DENOMINADOR: Total de personas planeadas en la institución. FACTOR: 100

Indicadores de impacto en atención individual

- Se medirán por cada ítem de la resolución 3280 del 2018, de acuerdo a la efectividad en cada canalización realizada de la población en el tiempo de ejecución del proyecto.

Promoción de personas con aplicación de flúor
Proporción de personas con profilaxis y remoción de placa bacteriana
Proporción de personas con vacunación de acuerdo con el esquema
Proporción de niños y niñas con desparasitación intestinal antihelmíntica
Proporción de adolescentes y jóvenes con Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito
Proporción de personas con atención por planificación familiar y anticoncepción
Proporción de personas con tamizaje de riesgo cardiovascular
Proporción de personas con tamizaje para ITS (Infección de Transmisión Sexual) entre otras de importancia.
Proporción de personas con remisión a atención de los programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud del Hospital San José
Proporción de personas con remisión a nutrición por riesgo de desnutrición o sobrepeso.

- Se medirá las gestiones intersectoriales efectivas de acuerdo con el riesgo social y ambiental de la población intervenida.

Indicadores de impacto en atención colectiva

INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR
Proporción de personas con acceso a intervenciones colectivas (entorno educativo).	Porcentaje de personas que acceden a intervenciones colectivas en relación con el total de personas programadas.	Numerador: Número de personas que acceden a intervenciones colectivas Denominador: Total de personas programadas. FACTOR x100
Proporción de población con identificación del riesgo por momento de curso de vida	Porcentaje de personas que acceden a intervenciones colectivas en relación con el total de personas programadas.	Numerador: Número de personas que acceden a intervenciones colectivas Denominador: Total de personas programadas. FACTOR x100
Proporción de conocimiento previo a la intervención	Porcentaje de respuestas correctas en el pre test	Numerador: Numero de respuestas correctas en el pre tes. Denominador: Total de preguntas realizadas x 100

Proporción de conocimiento posterior a la intervención.	Porcentaje de respuestas correctas en el pos test.	Numerador: Numero de respuestas correctas en el pos tes. Denominador: Total de preguntas realizadas x 100

Las intervenciones de los profesionales en la Fase Inicial quedaran distribuidas de la siguiente manera:

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:

- Participar de las reuniones de concertación con docentes y padres de familias, para la intervención que se realizara a los menores, según directriz estipuladas en especificaciones técnicas.
- Participar de las escuelas de padres, que se realicen en la Unidad Educativa José Antonio Galan durante el trascurso del proyecto, para realizar un informe sobre avances de las intervenciones individuales y colectivas que se realizan por parte del proyecto.
- Una (01) intervención individualizada a cada estudiante de la Unidad Educativa José Antonio Galan, para brindar educación e identificación y priorización del riesgo.
- Realizar un (01) documento diagnóstico, donde se evidencie el estado nutricional de los estudiantes de la Unidad Educativa José Antonio Galan. Así remitir a los menores que requieran atención nutricional a profesional de nutrición del proyecto o de la EAPB tratante.
- Realizar intervenciones Colectivas, según cronograma estipulado en la planeación.
- Realizar junto con la psicóloga diez 10 talleres dirigido a los estudiantes de la escuela primaria del Triunfo y José Teodoro hurtado, esta actividad debe ser apoyada por psicología.
- Diligenciar los planes de cuidados de las intervenciones realizadas a los estudiantes de la unidad educativa José Antonio Galán.
- Diligenciar los disentimientos de los acudientes que no acepten las intervenciones.
- Coordinar las actividades de la campaña de prevención de embarazos de adolescentes, en el marco de la Semana Andina.
- Cumplir con las especificaciones técnicas exigidas en el contrato, según el perfil de cada profesional u técnico que hace parte del proyecto.

INTERVENCIÓN POR NUTRICIONISTA:

- El profesional de nutrición del proyecto realizara valoración nutricional y su respectivo plan nutricional a los menores remitidos por profesional de enfermería, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la valoración antropométricas y valoración por parte de enfermería en los estudiantes intervenidos. Así mismo el profesional de enfermería, podrá remitir a los estudiantes que lo requieran a profesional de nutrición de su EAPB del usuario.
- Realizar el informe ejecutivo de las atenciones realizadas por el nutricionista en el centro educativo José Antonio Galán
- Registrar las intervenciones en el plan de cuidado de cada estudiante intervenido.
- Registro fotográfico de las atenciones realizadas por parte del profesional de nutrición.

INTERVENCIÓN POR AUXILIARES DE ENFERMERÍA

- Apoyar las actividades de los profesionales en las actividades individuales y colectivas que realicen
- Apoyar con el diligenciamiento de los enfoques diferenciales (físico y magnético) y entregar al profesional de Enfermería para que desarrolle los informes ejecutivos de cada actividad.
- Apoyar las intervenciones (inicial y seguimientos) que realice el profesional de Psicología y enfermería en el entorno escolar y hogar
- Realizar toma de medidas antropométricas a 705 estudiantes de la unidad Educativa José Antonio Galan.
- Apoyar con las actividades logísticas que requiere cada actividad individual o colectiva que se realice.
- Apoyar con Recopilar y archivar los registros fotográficos en carpetas individuales debidamente etiquetadas de forma semanal y mensual, indicando fechas y nombre de cada estudiante intervenido. La auxiliar de enfermería verificará que cada carpeta contenga la valoración inicial, dos seguimientos y la valoración en el entorno familiar. Asimismo, se deberán crear carpetas digitales con evidencia de las actividades colectivas realizadas por el profesional de enfermería, incluyendo un mínimo de 20 registros fotográficos de buena calidad que evidencien claramente las actividades desarrolladas. La digitación de la información que generen las intervenciones, realizadas por los profesionales.

ITEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	BENEFICIARIOS
2.3	Acciones de promoción de la salud en el marco de celebración de la semana Andina de prevención de embarazos en adolescentes, en el municipio de Cravo Norte, Arauca.	Semana	1	30 gestantes y lactantes del municipio

Objetivo: Prevenir los embarazos en adolescentes en las estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa José Antonio Galan. Mediante la realización de jornada lúdico-recreativa que facilite la interacción entre profesionales de EBS, los docentes y los estudiantes.

Población objeto en cada jornada: Estudiantes de bachillerato pertenecientes a la Unidad Educativa José Antonio Galan que quiera participar.

Meta: Estudiantes de bachillerato pertenecientes a la Unidad Educativa José Antonio Galan que quiera participar.

Descripción técnica de la Actividad:

Los Equipos Básicos de Salud (EBS) apoyarán la conmemoración de la Semana Andina mediante la realización de una jornada lúdico-recreativa durante el día central de la celebración. Esta actividad estará orientada a promover la participación de los estudiantes a través de dinámicas pedagógicas, actividades recreativas y espacios de sensibilización que fomenten el conocimiento y la reflexión sobre la salud sexual y reproductiva.

La estrategia busca fortalecer los procesos de educación y promoción de la salud en la comunidad educativa, incentivando la adopción de comportamientos responsables y el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones informadas, contribuyendo así a la prevención del embarazo en adolescentes y al fortalecimiento de entornos escolares saludables.

Para la realización de esta actividad, se realizará un STARD alusivo a la semana Andina donde se exhiba las carteleras realizadas por los estudiantes sobre prevención de embarazos en adolescentes en el marco en la celebración de la semana andina.

Además del STARD informativo se realizará una (01) Jornada de actividad recreativa (ZUMBA), dirigida a los estudiantes de bachillerato que quieran participar, la cual contará con apoyo de un recreacionista y la participación del equipo multicomponente del Plan de Intervenciones Colectivas.

Metodología:

Fase 1: Alistamiento

La convocatoria será realizada por el equipo multicomponente del proyecto del plan de intervenciones colectivas (PIC), quien coordinará la actividad con la directiva del colegio.

FASE 2: Fortalecimiento en la adopción de responsabilidades sobre la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la Unidad Educativa José Antonio Galan.

La jornada contemplará el desarrollo de diversas actividades lúdico-recreativas orientadas a promover la integración, el bienestar y la participación activa de los estudiantes. Entre estas actividades se incluirá una sesión de actividad física tipo zumba, así como juegos tradicionales y recreativos como el tejo, la rana y otras dinámicas grupales que fomenten el trabajo en equipo, la sana convivencia y el aprovechamiento del tiempo libre de manera saludable.

De manera complementaria, y previo al inicio de las actividades físicas, se llevarán a cabo charlas informativas y espacios de diálogo orientados a sensibilizar a los estudiantes sobre la importancia de la prevención del embarazo en la adolescencia. Estas charlas estarán enfocadas en brindar información clara y adecuada sobre la sexualidad responsable, el autocuidado, la toma de decisiones informadas y las implicaciones que un embarazo no planificado puede tener en esta etapa de la vida.

El objetivo principal de esta intervención es promover en los estudiantes la reflexión y la conciencia frente a la responsabilidad que implica el manejo adecuado de su vida sexual. A través de estrategias pedagógicas, participativas y recreativas, se busca fortalecer conocimientos y actitudes que contribuyan a la prevención del embarazo adolescente, favoreciendo así la construcción y el desarrollo de proyectos de vida saludables, responsables y acordes con sus metas personales, educativas y sociales.

Tiempo de la fase: tres (3) horas, una para la realización de las charlas educativas y dos para las actividades recreativas.

CONTENIDO DEL PLAN DE TRABAJO:

El oferente garantizará la realización de una (01) jornada lúdico-recreativa. La jornada incluirá diversos tipos, de actividades recreativas como jornada de actividad física tipo (ZUMBA), juegos de tejo, rana entre otros jurgos destinados a vincular a los adolescentes en la realización del día central de semana andina.

Además, se realizarán charlas informativas sobre prevención de embarazos en adolescente y proyecto de vida. La actividad será aprobada por la supervisión, la cual incluirá:

- Bienvenida a todos los participantes
- Los profesionales que acompañaron el proceso, previo a la actividad realizan la respectiva charla educativa sobre prevención de embarazo y proyecto de vida
- hidratación (agua en bolsa), para los participantes, durante el tiempo que dure la actividad.

DURACIÓN MÍNIMA DEL EVENTO: tres (03) horas.

POBLACIÓN ASISTENTE: debe asistir estudiantes de la Unidad Educativo José Antonio Galan, sede bachillerato.

SOPORTE DE LA ACTIVIDAD:

- Programación del evento aprobada por la supervisión
- Enfoque diferencial debidamente diligenciado en todas sus variables de los participantes en forma física y magnética.

- Registro fotográfico de buena calidad y videos cortos (mínimo 20 fotos y 3 videos cortos) de la jornada.

• Plan Educativo que se realizara en las charlas educativas de la actividad • Informe ejecutivo donde se evidencie información del enfoque diferencial de todas sus variables, resultados obtenidos, recomendaciones, conclusiones

Conformación de los Equipos Básicos de Salud –EBS entorno escolar, que intervendrá el Centro Educativo José Antonio Galan

TALENTO HUMANO QUE REALIZARA ACTIVIDADES DEL COMPONENTE No 2 (ENTORNO ESCOLAR)	CANTIDAD
Auxiliar de enfermería	2
Profesional en enfermería	1
Profesional en psicología	1
TOTAL	**5**

COMPONENTE No 3: PROGRAMA PREVENTIVO CON ENFOQUE EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD(APS), MEDIANTE LA INTERVENCION DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL ENTORNO HOGAR DE LOS BARRIOS PROGRESO, UNIÓN Y VILLA LLANO ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE CRAVO NORTE, ARAUCA.

ITEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	BENEFICIARIOS
3.1	Atención Primaria en Salud (APS) con Enfoque hogar en barrio vulnerable (Progreso, Union y Villa llano) de la zona urbana del municipio de Cravo Norte, Arauca Atención Primaria en Salud (APS) con Enfoque hogar en barrio vulnerable (Progreso, Union y Villa llano) de la zona urbana del municipio de Cravo Norte, Arauca	Mes	4	231 familias

Objetivo: Fortalecer el cuidado en salud de las personas, sus familias y comunidades de los barrios unión, Villa llano y progreso del municipio de Cravo Norte en el departamento de Arauca.

Meta:

Equipos básicos

Barrios/vereda	No familias para intervenir	Tiempo de ejecución
Unión, Villa llano y progreso	231	4 meses

Descripción técnica de la Actividad: Actividades a ejecutar por los equipos de salud territorial estarán enfocadas en el entorno hogar, realizando las siguientes actividades en cada uno de los entornos:

ACTIVIDAD	PROGRAMA	INTEVENCIONES
Programa preventivo con enfoque en atención primaria en salud, a través de equipos básicos de salud en el entorno	Educación para la salud en la familia para la prevención de Enfermedades no transmisibles en todos los cursos de vida en el entorno hogar.	231

hogar de los barrios Union, Progreso y Villa llano	Educación para la salud en el fomento de habilidades socio emocionales, curso de vida primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez en el entorno hogar.	231
	Educación para la salud promoviendo la salud sexual y reproductiva en el curso de vida adolescente, joven, adulto en el entorno hogar.	231
	Educación para la salud en la prevención de enfermedades prevalentes de la en primera infancia e infancia en el entorno hogar.	125
	Educación para la salud en la prevención de enfermedades transmitidas por vectores en el entorno hogar.	231
	Educación para la salud en seguridad vial en el entorno hogar.	231
	Educación para la salud en la población con enfoque diferencial en el entorno hogar.	50
TOTAL		**1.330**

Nota: Como soporte de las intervenciones educativas, y de acuerdo con las cantidades especificadas en el recuadro, se deberá aplicar **pretest y postest**, con el fin de evaluar el progreso y los cambios logrados en las familias intervenidas.

- **INTERVENCIÓN ENTORNO HOGAR**

- **Gestión de atenciones individuales y otras atenciones en salud en el marco de la Redes Integradas de Servicios de Salud.**

- Mesa de trabajo y concertación con EPS, IPS y alcaldías para reconocer los mecanismos reseñados y socializar aspectos relacionados con la operación de los EBS y la complementariedad de sus acciones en el marco de las redes de prestación de servicios de salud habilitadas en el territorio.

Lo anterior debe permitir a los EBS realizar gestión para lograr la atención integral en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación).

Auxiliares de enfermería:

Identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y de condiciones en salud
Información en salud
Promoción y apoyo a la lactancia materna
Educación para la salud
Canalización a vacunación

Enfermería:

Canalización para valoración integral en salud en primera infancia, infancia y adolescencia
Canalización para atención en promoción y apoyo a la lactancia materna
Educación para la salud
Canalización para consulta de orientación familiar
Canalización para asesoría y provisión anticonceptiva
Canalización para atención suministro de micronutrientes y medicamentos
Canalización para Atención Prenatal de bajo riesgo
Canalización para Tamizaje de cáncer de cuello uterino
Canalización para Tamizaje de Infecciones de Transmisión Sexual

Psicología:
Canalización para Consulta de psicología para atención en salud mental
Canalización para Aplicación de tamizajes de salud mental e instrumentos para SPA (incluye alcohol) Aplicación de escala para sobrecarga de cuidado

Canalización para atención psicosocial a familias víctimas de conflicto armado
Canalización para centros de escucha y zonas de orientación escolar
Canalización para Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental

- **Vigilancia en salud pública para la notificación de eventos de interés en salud publica identificados por los EBS**

La vigilancia en salud pública es necesaria para identificar y controlar los brotes de enfermedades, monitorear las tendencias de enfermedades a lo largo del tiempo y detectar cambios en la salud de la población. Se espera que las actividades de vigilancia produzcan datos oportunos y completos que puedan ser aplicados en la planificación, elaboración, implementación y monitoreo de planes, programas y políticas de salud pública.

Para lo anterior, el Instituto Nacional de Salud (INS) estableció los parámetros para gestionar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, en los Lineamientos 2024 y sus documentos asociados, disponibles en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Lineamientos-y-documentos.aspx.

Los EBS como parte de la ESE o IPS a cargo, son Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD), por tanto, la ESE debe generar las condiciones para que los EBS notifiquen (detección y recolección y comunicación de los datos necesarios) para que la ESE (UPGD) analice, entienda y active la respuesta ante las situaciones de los eventos de interés en salud pública identificados en los territorios.

El Sistema de Vigilancia en Salud Publica incluye la Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC), que debe fortalecerse en los territorios. La implementación de la VSPC no actúa sobre las comunidades vistas como objetos, al contrario, se integra e interactúa con los sujetos y las redes en las cuales se desenvuelven las comunidades. En ese sentido, sirve de puente de articulación y diálogo entre lo institucional y lo comunitario y como componente de la estrategia de vigilancia de rumores, es clave en la identificación temprana de eventos o situaciones que pueden afectar la salud del microterritorio o territorio. Esta VSPC permite anticipar o controlar y reducir los riesgos, considerando las situaciones de interés en salud pública que pueden afectar a las personas o los colectivos, garantizando la notificación oportuna y las atenciones individuales y colectivas según los protocolos establecidos.

De acuerdo con lo anterior, la ESE deberá entregar a los EBS las herramientas necesarias para realizar la notificación de eventos, coordinar la respuesta en territorio y fortalecer la VSPC. Como mínimo deberá disponer para los EBS:

Ficha en físico para su digitación en el aplicativo SIVIGILA escritorio o aplicativo para la notificación en línea, previa capacitación por parte del coordinador de vigilancia en Salud Pública Municipal

Asistencias técnicas sobre protocolos y procedimientos.

Acordar los mecanismos y flujos de comunicación para la coordinación de la respuesta ante eventos en salud pública en territorio.

- **Aseguramiento en salud de las familias o personas que los EBS identifiquen sin aseguramiento.**

El equipo básico del plan de intervenciones colectivas en conjunto con la IPS, deberán:

Definir el mecanismo para gestionar el aseguramiento de la población sin afiliación que es encontrada por los EBS, con la persona delegada para este fin ante el SAT.
Concertar con la alcaldía municipal, el mecanismo para acelerar el proceso de encuesta SISBEN con las familias que son encontradas por los EBS.

- **Gestión intersectorial y transectorial para la afectación positiva de determinantes sociales y el cuidado de la salud.**

Los EBS articularan para facilitar la respuesta de otros sectores o actores a las personas en los micro territorios. Esta coordinación deberá generar el mapa de actores, con la oferta de servicios y atenciones del sector educativo, cultura, deportes, ICBF, comisarías de familia, registraduría, personaría, vivienda, agua potable y saneamiento básico, entre otros.

Podrá hacerse a través de espacios ya conformados, encuentros o jornadas comunitarias en los territorios, articulación, alianzas, con acciones continuas y seguimientos a estas acciones. Los mecanismos, deberán incluir como mínimo la gestión del traslado a instituciones de otros sectores de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado.

COMPRENSIÓN DE LA DINÁMICA DEL CONTEXTO TERRITORIAL, POBLACIONAL Y COMUNITARIO

ATENCIÓN INDIVIDUAL Y PARA LA FAMILIA	ATENCIONES COLECTIVAS	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	GESTIÓN POBLACIONAL E INTERSECTORIAL
Educación para la salud con la familia o persona. Información en salud. Atención básica de orientación familiar Canalización para atenciones individuales por momento del curso de vida para la promoción y mantenimiento. Canalización para atenciones individuales para la salud materna y perinatal. Atención de seguimiento y control familiar o individual según lo identificado. Atención de urgencias, primer respondiente o primeros auxilios psicológicos según situación.	Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias Caracterización e intervención en entornos Información para la Salud Educación para la Salud Tamizajes Zonas de Orientación y centros de escucha Rehabilitación Basada en Comunidad Entrega de medicamentos o insumos para la prevención y el control de Enfermedades Transmisibles Prevención y control de las ETV	Gestión para la garantía y continuidad de la atención con las EPS y la red de prestación de servicios de salud. Gestión del Aseguramiento Gestión de las intervenciones colectivas Vigilancia en salud Pública Vigilancia comunitaria en salud Participación social Movilización social Adecuación social y cultural para la atención en salud	Gestión para el acceso a servicios sociales ante situaciones de saludes específicas. Coordinación y articulación intersectorial para mejoramiento de las condiciones del entorno hogar y otros entornos. Orientación a las familias a servicios y atenciones de otros sectores. Aporte a la construcción o actualización de políticas, planes. Programas o estrategias del sector salud u otros sectores que pueden incidir en la transformación de entornos y en los resultados en salud. Aportes en la construcción de otras formas de cuidar la salud.

- **Soportes a generar en la gestión de atenciones individuales y otras atenciones en salud en el marco de la Redes Integradas de Servicios de Salud**

- Soporte de pago de seguridad social de los profesionales contratados
- Actas de mesas de trabajo con las EPS presentes en el municipio
- Ficha en físico SIVIGILA de la Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC),
- Actas de articulación con otros sectores o actores en el municipio.

Operatividad del plan de cuidado

Después del acercamiento comunitario, el EBS, en conjunto con la familia, realizará el despliegue del Plan de cuidado personal PCP el cual debe incluir la elaboración, concertación, implementación y seguimiento. El PCP será entonces el resultado del análisis de contexto realizada con enfoque territorial, la identificación de procesos cuidadores y

deteriorantes (identificación de fortalezas, potencialidades o prácticas de cuidado de la salud individuales, familiares o comunitarias, y asuntos dañinos, perjudiciales o malsanos), las condiciones de salud y los procesos de concertación entre el EBS, la familia y sus integrantes propios para el PCP.

En ese sentido, el PCP tendrá como momentos operativos las acciones inmediatas en el primer acercamiento a los hogares familiares, la concertación con la familia de las atenciones, intervenciones, acciones y logros, la implementación de acuerdos y el seguimiento del PCP.

Análisis integral de los resultados de la Identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y de las condiciones de salud.

Identificar las capacidades y prácticas de cuidado individuales, familiares y comunitarias que le permitirán a la familia y a las personas asumir el alcance de logros como aporte a los resultados en salud.

Clasificar la prioridad en salud de la familia y de sus integrantes y definir temporalidad de las acciones. Este deberá ser clasificado como prioridad baja (acciones entre 3 a 6 meses), media (acciones entre 1 a 3 meses) y alta (acción inmediata hasta 1 mes), según la identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y condiciones de salud familiares y personales, y la observación realizada por el EBS.

Definir periodicidad en las visitas del EBS a las familias, ya sea del equipo en su completitud o por un perfil en específico.

Elaborar la propuesta del PCP, según el análisis territorial.

✓ **Elaboración de propuestas del PCP**

Concertación del PCP con la familia y sus integrantes.

Inicie resaltando las capacidades y prácticas de cuidado de la salud de la familia y las personas identificadas en la familia por parte del EBS

Indague con la familia si identifica algunas otras prácticas de cuidado que al EBS se le hayan pasado

Si se realizaron acuerdos durante la identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y de condiciones de salud familiares y personales, realice el seguimiento a los acuerdos

Posteriormente, socialice los procesos cuidadores y deteriorantes y de condiciones de salud familiares y personales analizados posterior a la identificación

Indague con la familia, si hay alguna nueva condición de salud que se deba tener en cuenta y de ser necesario, actualice la identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y de condiciones de salud familiares y personales

Indague con la familia las acciones que ella propone para el cuidado de su salud y la de sus integrantes

Presente las propuestas de atenciones, intervenciones y acciones propuestas por el EBS, integrando lo propuesto por la familia y teniendo en cuenta sus potencialidades, capacidades y nuevas condiciones identificadas

Indague con la familia si quiere ajustar, aclarar dudas o agregar algo más a lo presentado por el EBS

A partir de lo concertado, defina con la familia, los logros que espera alcanzar

Finalmente, haga retroalimentación, pídale a la familia que de manera sencilla resuma los acuerdos y logros para verificar que todos hallan comprendido las acciones definidas.

Implementación o cumplimiento de acuerdos del PCP

Con el PCP concertado con la familia, el EBS realizará las atenciones, intervenciones o acciones para dar cumplimiento a los compromisos, y realizará el acompañamiento necesario a la familia para el alcance de los logros. Lo anterior, implica una coordinación permanente con la familia, con los demás integrantes del SGSSS y en algunas situaciones con la comunidad y los demás sectores, según acuerdos previos con la Entidad Territorial.

Las atenciones, intervenciones y acciones, según PIC, dependerán de la organización del sector salud en el territorio y de los EBS. Esto puede variar según acuerdos previos entre la ESE a cargo de los EBS, las Entidades Territoriales de Salud y las Entidades Promotoras de Salud. En algunas situaciones el EBS podrá realizar las atenciones o intervenciones y en otros casos deberán gestionarlas con quien corresponda. La frecuencia de las visitas a las familias y el perfil de salud que las realiza dependerá de las alertas, la clasificación del riesgo en salud y los acuerdos y logros del PCP.

Implementar el PCP es fundamental en la operación de los EBS, de lo contrario la identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y de las condiciones de salud familiares y personales, así como la concertación del PCP no tendrá sentido, no habrá aportado a los resultados en salud y la confianza entre el EBS y la familia no podrá consolidarse.

Seguimiento al PCP en los hogares familiares

Es fundamental realizar el seguimiento al despliegue del PCP. Este tiene por objetivo el acompañamiento permanente y cercano con la familia para la implementación del PCP. Para lo anterior, el proceso de seguimiento podrá incluir dos espacios, uno directamente con la familia y otro espacio de evaluación interna.

En una visita, el EBS en conjunto con la familia actualizarán la identificación procesos cuidadores y deteriorantes y las condiciones de salud familiares y personales, así como las concertaciones del PCP; se identificarán nuevas capacidades y prácticas de cuidado familiar, de desarrollarán acciones inmediatas, se reclasificará la prioridad (si es necesario) y se verificará el cumplimiento de acuerdos y el alcance de logros concertados con la familia. El acompañamiento lo realizará con mayor frecuencia el-la auxiliar en enfermería, quien deberá estar atento-a a novedades en salud de las familias y sus integrantes y en contacto permanente con cada una de ellas; será el perfil encargado de generar nuevas alertas y convocar al resto del EBS para que desarrollen acciones de respuesta.

En el otro espacio, se realizará autoevaluación y coevaluación con los miembros del EBS. Este podrá ser mensual, con análisis de casos familiares, donde como resultado se identifiquen las principales dificultades, oportunidades y experiencias exitosas en la implementación de PCP y se desarrollen planes de mejora para incrementar su alcance. Entre otros, esto puede incluir acciones para:

Fortalecimiento de capacidades del EBS
Profundización en el análisis territorial y adaptación de atenciones, intervenciones o acciones en salud
Incremento en el tiempo o en la frecuencia de las visitas a la familia por parte de uno u más profesionales de la salud
Incrementos en las acciones de información en salud o en educación para salud
Concreción y afianzamiento en los acuerdos o alianzas con las EPS, otras IPS, la Entidad Territorial u otros sectores para mejorar la implementación de los PCP
Incremento en la gestión o en la acción directa en la intervención comunitaria, en otros entornos (educativo, comunitario, institucional, laboral) o con otros sectores que operan en el territorio

Intervenciones educativas en el entorno hogar

Actividades que se realizan con personas y familias en los hogares de los micro territorios, con el propósito de desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de cada uno de los integrantes de este entorno:

- **Educación para la salud en la familia para la prevención de Enfermedades no transmisibles en todos los cursos de vida en el entorno hogar.**

  - Reducir el consumo de gaseosas y aumentar la preferencia por agua en las comidas
  - Mayor aceptación del café sin azúcar como hábito cotidiano
  - Comprensión y práctica de la distribución balanceada de alimentos en el plato
  - Incremento en la compra de aceites líquidos (para evitar las mantecas solidas) y disminución del consumo de fritos
  - Aprender a realizar la lectura e interpretación del etiquetado nutricional de alimentos que favorezca una adecuada selección de alimentos saludables según lo establecido por la ley 2120 de 2021.
  - Conocer los efectos en salud del consumo de productos de tabaco, derivados y sistemas eléctricos con y sin nicotina, beneficios de dejar de fumar, control de tabaco, protección de los ambientes 100% libres de humo de tabaco, importancia y beneficios de acceder al tratamiento del tabaquismo para la cesación del consumo, entre otros.

- **Educación para la salud en el fomento de habilidades socio emocionales, curso de vida primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez en el entorno hogar.**

  - Para desarrollar acciones de disminución del estigma en relación con la búsqueda y recepción de ayuda.
  - Para identificación y manejo de factores protectores y de riesgo.

- Comunicación responsable sobre el suicidio
- Desarrollar procesos educativos con padres, madres y demás personas cuidadoras para la crianza igualitaria de niños y niñas, libres de roles y estereotipos que reproduzcan violencias de género; teniendo en cuenta el enfoque territorial, poblacional y demás enfoques diferenciales.

1. Acciones de Salud Mental por Momento del Curso de Vida

Esta sección detalla las intervenciones del Profesional en Psicología del Equipo Básico de Salud (EBS) según la etapa de desarrollo de los miembros de la familia y estudiantes abordados:

A. Primera Infancia e Infancia (0 a 11 años)

Entorno Hogar: Orientación a padres y cuidadores en pautas de crianza positiva, disciplina no violenta y estimulación del desarrollo socioemocional.

Promoción: Fomento del buen trato y prevención del maltrato infantil mediante educación a las familias.

B. Adolescencia y Juventud (12 a 28 años)

Prevención de Conducta Suicida y Consumo de SPA: Talleres de desarrollo de "Habilidades para la Vida" (regulación emocional, tolerancia a la frustración, pensamiento crítico) como factor protector contra el suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas.

Convivencia: Prevención del acoso escolar (bullying y ciberbullying) mediante la promoción de redes de apoyo entre pares.

C. Adultez (29 a 59 años)

Entorno Hogar: Aplicación de instrumentos de tamizaje de riesgo en salud mental (ej. SRQ-20 para depresión y ansiedad o ASSIST para consumo de alcohol/sustancias) a los jefes de hogar y adultos.

Dinámica Familiar: Educación en comunicación asertiva, resolución pacífica de conflictos de pareja y estrategias de afrontamiento frente al estrés laboral o económico, para prevenir la violencia intrafamiliar.

D. Vejez (60 años en adelante)

Entorno Hogar: Tamizaje para la detección temprana de depresión en el adulto mayor y signos de deterioro cognitivo.
Promoción: Educación a la familia para la prevención del abandono, promoción del envejecimiento activo y fortalecimiento de las redes de apoyo social y familiar para mitigar la soledad no deseada.

- **Educación para la salud promoviendo la salud sexual y reproductiva en el curso de vida adolescente, joven, adulto en el entorno hogar.**

- Realizar educación acerca de los derechos sexuales y derechos reproductivos, que permita la prevención del matrimonio infantil y uniones tempranas bajo la Res. 039 de 2025.
- Informar y educar sobre el derecho a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) conforme a lo descrito en la Res 3280 de 2018 y la Res. 051 de 2023.
- Prevención de riesgos y factores de protección; disponibilidad y mecanismos de acceso a los servicios de salud; prácticas y dinámicas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas para la promoción de la salud sexual y reproductiva; prevención de ITS/VIH/Sífilis/Hepatitis, fortaleciendo la educación en el uso correcto del preservativo o condón en todas las relaciones sexuales; prevención de la transmisión materno infantil; la importancia del diagnóstico temprano para ITS/VIH/ Sífilis /Hepatitis, incluida la opción del auto test de VIH; la importancia de la vacunación contra la hepatitis B, incluyendo las consecuencias y como acceder a las consultas por curso de vida.
- Orientar la identificación, prevención, y atención de las violencias de género, incluyendo Violencia sexual.
- Brindad información de aspectos teóricos y generales de la anticoncepción (criterios de elegibilidad, mitos sobre la anticoncepción, anticoncepción de emergencia, doble protección y métodos de larga duración).

- Informar y educar sobre aspectos relacionados con cuidado menstrual (deconstrucción de imaginarios acerca de la menstruación, manejo y uso de artículos para higiene menstrual),
- Implementar procesos educativos con familias y cuidadores sobre acerca de la menstruación en los diferentes momentos de curso de vida, manejo y explicación de dolor leve durante la menstruación, signos de alarma ante dismenorreas, metrorragias, apoyo emocional, género y diversidad, promoviendo diálogos sin estigma que reconozcan la menstruación como proceso de salud, acompañen a niñas, adolescentes, mujeres, hombres trans y personas no binarias y faciliten la identificación temprana de signos de alerta.
- Incluir como saberes sanitarios, lo siguientes:
- Desarrollo de capacidades interculturales e interpersonales con enfoque de genero (niñas, adolescentes, mujeres, hombres trans y personas no binarias) en los integrantes de la familia para asegurar un entorno de apoyo y cuidados durante la gestación, el puerperio y con el recién nacido
- Promoción de prácticas de cuidado a la gestante, generar compañía y propicia, fortalecer vínculos afectivos y sociales de resguardo y promoción del desarrollo humano.
- Como se detecta los signos y síntomas de alarma en la gestación y puerperio y qué hacer ante estos.
- Cambios físicos y psicológicos en el proceso de gestación y puerperio.
- Autocuidado, alimentación saludable, no al consumo de tabaco y alcohol, actividad física, estimulación temprana.
- Higiene bucal durante la gestación.
- Proceso de parto y nacimiento y plan de parto.
- Cuidados del puerperio mitos y realidades incentivando a la consulta del puerperio y del recién nacido antes de los 3er y 5to días posteriores al parto
- Fomento de aspectos de la prevención de infecciones de transmisión sexual, el VIH y el SIDA sífilis hepatitis b, vaginosis y vaginitis y efectos en el embarazo y el uso correcto del preservativo o condón en todas las relaciones sexuales; prevención de la transmisión materno infantil.
- Signos y síntomas de infecciones del tracto urinario, medidas de prevención e higiene y atención oportuna.
- Identificación de factores de riesgo y focos sanitario para evitar infecciones trasmitidas por vectores como el paludismo, el Zika, dengue, malaria, chagas.
- Espaciamiento embarazos por medio de la planificación familiar y la anticoncepción.
- Importancia de la vacunación contra Influenza, Difteria, Tétano y Tosferina además del COVID 19 y Virus Sincitial Respiratorio durante la gestación incluyendo las semanas en las que se debe administrar dichos biológicos durante la gestación.
- Fomento de factores protectores familiares y frente a la preparación para el parto y puerperio a través de la estimulación y cuidados de la gestación.
- Promoción de la lactancia materna exclusiva y participación de la familia.
- Generación de condiciones de protección, confianza y seguridad que facilitan el desarrolla de la gestación y el apoyo por parte de los miembros del hogar.
- Volumen de trabajo y actividad física adecuada.
- Fomento de ambientes protectores ante la violencia
- Como manejar con cuidados del recién nacido, signos de alarma.

- **Educación para la salud en la prevención de enfermedades prevalentes de la en primera infancia e infancia en el entorno hogar.**

De acuerdo con los análisis de mortalidad por este evento los principales hallazgos son: Limitación en conocimiento actitudes y prácticas por parte de madres, padres y cuidadores, acciones de promoción de la salud, acciones en la prestación de servicios y factores socioeconómicos de pobreza, por lo tanto se requiere la reorganización operativa territorial e institucional para la implementación del programa de prevención, manejo y control de la IRA y EDA en sus cuatro componentes: Gestión y planeación, atención para la salud, gestión del conocimiento, sistema de información y seguimiento y sus 3 estrategias:

- Estrategia institucional de programa nacional: Identificación de la red de servicios de Salud, Gestión del conocimiento, Estrategia de Atención de Salas ERA, Evaluación de adherencia a las Guías de Práctica Clínica, Plan de mejoramiento para las mortalidades, Plan de generación de capacidades.

- Estrategia comunitaria de programa nacional: La Difusión de los tres mensajes de IRA y EDA, Unidades de Atención Integral Comunitarias, Adecuaciones Socioculturales para Poblaciones Étnicas, Encuentros pedagógicos

- Estrategia intersectorial del programa nacional: Con las Entidades Estratégicas para las Familias y la Primera Infancia, realizar análisis conjuntos de indicadores de salud con otros sectores y el despliegue de Procesos intersectoriales con la academia.

Educación para la salud en la prevención de enfermedades transmitidas por vectores en el entorno hogar.

- Educación sobre la enfermedad de Chagas y las principales formas de transmisión; haciendo énfasis en la transmisión oral y la importancia de la inocuidad de los alimentos.
- Identificación de las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Chagas en fases agudo y crónico.
- Instruir sobre los diferentes métodos de prevención primaria de la enfermedad de Chagas en el entorno hogar, reordenamiento del medio, manipulación de alimentos, uso del toldillo e identificación de vectores.
- Explicar la ruta de atención clínica en todos los escenarios de la transmisión y fases de la enfermedad de Chagas, haciendo énfasis que la forma aguda de esta enfermedad es una urgencia médica.
- Educación sobre la transmisión y la Identificación de las manifestaciones clínicas del dengue
- Instruir sobre los diferentes métodos de prevención primaria para Dengue en el entorno hogar, Lavado y cepillado de tanques, recolección de inservibles, uso del toldillo e identificación de vectores.
- Explicar la ruta de atención clínica, haciendo énfasis en los signos de alarma y los riesgos de la automedicación

Educación en salud ambiental

- Educación en Lavado de manos, almacenamiento y uso de agua para consumo humano.
- Desarrollo de los siguientes contenidos y evaluando la intervención: i) signos de alarma en niños y niñas con síntomas respiratorios, ii) identificar las condiciones de la vivienda (humedad, hongos, polvo, vías destapadas alrededor de la vivienda), iii) identificación de factores de riesgo en el perímetro de la vivienda, al interior de la vivienda (tipo de combustible, fumadores al interior de la vivienda, entre otros).

Educación para la salud en seguridad vial en el entorno hogar.

Normas básicas de tránsito

- Reconocimiento de señales de tránsito más comunes.
- Normas de circulación para peatones, ciclistas y motociclistas.
- Obligaciones de pasajeros y conductores.

Prevención de riesgos

- Uso correcto de cinturón de seguridad y sistemas de retención infantil.
- Importancia del casco en motociclistas y ciclistas.
- Riesgos del consumo de alcohol y sustancias al conducir.
- Distracciones al volante (uso de celular, fatiga).

Movilidad segura en el entorno cotidiano

- Cruce seguro de calles y avenidas.
- Respeto por pasos peatonales y semáforos.
- Buenas prácticas al usar transporte público.
- Seguridad vial en entornos escolares y comunitarios.

Cultura ciudadana y valores

- Respeto por la vida y la integridad de los demás.
- Promoción de la empatía y la paciencia en la vía.
- Resolución pacífica de conflictos en situaciones de tránsito.
- Responsabilidad compartida: todos somos actores viales.

Educación para la salud en la población con enfoque diferencial en el entorno hogar.

❖ **Intervenciones por Enfoque Diferencial – Personas con Discapacidad**

El Equipo Básico de Salud (EBS) intervendrá a todos los miembros de la familia. Cuando se identifique una persona con discapacidad (PcD), se debe aplicar la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), con acciones específicas para la PcD, su familia y cuidadores.

1. Acciones Iniciales

- Verificación en el Registro de Personas con Discapacidad (RLCPD).
- Aplicación de la RBC, que incluye:
  - Desarrollo de capacidades en PcD, padres y cuidadores.
  - Visita domiciliaria para:
    - Empoderamiento en derechos en salud y rutas de acceso.
    - Información sobre EAPB, IPS, modalidades de atención y contactos de la red prestadora.
    - Verificación de citas, remisiones y necesidades pendientes.
    - Esta actividad será realizada por la auxiliar de enfermería.

2. Canalización de Servicios

El EBS debe garantizar el acceso a:

- Programas de promoción y prevención.
- Medicina general y especializada.
- Odontología.
- Programas de salud pública (Municipal)
- Afiliación al SGSSS.
- Productos de apoyo (POS y no POS).
- Certificación en discapacidad e inclusión en el RLCPD.
- Programas intersectoriales según oferta municipal o departamental.

Nota:

- La certificación en discapacidad se articula con la administración municipal de Cravo Norte.
- Se deben promover acciones educativas y de gestión comunitaria.

Visita 1 – Valoración Inicial

El equipo interdisciplinario (Nutricionista, enfermería y psicología) diligencia formatos de recolección de datos y formula un plan casero para PcD, familia y cuidadores.

Rol del Profesional de Enfermería

- Asesoría en actividad física según el caso.
- Desarrollo de habilidades funcionales y sociales.
- Promoción de hábitos de vida saludable.
- Construcción de elementos facilitadores (prevención de riesgos, mejora en AVD).
- Remisión a actores involucrados (EAPB, IPS, Educación, SENA, etc.).
- Orientación en rutas de acceso a servicios de salud.
- Detección temprana y atención inicial para prevenir agravamiento de la discapacidad.
- Aplicación de la Resolución 1197 de 2024 sobre certificación en discapacidad y RLCPD

Rol del Profesional en Psicología

- Visitas, llamadas y espacios de escucha para generar confianza.
- Identificación de fortalezas y recursos de la PcD y su familia.
- Información y vinculación a procesos de formación.
- Temas clave:
  - Pautas para atención en crisis.
  - Detección temprana y atención inicial en salud mental.

Rol del Profesional de Nutrición

1. Valoración nutricional familiar

- Evaluación del estado nutricional de cada miembro (peso, talla, IMC, perímetro abdominal).
- Identificación de factores de riesgo como desnutrición, sobrepeso, obesidad, anemia o enfermedades crónicas.
- Elaboración de diagnóstico nutricional individual y familiar.

2. Educación alimentaria y nutricional

- Orientación sobre alimentación saludable según edad, cultura y recursos disponibles.
- Promoción de lactancia materna y alimentación complementaria adecuada.
- Charlas y talleres dirigidos a padres, cuidadores, niños y adolescentes.
- Fomento de hábitos saludables y prevención de trastornos alimentarios.

3. Planificación de planes alimentarios

- Diseño de planes de alimentación personalizados según necesidades (niños, gestantes, adultos mayores, personas con diabetes, hipertensión, etc.).
- Adaptación de menús familiares equilibrados y económicos.
- Seguimiento y ajustes según evolución.

4. Prevención y control de enfermedades

- Intervención nutricional en enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, obesidad).
- Prevención de anemia y deficiencias nutricionales.
- Coordinación con el equipo de salud para manejo integral del paciente

5. Visitas domiciliarias

- Evaluación de condiciones higiénico-sanitarias y disponibilidad de alimentos.
- Asesoramiento práctico sobre preparación y conservación de alimentos.
- Identificación de factores sociales que influyan en la alimentación

6. Registro y seguimiento

- Elaboración de historias clínicas nutricionales.
- Registro de indicadores y seguimiento periódico.
- Elaboración de informes Ejecutivo.

Visita 2 – Seguimiento

El equipo interdisciplinario realiza seguimiento al plan casero y registra:

- Medición de avances.
- Continuidad del plan.
- Nuevas recomendaciones.

Rol del Psicólogo

- Intervenciones breves (máx. 15 min) con retroalimentación o diálogo motivacional.
- Promoción de acciones concretas en salud mental.
- Transformación de prácticas y conductas de riesgo.
- Uso de opciones intersectoriales disponibles.

Rol de la Auxiliar de Enfermería

- Seguimiento al acceso efectivo a servicios de salud canalizados.
- Registro en plantilla de enfoque diferencial:
  - Servicios asistidos.
  - Observaciones en caso de no asistencia.
  - Firma o huella de PcD, cuidador o familiar.

Rol del Profesional de Nutricionista

- Asesoría sobre alimentación saludable para todos los miembros de la Intervención nutricional en enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, obesidad).
- Educación sobre importancia de la creación de estilos de vida saludables, para mantener una adecuada salud con el paso del tiempo.
- Prevención de anemia y deficiencias nutricionales.
- Coordinación con el equipo de salud para manejo integral del paciente.

Rol del Profesional de Enfermería

- Seguimiento a prescripción de ejercicios o actividad física.
- Asesoría en habilidades funcionales y sociales.
- Promoción de hábitos saludables.
- Construcción de elementos facilitadores.
- Remisión a actores institucionales según necesidades.
- Orientación en rutas de acceso a salud.
- Detección temprana y atención inicial para reducción de riesgos.

❖ **Intervenciones por Enfoque Diferencial – migrante**

- Verificación del estatus Migratorio.
- Si no está regularizado hacer el enrutamiento en la presentación de la Oferta en Salud a la Población Migrante no asegurada a través de los convenios municipio de Arauca Ese Jaime Alvarado y Castilla, Municipio de Saravena -Hospital del Sarare y la Ese Moreno y Clavijo, municipios de Cravo Norte, Puerto Rondón, Tame, Fortul y Arauquita.

❖ **Intervenciones por Enfoque Diferencial - víctimas del conflicto armado**

Cuando se identifique a una persona como víctima del conflicto armado, deberá aplicarse el siguiente protocolo:

- Los profesionales deberán informar a las víctimas sobre la existencia y el derecho a recibir atención por el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a víctimas del conflicto armado, esta atención se la brinda su EPS a través de la IPS:
- Así mismo deberán preguntar a la persona si ha recibido atención por parte del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI).
- Si no ha sido atendida: Se debe registrar en la base de datos para que sea incluida en los procesos de focalización, siempre que el programa PAPSIVI esté disponible en su municipio.
- Es importante que sea diligenciado el enfoque diferencial, además deberán validar la plataforma Vivanto para confirmar la condición de víctima. Una vez verificada, se debe realizar el traslado de la información al formato Excel (Listado de Asistencia con Enfoque Diferencial)

✓ **Acciones de Salud Mental para Grupos Poblacionales Vulnerables (Enfoque Diferencial)**

A. Población con Discapacidad y sus Cuidadores

Intervención para el "Síndrome del Cuidador": Aplicación de escalas de sobrecarga (ej. Escala de Zarit) a los cuidadores de personas con discapacidad o dependencia funcional.

Acción: Brindar primeros auxilios psicológicos, enseñar técnicas de autocuidado, manejo del estrés y canalización a grupos de apoyo locales para cuidadores.

B. Población Indígena / Comunidades Étnicas

Acción: Adecuación sociocultural de las intervenciones psicosociales, respetando las prácticas y cosmogonías tradicionales. Coordinación con los líderes comunitarios o sabedores tradicionales para el abordaje de problemas de salud mental (ej. conducta suicida en comunidades indígenas) integrando la medicina occidental con la armonización espiritual tradicional.

C. Víctimas del Conflicto Armado y Población Migrante

Acción: Prestación de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) con enfoque informado en trauma durante las visitas domiciliarias.

Rutas: Identificación de posibles casos de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) o afectaciones severas derivadas del conflicto/migración, garantizando la orientación y canalización prioritaria hacia el PAPSIVI (Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas) o las EAPB correspondientes.

D. Mujeres y Víctimas de Violencia Basada en Género (VBG)

Acción: Creación de un espacio de escucha segura y confidencial durante la visita del EBS.

Rutas: Identificación proactiva de casos de violencia física, psicológica, sexual o económica. Activación inmediata del "Código Fucsia" o la Ruta de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia de Género, asegurando la no revictimización y la articulación con el sector justicia y protección.

Indicadores de la intervención hogar

- **Indicadores de Cobertura**

Indicador	Numerador	Denominador	Interpretación / Propósito	Meta esperada
% hogares visitados por equipos básicos de salud	# hogares visitados	# hogares programados	Mide alcance de la estrategia en el entorno hogar	≥ 90%

Indicador	Numerador	Denominador	Interpretación / Propósito	Meta esperada
% población objetivo atendida	# personas atendidas	# población objetivo	Mide cobertura real del programa	≥ 80%

- **Indicadores de impacto en atención individual**

Indicador	Numerador	Denominador	Interpretación / Propósito	Meta esperada
Número de hogares que acceden a servicios de promoción y prevención	# hogares atendidos	# hogares programados	Mide cobertura real en el entorno hogar	≥ 90%
Proporción de población con identificación del riesgo por curso de vida	# personas con riesgo identificado	# población objetivo	Evalúa capacidad de detección temprana	≥ 80%
Número de personas con canalización efectiva a servicios de salud	# personas canalizadas	# personas con necesidad de canalización	Mide efectividad en referencia y contrarreferencia	≥ 85%
Promoción y apoyo a lactancia materna	# madres con apoyo en lactancia	# madres lactantes	Evalúa promoción de lactancia	≥ 85%
Promoción de aplicación de flúor	# personas con aplicación de flúor	# población objetivo 1 y 17 años	Mide cobertura en salud oral	≥ 80%
Educación en Salud por Odontología	# personas con educación en odontología	# población objetivo 1 y 17 años	Mide cobertura en salud oral	≥ 80%
Educación en Salud por Higiene Oral	# personas con educación en Higiene Oral	# población objetivo 1 y 17 años	Mide cobertura en salud oral	≥ 80%
Vacunación según esquema	# personas vacunadas # de dosis aplicadas	# población objetivo	Mide cumplimiento del esquema nacional	≥ 95%
Fortificación casera con micronutrientes	# personas con micronutrientes	# población objetivo	Evalúa prevención de deficiencias nutricionales	≥ 70%
Gestantes con suplementación con micronutrientes	# gestantes suplementadas	# gestantes inscritas	Mide cumplimiento de guías prenatales	≥ 90%
Niños con desparasitación intestinal	# niños desparasitados	# niños inscritos	Evalúa prevención de parasitosis	≥ 80%
Adolescentes con tamizaje para anemia	# adolescentes tamizados	# adolescentes inscritos	Mide detección de anemia	≥ 70%
Atención en preconcepcional	#Mujeres en edad fértil atendidas	# Mujeres en edad fértil atendidas	Evalúa acceso a servicios de salud sexual y reproductiva	≥ 75%
Atención en anticoncepción	# personas atendidas	# población objetivo	Evalúa acceso a servicios de salud sexual y reproductiva	≥ 75%
Tamizaje de riesgo cardiovascular	# personas tamizadas	# población objetivo	Evalúa detección temprana de riesgo cardiovascular	≥ 80%
Tamizaje para ITS	# personas tamizadas	# población objetivo	Evalúa detección temprana de ITS	≥ 70%

Indicador	Numerador	Denominador	Interpretación / Propósito	Meta esperada
Tamizaje para cáncer de cuello uterino	# mujeres tamizadas	# mujeres en edad objetivo	Evalúa prevención de cáncer cervicouterino	≥ 85%
Tamizaje para cáncer de mama	# mujeres tamizadas	# mujeres en edad objetivo	Evalúa prevención de cáncer de mama	≥ 80%
Tamizaje para cáncer de próstata	# hombres tamizados	# hombres en edad objetivo	Evalúa prevención de cáncer de próstata	≥ 70%
Tamizaje para cáncer de colon y recto	# personas tamizadas	# población objetivo	Evalúa prevención de cáncer colorrectal	≥ 70%
Atención para cuidado preconcepcional	# mujeres atendidas	# mujeres en edad fértil	Evalúa promoción de salud reproductiva	≥ 70%
Atención prenatal – controles	# gestantes con controles	# gestantes inscritas	Evalúa cumplimiento de controles prenatales	≥ 90%
Curso de preparación para maternidad y paternidad	# personas que completan curso	# personas inscritas	Evalúa educación en salud reproductiva	≥ 70%
del puerperio	# mujeres atendidas	# mujeres en puerperio	Evalúa seguimiento postparto	≥ 80%
Atención para seguimiento del recién nacido	# recién nacidos atendidos	# recién nacidos inscritos	Evalúa continuidad del cuidado neonatal	≥ 90%
Acceso a educación para la salud	# personas con acceso	# población objetivo	Evalúa promoción de hábitos saludables	≥ Atención 80%

- **INDICADORES DE ATENCION POR PSICOLOGIA**

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	INTERPRETACIÓN / PROPÓSITO	META ESPERADA
% usuarios tamizados con instrumentos de salud mental	# usuarios evaluados con SRQ	# usuarios atendidos en el centro de escucha	Mide el alcance de la aplicación de tamizajes psicológicos en la población atendida	≥ 85%
% usuarios con síntomas de ansiedad moderada/grave	# usuarios con GAD-2 ≥ 10	# usuarios evaluados con GAD-7	Identifica la magnitud de la ansiedad en la población atendida	≤ 25%
% usuarios con consumo riesgoso de alcohol	# usuarios con AUDIT ≥ 8	# usuarios evaluados con AUDIT	Mide prevalencia de consumo problemático de alcohol en la población atendida	≤ 15%
% usuarios canalizados a servicios especializados	# usuarios remitidos a EAPB/ICBF/otros	# usuarios atendidos en el centro de escucha	Evalúa la capacidad de respuesta y articulación con la red de servicios	≥ 30%
% usuarios con mejora en bienestar subjetivo	# usuarios con aumento en puntaje WHOOLY-5 entre primera y última medición	# usuarios con seguimiento completo	Mide impacto positivo en salud mental y bienestar	≥ 50%
% grupos focales conformados y activos	# grupos focales en funcionamiento (mínimo 5)	# grupos focales programados	Mide cumplimiento de la estrategia comunitaria y sostenibilidad de redes de apoyo	100%

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	INTERPRETACIÓN / PROPÓSITO	META ESPERADA
% satisfacción de usuarios atendidos	# usuarios que califican la atención como satisfactoria (≥4 en escala Likert 1–5)	# usuarios encuestados	Mide percepción de calidad y pertinencia de la atención	≥ 80%

Gestión de la atención individual

- El equipo básico en salud deberá garantizar articulación con la IPS Hospital San José para llevar una jornada de salud al territorio de acuerdo con la identificación de prioridades en salud y a su vez, con otras entidades que quieran ofertar sus servicios como el, INDER o demás.
- Se articulará con la UAESA, para garantizar desparasitación en la población
- Articulación con la UAESA para promoción de uso de preservativos.

Meta especifica por territorio

- ✓ 100% de la población sin afiliación debe quedar afiliada (en excepción los casos de migrantes irregulares).
- ✓ 100% de las personas con discapacidad deben contar con registro de discapacidad.
- ✓ 100% de los niños y niñas que hayan nacido prematuras y/o con un peso inferior a 1500 gramos deben estar vacunados con el biológico de hexavalente.
- ✓ 100% de niños y niñas recién nacidos deben estar vacunados contra hepatitis B y BCG para protegerlos de la meningitis tuberculosa si no existen contraindicaciones para la administración del biológico contra BCG.
- ✓ 100% de los niños y niñas menores de un año debe estar vacunados con 1ras, 2das y 3ras dosis de acuerdo al esquema nacional de vacunación colombiano.
- ✓ 100% de los niños y niñas de un año de edad deben estar vacunados con los biológicos trazadores establecidos para este rango de edad.
- ✓ 100% de los niños y niñas de 18 meses y cinco años deben estar vacunados con el 1er y 2do refuerzo de acuerdo al esquema nacional colombiano.
- ✓ 100% de niños y niñas de 9 a 17 años deben estar vacunadas con VPH (o con formato de disentimiento).
- ✓ 100% de las gestantes deben contar con el esquema de vacunación de acuerdo a la edad gestacional.
- ✓ 100% de las personas desde los 9 meses hasta 100 años y más con la dosis de vacuna contra fiebre amarilla.
- ✓ 100% de la población edéntula debe estar con gestión para adquirir su prótesis dental

Resultados Esperados de la educación

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	META
Reducir el consumo de gaseosas y aumentar la preferencia por agua en las comidas	% de familias que reportan reducción en consumo semanal de gaseosas; % de familias que prefieren agua en las comidas	Encuestas de frecuencia de consumo; Registros de compra/autoinformes	Disminución del 20% en consumo de gaseosas; Aumento del 30% en preferencia por agua
Mayor aceptación del café sin azúcar como hábito cotidiano	% de participantes que consumen café sin azúcar diariamente	Encuestas de hábitos de consumo.	40% de participantes consumen café sin azúcar al finalizar el programa
Comprensión y práctica de la distribución balanceada de alimentos en el plato	% de participantes que identifican correctamente los grupos de alimentos; % de familias que aplican la distribución balanceada en comidas principales	Cuestionarios de evaluación; Talleres prácticos; Encuestas de aplicación	70% identifican correctamente los grupos de alimentos; 50% aplican la distribución balanceada

Incremento en la compra de aceites líquidos y disminución del consumo de fritos	% de familias que compran aceites líquidos; % de familias que reportan menor frecuencia de consumo de fritos	Encuestas de compra de productos; Autoinformes de frecuencia de consumo	Aumento del 25% en compra de aceites líquidos; Reducción del 20% en consumo de fritos en 6 meses

Soporte a entregar:

- Soportes de: Historia familiar de salud, Caracterización familiar, Plan de integral de cuidado primario, APGAR familiar
- Formato de canalización a servicios de salud con seguimiento de efectividad.
- Formato de canalización a otros actores o sectores con seguimiento de efectividad.
- Enfoque diferencial en medio físico, magnético y digitado.
- Soporte de la intervención por enfoque diferencial según aplique
- Informe técnico de monitoreo elaborado por el oferente (incluye el análisis de los Indicadores y análisis de enfoque diferencial).
- Cobertura de vacunación del microterritorio para recién nacidos, menores de un año, para el primer refuerzo y segundo refuerzo, al igual en gestantes y población objeto para fiebre amarilla de acuerdo a los rangos de edad establecidos por el MSPS.
- Registro fotográfico digital. (organizado en la carpeta de cada familia) pretest y postest de la cantidad de educación según temáticas

Conformación de los Equipos Básicos de Salud –EBS entorno hogar que intervendrán los barrios (villa llano, Union y Progreso):

TALENTO HUMANO	CANTIDAD
Auxiliar de enfermería	2
Profesional en enfermería	1
Profesional en psicología	1
Profesional de Nutrición	1
TOTAL	**5**

COMPONENTE 4: FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES EN LOS GRUPOS CON RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABÓLICO IDENTIFICADOS, PROMOVIENDO LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS PROTECTORAS QUE LOGREN DISMINUIR Y CONTROLAR LOS FACTORES DE RIESGO DE LA DIABETES E HIPERTENSIÓN EN EN MUNICIPIO DE CRAVO NORTE, ARAUCA.

ITEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	BENEFICIARIOS
4.1	Fortalecimiento de las capacidades a 30 pacientes que se encuentren en los grupos con riesgo cardiovascular y metabólico identificados, promoviendo la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la diabetes e hipertensión reportado por la IPS del municipio, La cual se debe realizar a través de una (01) Visita Inicial y 1 seguimientos por parte de profesional de enfermería, psicología y nutrición.	mes	4	30

NOTA: los beneficiarios no deben pertenecer a los barrios del Union, progreso, villa llano. Debido a que estos pacientes serán abordados por Equipos Básicos de Salud del plan de intervenciones Colectivas.

Objetivo: Socializar la estrategia que se implementara para disminuir el riesgo de complicaciones en pacientes con diagnóstico de diabetes o en riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas, que se encuentre en el municipio de Cravo Norte, Arauca.

Población objeto: 30 personas con diagnosticadas con enfermedades crónicas no trasmisibles (diabetes, hipertensión, obesidad etc.).

Meta: intervenir 30 personas diagnosticadas con enfermedades crónicas no trasmisibles, por parte del equipo interdisciplinario del área urbana y rural aledaña.

Objetivo: Favorecer en las personas y familias la adopción de estilos de vida saludables, interviniendo el riesgo de enfermedades crónicas desde los determinantes sociales y de salud en el municipio de Cravo Norte
Descripción técnica de la Actividad: De acuerdo a los lineamientos creados por el Ministerio de Salud y protección Social para la gestión de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, donde se resalta la importancia frente a la necesidad de entender los mecanismos que contribuyen al peor pronóstico de estas enfermedades en las mujeres sobre todo en las menores 55 años, siendo conveniente que el sector salud y otros sectores reconozcan los factores de riesgo relacionados con el sexo y género para su modificación e intervención oportuna.

Reconocidas las diferencias entre el sexo y el género, la evidencia científica ha conducido a clasificar los factores de riesgo cardiovascular en la mujer para mejorar su identificación y subsecuente tratamiento:
Factores de riesgo tradicionales. Aunque son comunes para toda la población, algunos suponen mayor riesgo en las mujeres, entre los riesgos tradicionales se encuentran: edad, historia familiar de enfermedad cardíaca prematura (antes 65 años), hipertensión arterial, dislipidemia, sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, inactividad física, sedentarismo y síndrome metabólico.

Factores de riesgo no tradicionales. Son poco reconocidos y tienen un comportamiento diferente en la mujer, como son la depresión, el estrés, las enfermedades autoinmunes y el tratamiento oncológico.
Factores de riesgo únicos en la mujer, como la edad de inicio de menarquia, síndrome de ovarios poliquístico, insuficiencia ovárica prematura, menopausia, terapia de reemplazo hormonal o terapia hormonal de la menopausia y las complicaciones del embarazo (hipertensión asociada al embarazo, diabetes mellitus gestacional y parto pretérmino.

Dadas las diferencias en la fisiopatología y presentación clínica de algunas enfermedades cardiovasculares establecidas, estas deben ser consideradas por las implicaciones que tienen en el retraso del diagnóstico y tratamiento en las mujeres, de tal manera que se logre reducir la creciente morbimortalidad y el impacto en la calidad de vida.

Es por esto, que se plantea la presente estrategia que busca disminuir los riesgos tradicionales en la población femenina del municipio de Cravo Norte.

Talento humano:

Perfil Solicitados

TALENTO HUMANO	CANTIDAD
Auxiliar de enfermería	2
Profesional en enfermería	1
Profesional en psicología	1
Profesional de Nutrición	1
TOTAL	**5**

Metodología:

Fase 1: Alistamiento

La población para beneficiar debe ser articulada con el personal de Promoción y Mantenimiento de la Salud del Hospital San José de Cravo Norte, Asociación de usuarios del adulto mayor para iniciar las actividades con el equipo multidisciplinario para prevenir complicaciones con personas con diagnósticos diabetes y personas en riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares y metabólicas que requieran intervención.

En esta fase se contará con el profesional de enfermería a quien, entrega de los formatos a utilizar en las intervenciones por el profesional de nutrición quienes podrán modificar según su criterio.

A su vez, participara en la convocara a las personas para las diferentes actividades a realizar por los miembros del equipo multicomponente.

FASE 2: Fortalecimiento en la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la enfermedad cardio cerebro vascular en el municipio de Cravo Norte.

La fase 2 incluye de forma mensual:

- La intervención por cada uno de los profesionales del equipo multicomponente a 50 pacientes con diagnóstico de diabetes y/o hipertensión, realizar visita inicial y una visita de seguimientos mensual según las actividades descritas en el plan de trabajo de cada uno de los profesionales y así mejorar la adherencia a la estrategia.

Tiempo de la fase: Cuatro (4) meses para cada uno de los participantes.

Contenido del plan de trabajo:

- El equipo multicomponente deberá garantizar un plan de actividad física en su hogar de cantidad que deberán realizar las personas beneficiarios.
- Realizar un acompañamiento nutricional que se hará personalizado para los participantes así mismo se brindará asesoría y acompañamiento por el profesional de enfermería, psicología y nutrición, para mejorar la adherencia a los tratamientos prescritos y eliminación de hábitos de riesgo para complicaciones de la enfermedad, garantizando la articulación con la IPS para la adherencia al tratamiento e intervención por personal de enfermería

- Los planes de trabajo y las intervenciones deben incluir el núcleo familiar del participante, donde de manera articulada se favorezca un cambio en los estilos de vida de la familia para que los resultados perduren.

- Cada profesional deberá presentar su plan de trabajo para los beneficiarios los cuales deben contener los datos del profesional, actividad, cantidad intervención y tiempo de intervención.

INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE NUTRICIÓN

La primera visita domiciliaria que se realizara a los beneficiarios tendrá la categoría de valoración inicial, la cual debe contener las medidas antropométricas evaluar últimos controles complementaria al IMC donde pueda hacer una clasificación del porcentaje de grasa y masa muscular, evaluación Frecuencia de consumo semanal de alimentos, construcción y entrega de un plan de alimentación para cada participante de acuerdo a lo encontrado y los paraclínicos realizados en sus últimas controles de la enfermedad o de riesgo cardiovascular (de un tiempo no mayor de tres meses)

Las medidas antropométricas deberán garantizar la confiabilidad del dato.

Los seguimientos se iniciarán a los 30 días después de la valoración inicial, donde se realizará seguimiento a la adherencia de las recomendaciones por medio de visita casa a casa, se promocionará la alimentación saludable, y se verificará la evolución antropométrica, estas intervenciones se deberán garantizar utilizando la lúdica – juego para facilitar la aceptación.

Se deberá garantizar motivación constante por parte de los profesionales a través de un grupo de apoyo de WhatsApp donde se incentivará a enviar fotografías de sus avances, su alimentación diaria y prácticas de actividad física.

El nutricionista realizara las siguientes actividades:

- Una (01) valoración inicial domiciliaria
- Una (01) visita seguimiento para evaluación de resultados.
- Educación sobre alimentación saludable dirigida al beneficiario y su familia.
- El profesional nutricionista diseñara las herramientas o formatos necesarias que serán utilizados en la valoración inicial y sus respectivos seguimientos. Así mismo diseñará los formatos que las auxiliares de enfermería utilizará para tomar las medidas antropométricas en coordinación con la profesional de enfermería que incluirá la de os signos vitales.

- Plan nutricional formulado de manera concertada con el paciente, considerando las condiciones territoriales del municipio, las dificultades de acceso y dispersión geográfica especialmente en temporada invernal, así como la situación socioeconómica del beneficiario.

SOPORTES PARA ENTREGAR:

- Planeación y Cronograma de actividades
- Formato diligenciado de intervención inicial
- Formato diligenciado de visita de seguimiento firmadas por los beneficiarios y profesionales
- Informe de ejecución de la actividad, que contenga análisis del enfoque con todas sus variables, resultados obtenidos de los pacientes, educación brindada por el profesional y estado nutricional.
- Registro de plan nutricional realizado a los beneficiarios.
- Base de datos de los pacientes atendidos, donde se evidéncienla atención inicial y su seguimiento.

INTERVENCIÓN DE PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

Desarrollar estrategias de información en salud para crear y fortalecer en las mujeres y/o hombres, la conciencia del autocuidado para la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas considerando el enfoque diferencial y las poblaciones especiales.

Desarrollar estrategias educativas de autocuidado para las mujeres y/o hombres con RCV y metabólico.
Coordinar entre las instituciones públicas y privadas del sector salud y otros sectores el desarrollo de acciones conjuntas para crear entornos saludables que promuevan el cambio de conductas de riesgo y mejoren el autocuidado en las mujeres con ECV y metabólicas.

Mejorar la identificación de todos los factores de riesgo cardiovascular y metabólico asociados al desarrollo de la ECV en la mujer u hombres y en los entornos para su intervención oportuna.

Coordinar las acciones necesarias para eliminar las inequidades en los resultados clínicos mediante el desarrollo de estrategias específicas que mejoren la disponibilidad de intervenciones para la prevención y el manejo de ECV en las mujeres u hombres (como la adherencia a la medicación cardio protectora, modificación de EVS para minimizar los riesgos y asistir a los programas de rehabilitación cardiaca).

Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud

Informar a las participantes sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.

Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el municipio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.

Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.

Valoraciones realizadas por profesional de Enfermería:

- 1 valoración inicial domiciliaria.
- 1seguimientos en casa
- Promover la importancia de la actividad física entre los pacientes y sus familias, mediante la implementación de ejercicios que puedan realizar en casa, con el objetivo de prevenir el sedentarismo en los beneficiarios y su núcleo familiar.
- Realizar plan de rutina de ejercicios de actividad física que el paciente debe realizar diariamente en casa; El profesional será responsable de diseñar y actualizar esta rutina de ejercicios en cada visita que se realice al paciente, asegurándose de que se incluya en la planificación de actividades a ser entregada al coordinador del proyecto.
- Diseñar los formatos de las intervenciones (inicial y seguimiento) que serán aplicados al paciente en cada visita, así mismo el plan de actividad física que realizara el paciente
- Diseñar un plan educativo que se le brindara a el paciente y su familia.

- El profesional de enfermería diseñará los formatos que las auxiliares de enfermería utilizarán para toma de los signos vitales en coordinación con la profesional de nutrición que será utilizado para las tomar las medidas antropométricas

SOPORTES PARA ENTREGAR:

- Planeación y Cronograma de actividades mensual que se realizara a los pacientes
- Formato diligenciado de intervención inicial firmadas por los beneficiarios y profesionales
- Formato diligenciado de visita de seguimiento firmadas por los beneficiarios y profesionales
- Informe de ejecución de la actividad, que contenga análisis del enfoque con todas sus variables, resultados obtenidos de los pacientes, educación brindada por el profesional.
- Base de datos de los pacientes atendidos, donde se evidéncienla atención inicial y su seguimiento.
- Entregar planes de cuidado de actividad física que se aplico a pacientes y sus familias.
- Entregar planes de cuidado de la educación que se brindó a pacientes y sus familias.

INTERVENCIÓN POR PSICOLOGÍA:

Desarrollar estrategias de información en salud que fomenten y fortalezcan la conciencia del autocuidado en mujeres y hombres con el objetivo de prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Estas estrategias deberán facilitar un manejo más efectivo de su condición, promoviendo también el bienestar emocional del paciente. Al mejorar su estado emocional, se logrará una integración más adecuada entre su rutina diaria y el manejo de su enfermedad, lo que contribuirá significativamente a mejorar su calidad de vida.

La primera visita domiciliaria que se realizará a los beneficiarios tendrá la categoría de valoración inicial, Los seguimientos se iniciarán a los 30 días después de la valoración inicial.

Las actividades realizarán la profesional de psicología serán las siguientes:

1. **Evaluación Psicológica Inicial:**

- Realizar una evaluación del estado mental y emocional del paciente para identificar posibles problemas de ansiedad, depresión o estrés relacionados con la enfermedad.

2. **Psicoeducación:**

- Proporcionar información sobre la enfermedad, su manejo y los efectos psicológicos asociados. Aclarar mitos y ayudar al paciente a entender la importancia del autocontrol.

3. **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):**

- Ayudar al paciente a identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos que puedan influir en su manejo de la enfermedad. Esto puede incluir la reestructuración cognitiva para fomentar una actitud más positiva.

4. **Manejo del Estrés:**

- Enseñar técnicas de manejo del estrés, como la relajación, la respiración profunda y la meditación, para ayudar al paciente a combatir la ansiedad y el estrés relacionados con su condición.

5. **Establecimiento de Metas:**

- Colaborar con el paciente para establecer metas realistas y alcanzables en relación con su salud, como la adherencia a la medicación, la alimentación saludable y la actividad física.

6. **Apoyo Emocional:**
- Proporcionar un espacio seguro para que el paciente exprese sus preocupaciones, miedos y frustraciones en relación con su enfermedad. Fomentar la comunicación abierta sobre sus experiencias.

7. **Terapia Familiar:**

- Involucrar a la familia en el proceso terapéutico para mejorar el apoyo emocional y la comunicación. Educar a los familiares sobre cómo pueden ayudar al paciente en su manejo diario de la enfermedad.

8. **Desarrollo de Habilidades de Resolución de Problemas:**

- Asistir al paciente en la identificación de problemas específicos relacionados con su enfermedad y en el desarrollo de estrategias efectivas para abordarlos.

9. **Fomento del Autocuidado:**

- Motivar al paciente a adoptar un estilo de vida saludable, que incluya una dieta balanceada, ejercicio regular y el seguimiento de las indicaciones médicas.

10. **Seguimiento y Evaluación Continua durante el tiempo que dure la actividad:**

- Realizar un seguimiento regular del progreso del paciente, ajustando las intervenciones según sea necesario y proporcionando apoyo continuo.

11. Teniendo en cuenta las actividades que realizara el profesional de psicología, deberá diseñar un plan de cuidado que contenga las variables para la atención del beneficiado arriba mencionadas. Las cuales se aplicarán en las visitas iniciales y seguimientos.

12. La profesional de psicología apoyara las actividades relacionadas con la promoción y realización de la actividad física que realice equipo de salud que interviene al beneficiario y su familia.

SOPORTES PARA ENTREGAR:

- Planeación y Cronograma de actividades mensual que se realizara a los pacientes
- Formato diligenciado de intervención inicial firmadas por los beneficiarios y profesionales
- Formato diligenciado de visita de seguimiento firmadas por los beneficiarios y profesionales
- Informe de ejecución de la actividad, que contenga análisis del enfoque con todas sus variables, resultados obtenidos de los pacientes, educación brindada por el profesional.
- Base de datos de los pacientes atendidos, donde se evidéncienla atención inicial y su seguimiento.
- Entregar planes de cuidado de actividad física que se aplicó a pacientes y sus familias.
- Entregar planes de cuidado de la educación que se brindó a pacientes y sus familias.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

- Facilitar canales con las IPS y EAPB para la valoración médica y seguimiento de los participantes en la adherencia a la guía de práctica clínica de diabetes.

- Diligenciamiento de los enfoques diferenciales necesarios en físico y magnético

- Toma de signos vitales en los participantes y medidas antropométricas al inicio de la estrategia, cada mes en el tiempo que dure la actividad, así mismo llevar un registro físico y digital de estas intervenciones. Para ser tenidas en cuenta por los profesionales de salud que intervienen a los beneficiarios

- Apoyo al profesional de nutrición, psicología y nutrición en las actividades que realicen.

- Seguimiento a la canalización efectiva de los usuarios a los servicios de salud de su EAPB e IPS correspondientes.

- Apoyar las intervenciones (inicial y seguimientos) que realice el profesional de Psicología en el entorno hogar.

- Recopilar y archivar los registros fotográficos en carpetas individualizadas que estén claramente etiquetadas de forma semanal y mensual, indicando las fechas y el nombre de cada actividad, con un mínimo de 20 registro fotográficos de buena calidad donde se evidencie claramente la actividad realizada.

- Apoyar con las actividades logísticas que requiere cada actividad individual o colectiva que se realice.

- Apoyar con la digitación de la información que generen las intervenciones, realizadas por los profesionales.

SOPORTES PARA ENTREGAR:

- Planeación y Cronograma de actividades mensual que se realizara a los pacientes
- Formato diligenciado en físico y magnético de intervención para la toma de signos vitales de manera mensual, durante el tiempo que dure el proyecto. Así mismo presentar registro fotográfico de estas intervenciones.
- Registros fotográficos de los apoyos realizados a el Equipo Básico en Salud, que atiende a los beneficiarios de esta actividad.
- Enfoque diferencial en físico y magnético, entregado al supervisor del proyecto.
- Registro fotográfico entregado al coordinador del contrato, según las especificaciones técnicas exigidas.
- Base de datos de los pacientes atendidos, donde se evidéncienla atención inicial y su seguimiento.

ACTIVIDADES DE PROMOCION DE SALUD, SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABOLICO REALIZADAS POR PROFESIONALES DEL PROYECTO

- **Promoción de la Alimentación Saludable: (Profesional en nutrición).**

Previo a las intervenciones, el profesional deberá identificar en el municipio, los lugares del comercio que distribuya alimentación saludable, tales como las ventas de frutas y demás que sean identificadas como puntos saludables para facilitar la información a los participantes.

Se deberá desarrollar actividad educativa de promoción de la alimentación saludable por cada persona y su familia intervenida con este ítem

Aprender a realizar la lectura e interpretación del etiquetado nutricional de alimentos que favorezca una adecuada selección de alimentos saludables.

Entender el concepto de peso saludable y campaña para reconocimiento y mantenimiento del mismo.
Se deberá enseñar sobre los efectos negativos que causan en la salud el consumo de alimentos poco sanos.

Se ensañará sobre los alimentos de acuerdo a la patología de base lo que favorecen y como no.
En cada participante se ensañará a utilizar los alimentos de acuerdo a la patología de base, elaborando plan de alimentación para cada participante y enseñando el plato saludable.

De forma constante se realizará los respectivos seguimientos a los participantes verificando el entendimiento el plan de alimentación para cada participante y la modificación de la forma de alimentarse.

Seguimiento antropométrico: de los participantes se realizará de forma quincenal, esta actividad será liderada por el profesional de nutrición y el auxiliar de enfermería donde realizaran:
Mediciones domiciliarias de los participantes incluye:

- Peso
- Medición de talla
- Medición circunferencia de cintura
- Medición circunferencia de cadera
- Cálculo del indicador de IMC

Interpretación de los datos en:

- Porcentaje de pérdida de peso
- Porcentaje de grasa y masa muscula

- **CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PROFESIONAL DE ENFERMERÍA)**

- Identificación de conductas de riesgo
- Desarrollar estrategias educativas de autocuidado para las mujeres con RCV y metabólico.

Favorecer conductas protectoras como adherencia a la medicación, adherencia a las citas de control, adherencia a las citas interdisciplinarias.

- Favorecer conductas protectoras de alimentación saludable y actividad física.
- Favorecer la canalización efectiva a servicios de salud y otros sectores.

Seguimiento a los signos vitales: Actividad a cargo de auxiliar de enfermería

- Toma de signos vitales (Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria).

- **VALORACIÓN INICIAL Y SEGUIMIENTOS.**
- Actas de Soporte de gestión instituciones públicas y privada del sector salud y otros sectores.
- Soporte de seguimiento a signos vitales
- Soporte de otras acciones realizadas
- Registro fotográfico de las acciones realizadas
- Registro del seguimiento de signos vitales de forma quincenal.

Medición de impacto de la actividad: Estará a cargo del profesional de enfermería quien finalizaría realizando un informe enfocado en estudio observacional descriptivo de corte de la situación encontrada en la ejecución de la estrategia, con sus respectivos soportes de calidad de dato, el análisis se realizará teniendo en cuenta los siguientes indicadores de medición:

INDICADORES DEL PROGRAMA

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
% de adherencia al programa	# personas que finalizan el programa	# personas inscritas
% cumplimiento del programa	# de sesiones realizadas	# de sesiones proyectadas
% de deserción	# personas que desertan del programa	# personas inscritas
% ejecución del presupuesto	presupuesto ejecutado	presupuesto asignado
% hospitalizaciones por causas asociadas a sobrepeso	# personas hospitalizadas	# personas inscritas
% de ingresos a urgencias por causas asociadas a diabetes.	# personas ingresadas por urgencias	# personas inscritas
% mortalidad por causas asociadas a diabetes	# muertos	# personas inscritas
% consultas asociadas a lesiones ocasionadas durante el programa	# personas quienes consultan por diferentes lesiones	# personas inscritas

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

INDICADOR	VALOR A	VALOR B	FÓRMULA
Reducción promedio del IMC	Promedio general IMC inicial	Promedio general IMC final	Diferencia de promedios = A-B
% reducción del IMC	Promedio general IMC inicial	Promedio general IMC final	% reducción= (A/B*100) - 100
Reducción promedio del peso	Promedio general peso inicial	Promedio general peso final	Diferencia de promedios = A-B
% reducción del peso	Promedio general peso inicial	Promedio general peso final	% reducción= (A/B*100) - 100
Reducción total del peso	Sumatoria general peso inicial	Sumatoria general peso final	Reducción total = A-B
Reducción promedio de la circunferencia de cintura	Promedio general cintura inicial	Promedio general cintura final	Diferencia de promedios = A-B
% reducción de la cintura	Promedio general cintura inicial	Promedio general cintura final	% reducción= (A/B*100) - 100
Reducción total de la cintura	Sumatoria general cintura inicial	Sumatoria general cintura final	Reducción total = A-B
Reducción promedio de la circunferencia de cadera	Promedio general cadera inicial	Promedio general cadera final	Diferencia de promedios = A-B
% reducción de la cadera	Promedio general cadera inicial	Promedio general cadera final	% reducción= (A/B*100) - 100
Reducción total de la cadera	Sumatoria general cadera inicial	Sumatoria general cadera final	Reducción total = A-B

Reducción promedio del porcentaje de grasa Promedio general grasa inicial Promedio general grasa final Diferencia de promedios = A-B
% reducción de grasa Promedio general grasa inicial Promedio general grasa final % reducción= (A/B*100) - 100

INDICADORES CLÍNICOS

INDICADOR VALOR A VALOR B FÓRMULA

Proporción personas con reducción de la TA sistólica 10 mmHg o más # personas con reducción HTA # personas inscritas con HTA previa % = A/B*100
Proporción personas con reducción de la TA diastólica 10 mmHg o más # personas con reducción HTA # personas inscritas con HTA previa % = A/B*100
Proporción personas con TA diastólica controlada (<=90) # personas con cifras <=90 # personas inscritas con HTA previa % = A/B*100
Proporción personas con TA sistólica controlada (<=140) # personas con cifras <=140 # personas inscritas con HTA previa % = A/B*100
Proporción personas con reducción de la FC # personas con reducción FC # personas inscritas % = A/B*100
Proporción personas con reducción de la FR # personas con reducción FR # personas inscritas % = A/B*100

INDICADORES BIOQUÍMICOS

INDICADOR VALOR A VALOR B FÓRMULA

Proporción personas con reducción de la glicemia en 10 mg/dL o más # personas con reducción glicemia # personas inscritas % = A/B*100
Proporción personas con reducción de los triglicéridos en 10 mg/dL o más # personas con reducción triglicéridos # personas inscritas % = A/B*100
Proporción personas con reducción del colesterol total en 10 mg/dL o más # personas con reducción colesterol total # personas inscritas % = A/B*100
Proporción personas con aumento del colesterol HDL en 10 mg/dL o más # personas con aumento HDL # personas inscritas % = A/B*100
Proporción personas con reducción del colesterol LDL en 10 mg/dL o más # personas con reducción LDL # personas inscritas % = A/B*100
Proporción personas con reducción del colesterol VLDL en 10 mg/dL o más # personas con reducción VLDL # personas inscritas % = A/B*100

Indicadores medición impacto funcional - física

- Tiempo de mejora de test: 10 x 20 metros
- Tiempo de mejora de test: Abdominales por 1 minuto
- Tiempo de mejora de test: Flexi- extensión (ejercicio adaptado) por 1 minuto
- Tiempo de mejora de test: Step por 1 minuto
- Tiempo de mejora de test: Sentadilla (ejercicio adaptado) por 1 minuto

Indicadores de impacto cuidado de enfermería
- Adherencia al tratamiento médico prescrito
- Adherencia acciones de autocuidado
- Disminución de factores de riesgo identificados

Indicadores de acuerdo a la ruta 3280 del 2028 valoración integral del riesgo.
- Proporción de personas con tamizaje de riesgo cardiovascular.
- Proporción de mujeres con tamizaje para cáncer de cuello uterino.
- Proporción de mujeres con tamizaje para cáncer de mama.
- Proporción de personas con tamizaje para cáncer de colon y recto

Nota: Desde el inicio del reto la profesional enfermería, deberá verificar que haga la recolección de los datos y la calidad del dato para la posterior medición al finalizar la estrategia, si el profesional considera anexar un nuevo indicador o modificar alguno existente se tendrá en cuenta.

ITEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	BENEFICIARIOS
4.2	Garantizar la realización de cinco (05) jornadas de actividad física (una mensual). La jornada incluirá diversas actividades físicas adaptadas a las capacidades de los participantes, tales como ejercicios de bajo impacto, caminatas guiadas, sesiones de estiramiento y juegos recreativos; dependiendo de las condiciones de los pacientes se pueden realizar actividad física en (gimnasio o piscina) Además, se realizarán charlas informativas sobre la importancia de la actividad física en el control de la diabetes y la hipertensión, así como consejos prácticos sobre cómo integrar el ejercicio en la rutina diaria	Jornada	4	30

Objetivo: Fomentar la cultura de actividad física para disminuir el riesgo de complicaciones en pacientes con diagnóstico de diabetes o en riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas, que se encuentre en el municipio de Cravo Norte, Arauca.

Población objeto: 30 personas diagnosticadas con diabetes y/o hipertensión que puedan realizar la actividad, igualmente pueden intervenir familiares para fomentar la cultura de la actividad física en el hogar.

Meta: intervenir 30 personas diagnosticadas con hipertensión y/o diabetes y sus familias, por parte del equipo interdisciplinario.

Descripción técnica de la Actividad:

El municipio de Cravo Norte enfrenta una creciente problemática de salud pública que suscita una preocupación considerable entre sus habitantes. Un amplio segmento de la población presenta sobrepeso, y el número de personas que padece algún grado de obesidad también está en aumento. Esta situación se agrava aún más, dado que una significativa proporción de la población lleva un estilo de vida sedentario, caracterizado por la falta de actividad física regular. Esta inactividad no solo contribuye a la creciente tasa de sobrepeso y obesidad, sino que también aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares.

Con el objetivo de abordar esta problemática, la presente actividad busca generar un impacto positivo en la salud de los pacientes con enfermedades crónicas, así como en sus familias y en la comunidad en general. Se pretende fomentar la incorporación de una cultura de estilos de vida saludables que incluya la práctica regular de actividad física y la adopción de hábitos alimenticios equilibrados. Estos cambios no solo son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los individuos afectados, sino también para prevenir el deterioro de su estado de salud y reducir el riesgo de que otros miembros de su familia desarrollen condiciones similares.

La actividad física no solo es un medio para mejorar la salud física, sino que también desempeña un papel crucial en el bienestar emocional y mental de las personas. Por ello, es esencial sensibilizar a las familias, instituciones y la comunidad sobre la importancia de la actividad física como herramienta para prevenir enfermedades crónicas. Además, es vital informar sobre las consecuencias perjudiciales que el sedentarismo y los hábitos nutricionales inadecuados pueden tener en la salud a largo plazo.

Esta iniciativa busca empoderar a los habitantes de Cravo Norte para que adopten un estilo de vida más saludable, promoviendo no solo la actividad física y una alimentación balanceada, sino también un cambio cultural que respete y valore la salud física y emocional de la comunidad.

Talento humano:

Perfil Solicitados

TALENTO HUMANO	CANTIDAD
Auxiliar de enfermería	2
Profesional en enfermería	1
Profesional en psicología	1
TOTAL	**4**

Metodología:

Fase 1: Alistamiento

La población para beneficiar debe ser articulada con el personal de Promoción y Mantenimiento de la Salud del Hospital San José de Cravo Norte, Asociación de usuarios del adulto mayor para iniciar las actividades con el equipo multidisciplinario para prevenir complicaciones con personas con diagnósticos diabetes y personas en riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares y metabólicas que requieran intervención.

A su vez todo el equipo multicomponente, participara en la convocara a las personas para las actividades a realizar, así mismo en la selección de los familiares que quieran participar.

FASE 2: Fortalecimiento en la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la enfermedad cardio cerebro vascular en el municipio de Cravo Norte.

La fase 2 incluye de forma mensual:

La intervención consistirá en la organización de una jornada de actividad física, en la cual todos los profesionales del equipo multidisciplinario participarán activamente. Esta jornada estará dirigida a 30 pacientes diagnosticados con diabetes y/o hipertensión, asegurando que cada uno de ellos tenga la capacidad y la autorización médica para involucrarse en las actividades programadas.

Durante esta jornada, se promoverá un ambiente inclusivo y motivador, en el que se fomentará no solo la salud física, sino también la interacción social y el apoyo emocional entre los participantes. Se invitará a los familiares de los pacientes a unirse a esta experiencia, reconociendo la importancia del apoyo familiar en la adopción de hábitos saludables y en el manejo de estas condiciones crónicas.

La jornada incluirá diversas actividades físicas adaptadas a las capacidades de los participantes, tales como ejercicios de bajo impacto, caminatas guiadas, sesiones de estiramiento y juegos recreativos. Además, se realizarán charlas informativas sobre la importancia de la actividad física en el control de la diabetes y la hipertensión, así como consejos prácticos sobre cómo integrar el ejercicio en la rutina diaria.

El objetivo de esta intervención es no solo promover la actividad física como una herramienta fundamental para el manejo de la salud, sino también crear un sentido de comunidad y pertenencia entre los pacientes y sus familias. Se espera que esta jornada no solo contribuya a mejorar los índices de actividad física entre los participantes, sino que también refuerce su compromiso con un estilo de vida más saludable y activo.

Tiempo de la fase: Cuatro (4) meses, una jornada de actividad física de manera mensual.

CONTENIDO DEL PLAN DE TRABAJO:

El oferente garantizar la realización de cuatro (04) jornadas de actividad física (una mensual). La jornada incluirá diversas actividades físicas adaptadas a las capacidades de los participantes, tales como ejercicios de bajo impacto, caminatas guiadas, sesiones de estiramiento y juegos recreativos; dependiendo de las condiciones de los pacientes se pueden realizar actividad física en (gimnasio o piscina) Además, se realizarán charlas informativas sobre la importancia de la actividad física en el control de la diabetes y la hipertensión, así como consejos prácticos sobre cómo integrar el ejercicio en la rutina diaria.

La programación y logística del evento (jornadas de actividad física) será aprobada por la supervisión, en esta actividad se incluirá:

- Bienvenida a todos los participantes
- Los profesionales que acompañaron el proceso, previo a la actividad realizan la respectiva charla educativa de promoción de estilos de vida saludables
- toma de signos vitales antes y después de la realización de la actividad
- Entrega de refrigerio saludable a los participantes.
- hidratación (agua en bolsa), para los participantes, durante el tiempo que dure la actividad.

DURACIÓN MÍNIMA DEL EVENTO: Dos (02) horas.

POBLACIÓN ASISTENTE: debe asistir un mínimo de 30 beneficiarios directos (pacientes y familiares), que puedan asistir relacionadas con su condición de Salud en el momento de la actividad, El cual debe ser previamente avalados por el equipo de profesionales que realizaron la actividad.

SOPORTE DE LA ACTIVIDAD:

- Programación del evento aprobada por la supervisión
- Enfoque diferencial de los participantes en forma física y magnética.
- Registro fotográfico de buena calidad y videos cortos (mínimo 20 fotos y 5 videos cortos) por cada jornada, así mismo se debe recopilar y archivar los registros fotográficos de cada evento realizado.

• Plan Educativo que se realizara en las charlas educativas de cada actividad
• Plan Nutricional avalado por nutricionista y supervisor del contrato que se suministraran en todas las jornadas que se realizaran, los cuales se soportaran con los registros fotográficos de cada jornada.

ITEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	BENEFICIARIOS
4.3	Realización de jornadas de actividad física que genera cultura de estilos de vida saludables en la comunidad a través de la realización de jornadas de (aeróbico, competencia en piscinas, triatlón, resistencia o el sugerido por el Equipo de profesionales que realizara la actividad. El número mínimo de beneficiadas serán 30 personas entre (miembros de instituciones y comunidad)	Jornada	4	30

Objetivo: Fomentar la cultura de actividad física para disminuir el riesgo de presentar enfermedades crónicas no trasmisibles, debido a la presencia de estilos de vida no saludables en la población craveña.

Población objeto en cada jornada: 30 personas pertenecientes a instituciones que laboran en el municipio y comunidad en general que quiera participar.

Meta: intervenir 30 personas pertenecientes a instituciones que laboran en el municipio y comunidad en general que quiera participar en cada jornada.

Descripción técnica de la Actividad:

El municipio de Cravo Norte enfrenta una creciente problemática de salud pública que suscita una preocupación considerable entre sus habitantes. Un amplio segmento de la población presenta sobrepeso, y el número de personas que padece algún grado de obesidad también está en aumento. Esta situación se agrava aún más, dado que una significativa proporción de la población lleva un estilo de vida sedentario, caracterizado por la falta de actividad física regular. Esta inactividad no solo contribuye a la creciente tasa de sobrepeso y obesidad, sino que también aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares.

Con el objetivo de abordar esta problemática, la presente actividad busca generar un impacto positivo en la salud de los pacientes con enfermedades crónicas, así como en sus familias y en la comunidad en general. Se pretende fomentar la incorporación de una cultura de estilos de vida saludables que incluya la práctica regular de actividad física

y la adopción de hábitos alimenticios equilibrados. Estos cambios no solo son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los individuos afectados, sino también para prevenir el deterioro de su estado de salud y reducir el riesgo de que otros miembros de su familia desarrollen condiciones similares.

La actividad física no solo es un medio para mejorar la salud física, sino que también desempeña un papel crucial en el bienestar emocional y mental de las personas. Por ello, es esencial sensibilizar a las familias, instituciones y la comunidad sobre la importancia de la actividad física como herramienta para prevenir enfermedades crónicas. Además, es vital informar sobre las consecuencias perjudiciales que el sedentarismo y los hábitos nutricionales inadecuados pueden tener en la salud a largo plazo.

Esta iniciativa busca empoderar a los habitantes de Cravo Norte para que adopten un estilo de vida más saludable, promoviendo no solo la actividad física y una alimentación balanceada, sino también un cambio cultural que respete y valore la salud física y emocional de la comunidad.

Talento humano:

Perfil Solicitados

TALENTO HUMANO	CANTIDAD
Auxiliar de enfermería	2
Profesional en enfermería	1
Profesional en psicología	1
TOTAL	**4**

Metodología:

Fase 1: Alistamiento

La convocatoria será realizada por el equipo multicomponente del proyecto del plan de intervenciones colectivas (PIC), quien realizara oficio de invitación para participar en estas jornadas, la cual será extensiva a usuarios, familias y amigos que quieran participar de la actividad.

El oficio a las instituciones presentes en el municipio debe hacerse mensualmente, como recordatorio de las actividades a realizar.

FASE 2: Fortalecimiento en la adopción de conductas protectoras que logren disminuir y controlar los factores de riesgo de la enfermedad cardio cerebro vascular y metabólica en el municipio de Cravo Norte.

La fase 2 incluye de forma mensual:

La intervención consistirá en la organización de una jornada de actividad física, en la cual todos los profesionales del equipo multidisciplinario participarán activamente. Esta jornada estará dirigida a 30

Durante esta jornada, se promoverá un ambiente inclusivo y motivador, en el que se fomentará no solo la salud física, sino también la interacción social y el apoyo emocional entre los participantes y el reconociendo la importancia de la adopción de hábitos saludables para mantener una mejor salud y calidad de vida constante en el tiempo.

La jornada incluirá diversas actividades físicas con los participantes dependiendo de los escenarios en el municipio, competencia en piscina, triatlón, resistencia, aeróbicos en parques, actividad física en gimnasios o el sugerido por el equipo de profesionales que intervinieron en la actividad. Además, se realizarán charlas informativas sobre la importancia de la actividad física en la prevención de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión entre otras, así como consejos prácticos sobre cómo integrar el ejercicio en la rutina diaria.

El objetivo de esta intervención es no solo promover la actividad física como una herramienta fundamental para el manejo de la salud, sino también crear un sentido de comunidad y pertenencia entre los pacientes y sus familias. Se espera que esta jornada no solo contribuya a mejorar los índices de actividad física entre los participantes, sino que también refuerce su compromiso con un estilo de vida más saludable y activo.

Tiempo de la fase: Cuatro (4) meses, una jornada de actividad física de manera mensual.

CONTENIDO DEL PLAN DE TRABAJO:

El oferente garantizará la realización de cuatro (04) jornadas de actividad física (una mensual). La jornada incluirá diversos tipos competencia o desafío con los participantes dependiendo de los escenarios en el municipio, competencia en piscina, triatlón, resistencia, aeróbicos en parques, actividad física en gimnasios o el sugerido por el equipo de profesionales que intervinieron en la actividad

Además, se realizarán charlas informativas sobre estilos de vida saludables, previa a la realización de actividad física. La programación y logística del evento (jornadas de actividad física) será aprobada por la supervisión, en esta actividad se incluirá:

- Bienvenida a todos los participantes
- Los profesionales que acompañaron el proceso, previo a la actividad realizan la respectiva charla educativa de promoción de estilos de vida saludables
- toma de signos vitales antes y después de la realización de la actividad
- Entrega de refrigerio saludable a los participantes.
- hidratación (agua en bolsa), para los participantes, durante el tiempo que dure la actividad.

DURACIÓN MÍNIMA DEL EVENTO: Dos (02) horas.

POBLACIÓN ASISTENTE: debe asistir un mínimo de 30 beneficiarios pertenecientes a instituciones que laboran en el municipio y comunidad en general que quiera participar.

SOPORTE DE LA ACTIVIDAD:

- Programación del evento aprobada por la supervisión
- Enfoque diferencial debidamente diligenciado en todas sus variables de los participantes en forma física y magnética.
- Registro fotográfico de buena calidad y videos cortos (mínimo 20 fotos y 5 videos cortos) por cada jornada.
- Plan Educativo que se realizara en las charlas educativas de cada actividad
- Plan Nutricional avalado por nutricionista y supervisor del contrato que se suministraran en todas las jornadas que se realizaran, los cuales se soportaran con los registros fotográficos de cada jornada. • Informe ejecutivo donde se evidencie información del enfoque diferencial de todas sus variables, resultados obtenidos, recomendaciones, conclusiones.

COMPONENTE No 5: FORTALECIMIENTO DE LA SALUD NUTRICIONAL EN GESTANTES, LACTANTES Y MENORES DE 5 AÑOS DEL RESGUARDO INDIGENA CANANAMA Y MENORES DE 5 AÑOS EN RIESGO DE MAL NUTRICION POR DEFICIT/ EXCESO EN EL MUNICIPIO DE CRAVO Y PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERA.

ITEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	BENEFICIARIOS
5.1	Campaña de información en salud que intervenga los riesgos de (20) niños/niñas con mal nutrición por déficit de peso en menores de 5 años pertenecientes al resguardo indígena Cananama y menores de 5 años diagnosticado con déficit/exceso de peso reportados por la IPS hospital San José, del mismo modo promocionar alimentación saludable, hábitos saludables en la preparación y consumo de los alimentos y promoción de la importancia de la lactancia materna	Procesos	1	20 niños/niñas menores de 5 años.

Descripción de la actividad

Esta estrategia se llevará a cabo mediante intervenciones con la población infantil edades de 1 a 5 años con diagnostico riesgo de desnutrición aguda y desnutrición aguda moderada y severa, así mismo con niños con sobre peso, focalizando y priorizando población Infantil Indígena y población menor de 5 años captada por el hospital san José . Según indicador antropométrico Peso para la Talla de acuerdo con los patrones de crecimiento de la resolución 2465 de 2016. Las competencias estarán dirigida y liderada por un equipo interdisciplinario para la identificación, articulación,

canalización, seguimiento nutricional, gestión para la vinculación a programas sociales y de recuperación y verificación de la entrega efectiva del tratamiento de manera oportuna de los niños con Dx nutricional de Desnutrición Aguda Modera y Severa por parte de su Asegurador (EAPB) o gestión con el ente territorial Municipal y/o cooperantes internacionales para los casos sin afiliación al SGSSS.

Por otro lado; se realizará identificación y diagnóstico de casos con Riesgo de desnutrición aguda, a quienes se les ofrecerá una intervención con tratamiento de quimioterapia preventiva antihelmíntica (Mebendazol por 100mg jarabe), entrega de multivitamínicos, verificación y canalización a ruta de atención integral de la primera Infancia; y efectuaran seguimientos antropométricos de manera mensual.

Objetivo general: Reducir las deficiencias nutricionales con base en actividades de inmunización masiva antihelmíntica y complementación nutricional en población infantil en los municipios de Tame, Saravena y Arauca en el departamento de Arauca.

Objetivos específicos:

Realizar detección, tratamiento y seguimiento de los niños con edades de 1 a 5 años con desnutrición aguda Moderada – severa pertenecientes al resguardo indígena de Cananama y niños menores de 5 años reportados por la IPS hospital san José.

Focalizar la población objeto a través de convocatoria masiva de la comunidad general, programa de primera Infancia del ICBF, entre otros sectores para implementación y adopción de la estrategia.
Realizar detección temprana, tratamiento y seguimiento del riesgo de desnutrición aguda en los niños con edades de 1 a 5 años.

Población Objeto: EL 100% de los Niños con edades de 1 a 5 del resguardo indígena Cananama y el 100% de los niños con diagnóstico de desnutrición aguda modera y severa identificados a través del SISVAN o SIVIGILA y niños y niñas menores de 5 años con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda

DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA

La metodología para desarrollar para ejecución de la estrategia se desarrollará en 2 fases descritas a continuación juntos con los productos a entregar:

PRIMER FASE: ALISTAMIENTO Y ARTICULACION INTERSECTORIAL

En esta fase se debe desarrollar un proceso de articulación Intersectorial por parte del Operador y Coordinador del proyecto, donde se lleve a cabo la socialización de las actividades con las entidades territoriales/Planes Territoriales de Salud y Centro Zonales del ICBF de los municipios seleccionados, donde se establecerán las estrategias para la focalización de la población objeto. Es importante que el operador desarrolle acercamiento a las unidades de Servicio-UDS de los programas de primera Infantil; con el propósito de coordinar y definir el número de beneficiarios que cumplen con el criterio principal de Diagnostico de DNT aguda Modera /severa y Riesgo de desnutrición Aguda. Se establece cronograma de actividades a desarrollar para la ejecución de la actividad.

Paralelamente el operador diseñara los formatos necesarios para las intervenciones a desarrollar en las fases de ejecución de la estrategia como: formato de valoración nutricional y antropométrica inicial, de seguimiento y final, lista de asistencia con enfoque diferencial, formato de entrega de multivitamínico , Formato de consentimiento informado a padres, Formato de registro de la administración del tratamiento para la estrategia de quimioterapia preventiva diligenciados y cronograma de actividades de manera mensual; documentos que deben ser presentados a la supervisión para su aprobación.

SOPORTES PARA ENTREGAR:

- Planeación y Cronograma de actividades
- Formato diligenciado de intervención inicial firmada por los beneficiarios y profesionales
- Formato diligenciado de visita de seguimiento firmadas por los beneficiarios y profesionales
- Informe de ejecución de la actividad, que contenga análisis del enfoque con todas sus variables, resultados obtenidos de los pacientes, educación brindada por el profesional y estado nutricional.

- Registro de plan nutricional realizado a los beneficiarios.
- Base de datos de los pacientes atendidos, donde se evidéncienla atención inicial y su seguimiento
- Actas de socialización y Articulación intersectorial (Hospital San José)
- Enfoque diferencial de los menores participantes.
- Formato de entrega de multivitamínico.
- Recopilar y archivar los registros fotográficos en carpetas individualizadas que estén claramente etiquetadas de forma semanal y mensual, indicando las fechas y el nombre de cada actividad, con un mínimo de 20 registro fotográficos de buena calidad donde se evidencie claramente la actividad realizada.

SEGUNDA FASE: EJECUCION DE LA ESTRETEGIA

Una vez identificada y focalizada la población Infantil, el profesional de Nutrición realizara la valoración Inicial antropométrica de los niños/ niñas con edades de 1 a 5 años, con el propósito de confirma diagnostico nutricional de DNT aguda Modera /severa y Riesgo de desnutrición Aguda. Una vez confirmado el diagnostico nutricional se entregará soporte de multivitamínico, se hará firmar consentimiento informado para la entrega de desparasitante medicamento Mebendazol 100 mg jarabe y se brinda educación alimentaria.

Continuación se describe de acuerdo con el diagnóstico nutricional la cantidad de multivitamínico y desparasitantes a suministrar:

RELACION DE ENTREGA MENSUAL DE MULTIVITAMINICO Y DESPARASITANTE		
NIÑOS Y NIÑAS CON DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE:	**MULTIVITAMINICO (S0BRE 300 g) / CANTIDAD MES**	**MEDICAMENTO (ALBENDAZOL *400MG)-10 ML (1 sobre de** sachet) para mayores de 2 años.
Desnutrición aguda Modera o severa	1 Caja	**1 sobre de** sachet
Riesgo de desnutrición aguda	2 Caja	**1 sobre de** sachet

En el Caso de los niños con Desnutrición Aguda Moderada y Severa que ya han sido notificados al SIVIGILA, el Técnico Auxiliar de enfermería, verificará si el menor recibe manejo, tratamiento y asistencia periódica de acuerdo al lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad por parte de la EAPB de afiliación; en el caso de no recibir la respectivas atención, se deberá realizar la notificación informando a la entidad Municipal de salud y canalizando a la EAPB de afiliación para la activación de la ruta de atención. Los casos con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda se derivarán a la EAPB para garantizar la atención por parte del Prestador de servicios de Salud, se notificará y articulará con el apoyo de la secretaria Municipal de Salud Municipal para lograr la atención efectiva de estos. Para finalizar impartirá educación alimentaria al padre de familia y/o cuidador del menor, efectuará el seguimiento telefónico a los acuerdos con el padre de familia y/o acudiente y verificación de la atención efectiva por parte de la EAPB.

Se realizará un seguimiento antropométrico de manera mensual, verificando la mejoría del menor entre otros aspectos relacionados con la alimentación, al igual se ratificará el cumplimiento o avances de los compromisos adquiridos en la valoración Inicial, se suministrará soporte nutricional de acuerdo con el diagnóstico y educación nutricionales sobre alimentación saludable en la infancia. Treinta (30) días posteriores, realizara valoración nutricional final, verificando la ganancia de peso, mejoría de los signos físicos, cumplimiento de compromisos por parte del padre de familia y/o acudiente y verificación de las canalizaciones efectivas a las EAPB.

El auxiliar de enfermería realizara el reporte, canalización y seguimiento a las acciones necesarias con el propósito de garantizar atenciones de los menores. Asimismo, se notificará a entidades públicas y privadas para la vinculación de las familias de los niños con DNTA aguda moderada y Severa, y Riesgo de Desnutrición aguda a programa sociales que se estén implementando en el territorio. En la valoración nutricional final, verificara cuantos de estos niños están siendo beneficiados en programas sociales.

TERCERA FASE: INFORME DE LA ACTIVIDAD

Se realizará informe nutricional y antropométrico de la población intervenida, caracterización (discriminando la población indígena, migrante, víctimas de la violencia etc), % de recuperación de niños con desnutrición aguda y riesgos de desnutrición aguda análisis nutricional comparativo de las intervenciones realizadas.

TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD: Tres (3) meses.

NOTA: Los multivitamínicos y el medicamento para la desparasitación (albendazol *400mg/ 10 ML sobre de sachet) serán entrega dos al equipo interdisciplinario encabezado por la nutricionista, quien garantizar el desplazamiento al resguardo indígena Cananama del personal que realizara la actividad.

TALENTO HUMANO QUE SE REQUIERE PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD:

TALENTO HUMANO	CANTIDAD
Auxiliar de enfermería	2
Profesional en enfermería	1
Profesional en psicología	1
Profesional Nutricionista	1
TOTAL	**5**

ITEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	BENEFICIARIOS
5.2	Acciones de promoción de la salud en el marco de celebración de la semana de la lactancia materna y maternidad segura, en el municipio de Cravo Norte, Arauca.	Procesos	1	30 mujeres entre lactantes con niños menores de 6 meses y gestantes

META: Intervenir a 30 mujeres entre gestantes y lactantes de la zona urbana y rural del municipio para Fomentar y promover la lactancia materna y alimentación complementaria en menor de 2 años de la misma alimentación saludable en el proceso de gestación,

Población objeto: Gestantes y lactantes del Municipio.

Objetivo de la actividad: Promocionar los beneficios de la lactancia materna e importancia de la alimentación saludable complementaria.

Población para beneficiar: Niños lactantes, lactantes y embarazadas del municipio de Cravo Norte

Entorno: Poblacional, comunitario
Ciclo de vida: Adolescentes y adultez

Indicadores:

Cobertura: Número de Personas beneficiadas x 100
Número de Personas programadas a beneficiarse

Cumplimiento: Número de sesiones ejecutadas
Número de sesiones contratadas

Impacto: Análisis descriptivo resultante de las actividades lúdicas recreativas orientadas a adolescentes, adultos mayores, padres de familia y población en general. Beneficios o cambios referenciados en la población beneficiaria.

METODOLOGIA

Celebrar la "semana de la lactancia Materna", actividad que se debe realizará en el mes de agosto del 2026, mediante un proceso de articulación con todas las entidades presentes en el municipio, en el cual se desarrollaran las siguientes actividades:

- Se llevará a cabo un concurso de carteleras y fotografías, en el cual se invitará a las madres del municipio a compartir imágenes y diseños creativos que reflejen las vivencias y momentos especiales de la lactancia materna. Este concurso tendrá como objetivo principal promover la importancia de la leche materna para el bienestar y desarrollo de los recién nacidos, destacando sus beneficios tanto para la salud física como emocional de los infantes.

  La iniciativa busca sensibilizar a la comunidad sobre los múltiples beneficios de la lactancia, que incluyen el fortalecimiento del sistema inmunológico del bebé, la promoción de un desarrollo saludable y la creación de un vínculo afectivo entre madre e hijo. A través de las carteleras y fotografías, las participantes tendrán la oportunidad de expresar su experiencia, compartir consejos y fomentar el apoyo mutuo entre las madres, creando así una red solidaria en torno a la lactancia.

  Las obras serán exhibidas en un evento comunitario, donde un jurado, conformado por representantes de instituciones que trabajan con población infantil, nutrición y representantes de la comunidad, evaluará las propuestas en base a criterios de creatividad, originalidad y mensaje. Además, se realizará una votación abierta entre los asistentes para premiar las carteleras y fotografías más inspiradoras. Los ganadores recibirán reconocimientos que fomenten su participación continua en el apoyo a la lactancia materna, como Kits de maternidad, libros de cuidados infantiles o asesoría personalizada en temas de lactancia.

  A lo largo de la actividad, dos (02) talleres informativos sobre la importancia de la lactancia materna, así como sesiones de preguntas y respuestas para resolver inquietudes que puedan tener las madres sobre este proceso. Se contará con la participación de profesionales en área de salud con experiencia en salud materno-infantil, quienes compartirán información actualizada y práctica sobre técnicas de lactancia, tiempos recomendados y cómo enfrentar los desafíos comunes.

  Este concurso no solo busca rendir homenaje a las madres que eligen lactar, sino también empoderar a todas las mujeres del municipio, promoviendo una cultura de apoyo y conocimiento en torno a la lactancia materna como un pilar fundamental para la salud infantil. De esta manera, se espera crear un impacto positivo que trascienda el concurso, fomentando el compromiso y la defensa de la lactancia materna en la comunidad.

- Se llevará a cabo una caravana en las principales calles de la zona urbana del municipio, con el objetivo de promover la lactancia materna entre la comunidad. Este evento será una celebración dinámica y colorida que busca generar conciencia sobre la importancia de la lactancia en el desarrollo saludable de los recién nacidos, así como en el fortalecimiento del vínculo entre madre e hijo.

  La actividad será coordinada de manera colaborativa con todas las entidades que tienen presencia en el municipio, incluyendo organizaciones de salud, educativas y comunitarias. Esta colaboración permitirá un enfoque integral que maximice la difusión de información y el impacto del evento. Las entidades participantes se encargarán de aportar recursos, materiales informativos y actividades interactivas que enriquecerán la experiencia de la caravana.

  Durante la caravana, se organizarán diversas actividades, como charlas breves, entrega de plegable informativos y demostraciones sobre técnicas de lactancia. Se utilizarán carrozas decoradas con mensajes sobre los beneficios de la lactancia materna y se invitará a las madres lactantes a compartir sus historias y experiencias, creando un ambiente de apoyo y solidaridad. Además, se implementarán actividades lúdicas y artísticas, como presentaciones de música y danza que resalten la importancia de la maternidad y la nutrición infantil.

  La caravana tendrá un recorrido planificado que incluye puntos estratégicos donde se detendrán para interactuar con el público, responder preguntas y ofrecer asesoramiento sobre lactancia materna. También se

crearán espacios para que las madres puedan recibir apoyo profesional en sus dudas y preocupaciones sobre la lactancia.

Este evento no solo busca informar y educar, sino también involucrar a toda la comunidad en la promoción de la lactancia materna como un elemento clave para la salud pública. Con la participación de instituciones y ciudadanos, se espera crear una red de apoyo que fomente la lactancia materna y genere un cambio positivo en la percepción y práctica de esta vital actividad en el municipio. La caravana representará, por tanto, un paso importante hacia la construcción de una cultura de salud familiar que beneficie tanto a las madres como a sus hijos y a toda la comunidad.

- Se llevará a cabo una jornada lúdica recreativa, que servirá como evento central para celebrar y dar a conocer a las madres más comprometidas con la lactancia materna. Este evento no solo buscará destacar el esfuerzo y dedicación de estas mamitas, sino también promover la importancia de la lactancia como un aspecto fundamental para la salud y el desarrollo de los lactantes.

  La jornada estará organizada en colaboración con diversas entidades que trabajan en pro de las madres y los lactantes en el municipio, creando un espacio de sinergia entre organizaciones y la comunidad. A través de esta articulación, esperamos enriquecer la actividad con charlas informativas, talleres interactivos y actividades recreativas diseñadas para toda la familia. De esta manera, se fomentará un ambiente de aprendizaje y apoyo, donde se compartan experiencias y buenas prácticas en torno a la lactancia.

  Además, la jornada con gestantes y lactantes incluirá dinámicas familiares, juegos educativos y presentaciones culturales que celebran la maternidad y el papel vital de la lactancia en la salud infantil. Se proporcionarán recursos y materiales informativos sobre lactancia materna, nutrición y cuidado infantil, asegurando que todas las madres presentes salgan con información valiosa que puedan aplicar en su día a día.
  Este evento no solo pretende ser un reconocimiento a las mamás comprometidas, sino también una invitación a toda la comunidad para que se una en la promoción de prácticas saludables que beneficien a las madres y sus hijos. Al fomentar un ambiente positivo y celebrativo, se buscará fortalecer redes de apoyo entre las familias, sensibilizando sobre la importancia de la lactancia materna y el bienestar familiar.

- Para el desarrollo de la actividad se debe contar con talento, Enfermera profesional y Psicóloga, personal de apoyo para la realización de la intervención con los asistentes a los eventos programados, igualmente se deberá garantizar la logística y los insumos necesarios. Que deberán estar especificados en el plan de trabajo previamente aprobado para la realización de la actividad.

- **APOYO LOGÍSTICO**

  - Material educativo digital
  - Ayudas audiovisuales
  - Creación de espacios en redes sociales.
  - Premiación como la mamita más creativa

- **Periodo de ejecución de la actividad:** Esta actividad se realizará en la primera semana del mes de agosto del 2026.

- **Plazo para ejecución de la actividad:** la actividad se desarrollará en el transcurso de la ejecución del proyecto.

- **Lugar de ejecución de la actividad:** área urbana municipio de Cravo Norte.
- **Recurso humano:** Se deberá garantizar enfermera y un (1) auxiliar de enfermería. En verificación y seguimiento por el Coordinador del PIC.

El recurso humano en salud deberá cumplir con los requisitos de ley con relación a hojas de vida y soportes, el cual incluye el registro actualizado ante la UAESA o RETHUS, de acuerdo con la normatividad vigente.

Para el desarrollo de esta actividad se deberán tener en cuenta el siguiente proceso de planificación y ejecución:

- ✓ Elaboración del plan de trabajo
- ✓ Elaboración de cronograma
- ✓ Planeación de las actividades a desarrollar
- ✓ Diseño de instrumentos a aplicar durante el desarrollo de las intervenciones
- ✓ Inducción al personal
- ✓ Socialización a la Comunidad mediante espacio radial.
- ✓ Informe ejecutivo de la actividad que refleje el impacto en las gestantes y lactantes, el conocimiento adquirido a través de la realización de los pretest y pos-test y final mente los enfoques diferenciales de la población intervenida.
- ✓ Enfoque diferencia en físico y magnético de los participantes.

Soporte de la Actividad:

Producto para entregar:

- ➢ Plan de trabajo y cronograma de actividades
- ➢ Registro de participación de la comunidad en las actividades en medio digital.
- ➢ Certificación de la realización de la actividad por el supervisor del contrato
- ➢ Informe general de ejecución que contenga (hallazgos, intervenciones, logros, análisis de datos estadístico), observaciones, conclusiones, registro fotográfico, registros de participación, anexos, entre otros
- ➢ Entrega de soporte de los programas radiales en medio digital, CD
- ➢ Informe ejecutivo que contenga, datos del enfoque diferencial
- ➢ Recopilar y archivar los registros fotográficos en carpetas individualizadas que estén claramente etiquetadas de forma semanal y mensual, indicando las fechas y el nombre de cada actividad, con un mínimo de 20 registro fotográficos de buena calidad donde se evidencie claramente la actividad realizada.

TALENTO HUMANO QUE SE REQUIERE PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD:

TALENTO HUMANO	CANTIDAD
Auxiliar de enfermeria	2
Profesional en enfermería	1
Profesional en psicología	1
TOTAL	**4**

COMPONENTE No 6: CAMPAÑA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES VECTORIALES EN LA ZONA URBANA y RESGUARDO INDIGENA CANANAMA EN EL MUNICIPIO DE CRAVO NORTE, ARAUCA.

ITEM	DESCRIPCIÓN	UND	CANT	BENEFICIARIOS
6.1	Campaña información y educación para la disminución de enfermedades vectoriales, en el resguardo indígena Cananama y zona urbana del municipio de Cravo Norte, Arauca.	Campaña	1	Población de los 7 barrios de la zona urbana y población Resguardo indígena de Cananama.

6.1 REALIZACIÓN DE (02) JORNADAS DE RECOLECCIÓN DE INSERVIBLES, EN LA ZONA URBANA Y UNA (01) EN EL RESGUARDO INDIGENA CANANAMA DEL MUNICIPIO DE CRAVO NORTE, ARAUCA.

Objetivo de la actividad: Realizar dos (02) jornadas de recolección de inservibles en la zona urbana y una (01) en el resguardo indígena Cananama; que servirá como estrategia que busca prevenir la proliferación de mosquitos causante de enfermedades vectoriales, ante la próxima temporada invernal en el municipio.

Meta: Beneficiar población de la zona urbana y resguardo indígena Cananama.

Entorno: Poblacional

Plazo para ejecución de la actividad: La actividad se desarrollará en el transcurso de la ejecución del proyecto.

Metodología para la realización de la jornada de recolección de inservibles en zona Urbana.

La metodología para implementar se basa en la articulación con las diferentes entidades como ASOJUNTAS, Presidentes de juntas de los barrios de la zona urbana, bomberos, empresa de JAGUEY, entre otras entidades que pueden generar más impacto en la realización de la actividad.
La actividad se debe comenzar con la promoción de la actividad (perifoneo), tres (03) días antes de la realización de cada jornada de recolección de inservibles en la zona urbana del municipio El perifoneo se realizaran dos (02) horas diarias durante tres (03) días en cada jornada de recolección de inservibles, para un total de 12 horas de perifoneo donde se le avisara a la población el día en que deben sacar a las puertas de su casa los elementos inservibles para ser recolectados, así mismo 10 cuñas radiales en horario de alta afluencia de oyentes. Igualmente se realizara la entrega de 2000 plegables educativos de prevención de enfermedades vectoriales distribuidos de la siguiente manera: 1000 con información de prevención del dengue y 1000 de prevención de casos de fiebre Amarilla .

Para llevar a cabo la recolección de inservibles en el resguardo indígena Cananama, es fundamental concertar previamente una reunión con el gobernador del resguardo y con la comunidad en general. Este proceso implica que el coordinador del proyecto se desplace al resguardo para dialogar directamente con los miembros de la comunidad, con el fin de informarles sobre la realización de un encuentro de saberes. Este encuentro tiene como objetivo evaluar la situación actual de la comunidad en relación con los riesgos asociados a enfermedades transmitidas por vectores, tales como el dengue, la fiebre amarilla y otras patologías similares.

Además de comprender el contexto y los desafíos que enfrenta la población, el encuentro tendrá como finalidad establecer de manera colaborativa estrategias efectivas para disminuir el riesgo de que surjan casos de enfermedades vectoriales. Es esencial fomentar un enfoque participativo que permita a la comunidad expresar sus inquietudes, experiencias y conocimientos en el manejo de estas problemáticas. De esta forma, se buscará crear un plan de acción que integre las perspectivas de los habitantes y los conocimientos técnicos del equipo de salud.

Para facilitar la realización de este encuentro de saberes orientado a la prevención de enfermedades vectoriales, el equipo multicomponente organizará una olla comunitaria en el resguardo. Esta actividad no solo servirá como un medio para nutrir a los asistentes, sino que también se concibe como una herramienta para fomentar la integración entre la comunidad y el equipo básico de salud. A través de la participación activa en una dinámica de cocina compartida, se espera que los integrantes de la comunidad se sientan más cómodos y abiertos a dialogar sobre sus preocupaciones sanitarias.

La dinámica de cocina compartida, permitirá generar un ambiente propicio para el intercambio de ideas y la colaboración. Durante este evento, se llevarán a cabo charlas educativas sobre la prevención de enfermedades vectoriales, donde se presentarán métodos prácticos para minimizar riesgos, como la eliminación de criaderos de mosquitos y la promoción de buenas prácticas de salud pública. Asimismo, se incentivará a la comunidad a compartir sus conocimientos tradicionales y sus estrategias de prevención, enriqueciendo así el proceso de aprendizaje mutuo.

Esta iniciativa busca no solo abordar la problemática de las enfermedades vectoriales a través de la recolección de inservibles, sino también fortalecer los lazos comunitarios y crear un espacio donde la sabiduría ancestral y el conocimiento científico converjan en beneficio de la salud de todos los habitantes del resguardo indígena Cananama.

Actividades específicas

- Socialización de la actividad, para concertación con presidentes de juntas de la zona Urbana, así mismo concertar con gobernador del resguardo indígena cananama y su comunidad para articular acciones a desarrollar.
- Construcción de las herramientas a diligenciar
- Construcción del informe ejecutivo de planeación
- Construcción del informe de ejecución del componente
- Apoyar la logística necesaria para el éxito de la realización de las jornadas.

Recurso humano: Para la ejecución de la actividad se contará con el siguiente personal:

- Profesional en enfermería

- Coordinador
- Auxiliares de enfermería.
- Psicólogos

Recursos Físicos: Se deberá garantizar los insumos y materiales necesarios para el desarrollo de las actividades, por lo que estos serán responsabilidad del proveedor u operador que se contrate para la ejecución de las actividades del PIC.

Evidencia y Soporte de la Actividad: el contratista deberá entregar para el cumplimiento de este ítem las siguientes actividades:

1. Plan de trabajo y cronograma de actividades, aprobado por el Supervisor.
2. Acta de articulación con presidente de juntas y acta de articulación con gobernador y comunidad del resguardo indígena cananama.
3. Certificación de los presidentes de juntas de la zona urbana y gobernador del resguardo indígena Cananama.
4. Registro fotográfico de las jornadas realizadas en la zona urbana y el resguardo indígena Cananama. Se debe tener un mínimo de 20 fotos de cada jornada de recolección de inservibles
5. Herramientas diligenciadas.
6. Informe ejecutivo de resultados
7. Informe ejecutivo mensual donde evidencie la ejecución y avance de la actividad.
8. Certificación mensual de la ejecución de la actividad expedido por el supervisor del Municipio de Cravo Norte, una vez sea validado el informe ejecutivo.
9. Construcción del informe ejecución donde se evidencien el enfoque diferencial, análisis de los datos de formatos de medición del riesgo utilizado y su respectiva educación. El informe debe contener el análisis del riesgo de la población con respecto a la herramienta utilizada para valorar esta variable.

TALENTO HUMANO QUE SE REQUIERE PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD:

TALENTO HUMANO	CANTIDAD
Auxiliar de enfermería	2
Profesional en enfermería	1
Profesional en psicología	1
TOTAL	**4**

TIPO DE CONTRATO: Prestación de Servicios
PLAZO: Siete (07) Meses
LUGAR DE EJECUCIÓN: Cravo Norte

Atentamente,

JULIO CESAR DELGADO ALARCON
Secretario de Planeación y Obras

Nombre: Yesica Danitsa Nieves L Cargo: Apoyo técnico al Plan Territorial de Salud	Proyectó y Elaboró	