PROCESO DE CONVOCATORIA PÚBLICA
LICITACIÓN PÚBLICA - N°001-2026

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER
NIT: 890-500.890-3

PLIEGO DE CONDICIONES DEFINITIVO

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
DE NORTE DE SANTANDER

OBJETO: "CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE EXTERNALIDAD EN LA SALUD PÚBLICA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CONFORME AL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, RESOLUCIÓN MINSALUD 1597 DE 2025 Y RESOLUCIÓN MINSALUD 3280 DE 2018, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER"

HORA LEGAL

Para todos los efectos legales del presente proceso, se tomará como Hora Legal, la hora legal de la República de Colombia que mantiene, coordina y difunde el Instituto Nacional de Metrología (INM), de conformidad con lo establecido en el Numeral 17 del artículo 6 del Decreto Ley 4175 de 2011, en concordancia con el artículo 87 del Decreto 1471 de 2014.

Cúcuta, Norte de Santander, junio 1 de 2026

JUAN ALBERTO BITAR MEJÍA
Director del Instituto

RECOMENDACIONES A LOS PARTICIPANTES.

Este pliego de condiciones ha sido elaborado siguiendo los postulados señalados por las Leyes 80 de 1993, 1150 de 2007, **1182 de 2018**, el Decreto 1082 de 2015 y las demás normas concordantes y complementarias.

Para la elaboración de las propuestas se solicita seguir la metodología señalada en este documento, con el objeto de obtener claridad y ofrecimientos de la misma índole que permitan una selección objetiva, transparente y responsable y así evitar la declaratoria de desierta de este proceso de LICITACIÓN PÚBLICA.

Se recuerda a los proponentes, que de acuerdo con la Ley 80 de 1993, el particular que contrata con el Estado adquiere la calidad de colaborador del mismo, en el logro de sus fines y, por lo tanto, cumple una función social que implica obligaciones, sin perjuicio de los derechos que la misma ley le otorga. Igualmente, para efectos de la responsabilidad penal, los contratistas se consideran particulares que cumplen funciones públicas en todo lo concerniente a la celebración, ejecución y liquidación del contrato, razón por la cual están sujetos a la responsabilidad que en esta materia señala la ley para los servidores públicos.

Por lo anterior se recomienda:

- Examine rigurosamente el contenido del pliego de condiciones, los documentos que hacen parte del mismo y las normas que regulan la Contratación con Entidades del Estado (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 y demás normas reglamentarias y complementarias).
- Verifique que no se encuentra incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad o prohibiciones, constitucional y legalmente establecidas para participar en un proceso de selección pública y contratar.
- Cerciórese de que cumple las condiciones y reúne los requisitos aquí señalados.
- Adelante oportunamente los trámites tendientes a la obtención de los documentos que debe allegar con la propuesta y verifique que contiene la información completa que acredita el cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley y en el presente pliego de condiciones.
- Toda consulta debe formularse por escrito. No se atenderán consultas personales o telefónicas. Ningún convenio verbal con personal del IDS, antes o después de la firma del contrato, podrá afectar o modificar ninguno de los términos y obligaciones aquí estipuladas.
- Tenga en cuenta las disponibilidades presupuestales para cada LOTE según el programa y valor máximo establecido para la contratación que ofertará.
- Suministre toda la información requerida en este pliego de condiciones, dando cumplimiento a las disposiciones legales vigentes. Diligencie totalmente los anexos al presente pliego de condiciones.
- Presente la oferta en el Secop II, los proponentes serán responsables por los datos, informes, documentos y resultados que suministre durante el procedimiento de selección, así como de aquellos que entregue durante la ejecución del contrato.
- Así mismo debe indicar las marcas de los ítems y discriminar los bienes gravados con el porcentaje correspondiente, así como la demás información comercial que considere pertinente. Los errores u omisiones en que incurra el proponente al diligenciar o presentar en su oferta, serán de su exclusiva responsabilidad, invocándose como presunción por parte de la entidad de que todos los factores (impuestos, ganancias, deducciones, contribuciones) fueron incluidos ya dentro del valor ofertado. PRESENTAR PROPUESTAS EN CIFRAS SIN CENTAVOS.
- Tenga presente la fecha y hora previstas para el cierre del presente proceso de selección, dado que EN NINGÚN CASO SE RECIBIRÁN PROPUESTAS POR FUERA DEL TÉRMINO PREVISTO.
- Los proponentes con la sola presentación de su propuesta, autorizan a la entidad a verificar toda la información que en ella suministre o la que con ella se relacione. El IDS, se reserva el derecho de solicitar subsanes y documentación en condiciones de igualdad para todos los proponentes sobre los requisitos que no afecten el factor de ponderación de las ofertas, lo cual podrá realizarse hasta la fecha máxima que indique la Entidad. Lo anterior conforme lo establecido en los numerales 2,3 y 4 del artículo 5º de la Ley 1150 de 2007 y Decreto 1082 de 2015.

CAPITULO I – CONDICIONES GENERALES

1. CRONOGRAMA, JUSTIFICACIONES, CONDICIONES GENERALES Y ESPECIFICACIONES.

1.1. CRONOGRAMA OFICIAL – LICITACIÓN PÚBLICA -001-2026.

El cronograma se llevará a cabo conforme se estructura en la plataforma Secop II.

1.2. INTERPRETACIÓN DEL PLIEGO DE CONDICIONES.

El pliego de condiciones debe ser interpretado como un todo y sus disposiciones no deben ser entendidas de manera separada; por lo tanto, al mismo se integran los estudios previos, especificaciones técnicas, anexos, formularios y adendas. El orden de los capítulos y cláusulas de este pliego de condiciones no debe ser interpretado como un grado de prelación entre los mismos. Los títulos utilizados en este pliego de condiciones sirven sólo para identificar textos, y no afectarán la interpretación de los mismos para conocimiento de todos los participantes en este procedimiento de selección. Solamente las informaciones, interpretaciones y aclaraciones suministradas por escrito y los cambios o modificaciones comunicados en la página electrónica www.colombiacompra.gov.co comprometerán al INSTITUTO, para los efectos de esta contratación bajo la modalidad de Licitación Pública. Todas las deducciones, errores y omisiones que, con base en sus propios análisis, interpretaciones o conclusiones, etc., en que incurra el proponente respecto de los términos de esta convocatoria pública bajo la modalidad de Licitación, son por su exclusiva cuenta. Por tanto, el INSTITUTO, no asume responsabilidad alguna por tales análisis, interpretaciones y/o conclusiones.

1.3. POTESTAD DE VERIFICACIÓN.

La entidad se reserva el derecho de verificar íntegramente la autenticidad, exactitud y coherencia de la totalidad de la información aportada por el proponente, pudiendo acudir para ello a las fuentes, personas, empresas, entidades estatales o aquellos medios que considere necesarios para el cumplimiento de dicha verificación.

1.4. NECESIDADES DEL CONTRATO.

La Resolución 1597 de 2025 define al PIC como un plan complementario al Plan de Beneficios de Salud – PBS, que busca impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud e incidir en sus resultados, con el propósito de garantizar la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas se requiere la contratación del desarrollo de las acciones descritas en estos estudios para lograr el cumplimiento de las metas previstas en LOS programas del PDSP incluidas en el PTS, teniendo como fundamentalmente lo establecido en la Resolución Minsalud N°1597 de 2025 y Resolución 3280 de 2018.

Esto a través de la ejecución de intervenciones colectivas desarrolladas a largo del curso de la vida, en el marco al derecho a la salud y lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública- PDSP.

Según lo definido en la Resolución 1597 de 2025 el PIC será dirigido y administrado por el Estado.

Su formulación, ejecución, seguimiento y evaluación está a cargo de los Departamentos, Distritos y Municipios.

Las intervenciones colectivas del PIC son gratuitas y dirigidas a la totalidad de la población, sin importar el estado de aseguramiento. No están sujetos a procesos de afiliación, periodos mínimos de cotización, copagos, cuotas moderadas o cuotas de recuperación.

El PIC se rige por los procesos de autonomía y poder local. Las intervenciones colectivas son definidas por cada entidad territorial.

La Resolución 1597 de 2025 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social será quien defina las directrices para formular, implementar y evaluar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, esta formulación se realizará con base en el reconocimiento de las condiciones de vida y salud de las personas, familias y comunidades en el territorio y los acuerdos intersectoriales, sociales y comunitarios suscritos para el cuidado integral de la salud, en el ámbito de su jurisdicción.

El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas esta armonizado con el Plan de Desarrollo Territorial, el Plan Territorial de Salud, el Plan de Acción en Salud y demás instrumentos de Planeación Integral en Salud vigentes, en aras de garantizar la eficiente ejecución técnica y financiera de los recursos, así como el logro de los resultados en salud.

La contratación de las Intervenciones Colectivas se hará con las instituciones que tengan capacidad técnica y operativa, requisitos que están establecidos en el artículo 14 de la resolución No. 1597 de 2025:

- ✓ **14.1.** Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionado con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.

- ✓ **14.2.** Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, de manera territorializada y permanente. Este coordinador debe cumplir con el perfil establecido por la entidad territorial y para el caso de los departamentos, distritos y municipios categoría 1, 2 y 3 deberá acreditar experiencia en salud pública.

- ✓ **14.3.** Dar cumplimiento al plan de fortalecimiento institucional para la ejecución de Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, conforme a parámetros de calidad. Este requisito se aplicará a partir del primer año de entrada en vigencia del presente acto administrativo.

- ✓ **14.4.** Cuando la contratación incluya el manejo de biológicos, medicamentos, dispositivos o insumos médicos, la institución deberá cumplir con lo establecido por el Sistema Único de Habilitación y, los lineamientos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo: Tratándose de población indígena y hasta tanto se reglamenten los decretos leyes 968 de 2024 y 480 de 2025, las entidades territoriales continuaran atendiendo las instrucciones contenidas en la Resolución 518 de 2015 y su modificatoria Resolución 295 de 2023, así como la Circular 11 de 2018.

Los recursos financieros destinados a la ejecución de los procesos de Gestión en Salud Pública y el PIC, se hará mediante la Subcuenta de Salud Pública Colectiva.

La financiación con los gastos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva no incluye las tecnologías que están dentro del PBS, las competencias de otros sectores o actores, elaboración de impresión de objetos promocionales o informativos que no generen impacto en la salud pública.

De otra parte, con el fin de dar cumplimiento a la contratación del Plan de Intervenciones Colectivas del Departamento y según lo dispone la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y sus decretos reglamentarios, en especial el Decreto Compilatorio 1082 de 2015 y demás normas concordantes o complementarias. Para aquellos aspectos no regulados en las normas anteriores, se aplicarán las normas comerciales y civiles pertinentes, así como las reglas previstas en este pliego de condiciones, o en las adendas que se expidan durante el desarrollo de este proceso. También tendrán aplicación las normas legales que se dicten sobre la materia durante el desarrollo de esta contratación y que deban empezar a regir durante la vigencia de la misma, con las excepciones que al respecto se determinen y las que se desprendan de las normas generales sobre vigencia de normas.

El artículo 2, Numeral 1 de la Ley 1150 de 2007 concordante con el artículo 30 de la Ley 80 de 1993, establece: "De las modalidades de selección. La escogencia del contratista se efectuará con arreglo a las modalidades de selección de licitación pública, selección abreviada, concurso de méritos y contratación directa, con base en las siguientes reglas: 1. Licitación pública. La escogencia del contratista se efectuará por regla general a través de licitación pública, con las excepciones que se señalan en los numerales 2, 3 y 4 del presente artículo. Cuando la entidad estatal así lo determine, la oferta en un proceso de la licitación pública podrá ser presentada total o parcialmente de manera dinámica mediante subasta inversa, en las condiciones que fije el reglamento."

Conforme al valor del presupuesto asignado, la modalidad de selección del contratista se efectuará mediante LICITACIÓN PÚBLICA, siguiendo las normas establecidas en el Estatuto Contractual acorde con la tabla de contratación de la vigencia, establecida según el movimiento del presupuesto de ingresos y gastos.

Igualmente, en cumplimiento a lo establecido en el artículo 2.2.1.1.2.2.2 del Decreto 1082 de 2015, la Entidad debe determinar la oferta más favorable para el caso de licitación teniendo en cuenta: "a) La ponderación de los elementos de calidad y precio soportados en puntajes o fórmulas; o b) La ponderación de los elementos de calidad y precio que representen la mejor relación de costo-beneficio.".

En virtud de lo anterior, a continuación, se realiza el presente análisis de conveniencia y oportunidad, el cual es parte integral del proceso de contratación y una herramienta de diagnóstico inicial:

> De otra parte, con el fin de dar cumplimiento a la contratación del Plan de Intervenciones Colectivas del Departamento y según lo dispone la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y sus decretos reglamentarios, en especial el Decreto Compilatorio 1082 de 2015 y demás normas concordantes o complementarias. Para aquellos aspectos no regulados en las normas anteriores, se aplicarán las normas comerciales y civiles pertinentes, así como las reglas previstas en este pliego de condiciones, o en las adendas que se expidan durante el desarrollo de este proceso. También tendrán aplicación las normas legales que se dicten sobre la materia durante el desarrollo de esta

contratación y que deban empezar a regir durante la vigencia de la misma, con las excepciones que al respecto se determinen y las que se desprendan de las normas generales sobre vigencia de normas.

El artículo 2, Numeral 1 de la Ley 1150 de 2007 concordante con el artículo 30 de la Ley 80 de 1993, establece: "De las modalidades de selección. La escogencia del contratista se efectuará con arreglo a las modalidades de selección de licitación pública, selección abreviada, concurso de méritos y contratación directa, con base en las siguientes reglas: 1. Licitación pública. La escogencia del contratista se efectuará por regla general a través de licitación pública, con las excepciones que se señalan en los numerales 2, 3 y 4 del presente artículo. Cuando la entidad estatal así lo determine, la oferta en un proceso de la licitación pública podrá ser presentada total o parcialmente de manera dinámica mediante subasta inversa, en las condiciones que fije el reglamento."

Conforme al valor del presupuesto asignado, la modalidad de selección del contratista se efectuará mediante LICITACIÓN PÚBLICA, siguiendo las normas establecidas en el Estatuto Contractual acorde con la tabla de contratación de la vigencia, establecida según el movimiento del presupuesto de ingresos y gastos.

Igualmente, en cumplimiento a lo establecido en el artículo 2.2.1.1.2.2.2 del Decreto 1082 de 2015, la Entidad debe determinar la oferta más favorable para el caso de licitación teniendo en cuenta: "a) La ponderación de los elementos de calidad y precio soportados en puntajes o fórmulas; o b) La ponderación de los elementos de calidad y precio que representen la mejor relación de costo-beneficio.".

En virtud de lo anterior, a continuación, se realiza el presente análisis de conveniencia y oportunidad, el cual es parte integral del proceso de contratación y una herramienta de diagnóstico inicial:

LOTE 1.

SUBGRUPO 1. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

1. JUSTIFICACIÓN

Las coberturas críticas de vacunación identificadas en varios municipios del departamento representan un riesgo epidemiológico alto para la salud pública, debido a que favorecen la acumulación de población susceptible y la pérdida progresiva de la inmunidad colectiva requerida para prevenir brotes y reintroducciones de enfermedades inmunoprevenibles. La persistencia de brechas en biológicos trazadores compromete el control de eventos como sarampión, rubéola, difteria, tosferina y poliomielitis, especialmente en territorios con barreras de acceso, alta movilidad poblacional y condiciones socioeconómicas vulnerables. Esta situación incrementa la probabilidad de transmisión sostenida, aparición de casos importados y ocurrencia de brotes que pueden generar complicaciones graves, demanda adicional de servicios de salud y mayores costos operativos para las entidades territoriales.

2. MARCO NORMATIVO

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia se fundamenta en un conjunto de normas, lineamientos y disposiciones técnicas que orientan la organización, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de vacunación en el territorio nacional. Este marco normativo garantiza la protección del derecho fundamental a la salud y la prevención de enfermedades inmunoprevenibles durante el curso de vida.

En el ámbito internacional, el PAI se sustenta en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluyendo las metas de eliminación, control y erradicación de enfermedades como sarampión, rubéola, poliomielitis y tétanos neonatal. Estos organismos establecen recomendaciones técnicas que Colombia adopta para asegurar la estandarización de las prácticas de vacunación, la vigilancia epidemiológica y la calidad biológica de los inmunobiológicos.

A nivel nacional, Se fundamenta en los **Artículos 44, 48 y 49** de la Constitución Política, que elevan la salud a derecho fundamental (especialmente en niños y niñas) y la definen como un servicio público obligatorio a cargo del Estado, el desarrollo del PAI se rige principalmente por la Ley 9 de 1979, que establece las bases del sistema de protección sanitaria; Las acciones del presente programa se enmarcan en el componente de Intervenciones Colectivas, conforme a la Resolución 1597 de 2015, las cuales son de carácter estatal, gratuitas y obligatorias. Estas intervenciones buscan fortalecer la cultura de la prevención y la inmunización mediante estrategias de información y educación, garantizando que el departamento cumpla su rol de garante de la salud pública territorial establecido en la Ley 715 de 2001." La Ley 1122 de 2007 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconocen la salud como un

derecho fundamental y asignan responsabilidades a los actores del sistema respecto a la prestación de servicios esenciales, entre ellos la vacunación. Así mismo, el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud) consolida las disposiciones relacionadas con la ejecución del PAI en el país.

El Ministerio de Salud y Protección Social define la estructura programática del PAI mediante lineamientos como el Plan Nacional de Vacunación, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031, la Resolución 3280 de 2018 sobre rutas integrales de atención en salud (RIAS), esta resolución es el corazón operativo. Define las **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)**, integrando la vacunación de forma obligatoria en cada etapa del "curso de vida" (desde la gestación hasta la vejez). Establece que la inmunización no es un evento aislado, sino parte de la valoración integral de cada paciente. y las Directrices Técnico-Administrativas del PAI, que regulan los esquemas de vacunación, la cadena de frío, la vigilancia de ESAVI, la gestión territorial, la microplanificación y las estrategias de intensificación.

Adicionalmente, la ejecución del PAI se articula con la **Resolución 3100 de 2019** (habilitación), resolución 1597 de las 2025 posteriores actualizaciones que regulan la prestación de servicios de vacunación, así como las disposiciones del Instituto Nacional de Salud relacionadas con la vigilancia epidemiológica de enfermedades inmunoprevenibles y la notificación en SIVIGILA.

Este conjunto de normas constituye el soporte jurídico y técnico del PAI y orienta la implementación de las acciones de vacunación en los departamentos y municipios, asegurando la calidad, accesibilidad y oportunidad de los servicios para garantizar la protección integral de la población.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

El Programa Ampliado de Inmunización en Norte de Santander evidencia una recuperación progresiva de las coberturas de vacunación durante el periodo 2021–2025 tras el impacto generado por la pandemia. Sin embargo, el departamento continúa enfrentando desafíos asociados a la movilidad poblacional, la dispersión geográfica y las desigualdades territoriales.

En este contexto, resulta fundamental continuar fortaleciendo las estrategias territoriales del PAI, con el fin de garantizar la protección efectiva de la población frente a enfermedades prevenibles por vacunación.
La presencia de coberturas críticas (por debajo del 95 % en biológicos trazadores del PAI) en varios municipios del departamento representa un riesgo epidemiológico alto, debido a que compromete la inmunidad colectiva necesaria para prevenir brotes, reemergencia y transmisión sostenida de enfermedades inmunoprevenibles.

Cuando existen brechas de vacunación, la población susceptible comienza a acumularse, especialmente en grupos de mayor riesgo como niños menores de 5 años, gestantes, población migrante, comunidades rurales dispersas y áreas con barreras de acceso. Esto genera una disminución de la protección comunitaria y aumenta la probabilidad de aparición de casos importados o autóctonos.

Así mismo el poco compromiso por los diferentes actores sociales entre estos la mayoría de las EAPB en temas de búsqueda activa demanda inducida y canalización de la población susceptible de vacunar y a la adherencia de las rutas integrales de atención en salud.
Las coberturas críticas facilitan:

- Reaparición de enfermedades eliminadas o controladas:
  - Mayor riesgo de sarampión y rubéola, dado que son enfermedades altamente transmisibles y dependen de coberturas superiores al 95 % para evitar su reintroducción.
  - Riesgo de difteria, especialmente en municipios con esquemas incompletos en población mayor y migrante.
  - Riesgo de pertussis (tosferina), con impacto severo en lactantes

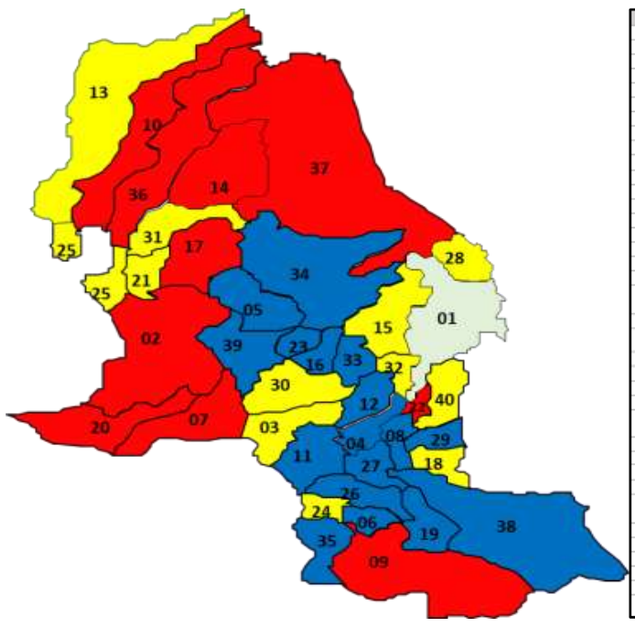
- Brotes de enfermedades inmunoprevenibles en poblaciones vulnerables
- Aumento de la carga de enfermedad y eventos graves
- Riesgo para la vigilancia epidemiológica
- Pérdida de la inmunidad de rebaño

Cuando las coberturas no alcanzan el umbral requerido:

- Se rompe la barrera de protección comunitaria.
- La transmisión se hace más probable incluso por casos importados.
- Las poblaciones sin vacunar quedan expuestas sin protección indirecta.

En relación a lo anterior se priorizan municipios con determinantes que afectan el cumplimiento de las coberturas departamental y que con base a las fuentes de información se tuvieron en cuenta lo siguientes criterios:

- Resultados de las coberturas vigencia 2024 su meta ideal 95%
- Resultados de las coberturas con corte al 30/10/2025 meta ideal 79%
- Monitor RIAS valoración integral infancia I trim. Vigencia 2025



CODIGO	MUNICIPIO	RESULTADO
2	Abrego	3
3	Arboledas	2
4	Bochalema	1,5
5	Bucarasica	1,5
6	Cacota	1,5
7	Cachira	3
8	Chinacota	1
9	Chitaga	3
10	Convencion	3
11	Cucutilla	1,5
12	Durania	1,5
13	El Carmen	2
14	El Tarra	3
15	El Zulia	2
16	Gramalote	1,5
17	Hacari	3
18	Herran	2,5
19	Labateca	1,5
20	La Esperanza	3
21	La Playa	2,5
22	Los Patios	3
23	Lourdes	1
24	Mutiscua	2
25	Ocaña	2
26	Pamplona	1,5
27	Pamplonita	1
28	Puerto Santander	2,5
29	Ragonvalia	1
30	Salazar	2,5
31	San Calixto	2,5
32	San Cayetano	2
33	Santiago	1,5
34	Sardinata	1,5
35	Silos	1
36	Teorama	3
37	Tibu	3
38	Toledo	1,5
39	Villa Caro	1,5
40	Villa Del Rosario	2

Con relación a los resultados observados y de acuerdo a la ponderación reflejada en los diferentes municipios se prioriza la intervención por parte del ente departamental a través del contratista con el siguiente municipio y microterritorios.

MUNICIPIO	MICROTERRITORIO	ASENTAMIENTO
CHITAGA	**BURBUA** **PRESIDENTE**	Rural

4. DETERMINANTE SOCIAL

4.1. Determinantes demográficos y territoriales: Dispersión rural y difícil acceso municipios con población rural dispersa presentan mayores barreras para recibir esquemas completos y zonas con vías en mal estado, trochas o con riesgo de orden público afectan la continuidad del servicio.

Movilidad fronteriza, la frontera con Venezuela genera flujos permanentes de población migrante, pendular y transfronteriza con movilidad intermitente dificulta completar esquemas y mantener historial nominal, creando brechas de continuidad.

4.2. Determinantes socioeconómicos: Pobreza y desigualdades económicas, Desempleo y economía informal

4.3. Determinantes culturales y educativos: Creencias y percepciones erróneas, en algunos municipios hay resistencia cultural, especialmente hacia VPH en adolescentes, y nivel educativo menor comprensión del esquema completo y menor capacidad para interpretar síntomas posteriores a la vacunación.

4.4. Determinantes de acceso al sistema de salud, alta rotación de personal vacunador reduce la calidad del registro, la planificación territorial y la ejecución de rutas extramurales, y barreras administrativas, problemas de

carnetización, afiliación o actualización de datos en el sistema generan retrasos y subregistro en PAIWEB o reporte tardío impide identificar brechas reales y actuar de manera oportuna.

4.5. Determinantes de seguridad y contexto social, zonas con presencia de grupos armados, migración forzada y desplazamiento interno

4.6. Inequidades específicas identificadas en el departamento como municipios con coberturas bajas, Inequidad por tipo de población como migrantes venezolanos con mayores retrasos en esquemas infantiles y gestacionales; Inequidad por género y ciclo vital como menor asistencia de gestantes a control prenatal afecta la vacunación Tdpa e influenza y Niños menores de 1 año en zonas rurales presentan mayor retraso acumulado.

5. RESULTADO EN SALUD:

El logro de coberturas útiles de vacunación en el departamento constituye un determinante fundamental para alcanzar los resultados en salud establecidos en la Resolución 3280 de 2018 y en el Plan de Acción en Salud (PAS). El fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones permite disminuir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles mediante la interrupción de la transmisión de agentes infecciosos en la comunidad, reduciendo la ocurrencia de casos nuevos de patologías como sarampión, rubéola, difteria, tétanos y meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, fiebre amarilla entre otras. Asimismo, el mantenimiento de coberturas iguales o superiores al 95% favorece el desarrollo de inmunidad colectiva, garantizando la protección indirecta de poblaciones vulnerables que no pueden ser vacunadas por condiciones médicas o por no haber alcanzado la edad mínima para la inmunización. En este contexto, la vacunación a lo largo del curso de vida primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y persona mayor, gestantes contribuye al control epidemiológico de enfermedades inmunoprevenibles y reduce el riesgo de introducción y propagación de casos importados, situación particularmente relevante en territorios de frontera como el departamento de Norte de Santander.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA: (No modificar)

- **Componente Financiero**: cumplimiento del 100% de los recursos asignados según lo concertado en los acuerdos y lo definido en el contrato interadministrativo.
- **Administrativo**: cumplimiento a las Intervención de Colectivas – PIC en los tiempos y duración de la contratación del mismo cumpliendo con los perfiles, recursos técnicos y tecnológicos para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores acatando los tiempos y actividades proyectadas en el cronograma.
- **Técnico**: se evaluará el avance de las coberturas útiles de vacunación de acuerdo a las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública y Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Junto con sus evidencias requeridas de acuerdo a las actividades (material de información, educación y comunicación, actas de reunión, microplanificación, mapeo geográfico, base de datos de población vacunada).
- **Resultados en salud**: se evaluará indicadores establecidos en cumplimiento del cronograma de actividades.
- **Parámetros de calidad:** se tendrán en cuenta los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la cobertura y oportunidad en el acceso de servicios de salud en las poblaciones rurales y dispersas priorizadas, a través del despliegue interdisciplinario y logístico requerido en los municipios de Chitagá durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Priorizar la población dispersa con barreras de acceso a los servicios de salud mediante la ejecución de jornadas de Salud con atención integral
- Reducir barreras administrativas y sociales que afectan la vacunación en colectivos vulnerables

8. RECURSO HUMANO:

Para la ejecución de las acciones del **Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)** dentro el talento humano debe cumplir con perfiles técnicos específicos y requisitos normativos que aseguren la ejecución cumpliendo los atributos de calidad.

- 1 auxiliar de enfermería para cada municipio.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

La presente propuesta tiene como finalidad fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles mediante estrategias de Información y Comunicación, orientadas a la sensibilización comunitaria, el fortalecimiento del conocimiento en vacunación y la articulación intersectorial para el desarrollo de jornadas integrales de salud.

La estrategia busca generar espacios participativos con líderes comunitarios y población priorizada, promoviendo el acceso a información clara, accesible y pertinente sobre los riesgos asociados a enfermedades transmisibles, la importancia de la vacunación por cursos de vida y la desmitificación de falsas creencias relacionadas con las vacunas, en concordancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Pasos para la implementación

1. **Realización de encuentros participativos comunitarios**

Realización de encuentros participativos con líderes comunitarios para la socialización y comunicación de los temas relacionados con el riesgo de enfermedades transmisibles, e identificación y selección de la estrategia de IEC más pertinentes y efectivas para el entorno.

2. **Diseño y difusión de piezas comunicativas**

Seleccionar medios de comunicación accesibles como perifoneo, cartillas, afiches, redes sociales, visitas domiciliarias, charlas educativas y emisoras comunitarias.

- Diseño, producción y difusión de piezas comunicativas accesibles adaptadas a las necesidades, existencias y preferencias de la población priorizada.
- Elaborar materiales educativos claros, incluyentes y adaptados a las características culturales y lingüísticas de la población.
- Difundir mensajes orientados a:
    - Importancia de la vacunación por cursos de vida.
    - Prevención de enfermedades transmisibles.
    - Desmitificación de creencias erróneas sobre las vacunas.

3. **Informar y orientar**

- Informar y orientar en riesgos asociados a Importancia de vacunación por cursos de vida, mitos relacionados con las vacunas, teniendo en cuenta el cumplimiento de los lineamientos definidos en las orientaciones del Ministerio de salud para la información en salud en el marco del PIC
- Documentación de la experiencia informativa implementada y conocimiento adquiridos por la población intervenida.

4. Desarrollo de jornadas de salud y vacunación

- Coordinar jornadas integrales de salud con actores intersectoriales y comunitarios.
- Canalizar a la población susceptible para el inicio o completitud de esquemas de vacunación.
- Garantizar disponibilidad de talento humano idóneo, biológicos, insumos y logística necesaria para el adecuado desarrollo de las actividades

Tiempo de ejecución

La propuesta se desarrollará durante el periodo contractual establecido, de manera progresiva y articulada, a través de tres etapas operativas, permitiendo seguimiento continuo y ajustes según resultados parciales.

Resultados esperados en general

- Reducción de brechas territoriales y poblacionales en acceso a la vacunación.
- Incremento del conocimiento comunitario sobre enfermedades transmisibles y vacunación.
- Fortalecimiento de la participación comunitaria y corresponsabilidad social.
- Mejora en la identificación y captación de población con esquemas incompletos.
- Disminución del riesgo de enfermedades inmunoprevenibles.
- Incremento de coberturas de vacunación en biológicos priorizados.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

10.1. Información y educación

- Fortalecimiento de la participación comunitaria.
- Mayor articulación entre comunidad y sector salud.
- Identificación de estrategias de comunicación adaptadas al contexto territorial.
- Incremento del conocimiento de las personas y/o familias aprendidas sobre riesgos de enfermedades transmisibles.
- Piezas, videos, formularios, volantes diseñados.
- Incremento del conocimiento sobre beneficios y seguridad de las vacunas.
- Padres o familiares con disminución de mitos y con información de la importancia relacionados con la vacunación.
- Población que recibió charlas educativas.
- Encuestas adquiridas como resultado de la implementación.

10.2. En jornadas extramurales intensivas

- Población que acudió a las jornadas.
- Población captada con esquema incompletos o ausente
- Ampliación del acceso a servicios de vacunación

11. METAS:

- Dos (2) reuniones comunitarias con líderes comunales.
- 3 piezas publicitarias diseñadas
- 90% de los padres informados y orientados en riesgos a la vacuna y la importancia de la vacunación
- 1 documento elaborado
- 4 actores comunitarios e intersectoriales que participan en la coordinación de las jornadas
- Identificar el 90% de la población canalizada para el cumplimiento de esquemas de vacunación
- 1 auxiliar de enfermería por municipio
- Alcanzar un 100% de cumplimiento de las jornadas programadas.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

12.1 Información y educación.

- Vídeos de participación
- Evidencias fotográficas
- Listado de entrega de piezas diseñadas
- Pre test y post test
- Encuesta
- Evidencia de asistencia de los actores a través de actas de firmas, fotos
- Contrato laboral
- Videos

12. 2 Jornadas extramurales intensivas

- videos que evidencien las jornadas
- revisión de niños vacunados en el PAIWEB
- Certificación del líder comunitario de jornada en el microterritorio

13. PRESUPUESTO:

Distribución financiera	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 30.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIONES DE ACTIVIDADES:

INTERVENCIÓN COLECTIVA	ACTIVIDADES
Información en Salud (Microplanificación basada en riesgo territorial).	52
JORNADAS DE SALUD (4) Jornadas extramurales intensivas en zonas rurales críticas.	54

15. RESPONSABLE:

MYRIAM ALBA ARIAS
Responsable de PAI

SUBGRUPO 2 PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

1. JUSTIFICACIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado un informe sobre la Tuberculosis que revela que en 2023 aproximadamente 8,2 millones de personas fueron diagnosticadas de TB por primera vez, la cifra más alta registrada desde que la OMS iniciara el seguimiento mundial de la tuberculosis en 1995. Ello representa un aumento considerable frente a los 7,5 millones notificados en 2022, lo que sitúa a la tuberculosis nuevamente como la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en 2023, por encima de la COVID-19. La Tuberculosis es la principal causa de muerte de personas con VIH y también un importante contribuyente a la resistencia a los antimicrobianos. (OMS).

Las tasas de incidencia en las poblaciones priorizadas muestran una tendencia al incremento se identifica un aumento estadísticamente significativo entre los años 2020 y 2024, especialmente en menores de 15 años y en la población indígena. Según el análisis de los comportamientos inusuales en población privada de la libertad, se observa un incremento estadísticamente significativo a semana 11 de 2025, en las entidades de Santander, Boyacá, Caldas, Casanare, Huila, Guajira, Meta, **Norte de Santander**, Bogotá D.C., Santa Marta D.E., Tolima y Valle del Cauca. La desnutrición se identifica como la comorbilidad de mayor riesgo, junto al VIH, las entidades territoriales de Antioquia, Cali, Bogotá D.C., Santander, **Norte de Santander**, Risaralda, Valle del Cauca, Tolima y Barranquilla quienes notificaron los mayores porcentajes de desnutrición asociados a la tuberculosis en 2024.

La Resolución 0227 del 20 de febrero del 2020, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, establece la búsqueda comunitaria en poblaciones de riesgo en el departamento, especialmente en población indígena, migrantes, diabéticos, personas privadas de la libertad, personas expuestas al sílice, entre otras.

El departamento Norte de Santander cuenta con una población de 1.709.570, de los cuales 155.459 corresponde a población menor de 5 años, (vigencia 2024), cuya población está distribuida por municipios y estos se encuentran organizados por ámbitos Territoriales: Urbano, Rural y Rural disperso.

En el marco de la estrategia mundial para poner fin a la tuberculosis, el Ministerio de Salud y Protección Social busca promover y dar seguimiento a los acuerdos suscritos en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas de 2023, de la cual hizo parte Colombia. El boletín de prensa No. 036-2025 del 24 de marzo del 2025, aborda aspectos necesarios para acelerar la implementación de estos acuerdos como:

Incremento en la búsqueda e inicio de tratamiento preventivo (TPT) para las personas de grupos de riesgo (contacto estrecho, personas que viven con VIH, personas candidatas a trasplante, personas en diálisis, personas con tratamientos inmunosupresores, entre otros), incentivando el uso de la terapia preventiva corta.

El Plan de intervenciones colectivas, se considera un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud (POS) y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud ya que comprende un conjunto de intervenciones colectivas y acciones individuales de alta externalidad que genera beneficio colectivo. De acuerdo, a lo definido en la resolución 1597 de 2025 y 3280 de 2018 estas acciones son desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y aporta el desarrollo humano y sostenible cuando se enmarca en las líneas estratégicas de promoción de la salud para la potencialidad en la comunidad y gestión del riesgo individual para la evitabilidad.

El objetivo del tamizaje (o búsqueda activa de casos de TB) es detectar la enfermedad por TB de forma temprana, con el fin de minimizar los retrasos evitables en el diagnostico e inicio del tratamiento de la TB, reduciendo así el riesgo de resultados desfavorables del tratamiento, secuelas de salud y consecuencias sociales y económicas adversas de la TB para las personas y sus familias. Además, el tamizaje disminuye la transmisión de la TB en el hogar, el lugar de trabajo, la escuela y otros entornos comunitarios, al aislar a las personas con enfermedad activa y acortar el periodo de contagiosidad. También se reduce la incidencia de infección por TB y, por consiguiente, la incidencia y prevalencia de TB activa.

Detectar la TB solo en las personas que acuden a los establecimientos de salud no es suficiente para detectar a todas las personas con enfermedad por TB. Esta brecha en la detección de casos, sobre todo en algunos grupos vulnerables, y la persistencia de retrasos en el diagnostico con la consecuente transmisión continua en la comunidad, ponen de relieve la necesidad de una estrategia más activa de detección temprana de la TB. Esta situación justifica el tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en los grupos en riesgo y en algunos grupos de la población.

La Estrategia Fin de la TB, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluye el tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en los grupos en alto riesgo como un componente central de su primer pilar, para garantizar el diagnóstico temprano de todas las personas con esta enfermedad. En el 2021, la OMS actualizó las directrices sobre el tamizaje de la TB del 2013 con el objeto de ayudar a los países a aplicar este componente programático fundamental. Cuadro 1.1

La integración de radiografía de tórax digital, análisis asistido por inteligencia artificial (IA) y diagnóstico molecular rápido constituye una estrategia sinérgica de alto impacto para acelerar el fin de la tuberculosis, al incrementar la detección temprana y la precisión diagnostica en entornos de alta transmisión y poblaciones vulnerables. La radiografía digital permite un cribado masivo no invasivo, identificando alteraciones radiológicas sugestivas de TB incluso en individuos asintomáticos; su análisis mediante sistemas CAD (Computer-Aided Detection) basados en IA optimiza la priorización de casos sospechosos, reduciendo la carga de trabajo y minimizando la dependencia de radiólogos en terreno.

El tamizaje debe llegar a las personas que corren el mayor riesgo de presentar TB activa, incluidos los grupos y las comunidades en riesgo alto con una prevalencia alta de TB. La TB amenaza la salud no solo de una persona afectada, sino también de sus comunidades y de la población en general.

El Programa Departamental de Tuberculosis da frente a las acciones de captación de casos presuntivos en poblaciones vulnerables (personas privadas de la libertad), con base en las orientaciones del PIC establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, tomando el tamizaje como estrategia de alta externalidad ya que genera un impacto importante de reducción del riesgo individual y colectivos facilitando la detección temprana y el inicio oportuno de tratamiento al confirmar el evento.

En este documento se sintetizan definiciones, paso a paso y recomendaciones con base a la normatividad vigente a fin de que sea insumo principal para el desarrollo de esta estrategia en marco del contrato del Plan de Intervenciones Colectivas

Cuadro 1.1. Recomendaciones de las directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 2: tamizaje: tamizaje sistemático de la tuberculosis, 2021

	Tamizaje de la TB en grupos destinatarios específicos
1	El tamizaje sistemático de la TB se puede realizar en la población general en zonas con una prevalencia de TB estimada de 0,5% o más. *(recomendación actualizada: recomendación condicional, evidencia de certeza baja).*
2	El tamizaje sistemático de la TB se puede realizar en grupos de la población que tienen factores de riesgo estructurales de contraer la TB. Estos incluyen comunidades urbanas desfavorecidas, personas sin hogar, comunidades en zonas remotas o aisladas, poblaciones indígenas, migrantes, refugiados, desplazados internos y otros grupos vulnerables o marginados con acceso limitado a la atención de salud. *(recomendación existente: recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja).*
3	Es necesario realizar el tamizaje sistemático de la TB en las personas con infección por el VIH, en cada visita a un establecimiento de salud. *(recomendación existente: recomendación firme, evidencia de certeza muy baja).*
4	Es necesario realizar el tamizaje sistemático de la TB en los contactos del hogar y otros contactos estrechos de las personas con TB activa. *(recomendación actualizada: recomendación firme, evidencia de certeza moderada).*
5	Se debe realizar el tamizaje sistemático de la TB en las cárceles y los centros penitenciarios. *(recomendación actualizada: recomendación firme, evidencia de certeza muy baja).*
6	Se debe realizar el tamizaje sistemático de la TB en los trabajadores actuales y antiguos expuestos a la sílice. *(recomendación existente: recomendación firme, evidencia de certeza baja).*
7	En entornos donde la prevalencia de TB es de 100 por 100 000 habitantes o más en la población general, se puede realizar un tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en las personas con un factor de riesgo para TB que buscan atención de salud o que ya la reciben. *(recomendación existente: recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja).*
8	Las personas con una lesión fibrótica en la radiografía de tórax, que no han recibido tratamiento, pueden someterse a un tamizaje sistemático de la enfermedad por TB. *(recomendación existente: recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja).*

2. MARCO NORMATIVO

- Estrategia EB154/106 de diciembre de 2023. Avances en la aplicación de la Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015. Estrategia Fin a la Tuberculosis. OMS
- Manual Operativo de la OMS sobre la Tuberculosis. Módulo 2, Tamizaje Sistemático de la Tuberculosis, Versión oficial en español de la obra original en inglés
  WHO operational handbook on tuberculosis. Module 2: screening - systematic screening for tuberculosis disease
  © Organización Mundial de la Salud, 2021 ISBN: 978-92-4-002261-4 (versión electrónica)
- Resolución 1035 de 2022. Estableció el Plan Decenal de Salud Pública- Por el cual se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que incluyó las metas de “A 2031, se logra el 90% de tratamiento exitoso en pacientes con tuberculosis”, y “A 2031, se logra reducir el 50% la tasa de mortalidad por 100mil habitantes, causada por la tuberculosis en Colombia”
- Resolución 227 de 2020, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis
- Resolución CE156.R2 Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Tuberculosis OMS
- Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social
- Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los Lineamientos técnicos y Operativos de la Ruta de Mantenimiento Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud
- Resolución 1597 de 2025, por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la

salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

De acuerdo con el informe de evento publicado por el INS a período epidemiológico XI de 2025, la población privada de la libertad a nivel nacional presenta una carga de tuberculosis marcadamente superior a la de la población general, con una tasa de incidencia de 2.066,9 casos por 100.000 hombres privados de la libertad y 835,2 casos por 10.000 mujeres privadas de la libertad, frente a una incidencia nacional de 32,19 por 100.000 habitantes para todas las formas de tuberculosis. Este comportamiento evidencia una concentración extrema del riesgo en el contexto penitenciario, particularmente en hombres adultos, lo que sugiere transmisión activa intramuros.

En términos diagnósticos, se observa un alto uso de cultivo y pruebas moleculares, aunque persiste una proporción relevante de casos confirmados por cuadro clínico y nexo epidemiológico, lo que refuerza la hipótesis de circulación sostenida del bacilo. En conjunto, estos datos confirman a la PPL como un grupo poblacional crítico para la intensificación de la vigilancia, la detección temprana y el control efectivo del evento.

A nivel Departamental y según la información registrada en la base del programa a corte de 30 de noviembre de 2025, para el departamento de registran un total de 779 casos nuevos, de los cuales el 90% de los casos corresponde al tipo de Tuberculosis pulmonar y 10% a Tuberculosis extrapulmonar.

En el municipio de Pamplona se registran para la misma vigencia un total de 17 casos de los cuales 14 pertenecen al grupo de Población Privada de La Libertad, así mismo reportan dos casos de TB con comorbilidades como el VIH y consumo de SPA. Lo anterior muestra incremento significativo de los casos en este grupo poblacional ya que, a diciembre de 2024, se reportaron en Pamplona un total de 11 casos, de los cuales 4 casos de TB se notificaron en la Población privada de la Libertad.

Año	Casos Departamento	Casos Pamplona	Casos PPL - Pamplona
2024	823	11	4
2025*p	779	17	14

Fuente: Programa Dptal de TB. Datos 2025 a 30 nov

Casos TB en grupos poblacionales por municipio, Semana 48 de 2025

Municipio	Habitante de vivienda no formal	Migrante	Población carcelaria	Indígena
San José de Cúcuta	**20**	**50**	**188**	**0**
Villa del Rosario	**3**	**7**	**1**	**0**
Los Patios	**1**	**6**	**0**	**0**
Tibú	**0**	**5**	**0**	**14**
Pamplona	**0**	**1**	**14**	**0**
Ocaña	**0**	**3**	**0**	**0**
El Carmen	**0**	**0**	**0**	**8**
El Zulia	**0**	**3**	**0**	**0**
Sardinata	**0**	**0**	**0**	**0**
Teorama	**0**	**1**	**0**	**3**
Ábrego	**0**	**0**	**0**	**0**
Durania	**0**	**1**	**0**	**0**
El Tarra	**0**	**0**	**0**	**0**
Gramalote	**0**	**0**	**0**	**0**
La Esperanza	**0**	**0**	**0**	**0**
Puerto Santander	**0**	**1**	**0**	**0**
Toledo	**0**	**0**	**0**	**3**

Fuente: SIVIGILA – Programa Dptal TB

4. DETERMINANTE SOCIAL.

En el departamento existen diferentes tipos de determinantes que impactan la incidencia de Tuberculosis, dentro de los determinantes socioeconómicos se encuentran los recursos económicos insuficientes, desempleo, condiciones de hacinamiento; como determinantes comunitarios se destacan la gran cantidad de habitantes de calle y migrantes sin cobertura del SGSSS, coinfección TB- VIH, junto a la desnutrición, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, EPOC, consumo de sustancias psicoactivas, barreras administrativas y desconocimiento de la enfermedad, que se traducen en un diagnóstico tardío y falta de adherencia al tratamiento.

5. RESULTADO EN SALUD:

Los resultados en salud esperados son:

- Reducir la mortalidad por Tuberculosis en el Departamento
- Reducir la incidencia de Tuberculosis activa en el Departamento

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará de acuerdo a lo ejecutado presentado por el ejecutor en guía de la **matriz técnico financiera**, y definido por la forma de pago que quede inmerso dentro del contrato.
- **Administrativo**: Se requiere de un grupo básico para la ejecución del PIC Departamental, **se tomará como guía la matriz técnico financiera**.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. De acuerdo con nuestras necesidades de cumplimiento de las metas dentro del plan territorial y plan de acción en salud se requiere la ejecución de estas acciones. **se tomará como guía la matriz técnico financiera**
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas. Conforme al cumplimiento de las metas de salud y necesidades del Departamento.
- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la Resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar conocimientos en salud a la población privada de la libertad, conforme a los riesgos identificados en su entorno mediante la implementación de intervenciones colectivas en el municipio de Pamplona durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar eventos de alta externalidad en población privada de la libertad, mediante la intervención colectiva de Tamizaje
- Alertar a la población privada de la libertad sobre signos y síntoma de la Tuberculosis mediante la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO:

Para el desarrollo de la estrategia de tamizaje sistemático es necesario contar con la participación de talento humano en salud, es de aclarar que para cada municipio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles. 1 medico,1 bacteriólogo 1 auxiliar de enfermería

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas en el ámbito urbano, se priorizó el Centro Penitenciario y Carcelario, teniendo en cuenta el incremento de casos presentados en la vigencia 2025, (el 83% de

los casos del municipio se concentran en este grupo poblacional), con el objetivo brindar información en salud, y tamizaje por síntomas, canalización para tamizaje radiológico y bacteriológico de tuberculosis.

El resultado esperado en la población es lograr informar sobre prácticas saludables para la prevención de tuberculosis con la finalidad de generar una autogestión del riesgo propio, el cual se hará con un enfoque integral y biopsicosocial, teniendo en cuenta el cuidado y la protección integral de los diferentes participantes que harán parte de las intervenciones colectivas entorno institucional.

LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS SE DESARROLLARÁ EN TRES ETAPAS:

Etapa 1: Mesas de concertación**.**

- Concertación con director del INPEC, responsables del SGSST del Centro Penitenciario y Carcelario, EAPB, IPS, para definir las personas a tamizar, las EAPB de cada ppl, guardias y trabajadores administrativos expuestos, establecer fechas y horarios para las intervenciones, responsable del SSST que actuará como enlace con la ESE.
- Construcción de ruta con EAPB, directorio y mapeo de actores. Se debe realizar concertación con la EAPB para definir la red prestadora, establecer acuerdos que garanticen el cumplimiento de los procedimientos para la confirmación o diagnóstico de la tuberculosis.

Etapa 2: Información en salud sobre signos y síntoma de la Tuberculosis, se realizarán 10 encuentros, dos por patio, se debe incluir el personal, en los cuales se deben incluir los guardias y personal administrativo, centrada en los siguientes temas:

- Qué es la Tuberculosis
- Cómo se trasmite
- Cómo se diagnostica
- Tratamiento
- Detección temprana y tratamiento: Se trabajará en la sensibilización sobre la importancia de la detección temprana de signos de este evento de interés en salud pública.
- Medidas de bioseguridad y autoprotección, enfocada a los guardias y personal administrativo

Etapa 3: Tamizaje sistemático para tuberculosis

- Encuesta de tamización: se debe realizar la encuesta al 100% de la población privada de la libertad, guardias y personal administrativo del centro penitenciario identificación de casos presuntivos de Tuberculosis.
- Personas identificadas como caso presuntivo, se deben canalizar a sus IPS de atención para realizar tamizaje radiológico, y de ser necesario prueba molecular.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Información en salud: Personas con conocimiento adquirido en la prevención de enfermedades infecciosas transmitidas por vía aérea y contacto.

Tamizaje: Personas y comunidades con acceso a la identificación de la enfermedad de tuberculosis, contribuyendo a la interrupción de su transmisión y control.

11. METAS:

- Canalizar hacia tamizaje radiológico y bacteriológicamente el 100% de los ppl, guardias y personal administrativo canalizados mediante tamizaje clínico.
- Verificar el inicio tratamiento al 100% de los ppl, trabajadores y personal administrativo conformados mediante prueba molecular positiva.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

La verificación se hará mediante actas de reunión mensuales en las cuales se revisarán los soportes descritos en el anexo técnico acorde a las actividades realizadas y al avance de ejecución.

13. PRESUPUESTO:

Distribución financiera	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 70.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Información en salud	12
Tamizaje sistemático para tuberculosis	400

15. RESPONSABLE:

Astrid Araque Mogollón
P.U Responsable Programa Departamental Tuberculosis

SUBGRUPO 3 PROGRAMA DE NUTRICIÓN

1. JUSTIFICACIÓN

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS EN LOS ENTORNOS COMUNITARIO Y HOGAR DURANTE LA VIGENCIA 2026, EN EL MARCO DE LA GARANTIA DEL DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN, EN EL MUNICIPIO DE CHITAGA, PAMPLONITA, SILOS, MUTISCUA, PAMPLONA Y SUS MICROTERRITORIOS.

En el Departamento de Norte de Santander se evidencian problemas de malnutrición, tanto por exceso como por déficit. La tasa de mortalidad por desnutrición y/o asociada a la desnutrición en menores de 5 años ha venido presentando un comportamiento decreciente en los últimos cinco (5), pasando desde la vigencia 2019 en el orden de 9,6 por cada 100.000 menores de 5 años, representado por trece (13) casos, hasta la vigencia 2025 en donde se logró una tasa de 0.0 casos de mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años. Lo antes mencionado, en el marco del logro del ODS No. 02 denominado “Hambre Cero”.

En este sentido, la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años El análisis de la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en el departamento de Norte de Santander evidencia un total de 668 casos en una población de 116.984 niños y niñas de 0 a 4 años, lo que corresponde a una prevalencia departamental de 0,57 por cada 100 menores. Al revisar el comportamiento por municipios en orden descendente de prevalencia, se observa que los territorios con mayor afectación presentan valores significativamente superiores al promedio departamental.

El municipio con mayor prevalencia es Tibú, con 85 casos y una prevalencia de 1,38, seguido por Teorama con 20 casos y 1,24. Posteriormente se ubican Chitagá con 10 casos (0,98) y La Esperanza con 12 casos (0,97). Continúa Pamplonita con 4 casos (0,93) y La Playa con 6 casos (0,86). En el siguiente grupo se encuentran Sardinata con 18 casos (0,80), Cucutilla con 4 casos (0,78), Hacarí con 9 casos (0,77) y Ábrego con 21 casos (0,76). Con prevalencias cercanas a 0,69, aparecen Ragonvalia con 3 casos (0,69) y El Zulia con 17 casos (0,69). Luego se ubican Mutiscua con 2 casos (0,65), Toledo con 8 casos (0,64) y El Tarra con 20 casos (0,62).

En un rango cercano al promedio departamental se encuentran Pamplona con 16 casos (0,55) y Cúcuta con 270 casos (0,55), destacándose este último por concentrar el mayor número absoluto de casos, debido principalmente a su mayor tamaño poblacional. Les siguen Convención con 9 casos (0,53) y Puerto Santander con 4 casos (0,49). Posteriormente se identifican San Cayetano con 3 casos (0,44), Cácota con 1 caso (0,42) y Ocaña con 41 casos (0,42). Continúan Villa del Rosario con 34 casos (0,41) y Villa Caro con 2 casos (0,41), seguidos de Bucarasica con 3 casos (0,40). Con prevalencias inferiores a 0,40, se encuentran Chinácota con 5 casos (0,37), Los Patios con 23 casos (0,36) y El Carmen con 5 casos (0,36). Luego aparecen San Calixto con 5 casos (0,35) y Silos con 2 casos (0,34). En niveles más bajos se ubican Arboledas con 2 casos (0,27) y Lourdes con 1 caso (0,27).

En términos generales, el comportamiento de la prevalencia muestra mayor concentración del riesgo en municipios de la subregión del Catatumbo y algunos territorios rurales, donde las condiciones socioeconómicas, el acceso a servicios de salud y las condiciones de seguridad alimentaria pueden influir en la presencia de desnutrición infantil. A su vez, aunque Cúcuta presenta una prevalencia cercana al promedio departamental, concentra el mayor número

de casos, lo cual resalta la importancia de fortalecer las intervenciones nutricionales tanto en municipios con alta prevalencia como en aquellos con gran carga de casos. Lo anterior muestra el comportamiento del evento de desnutrición aguda en el departamento, terminando la vigencia con un reporte total de 607 casos, de los cuales los más afectados son niños menores de 2 años, edad en la cual la lactancia materna exclusiva y complementaria es un factor protector de gran importancia, que juega un papel primordial en los determinantes de la salud.

En este contexto, aproximadamente el 70% de los niños y niñas notificados como desnutrición aguda en menores de 5 años en el departamento, corresponden a menores de 2 años, en donde la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna es una prioridad de desarrollo de cualquier país o región. Su logro o no tiene implicaciones de orden social, económico y ambiental de gran magnitud y en plazos de tiempos distintos. La extracción manual realizada con las manos es más efectiva, económica, menos traumática, menos dolorosa, tiene la ventaja de no requerir equipo extra, eliminando la necesidad de limpiar y la posibilidad del crecimiento de las bacterias. Es una destreza aprendida, su eficacia aumenta con la práctica, de aquí la importancia de crear entornos propicios para proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna como un medio que beneficia a la madre y al niño que se encuentra en condiciones de salud que le impidan estar juntos en caso de hospitalización y/o otra situación.

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

Diferentes estudios reconocen las propiedades y beneficios de la leche materna, existiendo un contrasentido al observar las cifras de lactancia materna exclusiva del país que pasaron de 2.2 meses en 2005 a 1.8 meses en 2010. Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional- ENSIN. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), la tasa nacional de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad, muestra una tendencia decreciente, reflejada en los siguiente datos: en el 2005 la tasa fue del 46,9, en el 2010 del 42,8 y en el 2015 del 36,1. De otra parte, el diagnóstico nutricional vigencia 2019, en el Norte de Santander muestra que la duración media en meses de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses para el departamento es de 2,8 meses y 7.4 meses en la lactancia materna continua, comportamiento de indicadores que muestra una disminución muy marcada en deterioro de la lactancia materna. Bajando en el 2020 a 1.9 en la lactancia materna exclusiva y la continua a 7.6, está última con un ligero incremento. Para el 2021, el comportamiento del indicador continúa en detrimento, quedando en 1.8 para la lactancia materna exclusiva y en 4.5 meses para la complementaria.

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

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

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

También es importante establecer acciones colectivas direccionadas desde la Entidad Territorial Departamental en Salud, que permitan el fortalecimiento de la seguridad alimentaria y nutricional, precisando que, la Ley 2294 del 2024 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida" y teniendo en cuenta las orientaciones técnicas establecidas en el precitado plan, específicamente las relacionadas con la garantía al derecho humano a la alimentación como tercera transformación propuesta, hacia el camino de una gobernanza interinstitucional entre el estado y la sociedad, con la articulación de políticas y programas, y que en su propuesta plantea 3 pilares fundamentales para el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) No. 02 denominado "Hambre Cero", las cuales se listan a continuación; I) Disponibilidad, en referencia al aumento de la productividad para garantizar una oferta sostenible y suficiente de alimentos, II) Acceso, relacionado con la capacidad de pago de los hogares y el suministro físico de los alimentos para facilitar su llegada a toda la población, III) Adecuación, la cual implica la promoción de una alimentación saludable que responda a las necesidades nutricionales para el desarrollo físico, mental y social de la población, reconociendo saberes y experiencias ancestrales de los territorios.

Por consiguiente, desde la Entidad Territorial en Salud de Orden Departamental, desarrollamos acciones contempladas en el tercer pilar de la transformación denominado "Adecuación", mediante el fortalecimiento de capacidades de los actores en salud del SGSSS, promoviendo prácticas alimentarias saludables y sostenibles y fomentando la lactancia materna exclusiva y complementaria como el mayor acto de soberanía alimentaria desde el nacimiento de los niños en nuestro departamento, fortaleciendo al talento humano en referencia a los lineamientos direccionados desde el Ministerio de Salud y Protección Social para el tratamiento a la desnutrición aguda, procesos de inspección vigilancia y control en los actores del sistema, como también el desarrollo de procesos de articulación intersectorial contemplados en la Resolución 2350 del 2020 y que son responsabilidad de todos los actores del SGSSS.

2. MARCO NORMATIVO

NORMA	OBJETO DE LA NORMA
Resolución 1597 de 2025	Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)
Ley 2244 de 2022	Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo departo, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado
Decreto 1397 de 1992	Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones
Ley 1823 de 2017	"Por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de La familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones
Resolución 2350 de 2020	Por la cual se adopta el 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, y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2465 de 2016	Establece los criterios para la evaluación y clasificación del estado nutricional en la población colombiana.
Resolución 2674 de 2013	Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.
Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021–2023	Define estrategias nacionales para promover la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, en el marco de la promoción de la salud materno e infantil.

Resolución 2492 de 2022	Establece el etiquetado nutricional frontal de advertencia en alimentos procesados.
Resolución 2423 de 2018	Por la cual se establecen los parámetros técnicos para la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral
Ley 2306 de 2023	Por medio de la cual se promueve la protección de la maternidad y la primera infancia, se crean incentivos y normas para la construcción de áreas que permitan la lactancia materna en el espacio público y se dictan otras disposiciones
Resolución 1188 de 2025	Por la cual se establecen los parámetros para la creación y operación en condiciones de higiene, salubridad y dotación adecuada de las Áreas de Lactancia Materna en Espacio Público y se dictan otras disposiciones
Ley 2458 de 2025	Por medio de la cual se establecen medidas orientadas a fortalecer la comunidad lactante, la promoción de la lactancia materna en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.
Ley 2294 de 2023	Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida.
Resolución 0115 del 2026	"Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 2350 del 2020, relacionada con Desnutrición aguda.

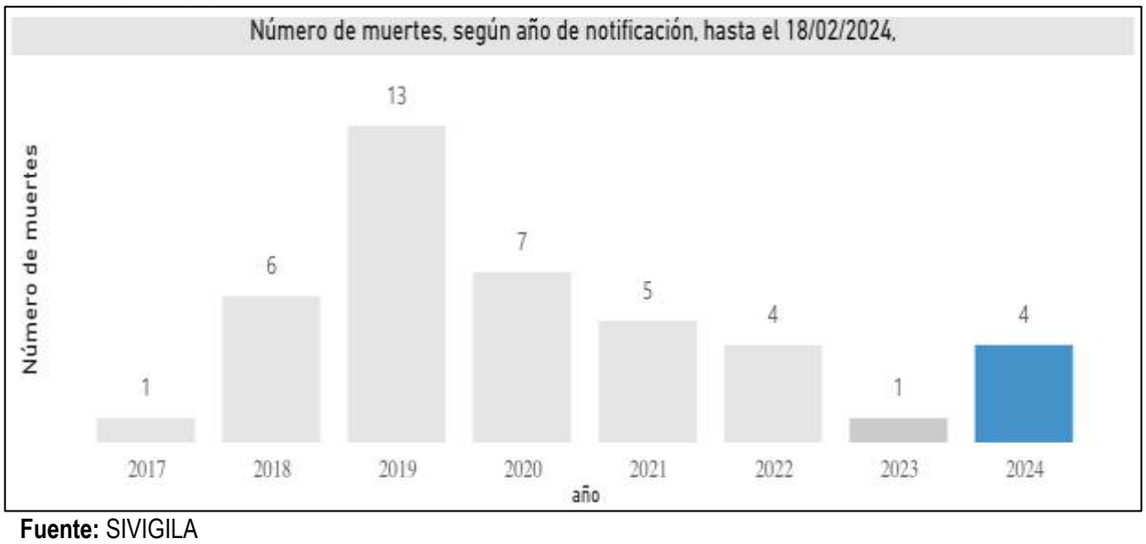
Fuente: Elaboración propia.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

En el Departamento de Norte de Santander se evidencian problemas de malnutrición, tanto por exceso como por déficit. La tasa de mortalidad por desnutrición y/o asociada a la desnutrición en menores de 5 años que paso en el año 2018 del 9.44 (12 casos) al 21.0 (27 casos) en el 2019 (Cúcuta 2, Los Patios 1, Pamplona 3, Teorama 1, Tibú 7 y 13 procedentes de Venezuela),presentando un incremento notorio, llegando a ocupar en el 2019 el segundo lugar a nivel nacional y una notificación de casos de mortalidad por y asociada a desnutrición en el 2020 de 5 casos con una tasa de 3,6 (Cúcuta 1, Villa del Rosario 2, Tibú 1 y Venezuela 1) y para el 2021, bajó a 2.9 con 4 casos (Tibú 1, Cúcuta 1, Los Patios 1 y Convención 1) (Fuente: SIVIGILA), en este orden de ideas, para el año 2022 se presentaron 5 casos (Cúcuta 2, El Tarra 1, Tibú 1, Toledo 1, Venezuela 1). No obstante, que la mortalidad por desnutrición aguda en el departamento muestra un comportamiento descendente. A continuación, en la imagen No. 01, se evidencia el comportamiento de los reportes de desnutrición aguda moderada y severa durante la vigencia 2024 en el departamento de Norte de Santander, precisando que durante la vigencia 2025 a semana epidemiológica No. 51, no se han presentado casos de mortalidad por Desnutrición Aguda Moderada y Severa en menores de 5 años en el Departamento Norte de Santander.

A continuación, en la Imagen No. 02. Se evidencia la gráfica relacionada con el número de muertes por desnutrición según año de notificación desde la vigencia 2017 hasta la vigencia 2024

Imagen No. 02. Número de muertes por desnutrición aguda en menores de 5 años. Según año de notificación desde el 2017 hasta el 2024.



Fuente: SIVIGILA

A continuación, en la imagen No. 3 se logra evidenciar el comportamiento de la notificación de casos en comparativa de las vigencias anteriores, con la vigencia 2025, evidenciando un incremento en el orden del 6% positivo en el número de reporte de casos en comparativa con el mismo periodo de tiempo de la vigencia 2024.

Imagen No. 03. Comportamiento de la notificación de casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, vigencias anteriores vs vigencia 2025 en el Departamento Norte de Santander

Fuente: SIVIGILA.

Con base en lo antes expuesto, se presentó una disminución de la tasa prevalencia de desnutrición aguda por cada 100 menores de 5 años en el Departamento Norte de Santander, pasando de una tasa de 0,59 x cada 100 menores de 5 años para la vigencia 2023, a una tasa de 0,54 x cada 100 menores de años. Sin embargo, se logra evidenciar que desde la vigencia 2017 esta tasa ha venido incrementando de manera sustancial, y a partir de la vigencia 2021, se ha logrado contener. Como se evidencia en la tabla No. 04

Imagen No. 04. Prevalencia de Desnutrición Aguda Moderada y severa en el Departamento Norte de Santander, Semana Epidemiológica No. 43.

Fuente: SIVIGILA.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

En referencia a los múltiples determinantes sociales en salud, en referencia con Salud Nutricional y prevención de la Desnutrición Aguda Moderada o Severa en Menores de 5 años, el sistema de salud será a su vez un determinante social intermedio. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar. Desde esta perspectiva, los factores estructurales están asociados a la dimensión de los medios económicos, y en consecuencia a los ejes de disponibilidad y acceso y los intermedios están asociados a las dimensiones de la calidad de vida de la SAN: consumo y aprovechamiento biológico. La inocuidad,

se concibe como el conjunto de características que aseguran que el alimento sea apto para el consumo humano, siendo un atributo presente a lo largo de la cadena alimentaria. Estos determinantes se ven reflejados en el estado nutricional de los diferentes grupos poblacionales, el cual podrá ser adecuado o podrá reflejar problemáticas nutricionales relacionadas tanto con el déficit como el exceso.

Imagen No.05 Determinantes sociales de la desnutrición y malnutrición.

Fuente: SISVAN Norte de Santander.

5. RESULTADO EN SALUD:

- Contribuir mejorar el estado nutricional de la población materno infantil y fortalecer la lactancia materna exclusiva y complementaria en los micro territorios de los municipios seleccionados
- Contener parcialmente las tasas y prevalencia de niños y niñas menores de 5 con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa en los micro territorios de los municipios seleccionados
- Contener la tasa de mortalidad evitable por y asociada a la desnutrición aguda en menores de 5 años.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: Ejecución del 100% de los recursos asignados con los soportes solicitados en cada una de las actividades PIC Departamental, de acuerdo con la Matriz Técnico Financiera (MTF).
- **Administrativo**: El PIC está diseñado para su ejecución durante el 2026, sugiriendo un perfil profesional de la salud, afines con áreas de Salud Nutricional y exiliar de enfermería capacitado en el tema. Se debe garantizar continuidad, y los soportes legales de seguridad social en salud
- **Técnico**: La Ejecución del PIC de Departamental será evaluada de acuerdo con los lineamientos nacionales y normatividad relacionada con Salud Nutricional, en cada una de las actividades desarrolladas por los ejecutores las cuales se encuentran contempladas en la MTF.
- **Resultados en salud**:
  - Contribuir mejorar el estado nutricional de la población materno infantil y fortalecer la lactancia materna exclusiva y complementaria en los micro territorios de los municipios seleccionados
  - Contener parcialmente las tasas y prevalencia de niños y niñas menores de 5 con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa en los micro territorios de los municipios seleccionados
  - Contener la tasa de mortalidad evitable por y asociada a la desnutrición aguda en menores de 5 años.

- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la Resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVO GENERAL

Fomentar el autocuidado individual y colectivo a través de las redes sociales de micro territorios priorizados para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación, durante la vigencia 2026, en los municipios de CHITAGA, PAMPLONITA, SILOS, MUTISCUA, PAMPLONA.

7.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar espacios de construcción de saberes y generación de respuestas comunitarias que promuevan prácticas sociales y de salud para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida, mediante la implementación de la intervención colectiva de conformación y fortalecimiento de redes comunitarias.

- Afianzar las capacidades de las familias y comunidades en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida mediante la implementación de la intervención colectiva de información en salud.

8. **RECURSO HUMANO:**

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

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

ACTIVIDAD: CONFORMACIÓN DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL MARCO DEL PIC.

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

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

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

b. Realice el mapeo y caracterización de actores, el cual incluye al menos lo siguiente:
   - Identificar los posibles actores o miembros de la red (Instituciones, redes existentes, organizaciones, grupos, familias, personas) en razón de sus competencias y funciones, o por su afectación en relación con la situación, evento o riesgo que se abordará a través de la red.
   - Realizar proceso de sensibilización sobre la situación, evento o riesgo a intervenir o gestionar con los actores identificados (foros, conferencias, información, procesos de formación, entre otros).
   - Definir la participación de los actores en la red con base en tres aspectos fundamentales; I) Intereses comunes en relación con la situación, evento o riesgo, II) Posición de apoyo u oposición en relación con su abordaje o gestión, III) Influencia o importancia (Capacidad de incidir en la situación, problema o riesgo).

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

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

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

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

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

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

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

h. Evalué el desempeño de la red:

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

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

ACTIVIDAD DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD:

La información en salud se define como “Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud, que contribuyan a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud”

La información en salud, más que la simple transmisión unidireccional de datos o mensajes es una acción estratégica para el desarrollo humano que debe generar un clima cultural apropiado para la promoción de salud y calidad de vida y aportar a la construcción de otras formas de comprender la salud.

Finalidades de la información en salud La información en salud busca aumentar el conocimiento sobre un tema e incidir en las formas de sentipensar que apunten a:

1. Persuadir de realizar una determinada conducta (ej.: utilizar condón en las relaciones sexuales; lavarse las manos; etc.) o disuadir de hacerla (ej.: no manejar cuando se ha consumido alcohol o drogas). Se trata de la información que procura que los sujetos hagan algo con el fin de fortalecer o mejorar la salud o de hacer conciencia de la problemática para generar reflexión que se traduzca en cambio de prácticas.

2. Anticipar que los sujetos adopten comportamientos que afecten su salud; ejemplo: evitar que los jóvenes inicien el consumo de drogas (implica trabajar desde la primera infancia en aspectos como la autonomía, el autoconcepto, la autovaloración, entre otros). Debe ser una estrategia constante e implementarse con suficiente antelación al momento en que podrían suscitarse los hechos, porque los resultados se verán a mediano o largo plazo.

3. Promocionar los derechos - con énfasis en el derecho a la salud y las acciones de autocuidado y cuidado de la salud de la familia, la comunidad y su entorno; así como, promover la participación -especialmente de los que usualmente no han sido considerados como interlocutores válidos3 y proponer los escenarios para dicha participación y para la movilización social. Con base en la información en salud se promueve que los ciudadanos puedan posicionar en las agendas gubernamentales, del sector privado o de las organizaciones sociales, los temas que le aporten a la garantía de los derechos, entre ellos el derecho a la salud.

4. Reforzar comportamientos o saberes favorables para promover y mantener la salud, que a través de la evidencia han demostrado resultados positivos en distintos contextos.

5. Cambiar representaciones de sí, de los otros, de lo otro que permitan cuestionar lo que se ha establecido como si fuera natural y es injusto o inequitativo o inconveniente para la salud.

¿A QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN LE ESTAMOS APUNTANDO?

Se puede decir que a aquella que reconozca los comportamientos y creencias arraigados en la población sujeto - que afectan la salud y la calidad de vida-, con el fin de determinar cómo podría persuadírseles de actuar de forma diferente a favor de la salud. Lo anterior, implica reconocer las opiniones, saberes, valoraciones o prejuicios que las personas tiene sobre un tema o problema y captar su atención aportando información para ampliar el conocimiento sobre éstos, cambiar la perspectiva desde la cual los ven, y generar una actitud orientada hacia mantener y promover la salud y predisponer a la acción4 En general le estamos apuntando a la información en salud, que;

1. Reconoce y parte de los comportamientos, actitudes, sentimientos, creencias, saberes y prácticas de las personas, las familias y las comunidades, y se construye a partir de la información epidemiológica local, para aportar a configurar determinados saberes y valores sobre los problemas de calidad de vida y salud.

2. Reconoce y parte de la cultura, de la psicología, de las características educativas y del momento del curso de vida de los sujetos a quienes se va a dirigir la información, así como del contexto territorial6 en el que viven.

3. Reconoce y confía en la capacidad de cambio de las personas, para lo cual es necesario aportar información que no genere oposición, sino ir paso a paso, partiendo de la forma en que actúan en sus vidas actualmente.

4. Construye mensajes que sean sencillos, comprensibles y actualizados: “las personas adoptan más fácilmente un comportamiento si éste es “divertido, fácil y popular”, si reduce barreras y si refuerza costumbres sociales

PROCESO PARA IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD

Para implementar la intervención de Información en salud, se sugiere realizar lo siguiente:

1. Definir el segmento de población al que se va a dirigir la información (a qué personas, familias comunidades y en qué entornos –hogar, educativo,
2. laboral, etc.-, se va a dirigir el proceso). Conocer a los sujetos a quienes se dirigirá la información (cómo actúan en los diferentes entornos, qué les interesa, qué saben, qué no saben, cómo construyen sus saberes, cuál es su nivel de participación, qué disponibilidad de información existe en el medio, qué iniciativas relacionadas existen, que mueve sus sentimientos...) 11 y saber qué conciencia del riesgo tienen, qué gravedad perciben respecto de una situación o comportamiento, qué beneficios perciben respecto de las creencias actuales y respecto de un posible cambio, y qué barreras se perciben para tomar la decisión de cambiar (ej.: temores, creencias sociales que les impiden adoptar alguna medida de salud, seguimiento de ciertas pautas culturales o religiosas que imponen determinados comportamientos no necesariamente favorables a la salud…)
3. Conocer las necesidades de información de la población sujeto13 (esto implica responder a la pregunta ¿qué se requiere?: que cambie de comportamiento, que actúe en favor de otro o de la naturaleza, que adopte una cierta actitud, o que se reconozcan los servicios a que tiene derecho o los avances del sector, entre otros) Conocer el contexto (territorial, económico, social, político, cultural, etc.)
4. Entender y definir el problema de salud a ser abordado: sus causas, severidad y consecuencias que está produciendo, determinando los factores que inhiben o facilitan los cambios (sociales, culturales, económicos, etc.)
5. Conocer los resultados de otras campañas, jornadas especiales de salud o estrategias informativas (preferiblemente de las que se hayan o estén desarrollando en el mismo territorio).
6. Definir el tipo de mensaje y la forma en que llegaría mejor a la población sujeto. En su difusión es importante combinar: medios de comunicación masiva, interpersonal, redes sociales, sistemas alternativos (los que sustituyen al habla), etc. En este sentido el mensaje debe diseñarse con base o en función del medio o los medios que se seleccionen para la difusión.
7. Delimitar el objetivo a corto y mediano plazo y determinar los efectos o lo que se pretende lograr; son ejemplo de objetivos operativos: comprender nuevos conceptos, adoptar un comportamiento, cambiar de opinión sobre un tema, obtener una ganancia por una forma de actuar saludable15. Estos deben incorporarse en el Plan Territorial de Salud. =
8. Establecer un plan de medios (seleccionar los vehículos publicitarios): medios de comunicación, sitios estratégicos, coberturas, audiencias a impactar, frecuencia de exposición al mensaje.
9. Definir cómo se va a promocionar la información: relaciones públicas, contacto personal, entre otros.
10. Realizar un pilotaje y hacer las modificaciones antes de lanzar todo el proceso (cambiar lo que no fue comprendido, recordado y aceptado socioculturalmente).
12. Buscar aliados (saber si hay otras organizaciones que también están difundiendo mensajes similares, cómo, a quiénes y qué resultados están obteniendo; y contactar a otros aliados que aún no estén participando de la estrategia informativa. Ejemplo: empresas que estén dispuestas a aportar al
proceso de acuerdo con sus acciones de responsabilidad social, o con la participación de organizaciones de base o de los mismos sujetos de la información)
13. Consolidar una relación constante con los sujetos de la información (permite saber qué tanto se está comprendiendo el mensaje y qué efectos está teniendo).
14. Hacer un plan operativo (y un plan B) para que el proceso informativo sea sostenible.
15. Sistematizar o por lo menos documentar la experiencia informativa implementada.
16. Seguir y evaluar las acciones y establecer planes de mejoramiento.
17. Establecer necesidades futuras de información de acuerdo con lo encontrado en la evaluación.
18. Publicar los resultados.
19. Rediseñar el programa

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

10. **PRODUCTOS O LOGROS:**

Conformación y fortalecimiento de redes comunitarias:

- Organizaciones comunitarias con capacidad para la orientación y adopción de autocuidado individual y colectivo para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida.

- Familias con conocimientos en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida.

11. METAS:

- Los Municipios seleccionados y sus micro territorios cuentan con el 100% de las redes de apoyo comunitario conformada y fortalecida para la lactancia materna exclusiva y complementaria y alimentación saludable.
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en lactancia materna exclusiva y complementaria y alimentación saludable.
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en alimentación saludable y buenas prácticas de manufactura, consumo de agua potable
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en detección de signos y síntomas de desnutrición
- Niños, niñas, menores de 5 años con detección del riesgo de muerte por desnutrición a los servicios de salud y Equipos Básicos de Salud (EBS).

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN: Los soportes aportados por el contratista, serán sometidos a verificación para evidenciar la veracidad de los mismos, mediante llamadas telefónicas, visitas, revisión detallada, corroboración de la información consignada, con diferentes medios.

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 145.000.000

14. **RESUMEN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS Y ACTIVIDADES**

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
I30205 CONFORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE REDES FAMILIARES, COMUNITARIAS Y SOCIALES PARA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	8 (UNA RED POR MICROTERRITORIO SIN RED, SI YA EXISTE RED ACTUALIZACIÓN)
I10605 INFORMACIÓN EN SALUD	600

15. **RESPONSABLE:**

LILIANA ELENA RODRIGUEZ PELAEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
NUTRICION IDS.

SUBGRUPO 4 PROGRAMA VIDA SALUDABLE Y ENFERMANDES NO TRANSMISIBLES

1. JUSTIFICACIÓN

Las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) del departamento de Norte de Santander para la vigencia 2025, desde el programa de Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, se formularon teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) basado en la Atención Primaria en Salud (APS), así como las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), especialmente la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS). Estos instrumentos constituyen el marco orientador para el desarrollo de las acciones de gestión de la salud pública y la implementación de intervenciones colectivas, en concordancia con la normativa vigente que regula los procesos de planeación, contratación, seguimiento y evaluación de las intervenciones en salud pública colectiva. En el departamento de Norte de Santander, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENT) representan una de las principales problemáticas de salud pública debido a su alta carga de morbilidad y mortalidad, asociada a factores de riesgo relacionados con los estilos de vida y los determinantes

sociales de la salud. Sin embargo, en los microterritorios priorizados no se cuenta con información suficiente y actualizada sobre las condiciones socioambientales, lo cual limita la caracterización integral de las comunidades y dificulta la identificación precisa de los factores de riesgo presentes en los entornos de vida.

Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer los procesos de caracterización territorial, gestión comunitaria y generación de información en salud, que permitan orientar de manera más efectiva las intervenciones colectivas dirigidas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. En este contexto, el PIC se orienta a la ejecución de intervenciones colectivas en el marco de las metas establecidas en el Plan Territorial de Salud 2024–2027, con un enfoque basado en la Atención Primaria en Salud (APS) y el abordaje de los determinantes sociales de la salud con perspectiva territorial, con el propósito de promover estilos de vida saludables, disminuir las vulnerabilidades, proteger y conservar la vida y contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Lo anterior se desarrolla mediante la implementación de la estrategia “Familias y comunidades con conocimientos para la prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles”, la cual busca fortalecer las capacidades individuales, familiares y comunitarias para el autocuidado, la adopción de estilos de vida saludables y la adherencia a las acciones de promoción de la salud y prevención de estas enfermedades.

2. **MARCO NORMATIVO**

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Resolución 1597 de 2025 Por la cual se para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud—APS.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.
- La Resolución 276 de 2019 modifica la Resolución 3280 de 2018, amplía plazos para la implementación y progresividad de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal.
- Resolución 100 de 2024, por la cual se establece las disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud, derogando la Resolución 1536 de 2015.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

A partir del análisis de morbilidad en el Departamento Norte de Santander, se evidencia una clara transición epidemiológica caracterizada por el incremento significativo de enfermedades no transmisibles en todos los grupos etarios. Es importante destacar que en la población adulta y adulta mayor predominan las enfermedades no transmisibles, representando entre el 70-82% de las atenciones, con una marcada diferencia por género, donde las mujeres presentan mayor proporción de condiciones mal clasificadas y menor incidencia de lesiones que los hombres.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) continúan siendo una prioridad en salud pública. Las enfermedades cardiovasculares, aunque se mantuvieron relevantes con un 18,87% en 2023, presentaron una disminución desde su pico en 2020 (23,16%). Las neoplasias malignas muestran un leve incremento, alcanzando 2,23%, mientras que las condiciones neuropsiquiatrías continúan al alza, llegando a 10,58% en 2023, lo que refleja un mayor diagnóstico de trastornos mentales.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

Determinantes sociales e inequidades en salud

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen —incluyendo factores económicos, sociales, culturales y ambientales— que influencian directamente la

salud y el bienestar de la población. Estos determinantes no solo afectan el riesgo de enfermedad, sino también el acceso, la calidad y los resultados de la atención en salud.

En el caso de las enfermedades **crónicas no transmisibles (ENT)** como diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, están íntimamente relacionadas con determinantes sociales como pobreza, educación, empleo, género y acceso a servicios de salud**.**

Los determinantes Socio-económicos La tasa de desempleo y niveles educativos bajos se asocian con mayores factores de riesgo (sedentarismo, mala nutrición, tabaquismo) y peor adherencia a medidas de prevención y tratamiento de ENT (enfermedades no transmisibles).

El acceso desigual a servicios de salud de calidad —especialmente de atención primaria y prevención— se identifica como un determinante crítico que puede exacerbar inequidades en condiciones no transmisibles. Aunque hay presencia de hospitales y clínicas (como en Cúcuta y otros municipios), la distribución de recursos humanos y de infraestructura no es uniforme, lo que dificulta la atención en zonas rurales y municipios de difícil acceso.
Determinante Vivienda, agua potable y saneamiento: Las condiciones de vivienda y ambientales insuficientes, sobre todo en áreas rurales, son factores que influyen negativamente en la salud global a su vez en Entornos saludables: La falta de entornos que favorezcan actividad física, alimentación sana y bienestar mental incrementa la prevalencia de ENT.

En Norte de Santander, los determinantes sociales como pobreza, educación, acceso a servicios de salud, condiciones de vida y discriminación generan inequidades claras en salud**,** especialmente en las enfermedades no transmisibles**.** El abordaje de estos determinantes desde un enfoque intersectorial y de equidad como lo promueve el Programa Vida Saludable es esencial para lograr mejores resultados en salud y bienestar para toda la población.

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo del presente proyecto se requiere a las familias en el ámbito rural (incluyendo rural disperso) y urbano de cada municipio para incremento en la adopción de prácticas de autocuidado y en la adherencia a las acciones de detección temprana y control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), evidenciado en el aumento de la cobertura de tamización y seguimiento de factores de riesgo (hipertensión, diabetes, sobrepeso/obesidad y riesgo cardiovascular) en las familias de los microterritorios priorizados de Chitagá, Cácota, Silos, Mutiscua y Pamplonita durante la vigencia 2026.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará de acuerdo a lo ejecutado presentado por el ejecutor en guía de la **matriz técnico financiera**, y definido por la forma de pago que quede inmerso dentro del contrato.
- **Administrativo**: Se requiere de un grupo básico para la ejecución del PIC Departamental, **se tomará como guía la matriz técnico financiera**.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. De acuerdo con nuestras necesidades de cumplimiento de las metas dentro del plan territorial y plan de acción en salud se requiere la ejecución de estas acciones. **se tomará como guía la matriz técnico financiera**
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas. Conforme al cumplimiento de las metas de salud y necesidades del Departamento.
- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la Resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar conocimientos en salud a las familias priorizadas conforme a los riesgos identificados en su entorno hogar mediante la implementación de intervenciones colectivas en los municipios de CHITAGA, CACOTA, SILOS, MUTISCUA, PAMPLONITA Y CUCUTILLA, durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Alertar a las familias intervenidas frente a los riesgos presentes en el entorno y opciones de adopción de comportamientos saludables, mediante estrategias comunicativas asertivas.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso de estrategia de información en salud es necesario para el desarrollo de la totalidad de las actividades en los municipios priorizados contar con la participación del siguiente talento humano en salud, un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles

- Tres (4) enfermeras profesionales
- Seis (6) Auxiliares de enfermería.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

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

LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS SE DESARROLLARÁ:

- Realizar el documento diagnóstico donde se evidencien los resultados de la caracterización (identificación de riesgos presentes en las familias y eventos en salud, así como los medios para realizar la implementación de la intervención de información en salud.

Información en salud en salud.

- Elaborar un documento con los contenidos temáticos para la implementación de la estrategia de información en salud para la prevención y control de las ENT basándose en el Documento diagnóstico de resultados de caracterización y siguiendo las directrices dadas por las orientaciones del Ministerio de salud y protección social. Es importante enfatizar que se debe realizar la articulación entre el equipo ejecutor y los hogares por cada uno de los municipios priorizados, aplicando instrumentos de medición de conocimientos y practicas pre y post en el desarrollo de la actividad.

- Información en salud: construir participativamente la estrategia de información en salud y promover las estrategias avaladas por el grupo priorizado y territorio frente a la estrategia de información en salud de manera presencial, acorde a las necesidades y expectativas de las familias. Su ejecución comprende: a.) Identificación previa de conocimientos, actitudes y prácticas de salud existentes y sobre las cuales se pretende incidir mediante estas acciones las acciones informativas b.) Diseño e implementación de estrategias de medios, de acuerdo con las particularidades de salud pública que se presenten en el territorio. Para este fin, se podrán realizar acciones a través de medios regionales o locales de comunicación (canales regionales, institucionales o comunitarios de radio y televisión); empleo de tecnologías de la información y redes sociales, entre otras que sean pertinentes para la difusión de mensajes o documentos clave. c.) Diseño e implementación de procesos de seguimiento y evaluación de la apropiación e impacto de la información; y replanificación de las estrategias de acuerdo con los resultados de la evaluación, de no identificarse avances en la apropiación de la información, se deberá ajustar la estrategia de información en salud, hasta alcanzar el objetivo de generar conocimiento en prácticas de autocuidado para la prevención de las ECNT, adherencia a programas de detección temprana y control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT); se debe demostrar los resultados de la interiorización

de las temáticas difundidas en la etapa de información en salud en las familias priorizadas y por parte del municipio verificar que efectivamente sé interiorizo el mensaje y/o concepto.

- Contenido temático para el proceso de información en salud, educación en salud: construir una agenda temática y vivencial enfocada en los siguientes temas:

CUP	Descripción
I30302	Caracterización social en el entorno Hogar
I103	INFORMACIÓN EN SALUD SOBRE VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
I10401	Información En Salud Para La Promoción De La Actividad Física
I10402	Información En Salud Para Promover La Cesación Del Consumo De Tabaco, Derivados Y Sucedáneos
I10403	Información En Salud Para La Alimentación Saludable
I10404	Información En Salud Para La Promoción Del Cuidado E Higiene De La Salud Bucal
I10405	Información En Salud Para La Promoción De La Salud Visual
I10406	Información En Salud Para La Promoción De La Salud Auditiva Y Comunicativa
I10407	Información En Salud Para El Fortalecimiento De Factores Protectores Hacia El Control De Enfermedades Crónicas Oncológicas
I10408	Información En Salud Para El Fortalecimiento De Factores Protectores Hacia El Control De Enfermedades Crónicas Metabólicas
I10409	Información En Salud Para El Fortalecimiento De Factores Protectores Hacia El Control De Enfermedades Crónicas Cardiovasculares
I10410	Información En Salud Para El Fortalecimiento De Factores Protectores Hacia El Control De Enfermedades Respiratorias Crónicas
I10411	Información En Salud Para El Fortalecimiento De Factores Protectores Hacia El Control De Las Enfermedades Huérfanas
I10412	Información En Salud Para La Adopción De Estilos De Vida Saludable

- Elaborar un documento de los resultados del conocimiento adquirido a través del proceso de información en salud dirigido a las familias de los municipios priorizados, conforme a los criterios técnicos y normativos vigentes, avalado por el ente territorial, incluyendo material informativo validado comunitariamente para informar a la población en general.

Socialización de Resultados en salud y sostenibilidad:

- Elaborar Informe final de resultados producto de la implementación de la caracterización social y ambiental, la estrategia información en salud, el cual debe ser socializado en forma presencial ante el ente municipal (coordinación de salud pública, líder comunal de cada microterritorio, lideres representantes de la red social y comunitaria y actores involucrados) con elaboración de la propuesta de educación en salud para el ente territorial municipal que permita la continuidad de los procesos de las intervenciones colectivas en el territorio.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Información en salud:

- Conocimiento adquirido en la prevención de enfermedades no transmisibles en las familias de los municipios priorizados, conforme a los criterios técnicos y normativos vigentes.

Socialización de Resultados en salud y sostenibilidad:

- Documento final de resultados producto de la implementación de la caracterización social y ambiental, la estrategia información en salud, el cual debe ser socializado en forma presencial ante el ente municipal (coordinación de salud pública, líder comunal de cada microterritorio, lideres representantes de la red social y comunitaria y actores involucrados) con elaboración de la propuesta de educación en salud para el ente territorial municipal que permita la continuidad de los procesos de las intervenciones colectivas en el territorio.

11. METAS:

Metas información en salud

- 100% de familias con el proceso difusión, orientación y entrega de contenidos en salud desarrollados en la estrategia de información en salud según orientaciones del ministerio.
- 100% de familias con conocimiento a en prácticas de autocuidado y estilos de vida saludable.
- |00% de familias con testimonio de apropiación de conocimientos en prácticas de autocuidado y estilos de vida saludable.
- 100 % de los municipios con documento de socialización resultado en salud.
- 100 % de los municipios con la Creación de propuesta de continuidad de ejecución de intervenciones colectivas en las familias ya intervenidas para la implementación del ente Municipal.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

- Telefónico a cada una de las familias, la cual manifieste que no se intervino, intervención que no se reconocerá financieramente.
- Seguimiento de manera mensual con el contratista con la verificación de la Matriz Técnico Financiera.

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**Asignación financiera**
Contratista	$ 240.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Información en Salud	4.230

15. RESPONSABLE:

SANDRA LUZ FERREIRA GARCÍA
Responsable Programa ENT

SUBGRUPO 5. PROGRAMA SALUD EN EL AMBITO LABORAL

1. JUSTIFICACIÓN

Las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC- de Norte de Santander. Para la vigencia 2025, se formularon bajo las siguientes consideraciones: El Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) – el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) basado en APS, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)-Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS), que se constituyen en herramientas globales a considerar para el desarrollo de las acciones de Gestión la Salud Pública y las Intervenciones Colectivas. Así como la normativa vigente que regula la planeación, contratación, seguimiento y evaluación de las intervenciones de salud pública colectiva.

El PIC está orientado a la ejecución de sus intervenciones en el marco de las metas establecidas en el Plan de territorial de salud 2024-2026, con enfoque en la Atención Primaria en Salud – APS y de determinantes sociales con perspectiva territorial, con el fin de promover la salud, disminuir
las vulnerabilidades, proteger y conservar la vida, dando respuestas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones en salud de la población, bajo la estrategia Entornos Laborales Saludables.

Las Intervenciones de Salud Pública Colectiva, se desarrollan a través de las Empresas Sociales del Estado pertenecientes al Departamento de Norte de Santander, quienes ejecutaran las intervenciones en los entornos de vida (hogar, institucional, educativo, comunitario) en los municipios priorizados.

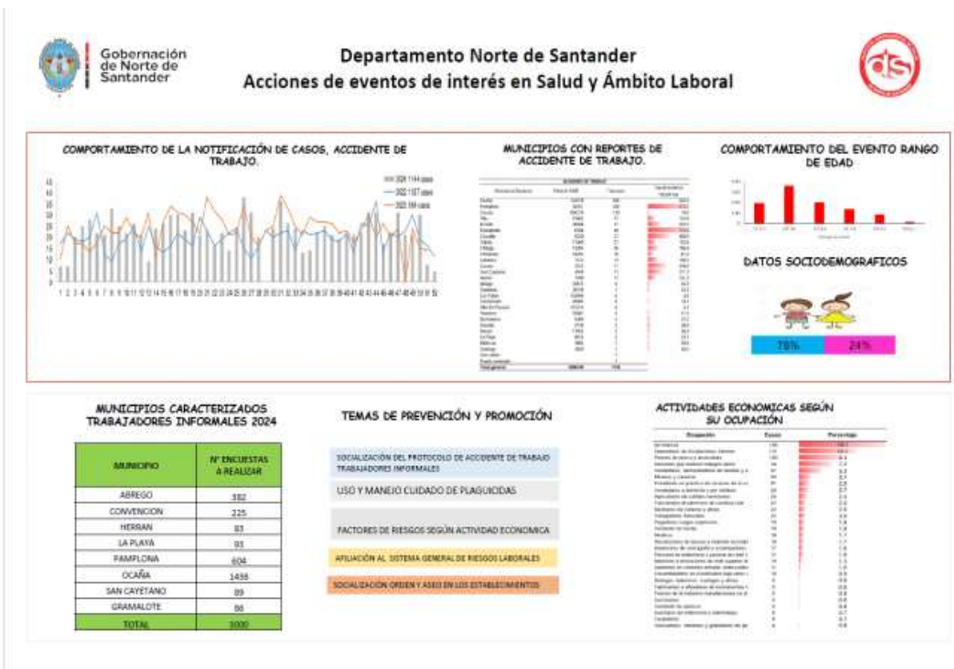
Según el Plan Decenal de Salud Pública y en el cumplimiento a la meta de resultado, desarrollar en 8 municipios (Bucarasica, Tibú, Mutiscua. Cacota, Teorama, San Calixto. El Carmen y Convención). actividades de promoción y prevención en salud ocupacional con población trabajadora informal, en el marco de la estrategia de entornos laborales saludables, durante el cuatrienio se debe abordar 32 municipios de Norte de Santander, para dar cumplimiento al plan de intervenciones colectivas PIC.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.
- Resolución 1597 de 2025 “Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)”.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL



Fuente: SIVIGILA, vigencia 2024

4. DETERMINANTE SOCIAL.

La vida y el trabajo de las personas, además de su calidad de vida, la cual otorga capacidad de actuación en un contexto específico. Los principales determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de la población trabajadora informal mayor de 15 de años son las malas prácticas de autocuidado.

- **Educación:** El nivel de escolaridad es un factor que determina la informalidad laboral.
- Ingreso: Los bajos salarios y la baja productividad son factores que determinan la informalidad laboral.
- **Entornos sociales:** Las características de las relaciones sociales generan riesgos potenciales que afectan la salud.
- **Entornos físicos:** El acceso a servicios públicos básicos, transporte, vías y contaminación ambiental son determinantes clave de la salud.
- **Seguridad social:** El empleo informal carece de seguridad social, como el acceso a los servicios de salud.

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo de esta propuesta se requiere fortalecer el análisis de las condiciones de salud y trabajo de la población de la Economía Popular y Comunitaria, con Prácticas de cuidado de su salud en el trabajo y de los entornos, personas con detección de riesgos en su salud, abordado en redes o agremiaciones en el ámbito rural (incluyendo rural disperso) de cada municipio priorizado, identificando prácticas y riesgos presente en su entorno e informar y alertar la necesidad de la adopción, mediante las intervenciones colectivas de caracterización social – ambiental y de información en salud. El resultado de impacto esperado es que las personas, familias y comunidades adquieran prácticas informadas para el cuidado y protección de los entornos. Este proceso y productos alcanzados será verificado de manera presencial por el ente territorial, garantizando que el conocimiento recibido por trabajadores informales sea asimilado para posteriormente implementarlo adecuadamente, asegurando un impacto positivo y duradero en la comunidad.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero:** ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará por parte de los referentes y/o líder del programa salud pública, en donde se describa los pagos de acuerdo con la concertación realizada, este será el insumo para el acuerdo intersectorial.

- **Administrativo:** continuidad del Plan de Intervención de Colectivas - PIC tiempos y duración de la contratación del PIC: cumplimiento de perfiles y recursos técnicos y tecnológicos. para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores, lo cual será soportado mediante contratos, actas de inicio, informes de actividades, actas de supervisión y actas de liquidación.

- **Técnico:** coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Las actividades planteadas se alinean con los objetivos, ejes estratégicos y líneas operativas definidos en el PTS, y se operacionalizan a través del PAS, permitiendo una ejecución articulada, pertinente y orientada al logro de resultados en salud, conforme a la realidad situacional identificada en los micro territorios priorizados.

- **Resultados en salud:** cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas. La descripción técnica del proyecto evidencia la articulación entre el PTS y el PDSP, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y fortalecimiento de entornos laborales que contribuyen a la reducción de la exposición a factores de riesgo, especialmente en población priorizada, garantizando la trazabilidad entre planeación, ejecución y resultados.

- **Parámetros de calidad:** Las acciones desarrolladas en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas cumplirán con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 del presente acto administrativo, con especial énfasis en los principios de oportunidad, seguridad y coordinación. La oportunidad se garantizará mediante la programación y ejecución de las actividades dentro de los tiempos establecidos para la vigencia.

La seguridad se asegurará a través del cumplimiento de protocolos técnicos, normativos y de bioseguridad durante el desarrollo de las intervenciones.

La coordinación se fortalecerá mediante la articulación entre los actores institucionales, el talento humano ejecutor y los sectores intersectoriales identificados, asegurando una implementación organizada, eficiente y acorde con las necesidades del territorio. El cumplimiento de estos parámetros será verificado a través de informes técnicos, actas de seguimiento, registros de asistencia, soportes fotográficos y demás evidencias exigidas en los procesos de auditoría y evaluación.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

- Fortalecer conocimientos en la prevención de riesgos presentes en el entorno laboral de los trabajadores informales priorizados en el municipio de Cácota durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar determinantes de riesgo y condiciones laborales de los trabajadores informales mediante la implementación de la intervención colectiva de caracterización social y ambiental.

- Advertir a los trabajadores informales intervenidos sobre la prevención riesgos derivados del trabajo y opciones para su adecuada gestión, mediante la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso de caracterización social y ambiental y el desarrollo de la estrategia de información en salud es necesario contar con la participación de talento humano en salud, es de aclarar que para cada municipio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles.

- Técnico Ambiental (1)
- Técnico en Seguridad y Salud en el Trabajo. (1)

Nota: Cada equipo básico en salud estará constituido por Profesional de la Salud (1), Técnico en Seguridad y Salud en el Trabajo. (1) en salud y serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para cada micro - territorio de cada municipio priorizado. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas en el ámbito urbano, rural se priorizaron micro - territorios, teniendo en cuenta zonas rurales dispersas, con el objetivo de generar conocimiento mediante de las intervenciones colectivas de caracterización social y ambiental en salud, así misma información en salud. La propuesta se desarrollará, para contribuir al mejoramiento de la calidad de las condiciones de salud en el trabajo de la población trabajadora informal vulnerable de la economía, que permita el desarrollo o fortalecimiento de capacidades, habilidades y prácticas en los trabajadores para el cuidado de salud, generar condiciones trabajo e higiénico- sanitarias adecuadas.

La caracterización social y ambiental del entorno laboral, se realizará, mediante la aplicación de “Instrumento para la Caracterización de las Condiciones Individuales de los Trabajadores de la Economía Popular y Comunitaria y de su Entorno de Trabajo” con sus dos partes; Condiciones Individuales y Condiciones del Lugar de Trabajo, en población informal, donde se van a identificar inicialmente ámbitos laborales informales, implementará en los municipios priorizados, mediante el desarrollo de las intervenciones colectivas PIC.

El resultado esperado en la población es lograr informar sobre mitigar los factores de riesgo con la finalidad de generar en una segunda intervención la autogestión del riesgo propio, el cual se hará con un enfoque integral y biopsicosocial, teniendo en cuenta el cuidado y la protección integral de los diferentes participantes que harán parte de las intervenciones colectivas entorno laboral. Finalmente, se verificará el impacto y la información dada a los diferentes trabajadores informales, mediante visitas realizadas por parte del ente territorial, con el fin de asegurar la implementación de la estrategia Entorno Laboral.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Caracterización social y ambiental del entorno laboral

- Trabajadores informales con determinantes de riesgo y condiciones laborales identificadas.

Información en salud

- Trabajadores informales con conocimientos sobre la prevención de riesgos derivados del trabajo y las opciones para su adecuada gestión.

11. METAS:

Caracterización social y ambiental del entorno laboral

- 100% de los trabajadores informales priorizados en cada municipio, con la aplicación herramientas de caracterización para identificar factores de riesgo.

Información en salud.

- 100% de los trabajadores informales priorizados en cada municipio sensibilizadas sobre, Uso de los elementos de protección personal, Uso y manejo seguro de plaguicidas y sustancias químicas y Estilos de vida y condiciones de trabajo saludables
- Presentar propuestas de intervención en el 100% de los municipios priorizados.
- Garantizar la socialización de los resultados con las administraciones municipales y trabajadores informales.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Métodos de seguimiento técnico, utilizando instrumentos de recolección de información de periodicidad mensual bajo el liderazgo del coordinador de PIC de la ESE, para llevar el control de lo evaluando, el cumplimiento y el impacto de lo propuesto.

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 80.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN COLECTIVA	N° DE ACTIVIDADES
CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y AMBIENTAL	200
INFORMACIÓN EN SALUD	3

15. RESPONSABLE:

MIRYAM REYES ORTEGA
Coordinadora de Salud y ámbito Laboral

SUBGRUPO 6 PROGRAMA SALUD AMBIENTAL

1. JUSTIFICACIÓN:

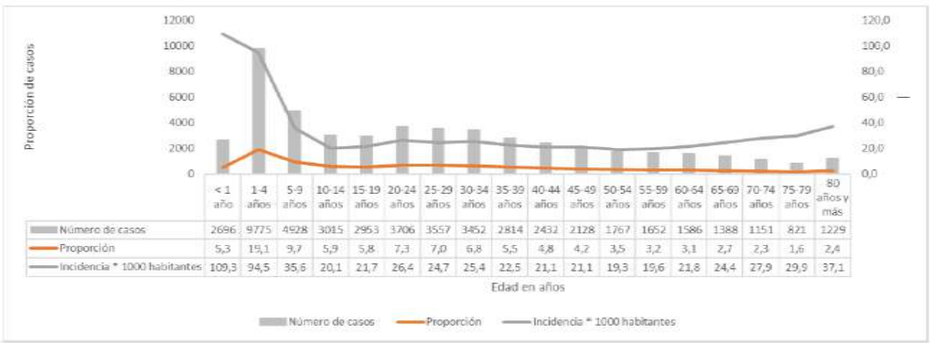
Según el Plan Decenal de Salud Pública y en cumplimiento de la meta de resultado: desarrollar en los municipios de Mutiscua y Cácota, Norte de Santander la promoción de hábitos de vida saludables para la reducción de factores de riesgo, en el marco de la Estrategia de Entornos Hogar y Comunitario.

La estrategia se justifica por su alineación con el Plan de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud, promoviendo Entornos Saludables en el 80% de los municipios del departamento, conforme a la Ley 715 de 2001. Considerando que el deterioro ambiental y los estilos de vida poco saludables incrementan el riesgo de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), afectando especialmente a poblaciones vulnerables.

A corte noviembre de 2025, Norte de Santander reportó 51.050 casos de EDA, con mayor incidencia en menores de 5 años.

Normativas como la Constitución Política (Art. 79), la Resolución 518 de 2015 y la Ley 1361 de 2009 respaldan la necesidad de esta estrategia para mejorar la salud pública, reducir riesgos y promover entornos saludables.

Casos e incidencia de Morbilidad EDA por 1.000 habitantes, según grupo de edad, Norte de Santander
Fuente: Boletín Epidemiológico - Semana epidemiologia 1 a 44 a corte de noviembre de 2025.



	< 1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	50-54 años	55-59 años	60-64 años	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80 años y más
Número de casos	2696	9775	4928	3015	2953	3706	3557	3452	2814	2432	2128	1767	1652	1586	1388	1151	821	1229
Proporción	5,3	19,1	9,7	5,9	5,8	7,3	7,0	6,8	5,5	4,8	4,2	3,5	3,2	3,1	2,7	2,3	1,6	2,4
Incidencia * 1000 habitantes	109,3	94,5	35,6	20,1	21,7	26,4	24,7	25,4	22,5	21,1	21,1	19,3	19,6	21,8	24,4	27,9	29,9	37,1

Incidencia morbilidad por EDA por municipio de procedencia, Norte de Santander
Fuente: Boletín Epidemiológico - Semana epidemiologia 1 a 44 a corte de noviembre de 2025.

Municipio	Población DANE 2025	Número de casos	Proporción	Incidencia *1000 hab
SANTIAGO	3.901	360	0,7	92,3
EL ZULIA	30.948	1736	3,4	56,1
LOURDES	4.555	202	0,4	44,3
DURANIA	5.220	228	0,4	43,7
CHINACOTA	19.976	867	1,7	43,4
PAMPLONA	57.176	2333	4,6	40,8
OCAÑA	135.990	5389	10,6	39,6
SAN CAYETANO	8.128	318	0,6	39,1
CUCUTA	815.891	28051	54,9	34,4
PUERTO SANTANDER	9.935	327	0,6	32,9
SARDINATA	29.146	947	1,9	32,5
TIBU	62.474	1940	3,8	31,1
TOLEDO	17.811	499	1,0	28,0
CUCUTILLA	9.336	225	0,4	24,1
SALAZAR	11.733	255	0,5	21,7
CACOTA	3.206	69	0,1	21,5
RAGONVALIA	6.792	139	0,3	20,5
LOS PATIOS	104.287	2051	4,0	19,7
VILLA CARO	5.778	113	0,2	19,6
CHITAGA	13.374	255	0,5	19,1
CONVENCION	21.297	404	0,8	19,0
EL TARRA	23.617	407	0,8	17,2
LA ESPERANZA	13.189	213	0,4	16,1
ABREGO	36.177	576	1,1	15,9
LABATECA	7.226	108	0,2	14,9
VILLA DEL ROSARIO	116.757	1732	3,4	14,8
CACHIRA	12.588	186	0,4	14,8
MUTISCUA	4.876	71	0,1	14,6
EL CARMEN	15.178	185	0,4	12,2
PAMPLONITA	6.282	74	0,1	11,8
ARBOLEDAS	11.081	119	0,2	10,7
TEORAMA	18.839	191	0,4	10,1
GRAMALOTE	8.399	82	0,2	9,8
BOCHALEMA	9.436	87	0,2	9,2
HACARI	11.624	78	0,2	6,7
HERRAN	7.905	53	0,1	6,7
LA PLAYA	8.786	57	0,1	6,5
BUCARASICA	7.307	45	0,1	6,2
SILOS	7.153	38	0,1	5,3
SAN CALIXTO	14.618	40	0,1	2,7
Norte de Santander	**1.717.992**	**51050**	**100**	**29,7**

Municipio	***Incidencia * 1000 Hab de EDA*** *Fuente: Boletín Epidemiológico - Semana epidemiologia 1 a 44 a corte de noviembre de 2025.*	***Casos***
Mutiscua	*14,6*	*71*
Cácota	*21,5*	*69*

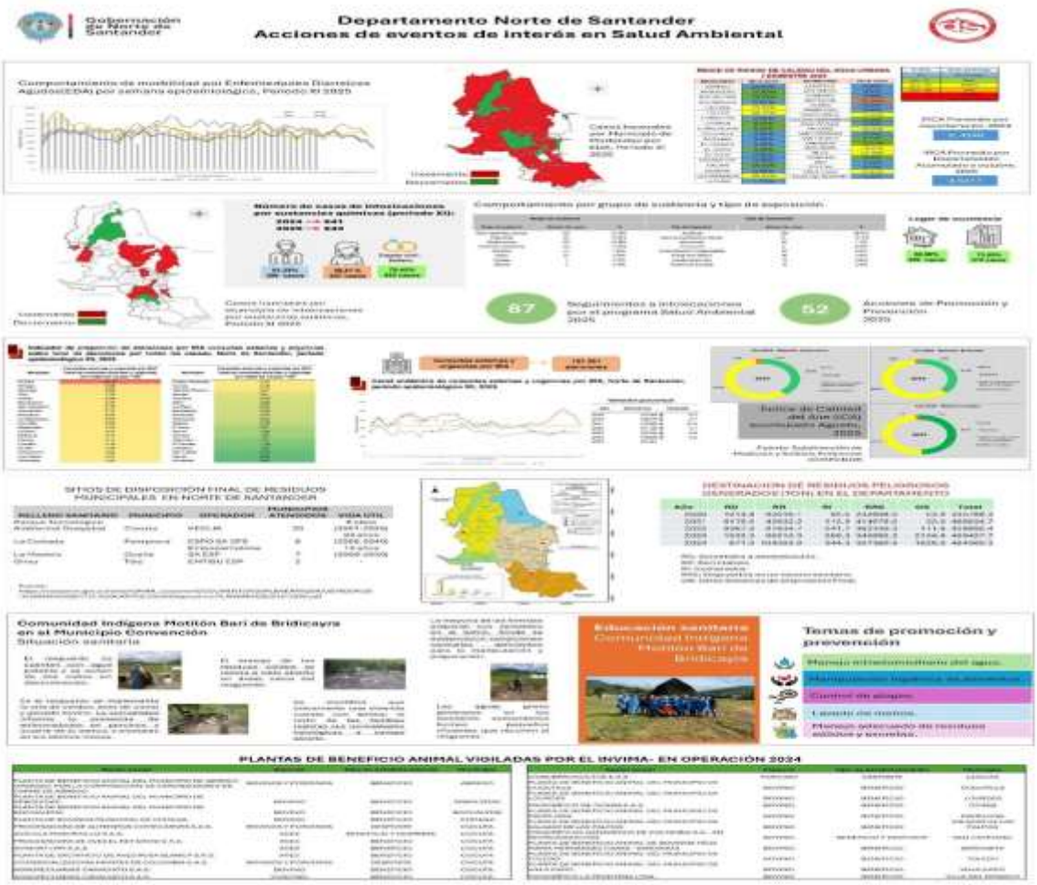
2. MARCO NORMATIVO:

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- La Ley 1361 de 2009 de Protección Integral a la Familia, Política Nacional de Educación Ambiental, entre otras; así como de los enfoques, de derechos, diferencial, poblacional - territorial, modelo de determinantes sociales, curso de vida; y de estrategias como, Atención Primaria en Salud – APS, de salud familiar y comunitaria, estrategias como Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable – Estrategia CERS, vivienda y escuelas saludables y educación ambiental y marcos teóricos como Desarrollo Sostenible y Desarrollo humano y Calidad de vida.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- El Lineamiento Nacional de Entornos Saludables LNES, tiene el propósito de dar lineamientos marco a los sectores nacionales y a los entes territoriales, para promover intervenciones, actividades y/o acciones en los entornos que aporten al desarrollo sostenible, al desarrollo humano y a la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, mediante intervenciones integrales enmarcadas en procesos articulados sectorial e intersectorialmente, con participación activa de los diferentes actores sociales.
- Resolución 1597 de 2025: Se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la GSP y el PIC, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la Estrategia de Atención Primaria en Salud APS.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL



Fuente: Programa de Salud Ambiental Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, vigencia 2025.

4. DETERMINANTE SOCIAL:

A partir del análisis integrado del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024 de los municipios de Mutiscua y Cácota, así como de la información consolidada en el diagnóstico social y ambiental del territorio, se identifican núcleos problemáticos asociados a determinantes sociales de la salud que inciden de manera directa en la ocurrencia y persistencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en los microterritorios priorizados.

1. **Deficiencias en el acceso a agua segura para consumo humano**
   En los microterritorios La Laguna y Aventino (Mutiscua) y Córpaga, La Upa, Fontibón e Icota (Cácota), se evidencian limitaciones estructurales en los sistemas de abastecimiento de agua, caracterizadas por la ausencia o precariedad de procesos de potabilización, captaciones no protegidas y uso de agua sin tratamiento para consumo humano. Esta situación incrementa la exposición de la población a agentes patógenos de origen hídrico, configurándose como un determinante social crítico para la presentación de

EDAS, especialmente en población infantil.

2. **Manejo inadecuado de residuos sólidos y excretas en entornos rurales dispersos**
El diagnóstico territorial evidencia prácticas inadecuadas en la disposición final de residuos sólidos y excretas, asociadas a la ausencia de sistemas formales de saneamiento básico, disposición informal de residuos, uso de letrinas en condiciones deficientes y vertimientos directos al suelo o a fuentes hídricas. Estas condiciones generan contaminación ambiental, proliferación de vectores y deterioro del entorno peridomiciliario, aumentando el riesgo sanitario en los hogares intervenidos.

3. **Condiciones de inequidad territorial y limitaciones en infraestructura básica**
Los microterritorios priorizados presentan alta ruralidad, dispersión poblacional y brechas históricas en el acceso a servicios públicos esenciales, lo que dificulta la implementación sostenida de soluciones en agua potable y saneamiento básico. Estas condiciones de inequidad territorial limitan la capacidad de respuesta comunitaria y perpetúan escenarios de vulnerabilidad frente a eventos de interés en salud pública asociados al ambiente.

4. **Prácticas insuficientes de higiene intradomiciliaria y peridomiciliaria**
Se identifican debilidades en la adopción de prácticas adecuadas de higiene del hogar y del entorno, tales como el lavado de manos, la manipulación higiénica de alimentos, el almacenamiento seguro del agua y el control de plagas. Estas prácticas están condicionadas por factores estructurales, culturales y educativos, y contribuyen a la transmisión de enfermedades diarreicas, especialmente en hogares con presencia de niños, niñas, mujeres gestantes y adultos mayores

5. **Brechas en los procesos de educación continua en salud ambiental y autocuidado**
El diagnóstico evidencia una cobertura limitada y discontinuidad en los procesos de educación en salud ambiental, promoción de hábitos saludables y fortalecimiento del autocuidado, particularmente en zonas rurales dispersas. La falta de acompañamiento técnico permanente y de estrategias educativas culturalmente apropiadas restringe la apropiación del conocimiento y la sostenibilidad de las prácticas protectoras en el tiempo.

6. **Vulnerabilidad diferencial de grupos poblacionales priorizados**
Los núcleos problemáticos identificados afectan de manera diferenciada a niños y niñas, mujeres gestantes, cuidadores del hogar y adultos mayores, quienes presentan mayor susceptibilidad frente a las EDAS. Esta situación refleja la interacción de determinantes sociales relacionados con el entorno, las condiciones de vida, el acceso a servicios y las prácticas cotidianas, profundizando las brechas en salud en los microterritorios intervenidos.

5. RESULTADO EN SALUD:

De acuerdo con los resultados del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024 de los municipios de Mutiscua y Cácota, en los microterritorios La Laguna y Aventino (Mutiscua) y Córpaga, La Upa, Fontibón e Icota (Cácota) persisten condiciones de vulnerabilidad asociadas a deficiencias en saneamiento básico, acceso limitado a agua segura para consumo humano, manejo inadecuado de residuos sólidos y excretas, así como prácticas insuficientes de higiene intradomiciliaria y peridomiciliaria, las cuales configuran determinantes sociales que incrementan el riesgo de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS).

Estas problemáticas se relacionan con condiciones de inequidad territorial, caracterizadas por alta ruralidad, dispersión poblacional, limitaciones en la infraestructura básica, barreras de acceso a servicios públicos esenciales y brechas en los procesos de educación continua en salud ambiental, afectando de manera diferencial a niños, niñas, mujeres gestantes, cuidadores del hogar y adultos mayores.

En Mutiscua, los microterritorios priorizados presentan precariedad en los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento básico, así como dificultades para el acceso sostenido a procesos educativos en salud ambiental, lo que favorece la persistencia de eventos de origen hídrico, principalmente en población infantil. En Cácota, la ausencia de sistemas adecuados de potabilización del agua, el manejo inadecuado de excretas y la disposición informal de residuos han contribuido al incremento del riesgo de EDAS y otras enfermedades asociadas al agua.

La intervención reconoce que la mitigación de estos riesgos no depende exclusivamente del sector salud, por lo que se plantea una acción intersectorial con actores institucionales y comunitarios, orientada al mejoramiento de las

condiciones intradomiciliarias y peridomiciliarias, el fortalecimiento de prácticas de autocuidado, higiene y manejo seguro del agua, y la reducción sostenible de los factores de riesgo asociados a las EDAS en los microterritorios priorizados.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará **por** parte de los referentes y/o líder del programa salud pública, en donde se describa los pagos de acuerdo con la concertación realizada, este será el insumo para el acuerdo intersectorial.

- **Administrativo**: continuidad del Plan de Intervención de Colectivas - PIC tiempos y duración de la contratación del PIC: cumplimiento de perfiles y recursos técnicos y tecnológicos. para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores, lo cual será soportado mediante contratos, actas de inicio, informes de actividades, actas de supervisión y actas de liquidación.

- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Las actividades planteadas se alinean con los objetivos, ejes estratégicos y líneas operativas definidos en el PTS, y se operacionalizan a través del PAS, permitiendo una ejecución articulada, pertinente y orientada al logro de resultados en salud, conforme a la realidad situacional identificada en los micro territorios priorizados.

- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas. La descripción técnica del proyecto evidencia la **articulación entre el PTS y el PDSP**, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y fortalecimiento de entornos saludables, que contribuyen a la reducción de la exposición a factores de riesgo asociados a las enfermedades diarreicas agudas (EDAS), especialmente en población priorizada, garantizando la trazabilidad entre planeación, ejecución y resultados.

- **Parámetros de calidad:** Las acciones desarrolladas en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas cumplirán con los **atributos de calidad establecidos en el artículo 16 del presente acto administrativo**, con especial énfasis en los principios de **oportunidad, seguridad y coordinación**. La **oportunidad** se garantizará mediante la programación y ejecución de las actividades dentro de los tiempos establecidos para la vigencia.

  La **seguridad** se asegurará a través del cumplimiento de protocolos técnicos, normativos y de bioseguridad durante el desarrollo de las intervenciones.

  La **coordinación** se fortalecerá mediante la articulación entre los actores institucionales, el talento humano ejecutor y los sectores intersectoriales identificados, asegurando una implementación organizada, eficiente y acorde con las necesidades del territorio. El cumplimiento de estos parámetros será verificado a través de informes técnicos, actas de seguimiento, registros de asistencia, soportes fotográficos y demás evidencias exigidas en los procesos de auditoría y evaluación.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

Proporcionar conocimientos en salud ambiental a familias y comunidades conforme a los riesgos identificados en los entornos hogar y comunitario mediante la implementación de intervenciones colectivas en los municipios de Mutiscua y Cácota durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias mediante la implementación de la intervención colectiva de caracterización social y ambiental en el entorno comunitario.

- Orientar a las familias intervenidas sobre la prevención de riesgos ambientales con el adecuado manejo de aguas, residuos, excretas y control de plagas mediante la intervención colectiva de Información en Salud

8. RECURSO HUMANO

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

- Un (1) Técnico en el área ambiental.
- Un (1) profesional en psicología y/o trabajo social.
- Un (1) tecnólogo y/o técnico en el área social o ambiental.

NOTA: Cada equipo básico en salud estará conformado (1) técnico en el área ambiental, (1) profesional en psicología y/o trabajo social y (1) tecnólogo y/o técnico en el área social o ambiental; serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para cada micro territorio de los municipios priorizados. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Para el desarrollo de esta estrategia de intervenciones colectivas en el ámbito rural, se priorizará a líderes y sus familias, incluyendo zonas rurales dispersas, con el objetivo de generar conocimiento mediante estrategias de caracterización social y ambiental en salud, así mismo información en salud, las cuales se realizarán encuestas, entrevistas y talleres educativos enfocados en el fortalecimiento de hábitos de vida saludable, sobre el manejo adecuado de agua a nivel intradomiciliario, la correcta disposición de residuos y excretas, el control de plagas y la implementación de hábitos de higiene y condiciones sanitarias, fomentando entornos más saludables para que las familias puedan adoptar y mantener estas prácticas en su vida cotidiana. El resultado esperado es una población con prácticas para el cuidado y protección de los entornos, tanto físicos como emocionales, logrando una mayor adopción de prácticas saludables, identificando las problemáticas relacionadas con la higiene, el saneamiento básico de la vivienda y su entorno.

INTERVENCIONES:

Caracterización del entorno comunitario

Etapa 1

- **Caracterización social y ambiental del entorno comunitario:** A través de la aplicación de la "Guía Metodológica para la Caracterización Social y Ambiental del Entorno Comunitario", se buscará identificar las condiciones sociales y ambientales que puedan ser factores de riesgo, con énfasis en hábitos de vida saludable. Se incluirá un análisis de las condiciones de riesgo y las prácticas de autocuidado en la vivienda. Este diagnóstico permitirá identificar las necesidades de intervención en torno a estos temas.

Caracterización del entorno hogar

Etapa 1

- **Caracterización social y ambiental del entorno hogar:** A través de la aplicación de la "Guía Metodológica para la Caracterización Social y Ambiental del Entorno Hogar", se buscará identificar las condiciones sociales y ambientales que puedan ser factores de riesgo, con énfasis en hábitos de vida saludable. Se incluirá un análisis de las condiciones de riesgo y las prácticas de autocuidado en la vivienda. Este diagnóstico permitirá identificar las necesidades de intervención en torno a estos temas.

Etapa 2:

- **Diagnóstico social y ambiental:** Se realizará un diagnóstico integral que cubra aspectos sociales, ambientales y de salud, con enfoque en la identificación de factores de riesgo biológicos y ambientales relacionados con saneamiento básico y prácticas de autocuidado. Este diagnóstico servirá para orientar las acciones informativas dirigidas a la prevención de estos problemas y la promoción hábitos de vida saludable en el entorno hogar.

Información en salud ambiental

Etapa 1:

Formación, diagnóstico y evaluación de capacidades: Se desarrollan talleres presenciales participativos sobre calidad del agua, saneamiento básico, residuos sólidos y prevención de enfermedades. Antes de iniciar, se identifican saberes previos mediante entrevistas o relatos para definir una línea base. Con base en los riesgos detectados, se articula con el ente territorial para canalizar a las familias hacia servicios de salud.

Etapa 2:

Socialización, resultados y sostenibilidad: Se presentan los resultados a nivel local con evidencia de aprendizajes y cambios en los hogares. Se miden indicadores como permanencia mínima del 60 por ciento, formulación de proyectos comunitarios, implementación de acciones colectivas y construcción de una agenda pública.

10. PRODUCTOS O LOGROS

Caracterización del entorno comunitario

- Familias y comunidades con determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias identificadas en entorno comunitario.

Caracterización del entorno hogar

- Familias con determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias identificadas en su entorno hogar.

Información en salud ambiental

- Familias capacitadas en prácticas de vivienda saludable y prevención de riesgos sanitarios.

11. METAS

Caracterización del entorno comunitario

- Municipio con caracterización social y ambiental aplicada, utilizando el instrumento de caracterización del MSPS para evaluar las condiciones sociales y ambientales en el entorno hogar, con el fin de implementar la estrategia, promoviendo prácticas de saneamiento, acceso a agua segura y gestión adecuada de residuos para la prevención de enfermedades ambientales.

Caracterización del entorno hogar

- 100% de familias sensibilizados en el municipio para desarrollo de la estrategia.
- Número de hogares intervenidos promoviendo la adopción de hábitos saludables.

Información en salud ambiental

- Presentar propuestas de intervención en el 100% del municipio priorizados.
- Socializar la estrategia con actores comunitarios e institucionales, garantizando su participación activa en la identificación y mitigación de riesgos.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

El seguimiento técnico se desarrollará con periodicidad mensual, a través de la revisión y análisis de los instrumentos de recolección de información implementados para la ejecución de las actividades, así como del software Epicollect donde se realiza la caracterización de la población objeto, con el fin de verificar la calidad y oportunidad del registro, la cobertura alcanzada, la adecuada focalización de los grupos priorizados y la coherencia entre la planeación y la intervención ejecutada. Simultáneamente, se efectuará la revisión técnica de los informes mensuales remitidos por las ESE's, incluyendo el análisis de metas programadas versus metas ejecutadas, soportes documentales (listados de asistencia, actas, registros fotográficos y formatos diligenciados), indicadores de producto y resultado, dificultades presentadas y acciones de mejora propuestas, permitiendo identificar desviaciones, establecer correctivos oportunos y evaluar el nivel de cumplimiento contractual y el impacto de las acciones desarrolladas en el periodo evaluado.

13. PRESUPUESTO

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 100.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCION	NUMERO DE ACTIVIDADES
Caracterización del entorno hogar	200
Caracterización del entorno comunitario	2
Información en salud ambiental	18

15. RESPONSABLE

Miryam Reyes O.

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

FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO OFICIAL (Presupuesto discriminado por ítems).

Financiación: La financiación del presente proceso, será con cargo a los recursos del Presupuesto de Gastos e Inversión de la Vigencia Fiscal 2026 del INSTITUTO, discriminado en los siguientes rubros presupuestales:

PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA	VALOR
19.02.109 / 19051.08 SP-E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PRIMERA INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	$15.000.000
19.02.110 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	$15.000.000
19.02.107 / 19051.09 OT SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / TUBERCULOSIS (PIC)	$ 70.000.000
19.02.109 / 19051.04 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PRIMERA INFANCIA / NUTRICIÓN (PIC)	$121.130.000
19.02.110 / 19051.04 SP - E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - INFANCIA / NUTRICIÓN (PIC)	$23.870.000
19.02.114 / 19051.02 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PERSONA MAYOR / CRONICAS (PIC)	$240.000.000
19.02.113 / 19051.06 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - ADULTEZ / AMBITO LABORAL (PIC)	$ 80.000.000
19.02.107 / 19051.01 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / AMBIENTE (PIC)	$ 100.000.000
VALOR PRESUPUESTO	**$ 665.000.000**

Presupuesto Oficial: El valor de esta Invitación Pública para este **GRUPO 1** es hasta por la suma de $665.000.000 **seiscientos sesenta y cinco mil millones** pesos M/cte.)., subordinados a las respectivas apropiaciones presupuestales, con cargo al presupuesto 2026, CDP # 769 de 28 de abril de 2026. Las ofertas que sobrepasen este presupuesto, serán inadmitidas.

FACTORES DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

Se fijan los siguientes criterios para la calificación de las propuestas que se reciban del presente proceso de Licitación Pública:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
EVALUACIÓN TÉCNICA	700
PRECIO DE LA PROPUESTA	300
TOTAL.....	**1000 PUNTOS**

EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 700 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del cumplimiento de los requerimientos y lineamientos técnicos definidos en estos pliegos y en los Estudios previos que hacen parte integral del presente proceso.

FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA	PUNTAJE MÁXIMO = 700
- Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.	250
- Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas -PIC de manera territorializada y permanente.	150
- Evidenciar el compromiso para garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución, configurando exclusividad de los equipos básicos de salud a través de los cuales se deben ejecutar las intervenciones colectivas.	150
- Disponer de un área de trabajo con las condiciones necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalué los resultados de estas.	150
No presenta el 100% de los requerimientos y/o lineamientos técnicos descritos en los pliegos y estudios previos	0 (RECHAZADA)

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NOTA: Cuando el oferente obtenga cero (0) en este aspecto de evaluación, la propuesta será RECHAZADA, pues queda sobre entendido que NO reúne las condiciones técnicas que formula el pliego de condiciones, lo cual quedará consignado en el informe de evaluación correspondiente.

PRECIO DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 300 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del valor de la propuesta económica correspondiente al ANEXO TÉCNICO N°1 – ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES.

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{Propuesta de menor precio} \times 300}{\text{Valor de la propuesta en estudio}}$$

LOTE 2

SUBGRUPO 1 PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

1. JUSTIFICACIÓN

Las coberturas críticas de vacunación identificadas en varios municipios del departamento representan un riesgo epidemiológico alto para la salud pública, debido a que favorecen la acumulación de población susceptible y la pérdida progresiva de la inmunidad colectiva requerida para prevenir brotes y reintroducciones de enfermedades inmunoprevenibles. La persistencia de brechas en biológicos trazadores compromete el control de eventos como

sarampión, rubéola, difteria, tosferina y poliomielitis, especialmente en territorios con barreras de acceso, alta movilidad poblacional y condiciones socioeconómicas vulnerables. Esta situación incrementa la probabilidad de transmisión sostenida, aparición de casos importados y ocurrencia de brotes que pueden generar complicaciones graves, demanda adicional de servicios de salud y mayores costos operativos para las entidades territoriales.

2. MARCO NORMATIVO

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia se fundamenta en un conjunto de normas, lineamientos y disposiciones técnicas que orientan la organización, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de vacunación en el territorio nacional. Este marco normativo garantiza la protección del derecho fundamental a la salud y la prevención de enfermedades inmunoprevenibles durante el curso de vida.

En el ámbito internacional, el PAI se sustenta en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluyendo las metas de eliminación, control y erradicación de enfermedades como sarampión, rubéola, poliomielitis y tétanos neonatal. Estos organismos establecen recomendaciones técnicas que Colombia adopta para asegurar la estandarización de las prácticas de vacunación, la vigilancia epidemiológica y la calidad biológica de los inmunobiológicos.

A nivel nacional, Se fundamenta en los **Artículos 44, 48 y 49** de la Constitución Política, que elevan la salud a derecho fundamental (especialmente en niños y niñas) y la definen como un servicio público obligatorio a cargo del Estado, el desarrollo del PAI se rige principalmente por la Ley 9 de 1979, que establece las bases del sistema de protección sanitaria; Las acciones del presente programa se enmarcan en el componente de Intervenciones Colectivas, conforme a la Resolución 1597 de 2015, las cuales son de carácter estatal, gratuitas y obligatorias. Estas intervenciones buscan fortalecer la cultura de la prevención y la inmunización mediante estrategias de información y educación, garantizando que el departamento cumpla su rol de garante de la salud pública territorial establecido en la Ley 715 de 2001." La Ley 1122 de 2007 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconocen la salud como un derecho fundamental y asignan responsabilidades a los actores del sistema respecto a la prestación de servicios esenciales, entre ellos la vacunación. Así mismo, el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud) consolida las disposiciones relacionadas con la ejecución del PAI en el país.

El Ministerio de Salud y Protección Social define la estructura programática del PAI mediante lineamientos como el Plan Nacional de Vacunación, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031, la Resolución 3280 de 2018 sobre rutas integrales de atención en salud (RIAS), esta resolución es el corazón operativo. Define las **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)**, integrando la vacunación de forma obligatoria en cada etapa del "curso de vida" (desde la gestación hasta la vejez). Establece que la inmunización no es un evento aislado, sino parte de la valoración integral de cada paciente. y las Directrices Técnico-Administrativas del PAI, que regulan los esquemas de vacunación, la cadena de frío, la vigilancia de ESAVI, la gestión territorial, la microplanificación y las estrategias de intensificación.

Adicionalmente, la ejecución del PAI se articula con la **Resolución 3100 de 2019** (habilitación), resolución 1597 de las 2025 posteriores actualizaciones que regulan la prestación de servicios de vacunación, así como las disposiciones del Instituto Nacional de Salud relacionadas con la vigilancia epidemiológica de enfermedades inmunoprevenibles y la notificación en SIVIGILA.

Este conjunto de normas constituye el soporte jurídico y técnico del PAI y orienta la implementación de las acciones de vacunación en los departamentos y municipios, asegurando la calidad, accesibilidad y oportunidad de los servicios para garantizar la protección integral de la población.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

El Programa Ampliado de Inmunización en Norte de Santander evidencia una recuperación progresiva de las coberturas de vacunación durante el periodo 2021–2025 tras el impacto generado por la pandemia. Sin embargo, el departamento continúa enfrentando desafíos asociados a la movilidad poblacional, la dispersión geográfica y las desigualdades territoriales.

En este contexto, resulta fundamental continuar fortaleciendo las estrategias territoriales del PAI, con el fin de garantizar la protección efectiva de la población frente a enfermedades prevenibles por vacunación.

La presencia de coberturas críticas (por debajo del 95 % en biológicos trazadores del PAI) en varios municipios del departamento representa un riesgo epidemiológico alto, debido a que compromete la inmunidad colectiva necesaria para prevenir brotes, reemergencia y transmisión sostenida de enfermedades inmunoprevenibles.

Cuando existen brechas de vacunación, la población susceptible comienza a acumularse, especialmente en grupos de mayor riesgo como niños menores de 5 años, gestantes, población migrante, comunidades rurales dispersas y áreas con barreras de acceso. Esto genera una disminución de la protección comunitaria y aumenta la probabilidad de aparición de casos importados o autóctonos.

Así mismo el poco compromiso por los diferentes actores sociales entre estos la mayoría de las EAPB en temas de búsqueda activa demanda inducida y canalización de la población susceptible de vacunar y a la adherencia de las rutas integrales de atención en salud.
Las coberturas críticas facilitan:

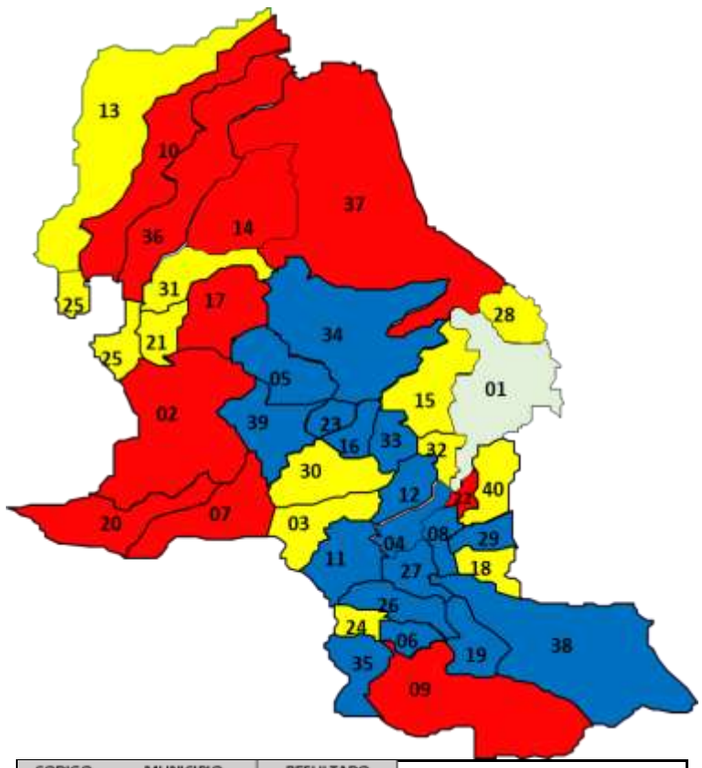
- Reaparición de enfermedades eliminadas o controladas:
- Mayor riesgo de sarampión y rubéola, dado que son enfermedades altamente transmisibles y dependen de coberturas superiores al 95 % para evitar su reintroducción.
- Riesgo de difteria, especialmente en municipios con esquemas incompletos en población mayor y migrante.
- Riesgo de pertussis (tosferina), con impacto severo en lactantes
- Brotes de enfermedades inmunoprevenibles en poblaciones vulnerables
- Aumento de la carga de enfermedad y eventos graves
- Riesgo para la vigilancia epidemiológica
- Pérdida de la inmunidad de rebaño

Cuando las coberturas no alcanzan el umbral requerido:

- Se rompe la barrera de protección comunitaria.
- La transmisión se hace más probable incluso por casos importados.
- Las poblaciones sin vacunar quedan expuestas sin protección indirecta.

En relación a lo anterior se priorizan municipios con determinantes que afectan el cumplimiento de las coberturas departamental y que con base a las fuentes de información se tuvieron en cuenta lo siguientes criterios:

- Resultados de las coberturas vigencia 2024 su meta ideal 95%
- Resultados de las coberturas con corte al 30/10/2025 meta ideal 79%
- Monitor RIAS valoración integral infancia I trim. Vigencia 2025



CODIGO	MUNICIPIO	RESULTADO
2	Abrego	3
3	Arboledas	2
4	Bochalema	1,5
5	Bucarasica	1,5
6	Cacota	1,5
7	Cachira	3
8	Chinacota	1
9	Chitaga	3
10	Convencion	3
11	Cucutilla	1,5
12	Durania	1,5
13	El Carmen	2
14	El Tarra	3
15	El Zulia	2
16	Gramalote	1,5
17	Hacari	3
18	Herran	2,5
19	Labateca	1,5
20	La Esperanza	3
21	La Playa	2,5
22	Los Patios	3
23	Lourdes	1
24	Mutiscua	2
25	Ocaña	2
26	Pamplona	1,5
27	Pamplonita	1
28	Puerto Santander	2,5
29	Ragonvalia	1
30	Salazar	2,5
31	San Calixto	2,5
32	San Cayetano	2
33	Santiago	1,5
34	Sardinata	1,5
35	Silos	1
36	Teorama	3
37	Tibu	3
38	Toledo	1,5
39	Villa Caro	1,5
40	Villa Del Rosario	2

CRITICO
REGULAR
OPTIMO

Con relación a los resultados observados y de acuerdo a la ponderación reflejada en los diferentes municipios se prioriza la intervención por parte del ente departamental a través del contratista con los siguientes municipios y microterritorios.

MUNICIPIO	MICROTERRITORIO	ASENTAMIENTO
HERRÁN	BALAGAL LA TEJA PAMPLONITA	Rural

4. DETERMINANTE SOCIAL

4.1. Determinantes demográficos y territoriales: Dispersión rural y difícil acceso municipios con población rural dispersa presentan mayores barreras para recibir esquemas completos y zonas con vías en mal estado, trochas o con riesgo de orden público afectan la continuidad del servicio.

Movilidad fronteriza, la frontera con Venezuela genera flujos permanentes de población migrante, pendular y transfronteriza con movilidad intermitente dificulta completar esquemas y mantener historial nominal, creando brechas de continuidad.

4.2. Determinantes socioeconómicos: Pobreza y desigualdades económicas, Desempleo y economía informal

4.3. Determinantes culturales y educativos: Creencias y percepciones erróneas, en algunos municipios hay resistencia cultural, especialmente hacia VPH en adolescentes, y nivel educativo menor comprensión del esquema completo y menor capacidad para interpretar síntomas posteriores a la vacunación.

4.4. Determinantes de acceso al sistema de salud, alta rotación de personal vacunador reduce la calidad del registro, la planificación territorial y la ejecución de rutas extramurales, y barreras administrativas, problemas de carnetización, afiliación o actualización de datos en el sistema generan retrasos y subregistro en PAIWEB o reporte tardío impide identificar brechas reales y actuar de manera oportuna.

4.5. Determinantes de seguridad y contexto social, zonas con presencia de grupos armados, migración forzada y desplazamiento interno

4.6. Inequidades específicas identificadas en el departamento como municipios con coberturas bajas, Inequidad por tipo de población como migrantes venezolanos con mayores retrasos en esquemas infantiles y gestacionales; Inequidad por género y ciclo vital como menor asistencia de gestantes a control prenatal afecta la vacunación Tdpa e influenza y Niños menores de 1 año en zonas rurales presentan mayor retraso acumulado.

5. RESULTADO EN SALUD:

El logro de coberturas útiles de vacunación en el departamento constituye un determinante fundamental para alcanzar los resultados en salud establecidos en la Resolución 3280 de 2018 y en el Plan de Acción en Salud (PAS). El fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones permite disminuir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles mediante la interrupción de la transmisión de agentes infecciosos en la comunidad, reduciendo la ocurrencia de casos nuevos de patologías como sarampión, rubéola, difteria, tétanos y meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, fiebre amarilla entre otras. Asimismo, el mantenimiento de coberturas iguales o superiores al 95% favorece el desarrollo de inmunidad colectiva, garantizando la protección indirecta de poblaciones vulnerables que no pueden ser vacunadas por condiciones médicas o por no haber alcanzado la edad mínima para la inmunización. En este contexto, la vacunación a lo largo del curso de vida primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y persona mayor, gestantes contribuye al control epidemiológico de enfermedades inmunoprevenibles y reduce el riesgo de introducción y propagación de casos importados, situación particularmente relevante en territorios de frontera como el departamento de Norte de Santander.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA: (No modificar)

- **Componente Financiero**: cumplimiento del 100% de los recursos asignados según lo concertado en los acuerdos y lo definido en el contrato interadministrativo.
- **Administrativo**: cumplimiento a las Intervención de Colectivas – PIC en los tiempos y duración de la contratación del mismo cumpliendo con los perfiles, recursos técnicos y tecnológicos para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores acatando los tiempos y actividades proyectadas en el cronograma.
- **Técnico**: se evaluará el avance de las coberturas útiles de vacunación de acuerdo a las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública y Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Junto con sus evidencias requeridas de acuerdo a las actividades (material de información, educación y comunicación, actas de reunión, microplanificación, mapeo geográfico, base de datos de población vacunada).
- **Resultados en salud**: se evaluará indicadores establecidos en cumplimiento del cronograma de actividades.

- **Parámetros de calidad:** se tendrán en cuenta los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la cobertura y oportunidad en el acceso de servicios de salud en las poblaciones rurales y dispersas priorizadas, a través del despliegue interdisciplinario y logístico requerido en los municipios de Herrán durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Priorizar la población dispersa con barreras de acceso a los servicios de salud mediante la ejecución de jornadas de Salud con atención integral
- Reducir barreras administrativas y sociales que afectan la vacunación en colectivos vulnerables

8. RECURSO HUMANO:

Para la ejecución de las acciones del **Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)** dentro el talento humano debe cumplir con perfiles técnicos específicos y requisitos normativos que aseguren la ejecución cumpliendo los atributos de calidad.

- 1 auxiliar de enfermería para cada municipio.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

La presente propuesta tiene como finalidad fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles mediante estrategias de Información y Comunicación, orientadas a la sensibilización comunitaria, el fortalecimiento del conocimiento en vacunación y la articulación intersectorial para el desarrollo de jornadas integrales de salud.
La estrategia busca generar espacios participativos con líderes comunitarios y población priorizada, promoviendo el acceso a información clara, accesible y pertinente sobre los riesgos asociados a enfermedades transmisibles, la importancia de la vacunación por cursos de vida y la desmitificación de falsas creencias relacionadas con las vacunas, en concordancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Pasos para la implementación

- **Realización de encuentros participativos comunitarios**

Realización de encuentros participativos con líderes comunitarios para la socialización y comunicación de los temas relacionados con el riesgo de enfermedades transmisibles, e identificación y selección de la estrategia de IEC más pertinentes y efectivas para el entorno.

- **Diseño y difusión de piezas comunicativas**

Seleccionar medios de comunicación accesibles como perifoneo, cartillas, afiches, redes sociales, visitas domiciliarias, charlas educativas y emisoras comunitarias.

- Diseño, producción y difusión de piezas comunicativas accesibles adaptadas a las necesidades, existencias y preferencias de la población priorizada.
- Elaborar materiales educativos claros, incluyentes y adaptados a las características culturales y lingüísticas de la población.
- Difundir mensajes orientados a:
  - Importancia de la vacunación por cursos de vida.
  - Prevención de enfermedades transmisibles.
  - Desmitificación de creencias erróneas sobre las vacunas.

- **Informar y orientar**

Informar y orientar en riesgos asociados a Importancia de vacunación por cursos de vida, mitos relacionados con las vacunas, teniendo en cuenta el cumplimiento de los lineamientos definidos en las orientaciones del Ministerio de salud para la información en salud en el marco del PIC

Documentación de la experiencia informativa implementada y conocimiento adquiridos por la población intervenida.

- **Desarrollo de jornadas de salud y vacunación**
  - Coordinar jornadas integrales de salud con actores intersectoriales y comunitarios.
  - Canalizar a la población susceptible para el inicio o completitud de esquemas de vacunación.
  - Garantizar disponibilidad de talento humano idóneo, biológicos, insumos y logística necesaria para el adecuado desarrollo de las actividades

Tiempo de ejecución
La propuesta se desarrollará durante el periodo contractual establecido, de manera progresiva y articulada, a través de tres etapas operativas, permitiendo seguimiento continuo y ajustes según resultados parciales.

Resultados esperados en general
- Reducción de brechas territoriales y poblacionales en acceso a la vacunación.
- Incremento del conocimiento comunitario sobre enfermedades transmisibles y vacunación.
- Fortalecimiento de la participación comunitaria y corresponsabilidad social.
- Mejora en la identificación y captación de población con esquemas incompletos.
- Disminución del riesgo de enfermedades inmunoprevenibles.
- Incremento de coberturas de vacunación en biológicos priorizados.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

10.1. Información y educación
- Fortalecimiento de la participación comunitaria.
- Mayor articulación entre comunidad y sector salud.
- Identificación de estrategias de comunicación adaptadas al contexto territorial.
- Incremento del conocimiento de las personas y/o familias aprendidas sobre riesgos de enfermedades transmisibles.
- Piezas, videos, formularios, volantes diseñados.
- Incremento del conocimiento sobre beneficios y seguridad de las vacunas.
- Padres o familiares con disminución de mitos y con información de la importancia relacionados con la vacunación.
- Población que recibió charlas educativas.
- Encuestas adquiridas como resultado de la implementación.

10.2. En jornadas extramurales intensivas
- Población que acudió a las jornadas.
- Población captada con esquema incompletos o ausente
- Ampliación del acceso a servicios de vacunación

11. METAS:
- Dos (2) reuniones comunitarias con líderes comunales.
- 3 piezas publicitarias diseñadas
- 90% de los padres informados y orientados en riesgos a la vacuna y la importancia de la vacunación
- 1 documento elaborado de microplanificación
- 4 actores comunitarios e intersectoriales que participan en la coordinación de las jornadas
- Identificar el 90% de la población canalizada para el cumplimiento de esquemas de vacunación
- 1 auxiliar de enfermería por municipio
- Alcanzar un 100% de cumplimiento de las jornadas programadas.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

12.1 Información y educación.

- Vídeos de participación
- Evidencias fotográficas
- Listado de entrega de piezas diseñadas
- Pre test y post test
- Encuesta
- Evidencia de asistencia de los actores a través de actas de firmas, fotos
- Contrato laboral
- videos

12. 2 Jornadas extramurales intensivas

- videos que evidencien las jornadas
- revisión de niños vacunados en el PAIWEB
- Certificación del líder comunitario de jornada en el microterritorio

13. PRESUPUESTO:

Distribución financiera	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 30.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIONES DE ACTIVIDADES:

INTERVENCIÓN COLECTIVA	ACTIVIDADES
Información en Salud	73
JORNADAS DE SALUD.	77

15. RESPONSABLE:

MYRIAM ALBA ARIAS
Responsable del PAI

SUBGRUPO 2. VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES – POBLACIONES VULNERABLES MIGRANTES

1. JUSTIFICACIÓN

A corte del 25 de julio, Norte de Santander registra una población migrante de 332,134 personas según información obtenida de migración Colombia, lo que representa un importante desafío para la región en términos sociales y de salud pública. Esta cifra refleja la magnitud del movimiento migratorio en la zona, que impacta directamente en la demanda de servicios básicos, especialmente en sectores como la salud, la educación y la atención social. La pirámide de población migrante en Norte de Santander muestra una estructura demográfica que destaca una mayor concentración de personas jóvenes, especialmente en el grupo de 18 a 29 años, que representa el 14% en hombres y el 11% en mujeres.

Esto indica una población migrante mayoritariamente en edad productiva y reproductiva, lo cual es relevante para la planificación de servicios de salud, educación y empleo. También se observa una proporción significativa de niños y adolescentes (de 0 a 17 años), con un 2% y 12% respectivamente, lo que implica la necesidad de garantizar atención en salud materno-infantil, vacunación y servicios pediátricos. Por otro lado, la población adulta mayor (60 años en adelante) es mucho menor, apenas entre 1% y 2%, lo que podría reflejar condiciones migratorias más dinámicas o menor expectativa de vida en estas condiciones. Este perfil demográfico sugiere que los servicios de salud deben enfocarse en la atención primaria, prevención de enfermedades propias de jóvenes y adultos, salud sexual y reproductiva, así como en la protección y cuidado de menores.

Además, la presencia más marcada de hombres en la mayoría de los grupos etarios podría influir en la dinámica social y en la demanda de servicios específicos para esta población.

Fuente: Migración Colombia, ministerio de relaciones exteriores

El departamento concentra 153.322 migrantes afiliados, equivalentes al 46,16% de la población migrante total (332.134 migrantes), lo que pone de manifiesto la creciente presión que la dinámica migratoria ejerce sobre el sistema de salud. Esta situación se hace especialmente crítica en los municipios fronterizos, donde la demanda supera con frecuencia la capacidad instalada. El cual, se evidencia la necesidad de fortalecer la infraestructura y la capacidad institucional, así como de consolidar estrategias de atención diferencial que respondan a las particularidades de esta población. Pese a los avances en afiliación, aún persisten brechas que impiden garantizar la atención del 100% de los migrantes, lo que subraya la urgencia de continuar ajustando y ampliando la respuesta del sector salud

En el departamento de Norte de Santander, el municipio de Herrán donde hay presencia de población migrante, que cuenta con aseguramiento y otras no razón por la cual desde el Instituto Departamental de Salud se realizara complementariedad al municipio por medio del Plan de Intervenciones Colectivas, para lograr caracterizar la población presente en el territorio.

2. MARCO NORMATIVO

La presente propuesta se fundamenta en el marco normativo vigente que orienta la salud pública y la atención a población migrante en Colombia, entre las cuales se destacan:

- ✔ Constitución Política de Colombia de 1991 – Establece la salud como un servicio público a cargo del Estado y garantiza el acceso a los servicios de promoción, prevención y atención en salud para todas las personas en el territorio nacional.
- ✔ Ley 100 de 1993 – Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, definiendo la organización, financiación y prestación de los servicios de salud en Colombia.
- ✔ Ley 1438 de 2011 – Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se fortalece la Atención Primaria en Salud (APS).
- ✔ Ley Estatutaria 1751 de 2015 – Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se establecen sus mecanismos de protección.
- ✔ Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que compila y reglamenta la normatividad vigente del sector.
- ✔ Resolución 3280 de 2018 – Por la cual se adoptan los Lineamientos Técnicos y Operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).
- ✔ Resolución 1597 de 2025 – Por la cual se adoptan los lineamientos metodológicos para la elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS), en especial lo establecido en el numeral 11.3.
- ✔ Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 – Instrumento de política pública que orienta las acciones intersectoriales para mejorar las condiciones de salud de la población.
- ✔ Política Integral Migratoria del Estado Colombiano – Marco estratégico que orienta la gestión integral de la migración y la garantía de derechos de la población migrante.

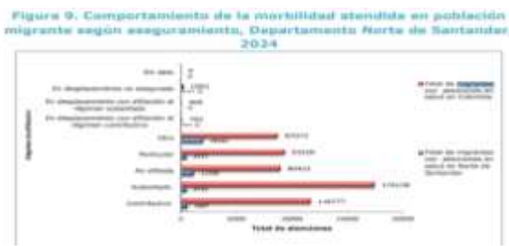
- ✔ Plan Territorial de Salud y Plan de Acción en Salud vigentes – Instrumentos de planeación que orientan la implementación de las acciones de salud pública a nivel departamental y municipal.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

MORBILIDAD DE EVENTOS DE ALTO COSTO Y PRECURSORES

Los eventos de alto costo en Norte de Santander mostraron comportamientos diferenciados respecto a los indicadores nacionales durante el periodo 2017- 2024. La prevalencia de diagnosticados con enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal alcanzó 72,57 por cada 100,000 afiliados en el departamento, inferior al valor nacional de 81,99, con una diferencia relativa de 0,8851 que no resultó estadísticamente significativa según los intervalos de confianza. El comportamiento temporal evidenció fluctuaciones importantes, con un máximo de 81,1 en 2018 y un mínimo de 51,1 en 2022, para finalizar en 72,6 en 2024, lo que sugirió variabilidad en la detección, acceso a servicios especializados o en la calidad del reporte de estos casos.

El análisis de las atenciones en salud a población migrante según régimen de afiliación en 2024 evidenció profundas disparidades en el aseguramiento. A nivel nacional, la mayor proporción de atenciones correspondió a población no afiliada con 174.138 atenciones, seguida por el régimen contributivo con 116.777 atenciones. En Norte de Santander se observó un patrón diferenciado donde las atenciones a población no afiliada alcanzaron 11.288 atenciones, mientras que el régimen subsidiado registró 4.733 atenciones y el contributivo 5.687 atenciones. La distribución departamental mostró una alta vulnerabilidad en el acceso a servicios de salud, con una proporción importante de población migrante sin aseguramiento formal, situación que comprometió la continuidad y calidad de la atención. Esta realidad refleja las barreras estructurales que enfrenta la población migrante para lograr afiliación efectiva al sistema de salud, recayendo gran parte de la carga asistencial en servicios de urgencias y atención no programada, con las implicaciones que esto conllevó para la sostenibilidad financiera del sistema departamental.



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO agosto 8 de 2025

4. **DETERMINANTE SOCIAL. Núcleos problemáticos detectados en el diagnóstico del territorio.**

El acceso limitado a servicios de salud de calidad es uno de los principales factores que contribuyen a la morbilidad y mortalidad de la población migrante en eventos de salud catastróficas. Las barreras económicas, geográficas y la falta de infraestructura adecuada dificultan la atención médica oportuna y la implementación de medidas preventivas.

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo de esta propuesta se requiere intervenir las personas ubicadas en el ámbito rural disperso de los micro territorios priorizados, identificando prácticas y riesgos presente en su entorno e informar y alertar la necesidad de la adopción de factores protectores mediante las intervenciones colectivas de caracterización social – ambiental y de información en salud, con énfasis en la promoción y prevención de los eventos de Salud Pública.

Los resultados en salud esperados son:

- Personas, familias y comunidades adquieran prácticas informadas para el cuidado y protección de los entornos, promoviendo la salud integral de la población Migrante e identificar previamente el cambio positivo en la población y su entorno.

- Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitarias y sociales para la promoción de la salud.
- Personas, familias y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia.
- **Administrativo**: continuidad del Plan de Intervención de Colectivas - PIC tiempos y duración de la contratación del PIC: cumplimiento de perfiles y recursos técnicos y tecnológicos. para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores.
- **Técnico:** coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS.
- **Resultados en salud:** cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas.
- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 del presente acto administrativo.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar conocimientos en salud a las personas migrantes conforme a los riesgos identificados en su entorno comunitario mediante la implementación de intervenciones colectivas en el municipio de Herrán durante la vigencia 2026.

.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar determinantes de riesgo y condiciones ambientales de las personas migrantes mediante la implementación de la intervención colectiva de caracterización social y ambiental.
- Advertir a las personas migrantes intervenidas sobre la prevención riesgos derivados del ambiente y opciones para su adecuada gestión, mediante la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso de caracterización social y ambiental y el desarrollo de la estrategia de información en salud es necesario contar con la participación del siguiente talento humano en salud, es de aclarar que para cada micro territorio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles

- Uno (1) enfermera profesional
- Dos (2) Auxiliares de enfermería.

El equipo básico en salud estará constituido por 1 enfermera, 2 auxiliares y serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para cada micro - territorio. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

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

LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS SE DESARROLLARÁ EN TRES ETAPAS:

- **Etapa 1: Caracterización social y ambiental y diagnóstico social, ambiental**

Realizar la caracterización a 100 personas en el componente comunitario en zona rural y rural disperso en el municipio de Herrán y los micro territorios.

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

Elaborar contenido temático dirigido a las personas migrantes para el proceso de información en salud en los derechos y deberes de la población migrante, así como la prevención y control de las ENT.

Etapa 3: Socialización de Resultados en salud y sostenibilidad:

Socializar el 100% de los resultados en salud obtenidos con las familias migrantes intervenidas durante la vigencia 2026, mediante la realización de mínimo un (1) evento municipal de presentación de resultados y la entrega de un informe técnico documentado al ente territorial, con el fin de evidenciar el fortalecimiento de conocimientos en prácticas de autocuidado y promover la sostenibilidad de las intervenciones colectivas en el territorio.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

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

- Personas migrantes con determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias identificadas en su entorno.

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

- Personas migrantes orientadas sobre la prevención de riesgos y adecuados estilos de vida saludable.

Etapa 3: Socialización de Resultados en salud y sostenibilidad:

Documento de socialización de resultados en salud “Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos” alcanzados por el grupo focal intervenido a nivel local de manera documentada

11. METAS:

Metas etapa 1
El 100% de la población migrante del municipio de Herrán con caracterización social ambiental

Metas etapa 2
- 100% de personas socializadas por municipio para desarrollo de la estrategia.
- Construcción de material informativo para la promoción y prevención de las enfermedades no transmisibles dirigido al 100% de familias de cada municipio.
- 100% de personas con conocimiento de sus derechos y deberes, prácticas de autocuidado y estilos de vida saludable.

Metas etapa 3
- 100% de familias con testimonio de apropiación de conocimientos en prácticas de autocuidado y estilos de vida saludable.
- 1 documento de socialización resultado en salud.
- 1 municipio con socialización a entes municipales

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

- Actas de seguimiento de manera mensual

13. PRESUPUESTO:

Distribución financiera	
OPERADOR	**Asignación financiera**
1. CONTRATISTA	$ 60.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y AMBIENTAL EN ENTORNOS DE VIDA COTIDIANA	04
INFORMACIÓN EN SALUD	04

15. RESPONSABLE:

JENIT COLMENARES BECERRA
Referente del programa de vulnerables

SANDRA LUZ FERREIRA
Referente de vida saludable y condiciones no transmisibles

FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO OFICIAL (Presupuesto discriminado por ítems).

Financiación: La financiación del presente proceso, será con cargo a los recursos del Presupuesto de Gastos e Inversión de la Vigencia Fiscal 2026 del INSTITUTO, discriminado en los siguientes rubros presupuestales:

DESCRIPCIÓN PRESUPUESTAL	VALOR
19.02.110 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	$15.000.000
19.02.109 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PRIMERA INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	$15.000.000
19.02.112 / 19051.02 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - JUVENTUD / CRONICAS (PIC)	$20.000.000
19.02.114 / 19051.02 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PERSONA MAYOR / CRONICAS (PIC)	$20.000.000
19.02.107 / 19051.07 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / VULNERABLES (PIC)	$20.000.000
TOTAL, PRESUPUESTO	$90.000.000

Presupuesto Oficial: El valor de esta Invitación Pública para este **GRUPO 2** es hasta por la suma de $90.000.000 (Noventa millones de pesos M/cte.)., subordinados a las respectivas apropiaciones presupuestales, con cargo al presupuesto 2026, CDP # 770 de 28 de abril de 2026. Las ofertas que sobrepasen este presupuesto, serán inadmitidas.

FACTORES DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

Se fijan los siguientes criterios para la calificación de las propuestas que se reciban del presente proceso de Licitación Pública:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
EVALUACIÓN TÉCNICA	700
PRECIO DE LA PROPUESTA	300
TOTAL.....	**1000 PUNTOS**

EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 700 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del cumplimiento de los requerimientos y lineamientos técnicos definidos en estos pliegos y en los Estudios previos que hacen parte integral del presente proceso.

FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA	PUNTAJE MÁXIMO = 700
- Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.	250
- Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas -PIC de manera territorializada y permanente.	150
- Evidenciar el compromiso para garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución, configurando exclusividad de los equipos básicos de salud a través de los cuales se deben ejecutar las intervenciones colectivas.	150
- Disponer de un área de trabajo con las condiciones necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalué los resultados de estas.	150
No presenta el 100% de los requerimientos y/o lineamientos técnicos descritos en los pliegos y estudios previos	0 (RECHAZADA)

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NOTA: Cuando el oferente obtenga cero (0) en este aspecto de evaluación, la propuesta será RECHAZADA, pues queda sobre entendido que NO reúne las condiciones técnicas que formula el pliego de condiciones, lo cual quedará consignado en el informe de evaluación correspondiente.

PRECIO DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 300 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del valor de la propuesta económica correspondiente al ANEXO TÉCNICO N°1 – ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES.

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{Propuesta de menor precio} \times 300}{\text{Valor de la propuesta en estudio}}$$

LOTE 3

SUBGRUPO 1. SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

1. JUSTIFICACIÓN

Las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC- de Norte de Santander. Para la vigencia 2025, se formularon bajo las siguientes consideraciones: El Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) – el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) basado en APS, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)-Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS), que se constituyen en herramientas globales a considerar para el desarrollo de las acciones de Gestión la Salud Pública y las Intervenciones Colectivas. Así como la normativa vigente que regula la planeación, contratación, seguimiento y evaluación de las intervenciones de salud pública colectiva.

El PIC está orientado a la ejecución de sus intervenciones en el marco de las metas establecidas en el Plan de territorial de salud 2024-2026, con enfoque en la Atención Primaria en Salud – APS y de determinantes sociales con perspectiva territorial, con el fin de promover la salud, disminuir las vulnerabilidades, proteger y conservar la vida,

dando respuestas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones en salud de la población, bajo la estrategia Avanzando hacia una sexualidad y maternidad segura.

Las Intervenciones de Salud Pública Colectiva, se desarrollan a través de las Empresas Sociales del Estado pertenecientes al Departamento de Norte de Santander, quienes ejecutaran las intervenciones en los entornos de vida (hogar, institucional, educativo, comunitario) en los municipios priorizados.

El actual proyecto tiene como propósito impactar de manera positiva la salud sexual de la población del departamento de Norte de Santander mediante la generación de prácticas de autocuidado, cambios comportamentales y sensibilización en la importancia de la asistencia a consulta médica para la aplicación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y ruta materno perinatal en el caso de las mujeres en edad fértil; lo anterior con el objetivo de reducir los indicadores de morbi-mortalidad para el programa de Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos e influir en el mejoramiento de los determinantes sociales en salud en la población del departamento.

Mediante este proyecto se dará continuidad a las acciones del plan de intervenciones colectivas contratadas para el municipio de pamplona durante la vigencia 2025 con el propósito de empoderar a las familias ya priorizadas, adicionalmente se incluirán micro territorios del municipio de Pamplonita ya que es necesario intervenir a la población de este municipio del cual procede una muerte materna de la vigencia 2025, por tal motivo es necesario empoderar a la población de los municipio de Pamplona y Pamplonita buscando la generación, apropiación de conocimientos y promoción de la adopción de prácticas de autocuidado para una sexualidad y maternidad segura, con el fin de establecer cambio de comportamiento y mantenerlos en el tiempo.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.

- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.

- Resolución 1597 de 2025 por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud.

- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.

- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.

- Resolución 276 de 2019 Modifica la Resolución 3280 de 2018, amplia plazos para la implementación y progresividad de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

Durante la vigencia 2025 se desarrollaron dos estrategias para el plan de intervenciones colectivas departamental (Caracterización social y ambiental e información en salud), dichas acciones se realizaron con el propósito de

diagnosticar un numero especifico de hogares en micro territorios priorizados según situación de salud y el análisis realizado a los indicadores de los mismos para el programa de Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos , identificando sus necesidades tanto básicas como relacionadas con salud sexual, lo anterior buscando un primer contacto con la población que genere confianza y ayude a establecer un compromiso por parte de esa población priorizada todo esto bajo la estrategia de avanzando hacia una sexualidad y maternidad segura mediante la cual se quiere continuar interviniendo a la población en la vigencia 2026 con la estrategia de educación y comunicación para salud con el fin de afianzar conocimiento en temas relacionados con salud sexual, generar prácticas de autocuidado, cambios comportamentales y sensibilización en la importancia de la asistencia a consulta médica para la aplicación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y ruta materno perinatal en el caso de las mujeres en edad fértil.

Los datos epidemiológicos evidencian la necesidad. En norte de Santander los eventos de mayor carga para continúan concentrándose en problemáticas asociadas a sífilis gestacional, VIH, embarazo en adolescentes, mortalidad materna, Morbilidad Materna Extrema, VBG y Mortalidad Materno Perinatal. Estas condiciones no solo expresan desigualdades en salud, sino que reflejan la interacción de determinantes estructurales, institucionales y socioculturales que influyen de manera directa en los desenlaces de salud sexual y reproductiva.

En sífilis gestacional, el departamento mantiene un número elevado de casos, especialmente en municipios con mayor densidad poblacional, alta movilidad humana y flujos migratorios. La persistencia de este evento sugiere brechas en tamizaje oportuno, trazabilidad de casos y tratamiento integral tanto para gestantes como para sus parejas sexuales.
Respecto a VIH, se observa un patrón similar, con mayor incidencia en zonas urbanas y periurbanas. Los hallazgos sugieren deficiencias en la captación temprana, tamizaje durante el control prenatal y continuidad de la atención para gestantes seropositivas y en demás población en general.

El embarazo en adolescentes continúa siendo un problema crítico, especialmente en territorios rurales, dispersos y con barreras geográficas de acceso. La persistencia de este evento está vinculada con factores sociales como violencia basada en género, baja escolaridad, limitaciones en educación integral en sexualidad y acceso restringido a métodos anticonceptivos.

En relación con la Mortalidad Materna, aunque el número de casos es menor en comparación con otros indicadores, sigue constituyendo un evento centinela que revela fallas en la oportunidad de la atención, en la identificación temprana de riesgos y en la resolución adecuada de emergencias obstétricas. Este comportamiento reafirma la necesidad de fortalecer la Ruta Materno Perinatal en todos sus niveles.

Respecto a las Violencias Basadas en Género en el departamento continúan mostrando un comportamiento elevado y sostenido, asociado a determinantes estructurales, fallas en la articulación institucional y factores culturales profundamente arraigados. Este panorama resalta la necesidad de fortalecer la prevención primaria, mejorar la capacidad de respuesta territorial, garantizar la activación efectiva de la ruta y promover acciones comunitarias sostenidas que transformen las dinámicas que perpetúan la violencia.

Finalmente, las diferencias observadas en IVE y acceso a servicios evidencian una capacidad de respuesta desigual entre instituciones y municipios, especialmente en zonas rurales y de frontera. Persisten barreras para la garantía del derecho, que incluyen disponibilidad limitada de servicios, trabas administrativas y desconocimiento por parte de la población.
En conjunto, el comportamiento general de los indicadores reafirma la influencia de determinantes estructurales —como pobreza, conflicto, barreras geográficas y migración— junto con determinantes institucionales (capacidad resolutiva, oportunidad en el acceso) y factores culturales (baja percepción de riesgo, limitaciones educativas). Estas interacciones siguen condicionando las brechas identificadas y deben orientar la toma de decisiones, la priorización territorial y el fortalecimiento de intervenciones intersectoriales en salud sexual y reproductiva.

En cuanto al análisis de la morbilidad por eventos de notificación obligatoria enmarcado para el programa de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, en el departamento de Norte de Santander durante el período 2007-2023 evidencia patrones epidemiológicos significativos que reflejan tanto avances en salud pública como áreas críticas que requieren intervenciones focalizadas.

Entre los eventos notificados con mayor relevancia, se observa un incremento sostenido en las anomalías congénitas, las cuales han experimentado un aumento desde los 8 casos registrados en 2010 hasta alcanzar los 400 casos en 2023. Este crecimiento podría estar asociado a múltiples factores etiológicos, incluyendo variables

ambientales, genéticas y sociales, así como a mejoras en la capacidad diagnóstica y los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Asimismo, la morbilidad materna extrema ha mostrado una tendencia ascendente desde el inicio de su registro en 2012, pasando de 239 casos a 559 en 2023. Este fenómeno pone en evidencia desafíos persistentes en la atención prenatal, el acceso oportuno a servicios especializados y la calidad de la atención obstétrica en el departamento.

Indicadores Materno-Infantiles

El análisis comparativo de los indicadores materno-infantiles revela fluctuaciones relevantes en la salud perinatal y materna:
La razón de mortalidad materna en Norte de Santander se ha mantenido en un rango variable entre 39,1 y 89,6 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. A nivel nacional, esta tasa ha oscilado entre 45,3 y 83,2, lo que indica que, en determinados años, el departamento ha superado los promedios nacionales, evidenciando disparidades regionales en la atención obstétrica.

En términos de mortalidad neonatal, el departamento mostró una leve tendencia descendente, reduciéndose de 7,3 a 6,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque esta tendencia es positiva, los datos se mantienen en niveles comparables con el promedio nacional, que osciló entre 6,7 y 7,3 por cada 1.000 nacidos vivos.

Eventos de Interés en Salud Pública

En cuanto a los eventos prioritarios para la salud pública, destacan aquellos con alta carga de morbilidad y riesgo epidemiológico: Agresiones potencialmente transmisoras de rabia, Enfermedades transmitidas por vectores como el dengue y la malaria, también se encuentran eventos como Intentos de suicidio y Varicela.

Particularmente preocupante es la creciente prevalencia de sífilis y VIH, enfermedades infecciosas cuya transmisión se ha visto influenciada por el fenómeno migratorio en la región. La sífilis gestacional ha experimentado un alarmante aumento, pasando de 76 casos en 2007 a 537 en 2023, mientras que la sífilis congénita subió de 43 a 119 casos en el mismo período.

En relación con la infección por VIH, la tasa de incidencia notificada en Norte de Santander se situó en 25,55 por cada 100.000 habitantes, inferior a la media nacional (28,38), con una diferencia relativa de 0,9001 (IC95%: 0,6108-1,3265). Sin embargo, es relevante destacar el éxito del departamento al lograr la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, un hito significativo en la salud pública regional.

Desigualdades Sociales y Determinantes de la Salud

En el ámbito de la equidad de género, se observan brechas significativas en el acceso a servicios de salud y educación. Las mujeres enfrentan niveles elevados de discriminación y violencia de género, con una tasa de 216,60 por cada 100.000 habitantes, mientras que la violencia intrafamiliar alcanza los 27,76 por cada 100.000 habitantes, reflejando la persistencia de entornos inseguros para las mujeres y las familias en la región.

Asimismo, la población OSIGD continúa enfrentando discriminación y estigmatización, afectando su acceso a servicios básicos como salud, educación y empleo. La ausencia de datos estadísticos precisos sobre esta comunidad limita la capacidad de diseñar e implementar políticas públicas inclusivas y efectivas. A pesar de ello, se han logrado avances significativos en el reconocimiento de derechos y la visibilizarían de la diversidad sexual en el contexto colombiano.

Logros y Desafíos en Salud Pública

El departamento presenta avances notables en áreas estratégicas de intervención, incluyendo: La prevención del consumo de sustancias psicoactivas, el manejo integral del VIH/SIDA, la reducción de la violencia intrafamiliar y la violencia de género. No obstante, persisten desafíos críticos en la promoción de estilos de vida saludables. Se ha identificado un bajo consumo de frutas y verduras en la población, situándose por debajo del promedio.

Con lo referido anteriormente es de resaltar que el análisis epidemiológico de Norte de Santander entre 2007 y 2023 resalta importantes logros en salud pública, especialmente en la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la reducción de la mortalidad neonatal. Sin embargo, persisten retos significativos relacionados con la

morbilidad materna extrema, las enfermedades transmisibles y las desigualdades sociales que afectan la salud poblacional.

Se hace imperativo continuar fortaleciendo las políticas públicas basadas en un enfoque de determinantes sociales de la salud, así como promover intervenciones integrales y colectivas que aborden los factores estructurales que perpetúan las inequidades sanitarias en el departamento.

4. DETERMINANTE SOCIAL. Núcleos problemáticos detectados en el diagnóstico del territorio.

Morbilidad

La morbilidad en el departamento muestra un incremento sostenido en los eventos relacionados con el programa de sexualidad derechos sexuales y reproductivos, durante el periodo epidemiológico 01–44 del año 2025 se notificaron 263 casos de hepatitis B, C y Delta en Norte de Santander, cifra similar a la del 2024 y superior a la del 2023, lo que demuestra una tendencia ascendente y persistencia del evento en el departamento. El análisis muestra que los principales mecanismos de transmisión fueron la vía sexual y la parenteral, seguidos de la transmisión horizontal y, en menor proporción, la materno-infantil.

La mayor afectación se presenta en personas entre años 29 y 59, grupo que concentra más del 60% de los casos, con una distribución equilibrada por sexo. Predomina la afiliación al régimen subsidiado (75%), lo que evidencia condiciones de vulnerabilidad social y barreras de acceso a servicios de salud. Territorialmente, los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario, Ocaña, Tibú, Hacarí y El Tarra registran las cifras más altas, destacando el Catatumbo como zona crítica por su limita, en cuanto al VIH se notificaron 604 casos de VIH/Sida en Norte de Santander, mostrando una disminución del 14% frente a 2024, pero manteniendo una transmisión elevada, con una tasa de incidencia de 35,2 casos por 100.000 habitantes. El comportamiento temporal evidencia circulación endémica y sostenida durante todo el año. El mecanismo de transmisión sexual domina con el 99% de los casos, lo que indica que el evento continúa altamente asociado a prácticas sexuales sin protección. La mayor afectación corresponde a hombres (76%), principalmente entre 29 y 59 años, seguidos del grupo de 18 a 28 años, lo que refleja una epidemia concentrada en población joven-adulta y económicamente activa. A nivel territorial, Cúcuta concentra el 62% de los casos, Villa Caro, seguida de Ocaña, Villa del Rosario y Los Patios. La zona de frontera presenta alta incidencia, influenciada por movilidad, migración y dinámicas sociales. Se reportan 145 casos en población venezolana, lo que confirma el impacto de la migración en el comportamiento del evento.

Seguidamente para los casos de sífilis congénita hay una incidencia de 2,2 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque esta cifra representa una reducción frente a 2024 y una disminución significativa respecto a 2023, el evento continúa evidenciando transmisión activa y fallas en la prevención de la sífilis gestacional. El 100% de los casos tenía madres previamente notificadas con sífilis gestacional, lo que demuestra que la principal brecha no está en la detección, sino en la oportunidad y completitud del tratamiento durante el embarazo. Adicionalmente, un 24% de las madres fue diagnosticado en el parto o puerperio, lo que implica pérdida total de la ventana preventiva. La mayor parte de los casos se concentra en zonas urbanas (80%), especialmente Cúcuta, Villa del Rosario, aunque las incidencias más altas se observan en municipios del Catatumbo como Tibú, Ocaña y Sardinata, donde existen mayores barreras de acceso. Se evidencia una afectación similar entre madres colombianas (23 casos) y venezolanas (23 casos), lo que confirma el impacto de la migración y la movilidad transfronteriza en el comportamiento del evento.

En cuanto a la Sífilis Gestacional en Norte de Santander, con una razón de prevalencia de 20,2 por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque se observa una ligera disminución respecto a 2024, el evento se mantiene alto y persistente, evidenciando transmisión sostenida. La mayor afectación se presenta en mujeres entre 29 y 59 años (65,8%), seguidas del grupo de 18 a 28 años. Un dato crítico es que más del 85% de las gestantes pertenece al régimen subsidiado o no está asegurada, lo que refleja vulnerabilidad social y barreras en el acceso al control prenatal oportuno. En cuanto a nacionalidad, se reportan 258 gestantes colombianas y 156 venezolanas, confirmando el impacto de la migración en el comportamiento del evento. Territorialmente, Cúcuta concentra 235 casos, pero las tasas más altas se registran en municipios del Catatumbo como Tibú, Puerto Santander, Teorama y El Tarra, donde existen mayores dificultades de acceso a servicios de salud y seguimiento prenatal.

En cuanto a las condiciones maternas perinatales, las complicaciones relacionadas con la salud materna siguen dominando con un 84,49% de los casos en 2023, mientras que las complicaciones perinatales aumentaron levemente al 15,51%, lo que indica una mayor atención a la salud neonatal.

Dentro de casos de morbilidad materna extrema de la S.E 1 a la 44 para el año 2025; se encuentran 61 casos para población Extranjera correspondiente 26,2 % y como Nacionalidad Venezolana que son casos ya con residencia para Norte de Santander son 172 casos correspondiente al 73,8 Casos notificados de otro Departamento: 4 casos de Cesar, 2 caso Arauca y 1 caso Nariño.

Puerto Santander apareció sistemáticamente entre los municipios más afectados en ocho de los nueve eventos principales de mortalidad, y como primer lugar en siete de ellos, sugiriendo vulnerabilidades sociosanitarias críticas, determinantes sociales adversos y posibles deficiencias en la red de servicios de salud que requirieron intervenciones urgentes, integrales y focalizadas por parte de las autoridades sanitarias departamentales y municipales.

Mortalidad

La mortalidad en salud sexual y reproductiva constituye un indicador crítico del desempeño del sistema de salud y de las condiciones sociales que influyen en el acceso y la calidad de los servicios. En este ámbito, la mortalidad materna sigue siendo uno de los eventos más sensibles, reflejando complicaciones obstétricas que no fueron prevenidas o tratadas de manera oportuna, y que en muchos casos están asociadas a causas evitables como hemorragias, trastornos hipertensivos, infecciones y barreras en la atención. Asimismo, la mortalidad perinatal, la asociada a infecciones de transmisión sexual y las muertes relacionadas con embarazos no intencionales evidencian desigualdades persistentes y brechas en educación, planificación y cuidado integral. El análisis de estos eventos resulta fundamental para fortalecer la vigilancia, orientar intervenciones poblacionales y mejorar la respuesta institucional, con el fin de disminuir riesgos y avanzar en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

En relación con la Mortalidad Materna, aunque el número de casos es menor en comparación con otros indicadores, sigue constituyendo un evento centinela que revela fallas en la oportunidad de la atención, en la identificación temprana de riesgos y en la resolución adecuada de emergencias obstétricas. Este comportamiento reafirma la necesidad de fortalecer la Ruta Materno Perinatal en todos sus niveles. Para la vigencia 2025 se llevan 10 muertes maternas registradas en los municipios de Cúcuta, El Carmen, El Tarra, Gramalote, Tibú, Ocaña, Pamplonita y Abrego.

En cuanto la Mortalidad Perineo natal se han reportado 119 casos a corte de la semana 44 epidemiológica, Este evento refleja tanto las condiciones de salud de la gestante como la oportunidad y eficacia de la atención durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal temprano. Las principales causas incluyen complicaciones obstétricas no atendidas adecuadamente, prematuridad, asfixia perinatal, infecciones y malformaciones congénitas, muchas de ellas prevenibles mediante un control prenatal oportuno, vigilancia del riesgo, atención institucional del parto y cuidados neonatales de calidad. Su análisis permite identificar brechas en acceso, continuidad del cuidado y capacidad resolutiva de los servicios, orientando intervenciones para reducir riesgos y mejorar los resultados en salud materna y neonatal.

Determinantes sociales e inequidades en salud

Los determinantes sociales en salud representan el conjunto de condiciones estructurales y cotidianas que influyen en el bienestar de las personas y en la forma en que se distribuyen la salud, la enfermedad y la muerte en un territorio. En Norte de Santander, estos determinantes se expresan de manera diferenciada según el contexto urbano, rural y rural disperso, marcados por factores como la situación socioeconómica, la migración, la informalidad laboral, la seguridad alimentaria, la infraestructura sanitaria y las barreras geográficas presentes en municipios como Tibú, El Tarra, Sardinata, Teorama, San Calixto, Convención y La Playa. Aspectos como los bajos niveles educativos, el limitado acceso a servicios básicos en zonas rurales, la presencia histórica del conflicto armado, la movilidad humana en la frontera, las condiciones de vivienda, la desigualdad de género y las dificultades en el aseguramiento y la continuidad del servicio inciden directamente en la capacidad de la población para acceder a una atención oportuna y de calidad.

Asimismo, factores culturales, dinámicas comunitarias, creencias, roles de género y redes de apoyo influyen en la percepción del riesgo, la búsqueda de atención y la adherencia a prácticas de autocuidado, especialmente en temas como salud sexual y reproductiva, embarazo adolescente, prevención de enfermedades transmisibles y control de enfermedades crónicas. En municipios fronterizos y rurales se observan mayores barreras para el acceso a controles prenatales, métodos anticonceptivos, seguimiento de enfermedades y servicios especializados, lo que profundiza brechas entre grupos poblacionales.

El análisis de los determinantes sociales en Norte de Santander evidencia que la salud no depende únicamente del sistema sanitario, sino de oportunidades estructurales que determinan la calidad de vida, la exposición al riesgo y la capacidad de respuesta de las familias y comunidades. Por ello, su abordaje requiere intervenciones integrales, intersectoriales y comunitarias que permitan reducir inequidades históricas, mejorar las condiciones de vida, fortalecer entornos protectores, garantizar el acceso efectivo a los servicios y avanzar en el ejercicio pleno del derecho a la salud para toda la población del departamento.

Las inequidades en salud en Norte de Santander representan diferencias persistentes y evitables que afectan de manera desproporcionada a diversos grupos de población, reflejando desigualdades estructurales asociadas a condiciones sociales, económicas, culturales, geográficas y de género. Estas inequidades se hacen visibles en brechas en el acceso a servicios de salud, en la oportunidad y calidad de la atención, en la carga de enfermedad y en los resultados sanitarios entre municipios urbanos como Cúcuta, Villa del Rosario y Los Patios, y territorios rurales y rurales dispersos como Tibú, El Tarra, Convención, Teorama, San Calixto, Sardinata, La Playa y Hacarí. Factores como la pobreza, el desempleo, la informalidad laboral, la inseguridad alimentaria, las limitaciones en movilidad, la dispersión territorial, la presencia histórica del conflicto armado y el impacto continuo de la migración en la frontera inciden directamente en la capacidad de la población para prevenir enfermedades, acceder a servicios oportunos y mantener condiciones de vida saludables.

Asimismo, las inequidades se profundizan por barreras de tipo administrativo, cultural y educativo que afectan especialmente a mujeres, adolescentes, población migrante, comunidades rurales, víctimas del conflicto y grupos en condición de vulnerabilidad. Estas barreras generan menor acceso a controles prenatales, mayor riesgo de complicaciones obstétricas, limitaciones en el acceso a métodos anticonceptivos, baja adherencia a programas de prevención de enfermedades crónicas, menor cobertura en vacunación y dificultades para el diagnóstico temprano de enfermedades transmisibles y no transmisibles. En el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, estas inequidades se manifiestan en tasas diferenciadas de embarazo adolescente, mayor incidencia de ITS, dificultades para garantizar el control prenatal oportuno, variaciones en la disponibilidad de servicios y disparidades en la atención entre áreas urbanas y rurales.

El análisis de estas inequidades permite evidenciar que los resultados en salud no dependen únicamente del sistema de atención, sino de las condiciones sociales que facilitan o limitan las oportunidades de bienestar. Por ello, su reducción requiere intervenciones colectivas e intersectoriales que aborden las causas estructurales, fortalezcan la oferta de servicios, mejoren la capacidad de respuesta municipal y promuevan la participación comunitaria. Solo mediante acciones integrales que reduzcan brechas históricas, se avance en la equidad territorial y se garantice el acceso oportuno y de calidad, será posible mejorar los indicadores de salud y asegurar el ejercicio pleno del derecho a la salud para todas las poblaciones en Norte de Santander.

5. RESULTADO EN SALUD:

La implementación de las intervenciones colectivas en el departamento de Norte de Santander y en cada uno de sus municipios ha permitido fortalecer de manera significativa los procesos de promoción de la salud, gestión del riesgo y detección temprana establecidos en la Resolución 3280 de 2018, generando resultados medibles en los diferentes indicadores de salud pública. A través del trabajo articulado con las administraciones municipales, equipos PIC, actores comunitarios y sectores aliados, se han desarrollado acciones que impactan directamente las condiciones de vida y los determinantes sociales de la población en territorios urbanos y rurales, incluyendo Villa del Rosario, Los Patios, Ocaña, Pamplona, Pamplonita, Tibú, El Tarra, Sardinata, Convención, Ábrego, Hacarí, Teorama, Puerto Santander y Salazar

Estas acciones colectivas, basadas en procesos de caracterización, información en salud y educación comunitarios e intersectoriales, han permitido fortalecer competencias individuales y colectivas en hábitos y estilos de vida saludables, mejorar la identificación y mitigación de factores de riesgo, incrementar la participación comunitaria organizada y fortalecer la demanda informada hacia los servicios de salud. Gracias a ello, se evidencia un aumento en las coberturas de vacunación, una mayor adherencia a los programas de salud sexual y reproductiva, un mejor acceso a servicios de control prenatal, así como avances en la vigilancia de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

En materia de salud materna, las intervenciones colectivas han contribuido a aumentar la captación temprana de gestantes, promover el cumplimiento de los controles prenatales, fomentar hábitos maternos saludables y facilitar el seguimiento a señales de alarma, lo cual incide positivamente en la reducción de riesgos obstétricos, Morbilidad

Materna Extrema (MME) y complicaciones durante el embarazo, parto y posparto. De igual manera, se han impulsado acciones para el fortalecimiento del acceso a métodos anticonceptivos, asesoría en planificación familiar, educación sexual integral y acompañamiento a grupos prioritarios, como adolescentes, población migrante, víctimas del conflicto y comunidades rurales dispersas.

Además, la labor territorial ha permitido avanzar en la reducción de brechas de acceso y en la mejora de la oportunidad del servicio, mediante jornadas comunitarias, alianzas estratégicas con instituciones educativas, participación activa de líderes comunitarios y la articulación con actores locales para llegar a zonas de difícil acceso. Estas estrategias han favorecido el incremento de la demanda informada, el empoderamiento de mujeres y jóvenes sobre su salud sexual y reproductiva, así como el fortalecimiento de capacidades en talento humano y equipos municipales.

En conjunto, los resultados obtenidos reflejan el impacto positivo de las intervenciones colectivas en SSR en Norte de Santander, mejorando coberturas, fortaleciendo la educación para la salud y contribuyendo al cumplimiento de las metas de salud pública, al tiempo que se consolidan entornos más protectores, informados y favorables para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos en toda la población.
Asimismo, la intervención focalizada en zonas de difícil acceso y municipios con presencia de población en condición de vulnerabilidad ha contribuido a cerrar brechas en acceso, mejorar la oportunidad en la atención y facilitar la articulación entre el nivel municipal y departamental. Estos esfuerzos se reflejan en la reducción de barreras geográficas, culturales y administrativas para la población, y en la mejora progresiva de indicadores como la captación temprana de gestantes, la reducción de complicaciones obstétricas, el fortalecimiento de la detección temprana de cáncer, el aumento en la cobertura de planificación familiar, el seguimiento a población infantil y el mejoramiento de prácticas de cuidado en salud.

De manera integral, los resultados alcanzados en Norte de Santander evidencian la efectividad de las intervenciones colectivas como una herramienta fundamental para avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas en la Resolución 3280 de 2018. El despliegue territorial de estas acciones ha permitido fortalecer la capacidad institucional, mejorar la calidad de los procesos, optimizar el uso de recursos y consolidar una respuesta más coordinada y sostenible para mejorar los niveles de salud de la población, contribuyendo al bienestar general, la equidad en el acceso y la garantía de los derechos en salud.

Basados en lo anterior se definen los siguientes resultados en salud establecidos en la resolución 3280 del 2018:

Resultados intermedios:

- Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos.

  Indicador

  - Proporción de personas que conocen métodos anticonceptivos
- Personas, familias y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud.

  Indicador

  - Proporción de personas que desarrollan prácticas para el cuidado de su salud y su desarrollo.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará de acuerdo a lo ejecutado presentado por el ejecutor en guía de la matriz técnico financiera, y definido por la forma de pago que quede inmerso dentro del contrato.
- **Administrativo**: Tiempo de duración: 6 meses a partir de la firma del contrato con seguimientos mensuales a disposición y se genera actas de soporte.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. De acuerdo con nuestras necesidades de cumplimiento de las metas dentro del plan territorial y plan de acción en salud se requiere la ejecución de estas acciones sujetas al programa de sexualidad y derechos y reproductivos.

- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado del Programa. Indicadores de gestión y de resultado de obligatorio cumplimiento y específico del programa.
- **Parámetros de calidad:**
  Integralidad de la intervención: Articulación de los componentes de la estrategia de información en salud, bajo un enfoque integral en salud sexual y reproductiva.
  Participación social y comunitaria: Vinculación activa de personas, familias y organizaciones comunitarias en todas las fases del proyecto.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fomentar la generación, apropiación de conocimientos y promoción de la adopción de prácticas de autocuidado para una sexualidad y maternidad segura en los hogares priorizados en el municipio de Villa del Rosario en el año 2026, con el propósito de promover la salud, prevenir riesgos y alcanzar las metas del Plan Territorial de Salud "Avanzando hacia una sexualidad y maternidad segura"

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Afianzar las capacidades de las familias y comunidades en la adopción de hábitos saludables de autocuidado para una sexualidad sana, responsable y activa mediante la implementación de la intervención colectiva de educación y comunicación para la salud y su gestión para su continuidad y sostenibilidad en el territorio.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso de educación y comunicación para la salud es necesario contar con la participación de talento humano en salud, es de aclarar que para cada micro territorio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles.

Total, de equipos básicos en salud: 2.

Perfiles a contratar en cada equipo básico:

- Enfermera profesional y/o profesional en psicología con experiencia en desarrollo de acciones comunitarias (2)

- Técnico en el área de la salud con experiencia de acciones comunitarias y gestión documental (1)

Nota: Los profesionales contratados serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para el municipio. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta estrategia de intervenciones colectivas en el ámbito urbano, rural y rural disperso, se priorizará a líderes y sus familias intervenidos en la vigencia 2025, con el objetivo de generar conocimiento mediante estrategias de Educación y comunicación para la salud, en las cuales se desarrollara un proceso formativo en la salud sexual y reproductiva, así como en la maternidad segura, para informar a la población sobre prácticas como la planificación familiar, el uso adecuado de anticonceptivos y la importancia de una atención prenatal adecuada. El resultado esperado en la población es lograr comportamientos de una sexualidad y maternidad segura, reducción de riesgos asociados con el embarazo y el parto, con la finalidad de generar una autogestión del riesgo propio, el cual se hará con un enfoque integral y biopsicosocial, teniendo en cuenta el cuidado y la protección integral de los diferentes participantes que harán parte de las intervenciones colectivas entorno hogar. Finalmente, se verificará el resultado alcanzado mediante la educación brindada en los diferentes hogares, a través de visitas realizadas por parte del ente territorial, con el fin de asegurar la implementación de la estrategia Avanzando hacia una sexualidad y maternidad segura.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Educación en salud sobre la maternidad y sexualidad segura a las familias del ámbito rural y rural disperso de los municipios priorizado:

- Documento de resultados de los conocimientos adquiridos a través del diseño metodológico implementado en el proceso de educación y comunicación para la salud dirigido a las familias, conforme a los criterios técnicos y normativos vigentes, y avalado por el ente territorial, sumado a lo anterior debe incluir material informativo validado comunitariamente para informar a la población en general sobre la importancia de adoptar prácticas de maternidad y sexualidad segura. Documento propuesto de continuidad

11. METAS:

- 100% del municipio con manifestación escrita del ente territorial municipal.
- 100% de líderes con aceptación para el desarrollo de la estrategia
- 100% de familias y actores locales con socialización y plan de trabajo del municipio para desarrollo de la estrategia.
- 100% de familias con medición de conocimientos previo a la aplicación de la estrategia de educación y comunicación para la salud
- Construcción de material de educación y comunicación para la salud para la promoción de una sexualidad y maternidad segura dirigido al 100% de familias del municipio.
- 100% de familias con conocimiento en prácticas sanas para gozar de una sexualidad y maternidad segura.
- 100% de familias con medición de conocimientos posterior a la aplicación de la estrategia de educación y comunicación para la salud
- 1 propuesta de continuidad conforme a resultados alcanzados
- 100% del municipio con manifestación escrita del ente territorial municipal.
- 100% de líderes con aceptación para el desarrollo de la estrategia
- 100% de familias y actores locales con socialización y plan de trabajo por municipio para desarrollo de la estrategia.
- 100% de familias con medición de conocimientos previo a la aplicación de la estrategia de educación y comunicación para la salud
- Construcción de material de educación y comunicación para la salud para la promoción de una sexualidad y maternidad segura dirigido al 100% de familias de cada municipio.
- 100% de familias con conocimiento en prácticas sanas para gozar de una sexualidad y maternidad segura.
- 100% de familias con medición de conocimientos posterior a la aplicación de la estrategia de educación y comunicación para la salud

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

- Actas de seguimiento de manera mensual
- Listas de asistencia
- Revisar los productos según lo establecido en cada fase del proyecto
- Visita a los territorios intervenidos

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**Asignación financiera**
1. Contratista	$ 150.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Educación y comunicación para la salud.	2168

15. RESPONSABLE:

Angélica M. Jácome C

ANGELICA MARÍA JACOME CARRASCAL
Responsable Programa Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.

SUBGRUPO 2. PROGRAMA DE NUTRICIÓN

1. JUSTIFICACIÓN

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS EN LOS ENTORNOS COMUNITARIO Y HOGAR DURANTE LA VIGENCIA 2026, EN EL MARCO DE LA GARANTIA DEL DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN, EN EL MUNICIPIO DE VILLA DEL ROSARIO Y SUS MICROTERRITORIOS.

En el Departamento de Norte de Santander se evidencian problemas de malnutrición, tanto por exceso como por déficit. La tasa de mortalidad por desnutrición y/o asociada a la desnutrición en menores de 5 años ha venido presentando un comportamiento decreciente en los últimos cinco (5), pasando desde la vigencia 2019 en el orden de 9,6 por cada 100.000 menores de 5 años, representado por trece (13) casos, hasta la vigencia 2025 en donde se logró una tasa de 0.0 casos de mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años. Lo antes mencionado, en el marco del logro del ODS No. 02 denominado “Hambre Cero”.

En este sentido, la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años El análisis de la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en el departamento de Norte de Santander evidencia un total de 668 casos en una población de 116.984 niños y niñas de 0 a 4 años, lo que corresponde a una prevalencia departamental de 0,57 por cada 100 menores. Al revisar el comportamiento por municipios en orden descendente de prevalencia, se observa que los territorios con mayor afectación presentan valores significativamente superiores al promedio departamental.

El municipio con mayor prevalencia es Tibú, con 85 casos y una prevalencia de 1,38, seguido por Teorama con 20 casos y 1,24. Posteriormente se ubican Chitagá con 10 casos (0,98) y La Esperanza con 12 casos (0,97). Continúa Pamplonita con 4 casos (0,93) y La Playa con 6 casos (0,86). En el siguiente grupo se encuentran Sardinata con 18 casos (0,80), Cucutilla con 4 casos (0,78), Hacarí con 9 casos (0,77) y Ábrego con 21 casos (0,76). Con prevalencias cercanas a 0,69, aparecen Ragonvalia con 3 casos (0,69) y El Zulia con 17 casos (0,69). Luego se ubican Mutiscua con 2 casos (0,65), Toledo con 8 casos (0,64) y El Tarra con 20 casos (0,62).

En un rango cercano al promedio departamental se encuentran Pamplona con 16 casos (0,55) y Cúcuta con 270 casos (0,55), destacándose este último por concentrar el mayor número absoluto de casos, debido principalmente a su mayor tamaño poblacional. Les siguen Convención con 9 casos (0,53) y Puerto Santander con 4 casos (0,49). Posteriormente se identifican San Cayetano con 3 casos (0,44), Cácota con 1 caso (0,42) y Ocaña con 41 casos (0,42). Continúan Villa del Rosario con 34 casos (0,41) y Villa Caro con 2 casos (0,41), seguidos de Bucarasica con 3 casos (0,40). Con prevalencias inferiores a 0,40, se encuentran Chinácota con 5 casos (0,37), Los Patios con 23 casos (0,36) y El Carmen con 5 casos (0,36). Luego aparecen San Calixto con 5 casos (0,35) y Silos con 2 casos (0,34). En niveles más bajos se ubican Arboledas con 2 casos (0,27) y Lourdes con 1 caso (0,27).

En términos generales, el comportamiento de la prevalencia muestra mayor concentración del riesgo en municipios de la subregión del Catatumbo y algunos territorios rurales, donde las condiciones socioeconómicas, el acceso a servicios de salud y las condiciones de seguridad alimentaria pueden influir en la presencia de desnutrición infantil. A su vez, aunque Cúcuta presenta una prevalencia cercana al promedio departamental, concentra el mayor número de casos, lo cual resalta la importancia de fortalecer las intervenciones nutricionales tanto en municipios con alta prevalencia como en aquellos con gran carga de casos. Lo anterior muestra el comportamiento del evento de desnutrición aguda en el departamento, terminando la vigencia con un reporte total de 607 casos, de los cuales los más afectados son niños menores de 2 años, edad en la cual la lactancia materna exclusiva y complementaria es un factor protector de gran importancia, que juega un papel primordial en los determinantes de la salud.

En este contexto, aproximadamente el 70% de los niños y niñas notificados como desnutrición aguda en menores de 5 años en el departamento, corresponden a menores de 2 años, en donde la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna es una prioridad de desarrollo de cualquier país o región. Su logro o no tiene implicaciones de

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

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

Diferentes estudios reconocen las propiedades y beneficios de la leche materna, existiendo un contrasentido al observar las cifras de lactancia materna exclusiva del país que pasaron de 2.2 meses en 2005 a 1.8 meses en 2010. Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional- ENSIN. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), la tasa nacional de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad, muestra una tendencia decreciente, reflejada en los siguiente datos: en el 2005 la tasa fue del 46,9, en el 2010 del 42,8 y en el 2015 del 36,1. De otra parte, el diagnóstico nutricional vigencia 2019, en el Norte de Santander muestra que la duración media en meses de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses para el departamento es de 2,8 meses y 7.4 meses en la lactancia materna continua, comportamiento de indicadores que muestra una disminución muy marcada en deterioro de la lactancia materna. Bajando en el 2020 a 1.9 en la lactancia materna exclusiva y la continua a 7.6, está última con un ligero incremento. Para el 2021, el comportamiento del indicador continúa en detrimento, quedando en 1.8 para la lactancia materna exclusiva y en 4.5 meses para la complementaria.

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

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

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

También es importante establecer acciones colectivas direccionadas desde la Entidad Territorial Departamental en Salud, que permitan el fortalecimiento de la seguridad alimentaria y nutricional, precisando que, la Ley 2294 del 2024 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida” y teniendo en cuenta las orientaciones técnicas establecidas en el precitado plan, específicamente las relacionadas con la

garantía al derecho humano a la alimentación como tercera transformación propuesta, hacia el camino de una gobernanza interinstitucional entre el estado y la sociedad, con la articulación de políticas y programas, y que en su propuesta plantea 3 pilares fundamentales para el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) No. 02 denominado "Hambre Cero", las cuales se listan a continuación; I) Disponibilidad, en referencia al aumento de la productividad para garantizar una oferta sostenible y suficiente de alimentos, II) Acceso, relacionado con la capacidad de pago de los hogares y el suministro físico de los alimentos para facilitar su llegada a toda la población, III) Adecuación, la cual implica la promoción de una alimentación saludable que responda a las necesidades nutricionales para el desarrollo físico, mental y social de la población, reconociendo saberes y experiencias ancestrales de los territorios.

Por consiguiente, desde la Entidad Territorial en Salud de Orden Departamental, desarrollamos acciones contempladas en el tercer pilar de la transformación denominado "Adecuación", mediante el fortalecimiento de capacidades de los actores en salud del SGSSS, promoviendo prácticas alimentarias saludables y sostenibles y fomentando la lactancia materna exclusiva y complementaria como el mayor acto de soberanía alimentaria desde el nacimiento de los niños en nuestro departamento, fortaleciendo al talento humano en referencia a los lineamientos direccionados desde el Ministerio de Salud y Protección Social para el tratamiento a la desnutrición aguda, procesos de inspección vigilancia y control en los actores del sistema, como también el desarrollo de procesos de articulación intersectorial contemplados en la Resolución 2350 del 2020 y que son responsabilidad de todos los actores del SGSSS.

2. MARCO NORMATIVO

NORMA	OBJETO DE LA NORMA
Resolución 1597 de 2025	Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)
Ley 2244 de 2022	Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo departo, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado
Decreto 1397 de 1992	Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones
Ley 1823 de 2017	"Por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de La familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones
Resolución 2350 de 2020	Por la cual se adopta el 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, y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2465 de 2016	Establece los criterios para la evaluación y clasificación del estado nutricional en la población colombiana.
Resolución 2674 de 2013	Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.
Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021–2023	Define estrategias nacionales para promover la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, en el marco de la promoción de la salud materno e infantil.
Resolución 2492 de 2022	Establece el etiquetado nutricional frontal de advertencia en alimentos procesados.
Resolución 2423 de 2018	Por la cual se establecen los parámetros técnicos para la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral
Ley 2306 de 2023	Por medio de la cual se promueve la protección de la maternidad y la primera infancia, se crean incentivos y normas para la construcción de áreas que permitan la lactancia materna en el espacio público y se dictan otras disposiciones
Resolución 1188 de 2025	Por la cual se establecen los parámetros para la creación y operación en condiciones de higiene, salubridad y dotación adecuada de las Áreas de Lactancia Materna en Espacio Público y se dictan otras disposiciones

Ley 2458 de 2025	Por medio de la cual se establecen medidas orientadas a fortalecer la comunidad lactante, la promoción de la lactancia materna en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.
Ley 2294 de 2023	Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida.
Resolución 0115 del 2026	"Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 2350 del 2020, relacionada con Desnutrición aguda.

Fuente: Elaboración propia.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

En el Departamento de Norte de Santander se evidencian problemas de malnutrición, tanto por exceso como por déficit. La tasa de mortalidad por desnutrición y/o asociada a la desnutrición en menores de 5 años que paso en el año 2018 del 9.44 (12 casos) al 21.0 (27 casos) en el 2019 (Cúcuta 2, Los Patios 1, Pamplona 3, Teorama 1, Tibú 7 y 13 procedentes de Venezuela),presentando un incremento notorio, llegando a ocupar en el 2019 el segundo lugar a nivel nacional y una notificación de casos de mortalidad por y asociada a desnutrición en el 2020 de 5 casos con una tasa de 3,6 (Cúcuta 1, Villa del Rosario 2, Tibú 1 y Venezuela 1) y para el 2021, bajó a 2.9 con 4 casos (Tibú 1, Cúcuta 1, Los Patios 1 y Convención 1) (Fuente: SIVIGILA), en este orden de ideas, para el año 2022 se presentaron 5 casos (Cúcuta 2, El Tarra 1, Tibú 1, Toledo 1, Venezuela 1). No obstante, que la mortalidad por desnutrición aguda en el departamento muestra un comportamiento descendente. A continuación, en la imagen No. 01, se evidencia el comportamiento de los reportes de desnutrición aguda moderada y severa durante la vigencia 2024 en el departamento de Norte de Santander, precisando que durante la vigencia 2025 a semana epidemiológica No. 51, no se han presentado casos de mortalidad por Desnutrición Aguda Moderada y Severa en menores de 5 años en el Departamento Norte de Santander.

A continuación, en la Imagen No. 02. Se evidencia la gráfica relacionada con el número de muertes por desnutrición según año de notificación desde la vigencia 2017 hasta la vigencia 2024

Imagen No. 02. Número de muertes por desnutrición aguda en menores de 5 años. Según año de notificación desde el 2017 hasta el 2024.

Fuente: SIVIGILA

A continuación, en la imagen No. 3 se logra evidenciar el comportamiento de la notificación de casos en comparativa de las vigencias anteriores, con la vigencia 2025, evidenciando un incremento en el orden del 6% positivo en el número de reporte de casos en comparativa con el mismo periodo de tiempo de la vigencia 2024.

Imagen No. 03. Comportamiento de la notificación de casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, vigencias anteriores vs vigencia 2025 en el Departamento Norte de Santander

Fuente: SIVIGILA.

Con base en lo antes expuesto, se presentó una disminución de la tasa prevalencia de desnutrición aguda por cada 100 menores de 5 años en el Departamento Norte de Santander, pasando de una tasa de 0,59 x cada 100 menores de 5 años para la vigencia 2023, a una tasa de 0,54 x cada 100 menores de años. Sin embargo, se logra evidenciar que desde la vigencia 2017 esta tasa ha venido incrementando de manera sustancial, y a partir de la vigencia 2021, se ha logrado contener. Como se evidencia en la tabla No. 04

Imagen No. 04. Prevalencia de Desnutrición Aguda Moderada y severa en el Departamento Norte de Santander, Semana Epidemiológica No. 43.

Fuente: SIVIGILA.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

En referencia a los múltiples determinantes sociales en salud, en referencia con Salud Nutricional y prevención de la Desnutrición Aguda Moderada o Severa en Menores de 5 años, el sistema de salud será a su vez un determinante social intermedio. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar. Desde esta perspectiva, los factores estructurales están asociados a la dimensión de los medios económicos, y en consecuencia a los ejes de disponibilidad y acceso y los intermedios están asociados a las dimensiones de la calidad de vida de la SAN: consumo y aprovechamiento biológico. La inocuidad, se concibe como el conjunto de características que aseguran que el alimento sea apto para el consumo humano, siendo un atributo presente a lo largo de la cadena alimentaria. Estos determinantes se ven reflejados en el estado nutricional de los diferentes grupos poblacionales, el cual podrá ser adecuado o podrá reflejar problemáticas nutricionales relacionadas tanto con el déficit como el exceso.

Imagen No.05 Determinantes sociales de la desnutrición y malnutrición.

Fuente: SISVAN Norte de Santander.

5. RESULTADO EN SALUD:

- Contribuir mejorar el estado nutricional de la población materno infantil y fortalecer la lactancia materna exclusiva y complementaria en los micro territorios de los municipios seleccionados
- Contener parcialmente las tasas y prevalencia de niños y niñas menores de 5 con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa en los micro territorios de los municipios seleccionados
- Contener la tasa de mortalidad evitable por y asociada a la desnutrición aguda en menores de 5 años.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: Ejecución del 100% de los recursos asignados con los soportes solicitados en cada una de las actividades PIC Departamental, de acuerdo con la Matriz Técnico Financiera (MTF).
- **Administrativo**: El PIC está diseñado para su ejecución durante el 2026, sugiriendo un perfil profesional de la salud, afines con áreas de Salud Nutricional y exiliar de enfermería capacitado en el tema. Se debe garantizar continuidad, y los soportes legales de seguridad social en salud
- **Técnico**: La Ejecución del PIC de Departamental será evaluada de acuerdo con los lineamientos nacionales y normatividad relacionada con Salud Nutricional, en cada una de las actividades desarrolladas por los ejecutores las cuales se encuentran contempladas en la MTF.
- **Resultados en salud**:
  - Contribuir mejorar el estado nutricional de la población materno infantil y fortalecer la lactancia materna exclusiva y complementaria en los micro territorios de los municipios seleccionados
  - Contener parcialmente las tasas y prevalencia de niños y niñas menores de 5 con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa en los micro territorios de los municipios seleccionados
  - Contener la tasa de mortalidad evitable por y asociada a la desnutrición aguda en menores de 5 años.

- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la Resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fomentar el autocuidado individual y colectivo a través de las redes sociales de micro territorios priorizados para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación, durante la vigencia 2026, en el municipio de Villa del Rosario.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar espacios de construcción de saberes y generación de respuestas comunitarias que promuevan prácticas sociales y de salud para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida, mediante la implementación de la intervención colectiva de conformación y fortalecimiento de redes comunitarias.

- Afianzar las capacidades de las familias y comunidades en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida mediante la implementación de la intervención colectiva de información en salud.

8. RECURSO HUMANO:

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

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

ACTIVIDAD: CONFORMACIÓN DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL MARCO DEL PIC.

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

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

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

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

- Identificar los posibles actores o miembros de la red (Instituciones, redes existentes, organizaciones, grupos, familias, personas) en razón de sus competencias y funciones, o por su afectación en relación con la situación, evento o riesgo que se abordará a través de la red.
- Realizar proceso de sensibilización sobre la situación, evento o riesgo a intervenir o gestionar con los actores identificados (foros, conferencias, información, procesos de formación, entre otros).
- Definir la participación de los actores en la red con base en tres aspectos fundamentales; I) Intereses comunes en relación con la situación, evento o riesgo, II) Posición de apoyo u oposición en relación con su abordaje o gestión, III) Influencia o importancia (Capacidad de incidir en la situación, problema o riesgo).

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

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

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

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

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

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

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

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

h. Evalué el desempeño de la red:

- En relación con los resultados de sus proyectos en la comunidad donde los implementen: para esto se hace una verificación y evaluación de los indicadores incluidos en el proyecto. También se puede evaluar la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad a través de encuestas, entrevistas, etc.

- En su estructura e interacciones como red. Para esto se puede hacer un análisis de las estructuras que se derivan de las relaciones de la red, lo cual permite conocer el verdadero rol que cada uno desempeña, en términos de su centralidad, intermediación, apertura, entre otros aspectos. De igual manera analizar el tipo de relaciones que conforman la red, para conocer aspectos como la intensidad y la frecuencia de los contactos, el carácter proactivo o reactivo de los mismos, entre otros.

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

ACTIVIDAD DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD:

La información en salud se define como “Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud, que contribuyan a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud”

La información en salud, más que la simple transmisión unidireccional de datos o mensajes es una acción estratégica para el desarrollo humano que debe generar un clima cultural apropiado para la promoción de salud y calidad de vida y aportar a la construcción de otras formas de comprender la salud.

Finalidades de la información en salud La información en salud busca aumentar el conocimiento sobre un tema e incidir en las formas de sentipensar que apunten a:

1. Persuadir de realizar una determinada conducta (ej.: utilizar condón en las relaciones sexuales; lavarse las manos; etc.) o disuadir de hacerla (ej.: no manejar cuando se ha consumido alcohol o drogas). Se trata de la información que procura que los sujetos hagan algo con el fin de fortalecer o mejorar la salud o de hacer conciencia de la problemática para generar reflexión que se traduzca en cambio de prácticas.

2. Anticipar que los sujetos adopten comportamientos que afecten su salud; ejemplo: evitar que los jóvenes inicien el consumo de drogas (implica trabajar desde la primera infancia en aspectos como la autonomía, el autoconcepto, la autovaloración, entre otros). Debe ser una estrategia constante e implementarse con suficiente antelación al momento en que podrían suscitarse los hechos, porque los resultados se verán a mediano o largo plazo.

3. Promocionar los derechos - con énfasis en el derecho a la salud y las acciones de autocuidado y cuidado de la salud de la familia, la comunidad y su entorno; así como, promover la participación -especialmente de los que usualmente no han sido considerados como interlocutores válidos3 y proponer los escenarios para dicha participación y para la movilización social. Con base en la información en salud se promueve que los ciudadanos puedan posicionar en las agendas gubernamentales, del sector privado o de las organizaciones sociales, los temas que le aporten a la garantía de los derechos, entre ellos el derecho a la salud.

4. Reforzar comportamientos o saberes favorables para promover y mantener la salud, que a través de la evidencia han demostrado resultados positivos en distintos contextos.

5. Cambiar representaciones de sí, de los otros, de lo otro que permitan cuestionar lo que se ha establecido como si fuera natural y es injusto o inequitativo o inconveniente para la salud.

¿A QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN LE ESTAMOS APUNTANDO?

Se puede decir que a aquella que reconozca los comportamientos y creencias arraigados en la población sujeto -que afectan la salud y la calidad de vida-, con el fin de determinar cómo podría persuadírseles de actuar de forma diferente a favor de la salud. Lo anterior, implica reconocer las opiniones, saberes, valoraciones o prejuicios que las personas tiene sobre un tema o problema y captar su atención aportando información para ampliar el conocimiento sobre éstos, cambiar la perspectiva desde la cual los ven, y generar una actitud orientada hacia mantener y promover la salud y predisponer a la acción4 En general le estamos apuntando a la información en salud, que;

1. Reconoce y parte de los comportamientos, actitudes, sentimientos, creencias, saberes y prácticas de las personas, las familias y las comunidades, y se construye a partir de la información epidemiológica local, para aportar a configurar determinados saberes y valores sobre los problemas de calidad de vida y salud.

2. Reconoce y parte de la cultura, de la psicología, de las características educativas y del momento del curso de vida de los sujetos a quienes se va a dirigir la información, así como del contexto territorial6 en el que viven.

3. Reconoce y confía en la capacidad de cambio de las personas, para lo cual es necesario aportar información que no genere oposición, sino ir paso a paso, partiendo de la forma en que actúan en sus vidas actualmente.

4. Construye mensajes que sean sencillos, comprensibles y actualizados: “las personas adoptan más fácilmente un comportamiento si éste es “divertido, fácil y popular”, si reduce barreras y si refuerza costumbres sociales

PROCESO PARA IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD

Para implementar la intervención de Información en salud, se sugiere realizar lo siguiente:

1. Definir el segmento de población al que se va a dirigir la información (a qué personas, familias comunidades y en qué entornos –hogar, educativo, laboral, etc.-, se va a dirigir el proceso). Conocer a los sujetos a quienes se dirigirá la información (cómo actúan en los diferentes entornos, qué les interesa, qué saben, qué no saben, cómo construyen sus saberes, cuál es su nivel de participación, qué disponibilidad de información existe en el medio, qué iniciativas relacionadas existen, que mueve sus sentimientos...) 11 y saber qué conciencia del riesgo tienen, qué gravedad perciben respecto de una situación o comportamiento, qué beneficios perciben respecto de las creencias actuales y respecto de un posible cambio, y qué barreras se perciben para tomar la decisión de cambiar (ej.: temores, creencias sociales que les impiden adoptar alguna medida de salud, seguimiento de

ciertas pautas culturales o religiosas que imponen determinados comportamientos no necesariamente favorables a la salud…)

2. Conocer las necesidades de información de la población sujeto13 (esto implica responder a la pregunta ¿qué se requiere?: que cambie de comportamiento, que actúe en favor de otro o de la naturaleza, que adopte una cierta actitud, o que se reconozcan los servicios a que tiene derecho o los avances del sector, entre otros) Conocer el contexto (territorial, económico, social, político, cultural, etc.)

3. Entender y definir el problema de salud a ser abordado: sus causas, severidad y consecuencias que está produciendo, determinando los factores que inhiben o facilitan los cambios (sociales, culturales, económicos, etc.)

5. Conocer los resultados de otras campañas, jornadas especiales de salud o estrategias informativas (preferiblemente de las que se hayan o estén desarrollando en el mismo territorio).

6. Definir el tipo de mensaje y la forma en que llegaría mejor a la población sujeto. En su difusión es importante combinar: medios de comunicación masiva, interpersonal, redes sociales, sistemas alternativos (los que sustituyen al habla), etc. En este sentido el mensaje debe diseñarse con base o en función del medio o los medios que se seleccionen para la difusión.

7. Delimitar el objetivo a corto y mediano plazo y determinar los efectos o lo que se pretende lograr; son ejemplo de objetivos operativos: comprender nuevos conceptos, adoptar un comportamiento, cambiar de opinión sobre un tema, obtener una ganancia por una forma de actuar saludable15. Estos deben incorporarse en el Plan Territorial de Salud. =
8. Establecer un plan de medios (seleccionar los vehículos publicitarios): medios de comunicación, sitios estratégicos, coberturas, audiencias a impactar, frecuencia de exposición al mensaje.

9. Definir cómo se va a promocionar la información: relaciones públicas, contacto personal, entre otros.

10. Realizar un pilotaje y hacer las modificaciones antes de lanzar todo el proceso (cambiar lo que no fue comprendido, recordado y aceptado socioculturalmente).

12. Buscar aliados (saber si hay otras organizaciones que también están difundiendo mensajes similares, cómo, a quiénes y qué resultados están obteniendo; y contactar a otros aliados que aún no estén participando de la estrategia informativa. Ejemplo: empresas que estén dispuestas a aportar al proceso de acuerdo con sus acciones de responsabilidad social, o con la participación de organizaciones de base o de los mismos sujetos de la información)

13. Consolidar una relación constante con los sujetos de la información (permite saber qué tanto se está comprendiendo el mensaje y qué efectos está teniendo).

14. Hacer un plan operativo (y un plan B) para que el proceso informativo sea sostenible.

15. Sistematizar o por lo menos documentar la experiencia informativa implementada.

16. Seguir y evaluar las acciones y establecer planes de mejoramiento.

17. Establecer necesidades futuras de información de acuerdo con lo encontrado en la evaluación.

18. Publicar los resultados.

19. Rediseñar el programa

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

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Conformación y fortalecimiento de redes comunitarias:

- Organizaciones comunitarias con capacidad para la orientación y adopción de autocuidado individual y colectivo para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida.
- Familias con conocimientos en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida.

11. METAS:

- Municipio con 1 red social y comunitaria
- Los Municipios seleccionados y sus micro territorios cuentan con el 100% de las redes de apoyo comunitario conformada y fortalecida para la lactancia materna exclusiva y complementaria y alimentación saludable.
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en lactancia materna exclusiva y complementaria y alimentación saludable.
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en alimentación saludable y buenas prácticas de manufactura, consumo de agua potable
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en detección de signos y síntomas de desnutrición
- Niños, niñas, menores de 5 años con detección del riesgo de muerte por desnutrición a los servicios de salud y Equipos Básicos de Salud (EBS).

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN: Los soportes aportados por el contratista, serán sometidos a verificación para evidenciar la veracidad de los mismos, mediante llamadas telefónicas, visitas, revisión detallada, corroboración de la información consignada, con diferentes medios.

13. PRESUPUESTO:

Distribución financiera	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 50.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS Y ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
I30205 CONFORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE REDES FAMILIARES, COMUNITARIAS Y SOCIALES PARA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	8 (UNA RED POR MICROTERRITORIO SIN RED, SI YA EXISTE RED ACTUALIZACIÓN)
I10605 INFORMACIÓN EN SALUD	220

15. RESPONSABLE:

LILIANA ELENA RODRIGUEZ PELAEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
NUTRICION IDS.

SUBGRUPO 3. PROGRAMA VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES – PROGRAMA POBLACIONES VULNERABLES MIGRANTES

1. JUSTIFICACIÓN

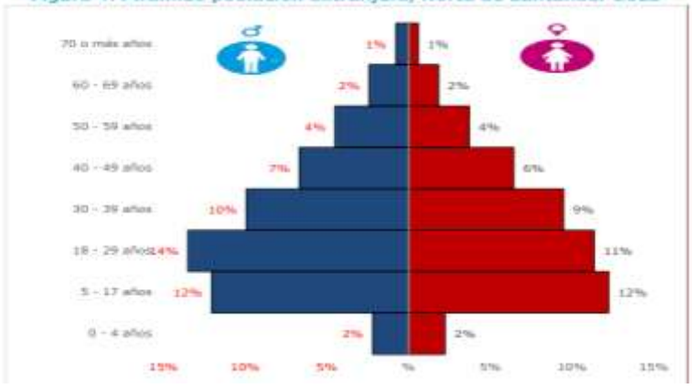
A corte del 25 de julio, Norte de Santander registra una población migrante de 332,134 personas según información obtenida de migración Colombia, lo que representa un importante desafío para la región en términos sociales y de salud pública. Esta cifra refleja la magnitud del movimiento migratorio en la zona, que impacta directamente en la demanda de servicios básicos, especialmente en sectores como la salud, la educación y la atención social. La

pirámide de población migrante en Norte de Santander muestra una estructura demográfica que destaca una mayor concentración de personas jóvenes, especialmente en el grupo de 18 a 29 años, que representa el 14% en hombres y el 11% en mujeres.

Esto indica una población migrante mayoritariamente en edad productiva y reproductiva, lo cual es relevante para la planificación de servicios de salud, educación y empleo. También se observa una proporción significativa de niños y adolescentes (de 0 a 17 años), con un 2% y 12% respectivamente, lo que implica la necesidad de garantizar atención en salud materno-infantil, vacunación y servicios pediátricos. Por otro lado, la población adulta mayor (60 años en adelante) es mucho menor, apenas entre 1% y 2%, lo que podría reflejar condiciones migratorias más dinámicas o menor expectativa de vida en estas condiciones. Este perfil demográfico sugiere que los servicios de salud deben enfocarse en la atención primaria, prevención de enfermedades propias de jóvenes y adultos, salud sexual y reproductiva, así como en la protección y cuidado de menores.

Además, la presencia más marcada de hombres en la mayoría de los grupos etarios podría influir en la dinámica social y en la demanda de servicios específicos para esta población.

Figura 4. Pirámide población extranjera, Norte de Santander 2025



Fuente: Migración Colombia, ministerio de relaciones exteriores

El departamento concentra 153.322 migrantes afiliados, equivalentes al 46,16% de la población migrante total (332.134 migrantes), lo que pone de manifiesto la creciente presión que la dinámica migratoria ejerce sobre el sistema de salud. Esta situación se hace especialmente crítica en los municipios fronterizos, donde la demanda supera con frecuencia la capacidad instalada. El cual, se evidencia la necesidad de fortalecer la infraestructura y la capacidad institucional, así como de consolidar estrategias de atención diferencial que respondan a las particularidades de esta población. Pese a los avances en afiliación, aún persisten brechas que impiden garantizar la atención del 100% de los migrantes, lo que subraya la urgencia de continuar ajustando y ampliando la respuesta del sector salud

En el departamento de Norte de Santander, el municipio de Villa del Rosario donde hay presencia de población migrante, que cuenta con aseguramiento y otras no, razón por la cual desde el Instituto Departamental de Salud se realizara complementariedad al municipio por medio del Plan de Intervenciones Colectivas, para lograr caracterizar la población presente en el territorio.

2. MARCO NORMATIVO

La presente propuesta se fundamenta en el marco normativo vigente que orienta la salud pública y la atención a población migrante en Colombia, entre las cuales se destacan:

- ✔ Constitución Política de Colombia de 1991 – Establece la salud como un servicio público a cargo del Estado y garantiza el acceso a los servicios de promoción, prevención y atención en salud para todas las personas en el territorio nacional.
- ✔ Ley 100 de 1993 – Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, definiendo la organización, financiación y prestación de los servicios de salud en Colombia.
- ✔ Ley 1438 de 2011 – Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se fortalece la Atención Primaria en Salud (APS).
- ✔ Ley Estatutaria 1751 de 2015 – Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se establecen sus mecanismos de protección.

- ✔ Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que compila y reglamenta la normatividad vigente del sector.
- ✔ Resolución 3280 de 2018 – Por la cual se adoptan los Lineamientos Técnicos y Operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).
- ✔ Resolución 1597 de 2025 – Por la cual se adoptan los lineamientos metodológicos para la elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS), en especial lo establecido en el numeral 11.3.
- ✔ Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 – Instrumento de política pública que orienta las acciones intersectoriales para mejorar las condiciones de salud de la población.
- ✔ Política Integral Migratoria del Estado Colombiano – Marco estratégico que orienta la gestión integral de la migración y la garantía de derechos de la población migrante.
- ✔ Plan Territorial de Salud y Plan de Acción en Salud vigentes – Instrumentos de planeación que orientan la implementación de las acciones de salud pública a nivel departamental y municipal.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

MORBILIDAD DE EVENTOS DE ALTO COSTO Y PRECURSORES

Los eventos de alto costo en Norte de Santander mostraron comportamientos diferenciados respecto a los indicadores nacionales durante el periodo 2017- 2024. La prevalencia de diagnosticados con enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal alcanzó 72,57 por cada 100,000 afiliados en el departamento, inferior al valor nacional de 81,99, con una diferencia relativa de 0,8851 que no resultó estadísticamente significativa según los intervalos de confianza. El comportamiento temporal evidenció fluctuaciones importantes, con un máximo de 81,1 en 2018 y un mínimo de 51,1 en 2022, para finalizar en 72,6 en 2024, lo que sugirió variabilidad en la detección, acceso a servicios especializados o en la calidad del reporte de estos casos.

El análisis de las atenciones en salud a población migrante según régimen de afiliación en 2024 evidenció profundas disparidades en el aseguramiento. A nivel nacional, la mayor proporción de atenciones correspondió a población no afiliada con 174.138 atenciones, seguida por el régimen contributivo con 116.777 atenciones. En Norte de Santander se observó un patrón diferenciado donde las atenciones a población no afiliada alcanzaron 11.288 atenciones, mientras que el régimen subsidiado registró 4.733 atenciones y el contributivo 5.687 atenciones. La distribución departamental mostró una alta vulnerabilidad en el acceso a servicios de salud, con una proporción importante de población migrante sin aseguramiento formal, situación que comprometió la continuidad y calidad de la atención. Esta realidad refleja las barreras estructurales que enfrenta la población migrante para lograr afiliación efectiva al sistema de salud, recayendo gran parte de la carga asistencial en servicios de urgencias y atención no programada, con las implicaciones que esto conllevó para la sostenibilidad financiera del sistema departamental.

Figura 9. Comportamiento de la morbilidad atendida en población migrante según aseguramiento, Departamento Norte de Santander, 2024

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO agosto 8 de 2025

4. DETERMINANTE SOCIAL. Núcleos problemáticos detectados en el diagnóstico del territorio.

El acceso limitado a servicios de salud de calidad es uno de los principales factores que contribuyen a la morbilidad y mortalidad de la población migrante en eventos de salud catastróficas. Las barreras económicas, geográficas y la falta de infraestructura adecuada dificultan la atención médica oportuna y la implementación de medidas preventivas.

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo de esta propuesta se requiere intervenir las personas ubicadas en el ámbito rural disperso de los micro territorios priorizados, identificando prácticas y riesgos presente en su entorno e informar y alertar la necesidad de la adopción de factores protectores mediante las intervenciones colectivas de caracterización social – ambiental y de información en salud, con énfasis en la promoción y prevención de los eventos de Salud Pública.

Los resultados en salud esperados son:

- Personas, familias y comunidades adquieran prácticas informadas para el cuidado y protección de los entornos, promoviendo la salud integral de la población Migrante e identificar previamente el cambio positivo en la población y su entorno.
- Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitarias y sociales para la promoción de la salud.
- Personas, familias y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia.
- **Administrativo**: continuidad del Plan de Intervención de Colectivas - PIC tiempos y duración de la contratación del PIC: cumplimiento de perfiles y recursos técnicos y tecnológicos. para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores.
- **Técnico:** coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS.
- **Resultados en salud:** cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas.
- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 del presente acto administrativo.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar conocimientos en salud a las personas migrantes conforme a los riesgos identificados en su entorno comunitario mediante la implementación de intervenciones colectivas en el municipio de Villa del Rosario durante la vigencia 2026

.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar determinantes de riesgo y condiciones ambientales de las personas migrantes mediante la implementación de la intervención colectiva de caracterización social y ambiental.
- Advertir a las personas migrantes intervenidas sobre la prevención de riesgos derivados del ambiente y opciones para su adecuada gestión, mediante la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso de caracterización social y ambiental y el desarrollo de la estrategia de información en salud es necesario contar con la participación del siguiente talento humano en salud, es de aclarar que para cada micro territorio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles

- Uno (1) enfermera profesional
- Dos (2) Auxiliares de enfermería.

El equipo básico en salud estará constituido por 1 enfermera, 2 auxiliares y serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para cada micro - territorio. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

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

LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS SE DESARROLLARÁ EN TRES ETAPAS:

- **Etapa 1: Caracterización social y ambiental y diagnóstico social, ambiental**

Realizar la caracterización a 100 personas en el componente comunitario en zona rural y rural disperso en el municipio de Villa del Rosario y los micro territorios.

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

Elaborar contenido temático dirigido a las personas migrantes para el proceso de información en salud en los derechos y deberes de la población migrante, así como la prevención y control de las ENT.

Etapa 3: Socialización de Resultados en salud y sostenibilidad:

Socializar el 100% de los resultados en salud obtenidos con las familias migrantes intervenidas durante la vigencia 2026, mediante la realización de mínimo un (1) evento municipal de presentación de resultados y la entrega de un informe técnico documentado al ente territorial, con el fin de evidenciar el fortalecimiento de conocimientos en prácticas de autocuidado y promover la sostenibilidad de las intervenciones colectivas en el territorio.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

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

Personas migrantes con determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias identificadas en su entorno

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

Personas migrantes orientadas sobre la prevención de riesgos y estilos de vida saludables.

11. METAS:

Metas etapa 1

El 100% de la población migrante del municipio de Villa del Rosario con caracterización social ambiental

Metas etapa 2

- 100% de personas socializadas por municipio para desarrollo de la estrategia.

- Construcción de material informativo para la promoción y prevención de las enfermedades no transmisibles dirigido al 100% de familias de cada municipio.

- 100% de personas con conocimiento de sus derechos y deberes, prácticas de autocuidado y estilos de vida saludable.

Metas etapa 3

- 100% de familias con testimonio de apropiación de conocimientos en prácticas de autocuidado y estilos de vida saludable.

- 1 documento de socialización resultado en salud.

- 1 municipio con socialización a entes municipales

12. INDICADORES: (resultado e impacto)

Indicadores Etapa 1:

- numero de caracterizaciones realizadas / número caracterizaciones programadas

Indicadores Etapa 2:

- Documento con contenido temático

Indicadores Etapa 3

- Documentos resultados socializados

13. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Actas de seguimiento de manera mensual

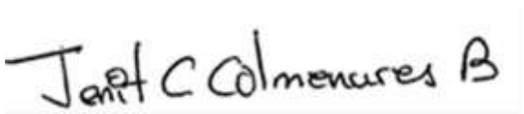
14. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**Asignación financiera**
1. CONTRATISTA	$ 70.000.000

15. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y AMBIENTAL EN ENTORNOS DE VIDA COTIDIANA	04
INFORMACIÓN EN SALUD	04

16. RESPONSABLE:



JENIT COLMENARES BECERRA
Referente del programa de vulnerables

SANDRA LUZ FERREIRA
Referente de vida saludable y condiciones no transmisibles

FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO OFICIAL (Presupuesto discriminado por ítems).

Financiación: La financiación del presente proceso, será con cargo a los recursos del Presupuesto de Gastos e Inversión de la Vigencia Fiscal 2026 del INSTITUTO, discriminado en los siguientes rubros presupuestales:

DESCRIPCIÓN PRESUPUESTAL	VALOR
19.02.114 / 19051.02 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PERSONA MAYOR / CRONICAS (PIC)	$40.000.000
19.02.110 / 19051.04 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - INFANCIA / NUTRICIÓN (PIC)	$26.130.000
19.02.109 / 19051.04 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PRIMERA INFANCIA / NUTRICIÓN (PIC)	$23.870.000
19.02.108 / 19051.05 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - POBLACIÓN MATERNA-PERINATAL / SASER (PIC)	$75.000.000
19.02.111 / 19051.05 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - ADOLESCENCIA / SASER (PIC)	$75.000.000
19.02.107 / 19051.07 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / VULNERABLES (PIC)	$30.000.000
TOTAL, PRESUPUESTO	$270.000.000

Presupuesto Oficial: El valor de esta Invitación Pública para este **GRUPO 3** es hasta por la suma de $270.000.000 (Doscientos setenta millones de pesos M/cte.)., subordinados a las respectivas apropiaciones presupuestales, con cargo al presupuesto 2026, CDP # 771 de 28 de abril de 2026. Las ofertas que sobrepasen este presupuesto, serán inadmitidas.

FACTORES DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

Se fijan los siguientes criterios para la calificación de las propuestas que se reciban del presente proceso de Licitación Pública:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
EVALUACIÓN TÉCNICA	700
PRECIO DE LA PROPUESTA	300
TOTAL.....	**1000 PUNTOS**

EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 700 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del cumplimiento de los requerimientos y lineamientos técnicos definidos en estos pliegos y en los Estudios previos que hacen parte integral del presente proceso.

FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA	PUNTAJE MÁXIMO = 700
- Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.	250
- Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas -PIC de manera territorializada y permanente.	150
- Evidenciar el compromiso para garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución, configurando exclusividad de los equipos básicos de salud a través de los cuales se deben ejecutar las intervenciones colectivas.	150
- Disponer de un área de trabajo con las condiciones necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalué los resultados de estas.	150
No presenta el 100% de los requerimientos y/o lineamientos técnicos descritos en los	0 (RECHAZAD

pliegos y estudios previos	A)

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NOTA: Cuando el oferente obtenga cero (0) en este aspecto de evaluación, la propuesta será RECHAZADA, pues queda sobre entendido que NO reúne las condiciones técnicas que formula el pliego de condiciones, lo cual quedará consignado en el informe de evaluación correspondiente.

PRECIO DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 300 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del valor de la propuesta económica correspondiente al ANEXO TÉCNICO N°1 – ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES.

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{Propuesta de menor precio} \times 300}{\text{Valor de la propuesta en estudio}}$$

LOTE 4

SUBGRUPO 1. PROGRAMA CONTROL Y PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS

1. JUSTIFICACIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado un informe sobre la Tuberculosis que revela que en 2023 aproximadamente 8,2 millones de personas fueron diagnosticadas de TB por primera vez, la cifra más alta registrada desde que la OMS iniciara el seguimiento mundial de la tuberculosis en 1995. Ello representa un aumento considerable frente a los 7,5 millones notificados en 2022, lo que sitúa a la tuberculosis nuevamente como la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en 2023, por encima de la COVID-19. La Tuberculosis es la principal causa de muerte de personas con VIH y también un importante contribuyente a la resistencia a los antimicrobianos. (OMS).

Las tasas de incidencia en las poblaciones priorizadas muestran una tendencia al incremento se identifica un aumento estadísticamente significativo entre los años 2020 y 2024, especialmente en menores de 15 años y en la población indígena. Según el análisis de los comportamientos inusuales en población privada de la libertad, se observa un incremento estadísticamente significativo a semana 11 de 2025, en las entidades de Santander, Boyacá, Caldas, Casanare, Huila, Guajira, Meta, Norte de Santander, Bogotá D.C., Santa Marta D.E., Tolima y Valle del Cauca. La desnutrición se identifica como la comorbilidad de mayor riesgo, junto al VIH, las entidades territoriales de Antioquia, Cali, Bogotá D.C., Santander, Norte de Santander, Risaralda, Valle del Cauca, Tolima y Barranquilla quienes notificaron los mayores porcentajes de desnutrición asociados a la tuberculosis en 2024.

La Resolución 0227 del 20 de febrero del 2020, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, establece la búsqueda comunitaria en poblaciones de riesgo en el departamento, especialmente en población indígena, migrantes, diabéticos, personas expuestas al sílice, entre otras.

El departamento Norte de Santander cuenta con una población de 1.709.570, de los cuales 155.459 corresponde a población menor de 5 años, (vigencia 2024), cuya población está distribuida por municipios y estos se encuentran organizados por ámbitos Territoriales: Urbano, Rural y Rural disperso.

En el marco de la estrategia mundial para poner fin a la tuberculosis, el Ministerio de Salud y Protección Social busca promover y dar seguimiento a los acuerdos suscritos en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas de 2023, de la cual hizo parte Colombia. El boletín de prensa No. 036-2025 del 24 de marzo del 2025, aborda aspectos necesarios para acelerar la implementación de estos acuerdos como:

Incremento en la búsqueda e inicio de tratamiento preventivo (TPT) para las personas de grupos de riesgo (contacto estrecho, personas que viven con VIH, personas candidatas a trasplante, personas en diálisis, personas con tratamientos inmunosupresores, entre otros), incentivando el uso de la terapia preventiva corta.

El Plan de intervenciones colectivas, se considera un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud (POS) y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud ya que comprende un conjunto de intervenciones colectivas y acciones individuales de alta externalidad que genera beneficio colectivo. De acuerdo, a lo definido en la resolución 1597 de 2025 y 3280 de 2018 estas acciones son desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y aporta el desarrollo humano y sostenible cuando se enmarca en las líneas estratégicas de promoción de la salud para la potencialidad en la comunidad y gestión del riesgo individual para la evitabilidad.

El objetivo del tamizaje (o búsqueda activa de casos de TB) es detectar la enfermedad por TB de forma temprana, con el fin de minimizar los retrasos evitables en el diagnóstico e inicio del tratamiento de la TB, reduciendo así el riesgo de resultados desfavorables del tratamiento, secuelas de salud y consecuencias sociales y económicas adversas de la TB para las personas y sus familias. Además, el tamizaje disminuye la transmisión de la TB en el hogar, el lugar de trabajo, la escuela y otros entornos comunitarios, al aislar a las personas con enfermedad activa y acortar el periodo de contagiosidad. También se reduce la incidencia de infección por TB y, por consiguiente, la incidencia y prevalencia de TB activa.

Detectar la TB solo en las personas que acuden a los establecimientos de salud no es suficiente para detectar a todas las personas con enfermedad por TB. Esta brecha en la detección de casos, sobre todo en algunos grupos vulnerables, y la persistencia de retrasos en el diagnóstico con la consecuente transmisión continua en la comunidad, ponen de relieve la necesidad de una estrategia más activa de detección temprana de la TB. Esta situación justifica el tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en los grupos en riesgo y en algunos grupos de la población.

La Estrategia Fin de la TB, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluye el tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en los grupos en alto riesgo como un componente central de su primer pilar, para garantizar el diagnóstico temprano de todas las personas con esta enfermedad. En el 2021, la OMS actualizó las directrices sobre el tamizaje de la TB del 2013 con el objeto de ayudar a los países a aplicar este componente programático fundamental. Cuadro 1.1

La integración de radiografía de tórax digital, análisis asistido por inteligencia artificial (IA) y diagnóstico molecular rápido constituye una estrategia sinérgica de alto impacto para acelerar el fin de la tuberculosis, al incrementar la detección temprana y la precisión diagnóstica en entornos de alta transmisión y poblaciones vulnerables. La radiografía digital permite un cribado masivo no invasivo, identificando alteraciones radiológicas sugestivas de TB incluso en individuos asintomáticos; su análisis mediante sistemas CAD (Computer-Aided Detection) basados en IA optimiza la priorización de casos sospechosos, reduciendo la carga de trabajo y minimizando la dependencia de radiólogos en terreno.

El tamizaje debe llegar a las personas que corren el mayor riesgo de presentar TB activa, incluidos los grupos y las comunidades en riesgo alto con una prevalencia alta de TB. La TB amenaza la salud no solo de una persona afectada, sino también de sus comunidades y de la población en general.

El Programa Departamental de Tuberculosis da frente a las acciones de captación de casos presuntivos en poblaciones vulnerables (personas expuestas a sílice en minas de carbón), con base en las orientaciones del PIC establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, tomando el tamizaje como estrategia de alta externalidad ya que genera un impacto importante de reducción del riesgo individual y colectivos facilitando la detección temprana y el inicio oportuno de tratamiento al confirmar el evento.

En este documento se sintetizan definiciones, paso a paso y recomendaciones con base a la normatividad vigente a fin de que sea insumo principal para el desarrollo de esta estrategia en marco del contrato del Plan de Intervenciones Colectiva

Cuadro 1.1. Recomendaciones de las directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 2: tamizaje: tamizaje sistemático de la tuberculosis, 2021

	Tamizaje de la TB en grupos destinatarios específicos
1	El tamizaje sistemático de la TB se puede realizar en la población general en zonas con una prevalencia de TB estimada de 0,5% o más. *(recomendación actualizada: recomendación condicional, evidencia de certeza baja).*
2	El tamizaje sistemático de la TB se puede realizar en grupos de la población que tienen factores de riesgo estructurales de contraer la TB. Estos incluyen comunidades urbanas desfavorecidas, personas sin hogar, comunidades en zonas remotas o aisladas, poblaciones indígenas, migrantes, refugiados, desplazados internos y otros grupos vulnerables o marginados con acceso limitado a la atención de salud. *(recomendación existente: recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja).*
3	Es necesario realizar el tamizaje sistemático de la TB en las personas con infección por el VIH, en cada visita a un establecimiento de salud. *(recomendación existente: recomendación firme, evidencia de certeza muy baja).*
4	Es necesario realizar el tamizaje sistemático de la TB en los contactos del hogar y otros contactos estrechos de las personas con TB activa. *(recomendación actualizada: recomendación firme, evidencia de certeza moderada).*
5	Se debe realizar el tamizaje sistemático de la TB en las cárceles y los centros penitenciarios. *(recomendación actualizada: recomendación firme, evidencia de certeza muy baja).*
6	Se debe realizar el tamizaje sistemático de la TB en los trabajadores actuales y antiguos expuestos a la sílice. *(recomendación existente: recomendación firme, evidencia de certeza baja).*
7	En entornos donde la prevalencia de TB es de 100 por 100 000 habitantes o más en la población general, se puede realizar un tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en las personas con un factor de riesgo para TB que buscan atención de salud o que ya la reciben. *(recomendación existente: recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja).*
8	Las personas con una lesión fibrótica en la radiografía de tórax, que no han recibido tratamiento, pueden someterse a un tamizaje sistemático de la enfermedad por TB. *(recomendación existente: recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja).*

2. MARCO NORMATIVO

- Estrategia EB154/106 de diciembre de 2023. Avances en la aplicación de la Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015. Estrategia Fin a la Tuberculosis. OMS
- Manual Operativo de la OMS sobre la Tuberculosis. Módulo 2, Tamizaje Sistemático de la Tuberculosis, Versión oficial en español de la obra original en inglés
  WHO operational handbook on tuberculosis. Module 2: screening - systematic screening for tuberculosis disease
  © Organización Mundial de la Salud, 2021 ISBN: 978-92-4-002261-4 (versión electrónica)
- Resolución 1035 de 2022. Estableció el Plan Decenal de Salud Pública- Por el cual se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que incluyó las metas de “A 2031, se logra el 90% de tratamiento exitoso en pacientes con tuberculosis”, y “A 2031, se logra reducir el 50% la tasa de mortalidad por 100mil habitantes, causada por la tuberculosis en Colombia”
- Resolución 227 de 2020, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis
- Resolución CE156.R2 Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Tuberculosis OMS
- Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social
- Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los Lineamientos técnicos y Operativos de la Ruta de Mantenimiento Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud
- Resolución 1597 de 2025, por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

Según el informe de evento de TB del INS a periodo epidemiológico IV del 2025, la tasa de incidencia a nivel nacional es de los 11,23 casos por 100.000 habitantes, con un total de 6.677 casos, Norte de Santander reporta una tasa de incidencia de 13,56 por 100.000 habitantes, aportando el 3,8% del total de los casos y dentro de los departamentos con mayor carga de la enfermedad. Para Tuberculosis latente según base departamental de IDS para el 2024 un total de 113 personas iniciaron Terapia Preventiva para TB, a corte de 30 de mayo de 2025 han iniciado TPT un total de 26 personas.

Distribución geográfica de casos de tuberculosis años 2024 – SE 40 2025

Municipio	Casos 2024	Porcentaje	Casos 2025 SE 40	Porcentaje
Cúcuta	586	69%	481	68%
Villa del Rosario	71	8%	37	5%
Los Patios	37	4%	28	4%
Tibú	35	4%	21	3%
Ocaña	26	2%	17	2%
Pamplona	13	1,5%	16	2%
Toledo	8	1%	4	1%
Puerto Santander	7	1%	1	0,1%
El Zulia	7	1%	5	1%
Convención	7	1%	4	1%
Sardinata	4	1%	5	1%
Bochalema	4	1%	2	0,3%
El Carmen	4	1%	5	1%
El Tarra	4	1%	2	0,3%

Fuente: SIVIGILA – Programa Dptal TB

Casos TB en grupos poblacionales por municipio, Semana 48 de 2025

Municipio	Habitante de vivienda no formal	Migrante	Población carcelaria	Indígena
San José de Cúcuta	20	50	188	0
Villa del Rosario	3	7	1	0
Los Patios	1	6	0	0
Tibú	0	5	0	14
Pamplona	0	1	14	0
Ocaña	0	3	0	0
El Carmen	0	0	0	8
El Zulia	0	3	0	0
Sardinata	0	0	0	0
Teorama	0	1	0	3
Ábrego	0	0	0	0
Durania	0	1	0	0
El Tarra	0	0	0	0
Gramalote	0	0	0	0
La Esperanza	0	0	0	0
Puerto Santander	0	1	0	0

Toledo	0	0	0	3

Fuente: SIVIGILA – Programa Dptal TB

4. DETERMINANTE SOCIAL.

En el departamento existen diferentes tipos de determinantes que impactan la incidencia de Tuberculosis, dentro de los determinantes socioeconómicos se encuentran los recursos económicos insuficientes, desempleo, condiciones de hacinamiento; como determinantes comunitarios se destacan la gran cantidad de habitantes de calle y migrantes sin cobertura del SGSSS, coinfección TB- VIH, junto a la desnutrición, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, EPOC, consumo de sustancias psicoactivas, barreras administrativas y desconocimiento de la enfermedad, que se traducen en un diagnóstico tardío y falta de adherencia al tratamiento.

5. RESULTADO EN SALUD:

Los resultados en salud esperados son:

- Reducir la mortalidad por Tuberculosis en el Departamento
- Reducir la incidencia de Tuberculosis activa en el Departamento

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- Componente Financiero: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará de acuerdo a lo ejecutado presentado por el ejecutor en guía de la matriz técnico financiera, y definido por la forma de pago que quede inmerso dentro del contrato.
- Administrativo: Se requiere de un grupo básico para la ejecución del PIC Departamental, se tomará como guía la matriz técnico financiera.
- Técnico: coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. De acuerdo con nuestras necesidades de cumplimiento de las metas dentro del plan territorial y plan de acción en salud se requiere la ejecución de estas acciones. se tomará como guía la matriz técnico financiera
- Resultados en salud: cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas. Conforme al cumplimiento de las metas de salud y necesidades del Departamento.
- Parámetros de calidad: las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la Resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar conocimientos en salud a los trabajadores las minas de carbón conforme a los riesgos identificados en su entorno mediante la implementación de intervenciones colectivas en los municipios de San Cayetano, Arboledas y Salazar durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar eventos de alta externalidad en población trabajadora de las minas, mediante la intervención colectiva de Tamizaje
- Alertar a los trabajadores de las minas intervenidas sobre signos y síntoma de la Tuberculosis mediante la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO:

Para el desarrollo de la estrategia de tamizaje sistemático es necesario contar con la participación de talento humano en salud, es de aclarar que para cada municipio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles. 1 medico,1 bacteriólogo 1 auxiliar de enfermería

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas en el ámbito rural y rural disperso, se priorizaron micro - territorios, teniendo en cuenta zonas donde existan minas de carbón, con el objetivo brindar información en salud, y tamizaje por síntomas, canalización para tamizaje radiológico y bacteriológico de tuberculosis.
El resultado esperado en la población es lograr informar sobre prácticas saludables para la prevención de tuberculosis con la finalidad de generar una autogestión del riesgo propio, el cual se hará con un enfoque integral y biopsicosocial, teniendo en cuenta el cuidado y la protección integral de los diferentes participantes que harán parte de las intervenciones colectivas entorno hogar.

LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS SE DESARROLLARÁ EN TRES ETAPAS:

Etapa 1: Mesas de concertación.

- Concertación con Gerentes, responsables del SGSST de las minas, EAPBs, IPS, para definir los trabajadores a tamizar, las EAPB de cada trabajador, establecer fechas y horarios para las intervenciones, responsable del SSST que actuará como enlace con la ESE.
- Construcción de ruta con EAPB, directorio y mapeo de actores. Se debe realizar concertación con cada EAPB para definir la red prestadora, establecer acuerdos que garanticen el cumplimiento de los procedimientos para la confirmación o diagnóstico de la tuberculosis.

Etapa 2: Información en salud sobre signos y síntoma de la Tuberculosis, centrada en los siguientes temas:

- Qué es la Tuberculosis
- Cómo se trasmite
- Cómo se diagnostica
- Tratamiento
- Detección temprana y tratamiento: Se trabajará en la sensibilización sobre la importancia de la detección temprana de signos de este evento de interés en salud pública.

Etapa 3: Tamizaje sistemático para tuberculosis

- Encuesta de tamización: se debe realizar la encuesta en trabajadores expuestos al sílice, identificación de casos presuntivos de Tuberculosis.
- Personas identificadas como caso presuntivo, se deben canalizar a sus IPS de atención para realizar tamizaje radiológico, y de ser necesario prueba molecular.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

- Información en salud: Personas con conocimiento adquirido en la prevención de enfermedades infecciosas transmitidas por vía aérea y contacto.

- Tamizaje: Personas y comunidades con acceso a la identificación de la enfermedad de tuberculosis, contribuyendo a la interrupción de su transmisión y control.

11. METAS:

- Canalizar hacia tamizaje radiológico y bacteriológicamente el 100% de los trabajadores expuestos a sílice canalizados mediante tamizaje clínico.
- Verificar el inicio tratamiento al 100% de los trabajadores expuestos a sílice conformados mediante prueba molecular positiva.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

La verificación se hará mediante actas de reunión mensuales en las cuales se revisarán los soportes descritos en el numeral 11, acorde a las actividades realizadas y al avance de ejecución

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$210.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Información en salud	12
Tamizaje (Arboledas 150: Veredas Potreras y Chicagua bajo Salazar 150: Vereda Betania San Cayetano 150: Veredas Hayacucho, Puente Zulia)	450

15. RESPONSABLE:

Astrid Araque Mogollón
P.U Responsable Programa Departamental Tuberculosis.

SUBGRUPO 2. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN

1. JUSTIFICACIÓN

Las coberturas críticas de vacunación identificadas en varios municipios del departamento representan un riesgo epidemiológico alto para la salud pública, debido a que favorecen la acumulación de población susceptible y la pérdida progresiva de la inmunidad colectiva requerida para prevenir brotes y reintroducciones de enfermedades inmunoprevenibles. La persistencia de brechas en biológicos trazadores compromete el control de eventos como sarampión, rubéola, difteria, tosferina y poliomielitis, especialmente en territorios con barreras de acceso, alta movilidad poblacional y condiciones socioeconómicas vulnerables. Esta situación incrementa la probabilidad de transmisión sostenida, aparición de casos importados y ocurrencia de brotes que pueden generar complicaciones graves, demanda adicional de servicios de salud y mayores costos operativos para las entidades territoriales.

2. MARCO NORMATIVO

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia se fundamenta en un conjunto de normas, lineamientos y disposiciones técnicas que orientan la organización, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de vacunación en el territorio nacional. Este marco normativo garantiza la protección del derecho fundamental a la salud y la prevención de enfermedades inmunoprevenibles durante el curso de vida.

En el ámbito internacional, el PAI se sustenta en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluyendo las metas de eliminación, control y erradicación de enfermedades como sarampión, rubéola, poliomielitis y tétanos neonatal. Estos organismos establecen recomendaciones técnicas que Colombia adopta para asegurar la estandarización de las prácticas de vacunación, la vigilancia epidemiológica y la calidad biológica de los inmunobiológicos.

A nivel nacional, Se fundamenta en los **Artículos 44, 48 y 49** de la Constitución Política, que elevan la salud a derecho fundamental (especialmente en niños y niñas) y la definen como un servicio público obligatorio a cargo del Estado, el desarrollo del PAI se rige principalmente por la Ley 9 de 1979, que establece las bases del sistema de protección sanitaria; Las acciones del presente programa se enmarcan en el componente de Intervenciones Colectivas, conforme a la Resolución 1597 de 2015, las cuales son de carácter estatal, gratuitas y obligatorias. Estas intervenciones buscan fortalecer la cultura de la prevención y la inmunización mediante estrategias de información y educación, garantizando que el departamento cumpla su rol de garante de la salud pública territorial establecido en la Ley 715 de 2001." La Ley 1122 de 2007 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconocen la salud como un derecho fundamental y asignan responsabilidades a los actores del sistema respecto a la prestación de servicios esenciales, entre ellos la vacunación.

Así mismo, el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud) consolida las disposiciones relacionadas con la ejecución del PAI en el país.

El Ministerio de Salud y Protección Social define la estructura programática del PAI mediante lineamientos como el Plan Nacional de Vacunación, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031, la Resolución 3280 de 2018 sobre rutas integrales de atención en salud (RIAS), esta resolución es el corazón operativo. Define las **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)**, integrando la vacunación de forma obligatoria en cada etapa del "curso de vida" (desde la gestación hasta la vejez). Establece que la inmunización no es un evento aislado, sino parte de la valoración integral de cada paciente. y las Directrices Técnico-Administrativas del PAI, que regulan los esquemas de vacunación, la cadena de frío, la vigilancia de ESAVI, la gestión territorial, la microplanificación y las estrategias de intensificación.

Adicionalmente, la ejecución del PAI se articula con la **Resolución 3100 de 2019** (habilitación), resolución 1597 de las 2025 posteriores actualizaciones que regulan la prestación de servicios de vacunación, así como las disposiciones del Instituto Nacional de Salud relacionadas con la vigilancia epidemiológica de enfermedades inmunoprevenibles y la notificación en SIVIGILA.

Este conjunto de normas constituye el soporte jurídico y técnico del PAI y orienta la implementación de las acciones de vacunación en los departamentos y municipios, asegurando la calidad, accesibilidad y oportunidad de los servicios para garantizar la protección integral de la población.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

El Programa Ampliado de Inmunización en Norte de Santander evidencia una recuperación progresiva de las coberturas de vacunación durante el periodo 2021–2025 tras el impacto generado por la pandemia. Sin embargo, el departamento continúa enfrentando desafíos asociados a la movilidad poblacional, la dispersión geográfica y las desigualdades territoriales.

En este contexto, resulta fundamental continuar fortaleciendo las estrategias territoriales del PAI, con el fin de garantizar la protección efectiva de la población frente a enfermedades prevenibles por vacunación.
La presencia de coberturas críticas (por debajo del 95 % en biológicos trazadores del PAI) en varios municipios del departamento representa un riesgo epidemiológico alto, debido a que compromete la inmunidad colectiva necesaria para prevenir brotes, reemergencia y transmisión sostenida de enfermedades inmunoprevenibles.

Cuando existen brechas de vacunación, la población susceptible comienza a acumularse, especialmente en grupos de mayor riesgo como niños menores de 5 años, gestantes, población migrante, comunidades rurales dispersas y áreas con barreras de acceso. Esto genera una disminución de la protección comunitaria y aumenta la probabilidad de aparición de casos importados o autóctonos.

Así mismo el poco compromiso por los diferentes actores sociales entre estos la mayoría de las EAPB en temas de búsqueda activa demanda inducida y canalización de la población susceptible de vacunar y a la adherencia de las rutas integrales de atención en salud.

Las coberturas críticas facilitan:

- Reaparición de enfermedades eliminadas o controladas:
- Mayor riesgo de sarampión y rubéola, dado que son enfermedades altamente transmisibles y dependen de coberturas superiores al 95 % para evitar su reintroducción.
- Riesgo de difteria, especialmente en municipios con esquemas incompletos en población mayor y migrante.
- Riesgo de pertussis (tosferina), con impacto severo en lactantes
- Brotes de enfermedades inmunoprevenibles en poblaciones vulnerables

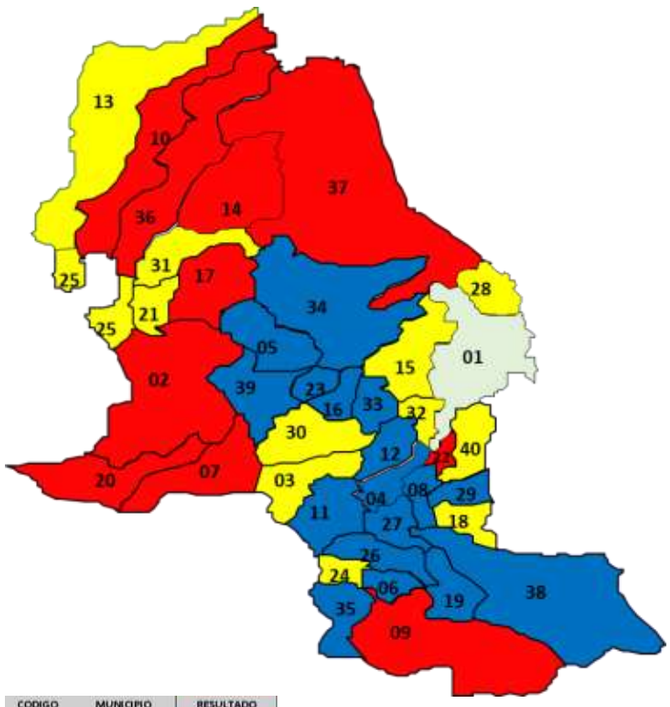
- Aumento de la carga de enfermedad y eventos graves
- Riesgo para la vigilancia epidemiológica
- Pérdida de la inmunidad de rebaño

Cuando las coberturas no alcanzan el umbral requerido:

- Se rompe la barrera de protección comunitaria.
- La transmisión se hace más probable incluso por casos importados.
- Las poblaciones sin vacunar quedan expuestas sin protección indirecta.

En relación a lo anterior se priorizan municipios con determinantes que afectan el cumplimiento de las coberturas departamental y que con base a las fuentes de información se tuvieron en cuenta lo siguientes criterios:

- Resultados de las coberturas vigencia 2024 su meta ideal 95%
- Resultados de las coberturas con corte al 30/10/2025 meta ideal 79%
- Monitor RIAS valoración integral infancia I trim. Vigencia 2025



CODIGO	MUNICIPIO	RESULTADO
2	Abrego	0
3	Arboledas	2
4	Bochalema	1,5
5	Bucarasica	1,5
6	Cacota	1,5
7	Cachira	0
8	Chinacota	1
9	Chitaga	0
10	Convencion	0
11	Cucutilla	1,5
12	Durania	1,5
13	El Carmen	2
14	El Tarra	0
15	El Zulia	2
16	Gramalote	1,5
17	Hacari	0
18	Herran	2,5
19	Labateca	1,5
20	La Esperanza	0
21	La Playa	2,5
22	Los Patios	0
23	Lourdes	1
24	Mutiscua	2
25	Ocaña	2
26	Pamplona	1,5
27	Pamplonita	1
28	Puerto Santander	2,5
29	Ragonvalia	1
30	Salazar	2,5
31	San Calixto	2,5
32	San Cayetano	2
33	Santiago	1,5
34	Sardinata	1,5
35	Silos	1
36	Teorama	0
37	Tibu	0
38	Toledo	1,5
39	Villa Caro	1,5
40	Villa Del Rosario	2

Con relación a los resultados observados y de acuerdo a la ponderación reflejadas en los diferentes municipios se prioriza la intervención por parte del ente departamental a través del contratista con el siguiente municipio y microterritorios.

MUNICIPIO	MICROTERRITORIO	ASENTAMIENTO
Arboledas	Barrientos Rinconada San Onofre	Rural

Salazar	El Carmen de Nazaret San Antonio filo Santa bárbara Santa maría Batatal Santa fe Los andes	Rural
San Cayetano	San Isidro Urimaco	Rural

4. DETERMINANTE SOCIAL

4.1. Determinantes demográficos y territoriales: Dispersión rural y difícil acceso municipios con población rural dispersa presentan mayores barreras para recibir esquemas completos y zonas con vías en mal estado, trochas o con riesgo de orden público afectan la continuidad del servicio.

Movilidad fronteriza, la frontera con Venezuela genera flujos permanentes de población migrante, pendular y transfronteriza con movilidad intermitente dificulta completar esquemas y mantener historial nominal, creando brechas de continuidad.

4.2. Determinantes socioeconómicos: Pobreza y desigualdades económicas, Desempleo y economía informal

4.3. Determinantes culturales y educativos: Creencias y percepciones erróneas, en algunos municipios hay resistencia cultural, especialmente hacia VPH en adolescentes, y nivel educativo menor comprensión del esquema completo y menor capacidad para interpretar síntomas posteriores a la vacunación.

4.4. Determinantes de acceso al sistema de salud, alta rotación de personal vacunador reduce la calidad del registro, la planificación territorial y la ejecución de rutas extramurales, y barreras administrativas, problemas de carnetización, afiliación o actualización de datos en el sistema generan retrasos y subregistro en PAIWEB o reporte tardío impide identificar brechas reales y actuar de manera oportuna.

4.5. Determinantes de seguridad y contexto social, zonas con presencia de grupos armados, migración forzada y desplazamiento interno

4.6. Inequidades específicas identificadas en el departamento como municipios con coberturas bajas, Inequidad por tipo de población como migrantes venezolanos con mayores retrasos en esquemas infantiles y gestacionales; Inequidad por género y ciclo vital como menor asistencia de gestantes a control prenatal afecta la vacunación Tdpa e influenza y Niños menores de 1 año en zonas rurales presentan mayor retraso acumulado.

5. RESULTADO EN SALUD:

El logro de coberturas útiles de vacunación en el departamento constituye un determinante fundamental para alcanzar los resultados en salud establecidos en la Resolución 3280 de 2018 y en el Plan de Acción en Salud (PAS). El fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones permite disminuir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles mediante la interrupción de la transmisión de agentes infecciosos en la comunidad, reduciendo la ocurrencia de casos nuevos de patologías como sarampión, rubéola, difteria, tétanos y meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, fiebre amarilla entre otras. Asimismo, el mantenimiento de coberturas iguales o superiores al 95% favorece el desarrollo de inmunidad colectiva, garantizando la protección indirecta de poblaciones vulnerables que no pueden ser vacunadas por condiciones médicas o por no haber alcanzado la edad mínima para la inmunización. En este contexto, la vacunación a lo largo del curso de vida primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y persona mayor, gestantes contribuye al control epidemiológico de enfermedades inmunoprevenibles y reduce el riesgo de introducción y propagación de casos importados, situación particularmente relevante en territorios de frontera como el departamento de Norte de Santander.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA: (No modificar)

- **Componente Financiero**: cumplimiento del 100% de los recursos asignados según lo concertado en los acuerdos y lo definido en el contrato interadministrativo.

- **Administrativo**: cumplimiento a las Intervención de Colectivas – PIC en los tiempos y duración de la contratación del mismo cumpliendo con los perfiles, recursos técnicos y tecnológicos para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores acatando los tiempos y actividades proyectadas en el cronograma.
- **Técnico**: se evaluará el avance de las coberturas útiles de vacunación de acuerdo a las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública y Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Junto con sus evidencias requeridas de acuerdo a las actividades (material de información, educación y comunicación, actas de reunión, microplanificación, mapeo geográfico, base de datos de población vacunada).
- **Resultados en salud**: se evaluará indicadores establecidos en cumplimiento del cronograma de actividades.
- **Parámetros de calidad:** se tendrán en cuenta los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la cobertura y oportunidad en el acceso de servicios de salud en las poblaciones rurales y dispersas priorizadas, a través del despliegue interdisciplinario y logístico requerido en los municipios de Arboledas, Salazar, San Cayetano durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Priorizar la población dispersa con barreras de acceso a los servicios de salud mediante la ejecución de jornadas de Salud con atención integral
- Reducir barreras administrativas y sociales que afectan la vacunación en colectivos vulnerables

8. RECURSO HUMANO:

Para la ejecución de las acciones del **Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)** dentro el talento humano debe cumplir con perfiles técnicos específicos y requisitos normativos que aseguren la ejecución cumpliendo los atributos de calidad.

- 1 auxiliar de enfermería para cada municipio.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

La presente propuesta tiene como finalidad fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles mediante estrategias de Información y Comunicación, orientadas a la sensibilización comunitaria, el fortalecimiento del conocimiento en vacunación y la articulación intersectorial para el desarrollo de jornadas integrales de salud.
La estrategia busca generar espacios participativos con líderes comunitarios y población priorizada, promoviendo el acceso a información clara, accesible y pertinente sobre los riesgos asociados a enfermedades transmisibles, la importancia de la vacunación por cursos de vida y la desmitificación de falsas creencias relacionadas con las vacunas, en concordancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Pasos para la implementación

Realización de encuentros participativos comunitarios

Realización de encuentros participativos con líderes comunitarios para la socialización y comunicación de los temas relacionados con el riesgo de enfermedades transmisibles, e identificación y selección de la estrategia de IEC más pertinentes y efectivas para el entorno.

Diseño y difusión de piezas comunicativas

Seleccionar medios de comunicación accesibles como perifoneo, cartillas, afiches, redes sociales, visitas domiciliarias, charlas educativas y emisoras comunitarias.

- Diseño, producción y difusión de piezas comunicativas accesibles adaptadas a las necesidades, existencias y preferencias de la población priorizada.
- Elaborar materiales educativos claros, incluyentes y adaptados a las características culturales y lingüísticas de la población.
- Difundir mensajes orientados a:
    - Importancia de la vacunación por cursos de vida.
    - Prevención de enfermedades transmisibles.
    - Desmitificación de creencias erróneas sobre las vacunas.

0. Informar y orientar

Informar y orientar en riesgos asociados a Importancia de vacunación por cursos de vida, mitos relacionados con las vacunas, teniendo en cuenta el cumplimiento de los lineamientos definidos en las orientaciones del Ministerio de salud para la información en salud en el marco del PIC
Documentación de la experiencia informativa implementada y conocimiento adquiridos por la población intervenida.

Desarrollo de jornadas de salud y vacunación

- Coordinar jornadas integrales de salud con actores intersectoriales y comunitarios.
- Canalizar a la población susceptible para el inicio o completitud de esquemas de vacunación.
- Garantizar disponibilidad de talento humano idóneo, biológicos, insumos y logística necesaria para el adecuado desarrollo de las actividades

Tiempo de ejecución

La propuesta se desarrollará durante el periodo contractual establecido, de manera progresiva y articulada, a través de tres etapas operativas, permitiendo seguimiento continuo y ajustes según resultados parciales.

Resultados esperados en general

- Reducción de brechas territoriales y poblacionales en acceso a la vacunación.
- Incremento del conocimiento comunitario sobre enfermedades transmisibles y vacunación.
- Fortalecimiento de la participación comunitaria y corresponsabilidad social.
- Mejora en la identificación y captación de población con esquemas incompletos.
- Disminución del riesgo de enfermedades inmunoprevenibles.
- Incremento de coberturas de vacunación en biológicos priorizados.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

10.1. Información y educación

- Fortalecimiento de la participación comunitaria.
- Mayor articulación entre comunidad y sector salud.
- Identificación de estrategias de comunicación adaptadas al contexto territorial.
- Incremento del conocimiento de las personas y/o familias aprendidas sobre riesgos de enfermedades transmisibles.
- Piezas, videos, formularios, volantes diseñados.
- Incremento del conocimiento sobre beneficios y seguridad de las vacunas.
- Padres o familiares con disminución de mitos y con información de la importancia relacionados con la vacunación.
- Población que recibió charlas educativas.
- Encuestas adquiridas como resultado de la implementación.

10.2. En jornadas extramurales intensivas

- Población que acudió a las jornadas.
- Población captada con esquema incompletos o ausente
- Ampliación del acceso a servicios de vacunación

11. METAS:

- Dos (2) reuniones comunitarias con líderes comunales.
- 3 piezas publicitarias diseñadas
- 90% de los padres informados y orientados en riesgos a la vacuna y la importancia de la vacunación
- documento elaborado
- 4 actores comunitarios e intersectoriales que participan en la coordinación de las jornadas

- Identificar el 90% de la población canalizada para el cumplimiento de esquemas de vacunación
- auxiliar de enfermería por municipio
- Alcanzar un 100% de cumplimiento de las jornadas programadas.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

12.1 Información y educación.
- Vídeos de participación
- Evidencias fotográficas
- Listado de entrega de piezas diseñadas
- Pre test y post test
- Encuesta
- Evidencia de asistencia de los actores a través de actas de firmas, fotos
- Contrato laboral
- videos

12. 2 Jornadas extramurales intensivas
- videos que evidencien las jornadas
- revisión de niños vacunados en el PAIWEB
- Certificación del líder comunitario de jornada en el microterritorio

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 60.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIONES DE ACTIVIDADES:

INTERVENCIÓN COLECTIVA	ACTIVIDADES
INFORMACIÓN EN SALUD	238
JORNADAS DE SALUD	256

15. RESPONSABLE:

MYRIAM ALBA ARIAS
Responsable de PAI

FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO OFICIAL (Presupuesto discriminado por ítems).

Financiación: La financiación del presente proceso, será con cargo a los recursos del Presupuesto de Gastos e Inversión de la Vigencia Fiscal 2026 del INSTITUTO, discriminado en los siguientes rubros presupuestales:

DESCRIPCIÓN PRESUPUESTAL	VALOR
19.02.107 / 19051.09 OT. SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / TUBERCULOSIS (PIC)	$210.000.000
19.02.110 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	$30.000.000

19.02.109 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PRIMERA INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	$30.000.000
VALOR PRESUPUESTO	$270.000.000

Presupuesto Oficial: El valor de esta Invitación Pública para este **GRUPO 4** es hasta por la suma de $270.000.000 (Doscientos setenta millones de pesos M/cte.)., subordinados a las respectivas apropiaciones presupuestales, con cargo al presupuesto 2026, CDP # 772 de 28 de abril de 2026. Las ofertas que sobrepasen este presupuesto, serán inadmitidas.

FACTORES DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

Se fijan los siguientes criterios para la calificación de las propuestas que se reciban del presente proceso de Licitación Pública:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
EVALUACIÓN TÉCNICA	70
PRECIO DE LA PROPUESTA	30
TOTAL.....	**100 PUNTOS**

EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 700 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del cumplimiento de los requerimientos y lineamientos técnicos definidos en estos pliegos y en los Estudios previos que hacen parte integral del presente proceso.

FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA	PUNTAJE MÁXIMO = 70
- Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.	25
- Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas -PIC de manera territorializada y permanente.	15
- Evidenciar el compromiso para garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución, configurando exclusividad de los equipos básicos de salud a través de los cuales se deben ejecutar las intervenciones colectivas.	15
- Disponer de un área de trabajo con las condiciones necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalué los resultados de estas.	15
No presenta el 100% de los requerimientos y/o lineamientos técnicos descritos en los pliegos y estudios previos	0 (RECHAZADA)

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NOTA: Cuando el oferente obtenga cero (0) en este aspecto de evaluación, la propuesta será RECHAZADA, pues queda sobre entendido que NO reúne las condiciones técnicas que formula el pliego de condiciones, lo cual quedará consignado en el informe de evaluación correspondiente.

PRECIO DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 30 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del valor de la propuesta económica correspondiente al ANEXO TÉCNICO N°1 – ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES.

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{Propuesta de menor precio} \times 30}{\text{Valor de la propuesta en estudio}}$$

LOTE 5

SUBGRUPO 1. PROGRAMA SALUD AMBIENTAL

1. JUSTIFICACIÓN:

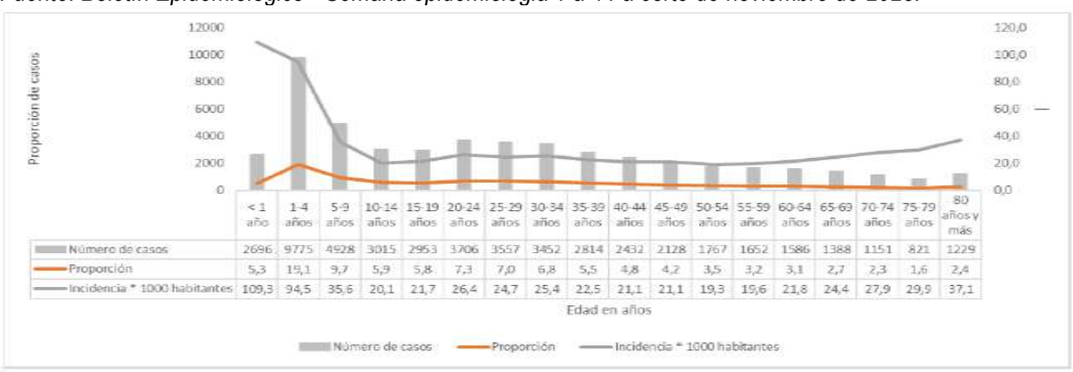
Según el Plan Decenal de Salud Pública y en cumplimiento de la meta de resultado: desarrollar en los municipios de El Carmen y Convención, Norte de Santander la promoción de hábitos de vida saludables para la reducción de factores de riesgo, en el marco de la Estrategia de Entornos Hogar y Comunitario.

La estrategia se justifica por su alineación con el Plan de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud, promoviendo Entornos Saludables en el 80% de los municipios del departamento, conforme a la Ley 715 de 2001. Considerando que el deterioro ambiental y los estilos de vida poco saludables incrementan el riesgo de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), afectando especialmente a poblaciones vulnerables.

A corte noviembre de 2025, Norte de Santander reportó 51.050 casos de EDA, con mayor incidencia en menores de 5 años.

Normativas como la Constitución Política (Art. 79), la Resolución 518 de 2015 y la Ley 1361 de 2009 respaldan la necesidad de esta estrategia para mejorar la salud pública, reducir riesgos y promover entornos saludables.

Casos e incidencia de Morbilidad EDA por 1.000 habitantes, según grupo de edad, Norte de Santander
Fuente: Boletín Epidemiológico - Semana epidemiologia 1 a 44 a corte de noviembre de 2025.



	< 1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	50-54 años	55-59 años	60-64 años	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80 años y más
Número de casos	2696	9775	4928	3015	2953	3706	3557	3452	2814	2432	2128	1767	1652	1586	1388	1151	821	1229
Proporción	5,3	19,1	9,7	5,9	5,8	7,3	7,0	6,8	5,5	4,8	4,2	3,5	3,2	3,1	2,7	2,3	1,6	2,4
Incidencia * 1000 habitantes	109,3	94,5	35,6	20,1	21,7	26,4	24,7	25,4	22,5	21,1	21,1	19,3	19,6	21,8	24,4	27,9	29,9	37,1

Incidencia morbilidad por EDA por municipio de procedencia, Norte de Santander
Fuente: Boletín Epidemiológico - Semana epidemiologia 1 a 44 a corte de noviembre de 2025.

Municipio	Población DANE 2025	Número de casos	Proporción	Incidencia *1000 hab
SANTIAGO	3.901	360	0,7	92,3
EL ZULIA	30.948	1736	3,4	56,1
LOURDES	4.555	202	0,4	44,3
DURANIA	5.220	228	0,4	43,7
CHINACOTA	19.976	867	1,7	43,4
PAMPLONA	57.176	2333	4,6	40,8
OCAÑA	135.990	5389	10,6	39,6
SAN CAYETANO	8.128	318	0,6	39,1
CUCUTA	815.891	28051	54,9	34,4
PUERTO SANTANDER	9.935	327	0,6	32,9
SARDINATA	29.146	947	1,9	32,5
TIBU	62.474	1940	3,8	31,1
TOLEDO	17.811	499	1,0	28,0
CUCUTILLA	9.336	225	0,4	24,1
SALAZAR	11.733	255	0,5	21,7
CACOTA	3.206	69	0,1	21,5
RAGONVALIA	6.792	139	0,3	20,5
LOS PATIOS	104.287	2051	4,0	19,7
VILLA CARO	5.778	113	0,2	19,6
CHITAGA	13.374	255	0,5	19,1
CONVENCION	21.297	404	0,8	19,0
EL TARRA	23.617	407	0,8	17,2
LA ESPERANZA	13.189	213	0,4	16,1
ABREGO	36.177	576	1,1	15,9
LABATECA	7.226	108	0,2	14,9
VILLA DEL ROSARIO	116.757	1732	3,4	14,8
CACHIRA	12.588	186	0,4	14,8
MUTISCUA	4.876	71	0,1	14,6
EL CARMEN	15.178	185	0,4	12,2
PAMPLONITA	6.282	74	0,1	11,8
ARBOLEDAS	11.081	119	0,2	10,7
TEORAMA	18.839	191	0,4	10,1
GRAMALOTE	8.399	82	0,2	9,8
BOCHALEMA	9.436	87	0,2	9,2
HACARI	11.624	78	0,2	6,7
HERRAN	7.905	53	0,1	6,7
LA PLAYA	8.786	57	0,1	6,5
BUCARASICA	7.307	45	0,1	6,2
SILOS	7.153	38	0,1	5,3
SAN CALIXTO	14.618	40	0,1	2,7
Norte de Santander	**1.717.992**	**51050**	**100**	**29,7**

Municipio	***Incidencia * 1000 Hab de EDA*** *Fuente: Boletín Epidemiológico - Semana epidemiologia 1 a 44 a corte de noviembre de 2025.*	***Casos***
El Carmen	*12,2*	*185*
Convención	*19*	*404*

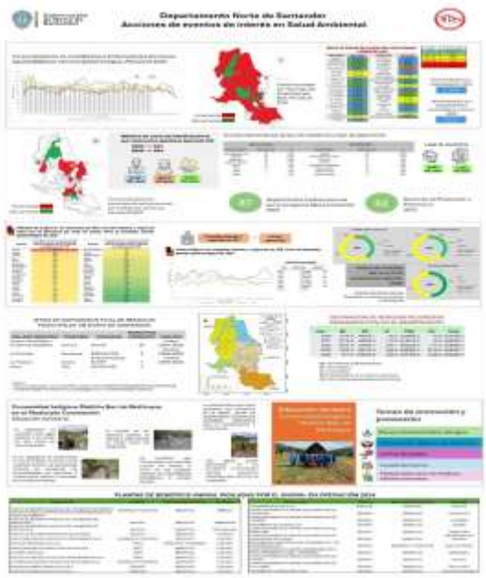
2. MARCO NORMATIVO:

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- La Ley 1361 de 2009 de Protección Integral a la Familia, Política Nacional de Educación Ambiental, entre otras; así como de los enfoques, de derechos, diferencial, poblacional - territorial, modelo de determinantes sociales, curso de vida; y de estrategias como, Atención Primaria en Salud – APS, de salud familiar y comunitaria, estrategias como Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable – Estrategia CERS, vivienda y escuelas saludables y educación ambiental y marcos teóricos como Desarrollo Sostenible y Desarrollo humano y Calidad de vida.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.

- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- El Lineamiento Nacional de Entornos Saludables LNES, tiene el propósito de dar lineamientos marco a los sectores nacionales y a los entes territoriales, para promover intervenciones, actividades y/o acciones en los entornos que aporten al desarrollo sostenible, al desarrollo humano y a la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, mediante intervenciones integrales enmarcadas en procesos articulados sectorial e intersectorialmente, con participación activa de los diferentes actores sociales.
- Resolución 1597 de 2025: Se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la GSP y el PIC, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la Estrategia de Atención Primaria en Salud APS.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL



Fuente: Programa de Salud Ambiental Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, vigencia 2025.

4. DETERMINANTE SOCIAL:

A partir del análisis integrado del diagnóstico de salud ambiental departamental y los resultados del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024 de los municipios de El Carmen y Convención, se identifican núcleos problemáticos asociados a determinantes sociales de la salud que inciden de manera directa en la ocurrencia de eventos de interés en salud pública, particularmente Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y alteraciones del estado nutricional en población infantil.

a) **Deficiencias en el acceso a agua segura para consumo humano**
En los microterritorios priorizados persiste el consumo de agua proveniente de fuentes superficiales o sistemas sin tratamiento adecuado, lo cual se refleja en los índices de riesgo de la calidad del agua (IRCA) reportados para el departamento y en la presencia sostenida de EDAS. En zonas rurales dispersas del municipio de Convención, especialmente en el corregimiento de Guamal y el Resguardo Indígena Bridicayra, la ausencia de infraestructura de potabilización constituye un determinante estructural que incrementa la exposición a enfermedades de origen hídrico. En el municipio de El Carmen, el crecimiento poblacional del casco urbano y la dinámica comercial de Guamalito ejercen presión sobre los sistemas de abastecimiento, comprometiendo la calidad del agua en el punto de consumo.

b) **Manejo inadecuado de residuos sólidos y excretas**
El diagnóstico evidencia prácticas inadecuadas de disposición de residuos sólidos y excretas tanto en áreas urbanas como rurales, incluyendo disposición a cielo abierto y manejo intradomiciliario deficiente. Esta situación se agrava en comunidades rurales e indígenas, donde la ausencia de soluciones sanitarias adecuadas favorece la contaminación del suelo y de las fuentes hídricas. Dichas condiciones actúan como determinantes ambientales que facilitan la transmisión de enfermedades infecciosas y afectan de manera desproporcionada a niños y niñas menores de cinco años.

c) **Condiciones de higiene insuficientes en el entorno domiciliario**

Se identifican prácticas limitadas de higiene del hogar, manipulación de alimentos y lavado de manos, asociadas a barreras de acceso a agua segura y a procesos insuficientes de educación sanitaria. Estas condiciones inciden directamente en la persistencia de EDAS e IRA, como se observa en los patrones de morbilidad reportados para los municipios priorizados, reforzando el ciclo entre pobreza, condiciones ambientales precarias y enfermedad.

d) **Inequidades territoriales y barreras de acceso a servicios básicos**
El ASIS pone en evidencia profundas inequidades territoriales que afectan el acceso equitativo a servicios públicos esenciales. En Convención, la dispersión geográfica y las particularidades socioculturales del Resguardo Indígena Bridicayra limitan la cobertura de infraestructura básica. En El Carmen, la concentración poblacional y la dinámica económica informal generan sobrecarga de los servicios existentes. Estas inequidades constituyen determinantes sociales que explican la mayor vulnerabilidad sanitaria de ciertos microterritorios frente a eventos prevenibles.

e) **Impacto diferencial en población infantil y riesgo nutricional**
Los núcleos problemáticos identificados afectan de manera diferenciada a la población infantil, evidenciándose en El Carmen la presencia de casos de desnutrición aguda en menores de cinco años y en Convención una elevada tasa de mortalidad infantil. La interacción entre deficiencias en saneamiento, acceso a agua segura y prácticas de higiene inadecuadas incrementa el riesgo de EDAS recurrentes, con efectos directos sobre el estado nutricional, el crecimiento y el desarrollo infantil**.**

5. RESULTADO EN SALUD:

De acuerdo con los resultados del ASIS 2024 de los municipios de El Carmen y Convención, los microterritorios Guamalito y Casco Urbano (El Carmen), así como el corregimiento de Guamal y el Resguardo Indígena Bridicayra (Convención), presentan condiciones de vulnerabilidad asociadas a deficiencias en saneamiento básico, acceso limitado a agua segura, manejo inadecuado de residuos sólidos y excretas, y prácticas insuficientes de higiene. Estos determinantes sociales incrementan la exposición de la población a Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y eventos relacionados con la nutrición.

El ASIS evidencia que estas problemáticas se encuentran relacionadas con inequidades territoriales. En El Carmen, el crecimiento poblacional del casco urbano y la dinámica comercial de Guamalito generan presión sobre los servicios públicos y el entorno. En Convención, la dispersión geográfica y las particularidades socioculturales del Resguardo Bridicayra limitan el acceso a infraestructura básica. Estas condiciones afectan de manera diferencial a la población infantil, reflejándose en casos de desnutrición aguda en menores de cinco años en El Carmen y en una elevada tasa de mortalidad infantil en Convención.

En ambos municipios, la limitada calidad del agua, la disposición inadecuada de residuos y la ausencia de sistemas de potabilización, especialmente en zonas rurales e indígenas, favorecen la persistencia de EDAS y otras enfermedades de origen hídrico. Frente a esta situación, se reconoce la necesidad de una intervención intersectorial que involucre a las entidades territoriales, autoridades ambientales, juntas administradoras de acueductos y, de manera fundamental, a los cabildos indígenas, con el fin de mejorar las condiciones del hogar mediante prácticas de higiene, manejo seguro del agua y adecuada disposición de excretas, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil de manera sostenible.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará **por** parte de los referentes y/o líder del programa salud pública, en donde se describa los pagos de acuerdo con la concertación realizada, este será el insumo para el acuerdo intersectorial.
- **Administrativo**: continuidad del Plan de Intervención de Colectivas - PIC tiempos y duración de la contratación del PIC: cumplimiento de perfiles y recursos técnicos y tecnológicos. para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores, lo cual será soportado mediante contratos, actas de inicio, informes de actividades, actas de supervisión y actas de liquidación.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Las actividades planteadas se alinean con los objetivos, ejes estratégicos y líneas operativas definidos en el PTS, y se operacionalizan a través del PAS, permitiendo una ejecución articulada, pertinente y orientada al logro de resultados en salud, conforme a la realidad situacional identificada en los micro territorios priorizados.

- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas. La descripción técnica del proyecto evidencia la **articulación entre el PTS y el PDSP**, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y fortalecimiento de entornos saludables, que contribuyen a la reducción de la exposición a factores de riesgo asociados a las enfermedades diarreicas agudas (EDAS), especialmente en población priorizada, garantizando la trazabilidad entre planeación, ejecución y resultados.
- **Parámetros de calidad:** Las acciones desarrolladas en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas cumplirán con los **atributos de calidad establecidos en el artículo 16 del presente acto administrativo**, con especial énfasis en los principios de **oportunidad, seguridad y coordinación**. La **oportunidad** se garantizará mediante la programación y ejecución de las actividades dentro de los tiempos establecidos para la vigencia.
  La **seguridad** se asegurará a través del cumplimiento de protocolos técnicos, normativos y de bioseguridad durante el desarrollo de las intervenciones.
  La **coordinación** se fortalecerá mediante la articulación entre los actores institucionales, el talento humano ejecutor y los sectores intersectoriales identificados, asegurando una implementación organizada, eficiente y acorde con las necesidades del territorio. El cumplimiento de estos parámetros será verificado a través de informes técnicos, actas de seguimiento, registros de asistencia, soportes fotográficos y demás evidencias exigidas en los procesos de auditoría y evaluación.

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar conocimientos en salud ambiental a familias y comunidades conforme a los riesgos identificados en los entornos hogar y comunitario mediante la implementación de intervenciones colectivas en los municipios de El Carmen y Convención durante la vigencia 2026.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias mediante la implementación de la intervención colectiva de caracterización social y ambiental en el entorno hogar.
- Identificar determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias mediante la implementación de la intervención colectiva de caracterización social y ambiental en el entorno comunitario.
- Orientar a las familias intervenidas sobre la prevención de riesgos ambientales con el adecuado manejo de aguas, residuos, excretas y control de plagas mediante la intervención colectiva de Información en Salud

8. RECURSO HUMANO

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

- Un (1) técnico en el área ambiental.
- Un (1) profesional en psicología y/o trabajo social.
- Un (1) tecnólogo y/o técnico en el área social o ambiental.

NOTA: Cada equipo básico en salud estará conformado (1) técnico en el área ambiental, (1) profesional en psicología y/o trabajo social y (1) tecnólogo y/o técnico en el área social o ambiental; serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para cada micro territorio de los municipios priorizados. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Para el desarrollo de esta estrategia de intervenciones colectivas en el ámbito rural, se priorizará a líderes y sus familias, incluyendo zonas rurales dispersas, con el objetivo de generar conocimiento mediante estrategias de caracterización social y ambiental en salud, así mismo información en salud, las cuales se realizarán encuestas, entrevistas y talleres educativos enfocados en el fortalecimiento de hábitos de vida saludable, sobre el manejo adecuado de agua a nivel intradomiciliario, la correcta disposición de residuos y excretas, el control de plagas y la implementación de hábitos de higiene y condiciones sanitarias, fomentando entornos más saludables para que las

familias puedan adoptar y mantener estas prácticas en su vida cotidiana. El resultado esperado es una población con prácticas para el cuidado y protección de los entornos, tanto físicos como emocionales, logrando una mayor adopción de prácticas saludables, identificando las problemáticas relacionadas con la higiene, el saneamiento básico de la vivienda y su entorno.

INTERVENCIONES:

Caracterización del entorno comunitario

- **Caracterización social y ambiental del entorno comunitario:** A través de la aplicación de la "Guía Metodológica para la Caracterización Social y Ambiental del Entorno Comunitario", se buscará identificar las condiciones sociales y ambientales que puedan ser factores de riesgo, con énfasis en hábitos de vida saludable. Se incluirá un análisis de las condiciones de riesgo y las prácticas de autocuidado en la vivienda. Este diagnóstico permitirá identificar las necesidades de intervención en torno a estos temas.

Caracterización del entorno hogar

Etapa 1

- **Caracterización social y ambiental del entorno hogar:** A través de la aplicación de la "Guía Metodológica para la Caracterización Social y Ambiental del Entorno Hogar", se buscará identificar las condiciones sociales y ambientales que puedan ser factores de riesgo, con énfasis en hábitos de vida saludable. Se incluirá un análisis de las condiciones de riesgo y las prácticas de autocuidado en la vivienda. Este diagnóstico permitirá identificar las necesidades de intervención en torno a estos temas.

Etapa 2:

- **Diagnóstico social y ambiental:** Se realizará un diagnóstico integral que cubra aspectos sociales, ambientales y de salud, con enfoque en la identificación de factores de riesgo biológicos y ambientales relacionados con saneamiento básico y prácticas de autocuidado. Este diagnóstico servirá para orientar las acciones informativas dirigidas a la prevención de estos problemas y la promoción hábitos de vida saludable en el entorno hogar.

Información en salud ambiental

Etapa 1:

Formación, diagnóstico y evaluación de capacidades: Se desarrollan talleres presenciales participativos sobre calidad del agua, saneamiento básico, residuos sólidos y prevención de enfermedades. Antes de iniciar, se identifican saberes previos mediante entrevistas o relatos para definir una línea base. Con base en los riesgos detectados, se articula con el ente territorial para canalizar a las familias hacia servicios de salud.

Etapa 2:

Socialización, resultados y sostenibilidad: Se presentan los resultados a nivel local con evidencia de aprendizajes y cambios en los hogares. Se miden indicadores como permanencia mínima del 60 por ciento, formulación de proyectos comunitarios, implementación de acciones colectivas y construcción de una agenda pública.

10. PRODUCTOS O LOGROS

Caracterización del entorno comunitario

- Familias y comunidades con determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias identificadas en entorno comunitario.

Caracterización del entorno hogar

- Familias con determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias identificadas en su entorno hogar.

Información en salud ambiental

- Familias capacitadas en prácticas de vivienda saludable y prevención de riesgos sanitarios.

11. METAS

Caracterización del entorno comunitario

- Municipio con caracterización social y ambiental aplicada, utilizando el instrumento de caracterización del MSPS para evaluar las condiciones sociales y ambientales en el entorno hogar, con el fin de implementar la estrategia, promoviendo prácticas de saneamiento, acceso a agua segura y gestión adecuada de residuos para la prevención de enfermedades ambientales.

Caracterización del entorno hogar
- 100% de familias sensibilizados en el municipio para desarrollo de la estrategia.
- Número de hogares intervenidos promoviendo la adopción de hábitos saludables.

Información en salud ambiental
- Presentar propuestas de intervención en el 100% del municipio priorizados.
- Socializar la estrategia con actores comunitarios e institucionales, garantizando su participación activa en la identificación y mitigación de riesgos.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

El seguimiento técnico se desarrollará con periodicidad mensual, a través de la revisión y análisis de los instrumentos de recolección de información implementados para la ejecución de las actividades, así como del software Epicollect donde se realiza la caracterización de la población objeto, con el fin de verificar la calidad y oportunidad del registro, la cobertura alcanzada, la adecuada focalización de los grupos priorizados y la coherencia entre la planeación y la intervención ejecutada. Simultáneamente, se efectuará la revisión técnica de los informes mensuales remitidos por las ESE's, incluyendo el análisis de metas programadas versus metas ejecutadas, soportes documentales (listados de asistencia, actas, registros fotográficos y formatos diligenciados), indicadores de producto y resultado, dificultades presentadas y acciones de mejora propuestas, permitiendo identificar desviaciones, establecer correctivos oportunos y evaluar el nivel de cumplimiento contractual y el impacto de las acciones desarrolladas en el periodo evaluado.

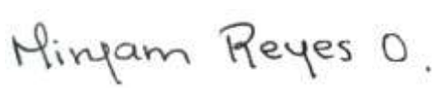
13. PRESUPUESTO

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$ 100.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCION	NUMERO DE ACTIVIDADES
Caracterización del entorno hogar	200
Caracterización del entorno comunitario	2
Información en salud ambiental	12

15. RESPONSABLE



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

SUBGRUPO 2. PROGRAMA SALUD Y AMBITO LABORAL

1. JUSTIFICACIÓN

Las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC- de Norte de Santander. Para la vigencia 2025, se formularon bajo las siguientes consideraciones: El Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) – el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) basado en APS, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)-Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS), que se constituyen en herramientas globales a considerar para el desarrollo de las acciones de Gestión la Salud Pública y las Intervenciones Colectivas. Así como la normativa vigente que regula la planeación, contratación, seguimiento y evaluación de las intervenciones de salud pública colectiva.

El PIC está orientado a la ejecución de sus intervenciones en el marco de las metas establecidas en el Plan de territorial de salud 2024-2026, con enfoque en la Atención Primaria en Salud – APS y de determinantes sociales con perspectiva territorial, con el fin de promover la salud, disminuir las vulnerabilidades, proteger y conservar la vida, dando respuestas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones en salud de la población, bajo la estrategia Entornos Laborales Saludables.

Las Intervenciones de Salud Pública Colectiva, se desarrollan a través de las Empresas Sociales del Estado pertenecientes al Departamento de Norte de Santander, quienes ejecutaran las intervenciones en los entornos de vida (hogar, institucional, educativo, comunitario) en los municipios priorizados.

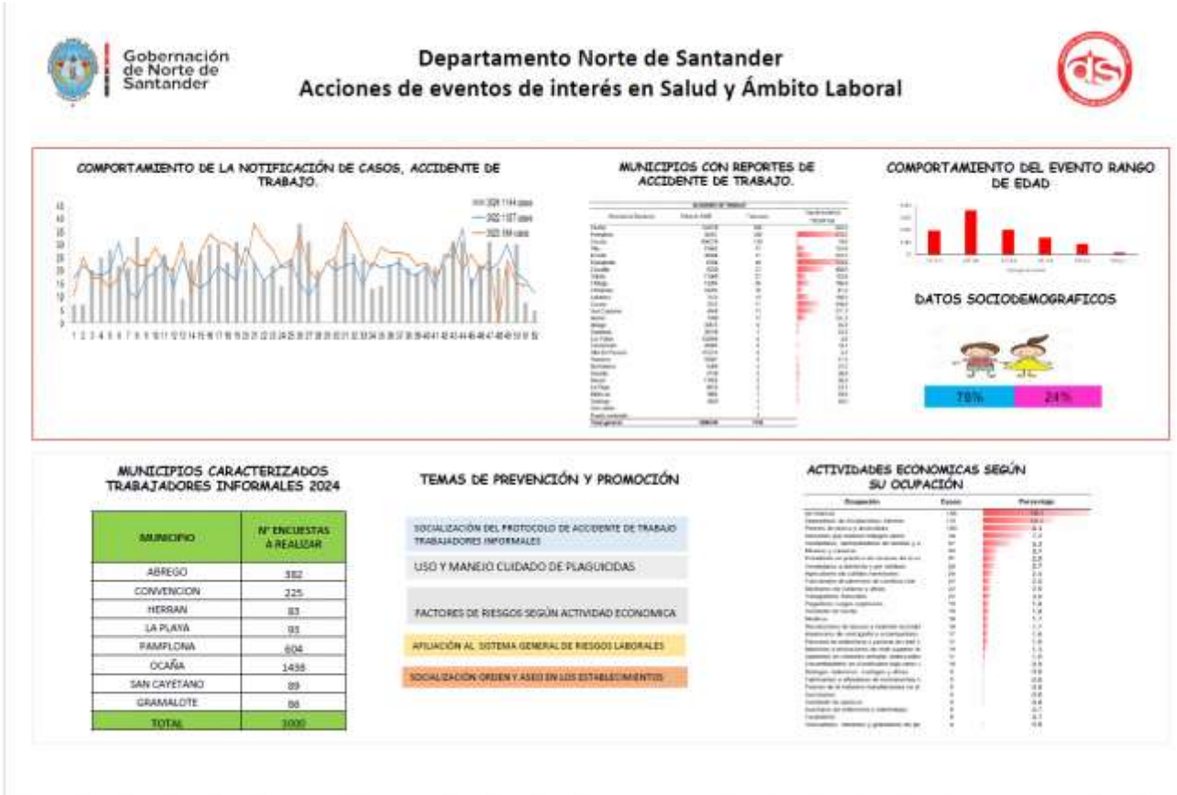
Según el Plan Decenal de Salud Pública y en el cumplimiento a la meta de resultado, desarrollar en los municipios: El Carmen y Convenció, las actividades de promoción y prevención en salud ocupacional con población trabajadora informal, en el marco de la estrategia de entornos laborales saludables, durante el cuatrienio se debe abordar 32 municipios de Norte de Santander, para dar cumplimiento al plan de intervenciones colectivas PIC.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.
- Resolución 1597 de 2025 “Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)”.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL



Fuente: SIVIGILA, vigencia 2024

4. DETERMINANTE SOCIAL.

La vida y el trabajo de las personas, además de su calidad de vida, la cual otorga capacidad de actuación en un contexto específico. Los principales determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de la población trabajadora informal mayor de 15 de años son las malas prácticas de autocuidado.

- **Educación:** El nivel de escolaridad es un factor que determina la informalidad laboral.
- Ingreso: Los bajos salarios y la baja productividad son factores que determinan la informalidad laboral.
- **Entornos sociales:** Las características de las relaciones sociales generan riesgos potenciales que afectan la salud.
- **Entornos físicos:** El acceso a servicios públicos básicos, transporte, vías y contaminación ambiental son determinantes clave de la salud.
- **Seguridad social:** El empleo informal carece de seguridad social, como el acceso a los servicios de salud.

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo de esta propuesta se requiere fortalecer el análisis de las condiciones de salud y trabajo de la población de la Economía Popular y Comunitaria, con Prácticas de cuidado de su salud en el trabajo y de los entornos, personas con detección de riesgos en su salud, abordado en redes o agremiaciones en el ámbito rural (incluyendo rural disperso) de cada municipio priorizado, identificando prácticas y riesgos presente en su entorno e informar y alertar la necesidad de la adopción, mediante las intervenciones colectivas de caracterización social – ambiental y de información en salud. El resultado de impacto esperado es que las personas, familias y comunidades adquieran prácticas informadas para el cuidado y protección de los entornos. Este proceso y productos alcanzados será verificado de manera presencial por el ente territorial, garantizando que el conocimiento recibido por trabajadores informales sea asimilado para posteriormente implementarlo adecuadamente, asegurando un impacto positivo y duradero en la comunidad.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero:** ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará por parte de los referentes

y/o líder del programa salud pública, en donde se describa los pagos de acuerdo con la concertación realizada, este será el insumo para el acuerdo intersectorial.

- **Administrativo:** continuidad del Plan de Intervención de Colectivas - PIC tiempos y duración de la contratación del PIC: cumplimiento de perfiles y recursos técnicos y tecnológicos. para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores, lo cual será soportado mediante contratos, actas de inicio, informes de actividades, actas de supervisión y actas de liquidación.
- **Técnico:** coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Las actividades planteadas se alinean con los objetivos, ejes estratégicos y líneas operativas definidos en el PTS, y se operacionalizan a través del PAS, permitiendo una ejecución articulada, pertinente y orientada al logro de resultados en salud, conforme a la realidad situacional identificada en los micro territorios priorizados.
- **Resultados en salud:** cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas. La descripción técnica del proyecto evidencia la articulación entre el PTS y el PDSP, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y fortalecimiento de entornos laborales que contribuyen a la reducción de la exposición a factores de riesgo, especialmente en población priorizada, garantizando la trazabilidad entre planeación, ejecución y resultados.
- **Parámetros de calidad:** Las acciones desarrolladas en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas cumplirán con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 del presente acto administrativo, con especial énfasis en los principios de oportunidad, seguridad y coordinación. La oportunidad se garantizará mediante la programación y ejecución de las actividades dentro de los tiempos establecidos para la vigencia.
  La seguridad se asegurará a través del cumplimiento de protocolos técnicos, normativos y de bioseguridad durante el desarrollo de las intervenciones.
  La coordinación se fortalecerá mediante la articulación entre los actores institucionales, el talento humano ejecutor y los sectores intersectoriales identificados, asegurando una implementación organizada, eficiente y acorde con las necesidades del territorio. El cumplimiento de estos parámetros será verificado a través de informes técnicos, actas de seguimiento, registros de asistencia, soportes fotográficos y demás evidencias exigidas en los procesos de auditoría y evaluación.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer conocimientos en la prevención de riesgos presentes en el entorno laboral de los trabajadores informales priorizados en los municipios de EL Carmen y Convención durante la vigencia 2026.

7.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar determinantes de riesgo y condiciones laborales de los trabajadores informales mediante la implementación de la intervención colectiva de caracterización social y ambiental.

- Advertir a los trabajadores informales intervenidos sobre la prevención riesgos derivados del trabajo y opciones para su adecuada gestión, mediante la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso de caracterización social y ambiental y el desarrollo de la estrategia de información en salud es necesario contar con la participación de talento humano en salud, es de aclarar que para cada municipio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles.

- Técnico en el área ambiental. (1)
- Técnico en Seguridad y Salud en el Trabajo. (1)

Nota: Cada equipo básico en salud estará constituido por Técnico en el área ambiental (1), Técnico en Seguridad y Salud en el Trabajo. (1) en salud y serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para cada micro - territorio de cada municipio priorizado. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas en el ámbito urbano, rural se priorizaron micro - territorios, teniendo en cuenta zonas rurales dispersas, con el objetivo de generar conocimiento mediante la intervención colectiva de caracterización social y ambiental en salud, así misma información en salud. La propuesta se desarrollará, para contribuir al mejoramiento de la calidad de las condiciones de salud en el trabajo de la población trabajadora informal vulnerable de la economía, que permita el desarrollo o fortalecimiento de capacidades, habilidades y prácticas en los trabajadores para el cuidado de salud, generar condiciones trabajo e higiénico-sanitarias adecuadas.

La caracterización social y ambiental del entorno laboral, se realizará, mediante la aplicación de "Instrumento para la Caracterización de las Condiciones Individuales de los Trabajadores de la Economía Popular y Comunitaria y de su Entorno de Trabajo" con sus dos partes; Condiciones Individuales y Condiciones del Lugar de Trabajo, en población informal, donde se van a identificar inicialmente ámbitos laborales informales, implementará en los municipios priorizados, mediante el desarrollo de las intervenciones colectivas PIC.

El resultado esperado en la población es lograr informar sobre mitigar los factores de riesgo con la finalidad de generar en una segunda intervención la autogestión del riesgo propio, el cual se hará con un enfoque integral y biopsicosocial, teniendo en cuenta el cuidado y la protección integral de los diferentes participantes que harán parte de las intervenciones colectivas entorno laboral. Finalmente, se verificará el resultado y la información dada a los diferentes trabajadores informales, mediante visitas realizadas por parte del ente territorial, con el fin de asegurar la implementación de la estrategia Entorno Laboral.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Caracterización social y ambiental del entorno laboral

- Trabajadores informales con determinantes de riesgo y condiciones laborales identificadas.

Información en salud

- Trabajadores informales con conocimientos sobre la prevención de riesgos derivados del trabajo y las opciones para su adecuada gestión.

11. METAS:

Caracterización social y ambiental del entorno laboral

- 100% de los trabajadores informales priorizados en cada municipio, con la aplicación herramientas de caracterización para identificar factores de riesgo.

Información en salud.

- 100% de los trabajadores informales priorizados en cada municipio sensibilizadas sobre, Uso de los elementos de protección personal, Uso y manejo seguro de plaguicidas y sustancias químicas y Estilos de vida y condiciones de trabajo saludables.
- Presentar propuestas de intervención en el 100% de los municipios priorizados.
- Garantizar la socialización de los resultados con las administraciones municipales y trabajadores informales.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Métodos de seguimiento técnico, utilizando instrumentos de recolección de información de periodicidad mensual bajo el liderazgo del coordinador de PIC de la ESE, para llevar el control de lo evaluando, el cumplimiento y el impacto de lo propuesto.

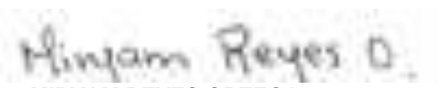
13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$ 80.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTEVENCIÓN COLECTIVA	N° DE ACTIVIDADES
CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y AMBIENTA	200
INFORMACIÓN EN SALUD	6

15.RESPONSABLE:



MIRYAM REYES ORTEGA
Coordinadora de Salud y ámbito Laboral

SUBGRUPO 3. PROGRAMA LEPRA

1. JUSTIFICACIÓN

El 85% de las personas con discapacidad del Departamento enfrentan una compleja gama de situaciones: Pobreza, bajo nivel educativo, barreras Físicas y actitudinales, alto índice de NBI, difícil acceso a programas de capacitación continuada y por ende a restricción para el ingreso al mercado laboral, a la seguridad social y a programas de habilitación y rehabilitación, debilidad organizacional, segregación, entre otros.

La discapacidad de las personas es extremadamente variada, hay diferentes clases de deficiencias y las personas son afectadas en diferentes maneras algunas personas tienen una deficiencia, otras tienen deficiencias múltiples; algunas nacen con una deficiencia, mientras que otras pueden adquirir una deficiencia durante el transcurso de su vida. La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad describe a las personas con discapacidad como: quienes tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales de largo plazo.

El presente proyecto de Plan de Intervenciones Colectivas busca fortalecer las acciones de caracterización e información en salud dirigidas a pacientes y ex pacientes del programa de lepra, con el propósito de identificar oportunamente sus condiciones de salud, necesidades sociales y factores de riesgo asociados, promoviendo una atención integral y el seguimiento continuo. Asimismo, se pretende fomentar el acceso a información clara y pertinente sobre la enfermedad, el autocuidado, la adherencia al tratamiento, la prevención de discapacidades y la disminución del estigma social, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población intervenida y al fortalecimiento de las estrategias de salud pública orientadas al control y vigilancia de la lepra en la comunidad

En la actualidad Norte de Santander cuenta con 37.482 personas con discapacidad de las cuales, a la fecha del 31 de diciembre de 2024, 10.034 personas cuentan con el certificado de discapacidad en donde 5.732 presentan discapacidad física, 1.391 discapacidad visual, 1.046 discapacidad auditiva, 4.074 discapacidad múltiple; discapacidad intelectual 3.811, discapacidad psicosocial 3.096 y discapacidad sordo ceguera 19. *Fuente de información SISPRO – RLCPD,* corte de 31 de diciembre de 2024.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se

previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.

- Resolución 276 de 2019 Modifica la Resolución 3280 de 2018, amplia plazos para la implementación y progresividad de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal.
- Resolución 100 de 2024, por la cual se establece las disposiciones sobre la **Planeación Integral para la Salud**, derogando la Resolución 1536 de 2015.
- Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen: "Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen.
- Resolución 1597 del 30 de julio de 2025 por lo cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la gestión de salud pública y el plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de salud pública y la estrategia de Atención Primaria en salud (APS)

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

En el transcurso de la historia, la visión acerca de la discapacidad siempre ha sido referida en términos discriminatorio. Al paso de los años, esta visión fue transformándose, sin embargo, mantenía una perspectiva maligna sobre las personas "anómalas".

Para esto, la participación activa se vuelve una herramienta de acción dentro de un contexto social donde se acepta la diversidad, generando un medio social y físico más amigable y accesible, propicio para la integración de las personas con discapacidad. Desde este periodo también se reconoce que hay circunstancias que influyen en las condiciones y calidad de vida de las personas con discapacidad: la ignorancia, el abandono, la superstición, el miedo y sobre todo la indiferencia y la falta de sensibilidad de algunos sectores de la sociedad, son factores que a lo largo de la historia han aislado y retrasado el desarrollo de estas personas, impidiéndoles su integración.

El año 1982 se suscriben ante la ONU el "Programa de acción mundial para las Personas con discapacidad". El año 1993 se reconocen ante la ONU las "Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las Personas con Discapacidad, En el caso de la lepra, es importante observar cómo se están implementando las estrategias de prevención y control, así como la respuesta de la comunidad y la percepción que tienen sobre la enfermedad. Además, se deben identificar barreras que puedan estar impidiendo el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado.

Por último, se evalúa la colaboración entre diferentes sectores, como gobierno, organizaciones no gubernamentales y la comunidad, para abordar la lepra de manera integral. Todo esto ayuda a crear un panorama claro que permita diseñar intervenciones efectivas y mejorar la salud pública en general.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

Los determinantes sociales en salud, como el acceso a la educación, la pobreza, la violencia de género, y la falta de políticas públicas efectivas, influyen de manera directa en las condiciones de salud de la población. Abordar estas situaciones desde un enfoque integral que considere la participación de la sociedad, las familias, las comunidades y el estado es fundamental se mencionan los determinantes identificados en la población objeto a intervenir.

1. **Acceso a la educación y conocimiento**
2. **Condiciones socioeconómicas**
3. **Acceso a servicios de salud**

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo de esta propuesta se requiere intervenir los hogares en el ámbito urbano y rural del Municipio de Abrego, identificando prácticas y riesgos presente en su entorno e informar, mediante las intervenciones colectivas de caracterización socioeconómica y de información en salud, Se proporcionará información clave sobre la enfermedad de Hansen, signos y síntomas, tratamiento, prevención de discapacidad, acceso a los programas de rehabilitación, prácticas de autocuidado. El resultado de impacto esperado es que 40 pacientes, expacientes del Municipio de Abrego, se caracterizan socioeconómicamente y evaluar las **condiciones de pobreza**, con **ingresos bajos o nulos**, **vulnerabilidad laboral** (desempleo), y a menudo en zonas con **hacinamiento y déficit nutricional**,

lo que facilita la transmisión y progresión de la enfermedad, además de enfrentar una fuerte **discriminación** y **estigma** que limita su acceso a empleo, relaciones y bienestar general, perpetuando un ciclo de exclusión social y económica.

Adicionalmente las actividades de información en pacientes de lepra y comunidad son cruciales para empoderar, asegurar la adherencia al tratamiento, prevenir discapacidades, reducir el estigma y la discriminación y mejorar su calidad de vida, enseñándoles sobre la enfermedad, signos de alarma para buscar ayuda temprana, manejo de reacciones, autocuidado (como revisión de piel y nervios), y apoyo psicológico, integrando un enfoque integral biopsicosocial, a través de la conformación de redes comunitarias.

ENTIDAD TERRITORIAL

Norte de Santander es un Departamento clave en la realidad de la Lepra en Colombia, mostrando consistentemente altas tasas de detección y número de casos, con municipios como Los Patios reportando los mayores números, principalmente casos multibacilares y con retraso diagnóstico, lo que genera discapacidad y evidencia la necesidad de fortalecer la detección temprana y la formación del personal de salud para un control efectivo de la enfermedad en el territorio.

Norte de Santander se ubica entre los Departamentos con mayor número de casos de lepra en Colombia, junto a Santander y Valle del Cauca, Cúcuta, Ocaña, Villa del Rosario, El Zulia, Abrego, La playa son los municipios con mayor reporte de casos, según estudios de caracterización. Predominan los pacientes masculinos, entre 41-59 años, y la mayoría tiene el régimen subsidiado de salud. Se observan altos porcentajes de casos multibacilares (lepromatosa), con más de cinco lesiones y un porcentaje significativo de casos que desarrollan discapacidad (Grado I y II). Existe un retraso importante en el diagnóstico, con una oportunidad promedio de 2.4 años, lo que contribuye a la discapacidad. Se requiere definir políticas específicas, mejorar la formación del personal de salud y priorizar la detección temprana, el tratamiento oportuno y la rehabilitación.

FORMAS DE CONFIGURACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

La configuración de los determinantes sociales en la lepra se da a través de la pobreza, el bajo nivel educativo, las malas condiciones de vivienda y hacinamiento, la falta de empleo y el estigma social, que limitan el acceso a servicios y generan diagnósticos tardíos, afectando la inmunidad y aumentando el riesgo de infección y discapacidad. Estos factores socioeconómicos y culturales crean un caldo de cultivo para el Mycobacterium leprae, manifestándose en el desarrollo de formas más graves y complicaciones.

Factores clave en la configuración determinantes sociales en Lepra:

- Condiciones Socioeconómicas: Bajo ingreso económico: Personas en pobreza tienen mayor riesgo, afectando nutrición y defensa inmunológica.
  Bajo nivel educativo: Analfabetismo y poca educación primaria, limitando acceso a información y servicios.
  No vínculo laboral: Falta de empleo (excluyendo jubilados/amas de casa).
  Condiciones de vivienda: Hacinamiento y malas condiciones favorecen la transmisión.
- Servicios de Salud: Detección tardía: Predomina la detección espontánea, no activa, lo que retrasa el tratamiento.
  Discapacidad al diagnóstico: Mayor grado de discapacidad al momento de buscar atención.
- Estilo de Vida y Comportamiento: Nutrición: Déficit nutricional, relacionado con la pobreza, debilita el sistema inmune.
- Factores Psicosociales y Culturales: Estigma social: Rechazo y actitudes negativas hacia pacientes, dificultando la detección y adherencia al tratamiento.

Redes sociales/apoyo: La falta de redes de apoyo impacta la capacidad de afrontar la enfermedad. Estos determinantes actúan en conjunto: la pobreza lleva a vivir en hacinamiento, la falta de educación dificulta reconocer síntomas y buscar ayuda a tiempo, y el estigma perpetúa el ciclo, resultando en: Inmunidad deprimida por malnutrición y estrés, Diagnósticos en etapas, avanzadas, con mayor carga de enfermedad (formas multibacilares), Mayor riesgo de complicaciones y discapacidad.

Abordar la lepra requiere, por tanto, no solo tratamiento médico, sino también políticas públicas que ataquen la pobreza, mejoren la educación y combatan el estigma.

PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES

La lepra genera graves problemas sociales y necesidades como el estigma, la discriminación y la exclusión, que conducen a problemas de salud mental (vergüenza, ansiedad, depresión) y dificultan el acceso a la atención, perpetuando un ciclo de pobreza y discapacidad física (daño nervioso, desfiguración, pérdida de sensibilidad) que limita la participación social y la calidad de vida, afectando el bienestar económico y la integración familiar y comunitaria, requiriendo enfoques psicosociales integrales y educación para romper el ciclo.

Problemas Sociales Clave:

1. Estigma y Discriminación: La asociación histórica de la lepra con el pecado, la impureza y la maldición ha llevado a prejuicios y rechazo social, afectando la dignidad y los derechos de las personas afectadas.
2. Exclusión Social: Las personas con lepra a menudo son aisladas de sus familias y comunidades, lo que genera soledad y falta de apoyo.
3. Impacto en la Salud Mental: El estigma provoca vergüenza, ansiedad, depresión y problemas de autoestima, llevando a un ciclo de vulnerabilidad psicosocial.
4. Barreras en el Acceso a la Atención: El miedo al rechazo y la falta de información impiden buscar diagnóstico y tratamiento a tiempo, empeorando la enfermedad.
5. Discapacidad y Pobreza: Las deformidades físicas y la pérdida de función (nerviosa, motora) limitan la capacidad de trabajar y participar, atrapando a las personas en la pobreza.

Necesidades Sociales y de Salud:

1. Abordaje Integral: Se necesitan programas de salud que integren la detección y el tratamiento médico con apoyo psicosocial para atender el bienestar emocional y mental.
2. Educación y Sensibilización: Educar a las comunidades para romper mitos y reducir el estigma es crucial para la aceptación y la no discriminación.
3. Apoyo Psicológico: Intervenciones para fortalecer la salud mental y la resiliencia de los afectados y sus familias.
4. Rehabilitación y Medidas de Apoyo: Ayuda para manejar las discapacidades, incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y apoyo para la reinserción laboral y social.
5. Protección de Derechos: Eliminar leyes discriminatorias y garantizar los derechos civiles y sociales de las personas afectadas.
6. Mejora de Condiciones Socioeconómicas: Combatir la pobreza y mejorar las condiciones de vida en las comunidades vulnerables para prevenir y controlar la enfermedad.

LOS PROCESOS QUE DETERMINEN LAS CONDICIONES DE INEQUIDAD

Las condiciones de inequidad de la lepra son profundas, ligadas a la pobreza, estigma, discriminación y falta de acceso a servicios, llevando a retrasos en diagnóstico y tratamiento, aislamiento social, violación de derechos y desafíos particulares para mujeres y niños, afectando desproporcionadamente a comunidades vulnerables con mala vivienda y saneamiento, a pesar de ser curable con antibióticos.

Factores Socioeconómicos y Ambientales:

- Pobreza y Condiciones Precarias: Afecta más a quienes viven en hacinamiento, desnutrición y con saneamiento deficiente, ya que son determinantes sociales de la salud.
- Vulnerabilidad: Se relaciona con la susceptibilidad inmunológica y las condiciones físicas, sociales y económicas desfavorables, según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Estigma y Discriminación (Violencia Estructural):

- Maldición y Pecado: Persisten creencias culturales y religiosas que ven la lepra como un castigo divino, generando rechazo y vergüenza.
- Violaciones de Derechos: La discriminación lleva a la negación de derechos civiles, políticos y sociales, incluyendo acceso a trabajo (manipulación de alimentos, educación), licencias profesionales y vivienda.
- Aislamiento: Históricamente y a veces aún hoy, se impone aislamiento y segregación, separando a las personas de sus familias y comunidades.

Escenarios de alta carga de la enfermedad

- Municipios con más casos: Cúcuta, Ocaña, Villa del Rosario, El Zulia, Abrego, Toledo, los Patios, La Playa
- Perfil de los casos: Mayoría de pacientes masculinos, en edades entre 41-59 años, y un alto porcentaje en el régimen subsidiado.
- Forma clínica: Predominan los casos de lepra multibacilar (MB) y lepromatosa, con lesiones múltiples, lo que indica una mayor carga bacteriana y riesgo de discapacidad.
- Discapacidad: Un porcentaje considerable de pacientes presenta discapacidad de grado I o II al momento del diagnóstico, señalando diagnósticos tardíos.

Aunque hay una tendencia nacional a la baja, Norte de Santander, ha sido históricamente un Departamento con altas tasas de detección, y en análisis recientes se ha visto una disminución en la notificación, pero sigue siendo un punto de vigilancia importante.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia que se realizara en pagos bimestral con los soportes de cada actividad según seguimiento que realiza el Programa y cumplimiento financiero según la matriz técnico financiera.
- **Administrativo**: Tiempo de duración: 6 seis meses con seguimientos bimestrales a disposición y se genera actas de soporte.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud del Programa de Lepra. Se verificará el cumplimiento de la calidad y oportunidad y completitud de las actividades y consecución de los logros propuestos desde el programa
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado del Programa. Indicadores de gestión y de resultado de obligatorio cumplimiento y específico del programa.
- **Parámetros de calidad:** Integralidad de la intervención: Caracterización social y ambiental del entorno hogar e información en salud (salud, educación, medios de vida, inclusión social y fortalecimiento comunitario), bajo un enfoque biopsicosocial y de curso de vida.
  Enfoque diferencial e inclusivo: Reconocimiento de las particularidades poblacionales, con aplicación de ajustes razonables y garantía de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal.
  Participación social y comunitaria: Vinculación activa de personas con discapacidad, cuidadores, familias y organizaciones comunitarias en todas las fases del proyecto.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer capacidades familiares y comunitarias para la inclusión social, el autocuidado y la prevención de discapacidad en personas afectadas por enfermedad de Hansen y sus convivientes, mediante estrategias de caracterización social y ambiental e información en salud y acciones colectivas en el entorno hogar en el municipio de Abrego durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar determinantes de riesgo en el entorno hogar, presaberes de las familias intervenidas mediante la intervención colectiva de caracterización.
- Promover el autocuidado y prevención de discapacidades en las personas afectadas por la enfermedad de Hansen y sus familias, mediante acciones educativas y comunitarias para la detección de barreras de acceso a los servicios de salud, rehabilitación, protección social y acciones intersectoriales.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso del desarrollo de la estrategia es necesario contar con la participación de talento humano en salud, el cual se sugiere estar conformado por los siguientes perfiles.

- Enfermería Profesional (1)
- Psicología y/o trabajo social (1)

Nota: será 1 equipo, constituido por 1 enfermera, 1 psicólogo y/o trabajador social quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para el municipio. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas caracterización e información en salud se debe tener como parámetro estandarizado para las actividades a desarrollar la ficha metodológica de caracterización y las orientaciones del Ministerio de Salud para la Información en salud para el entorno Hogar.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

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

- Identificación de riesgos presentes en las familias y eventos en salud, así como los conocimientos y actitudes de las mismas acorde a las temáticas aplicadas.

Información en salud:

- Conocimiento adquirido en las prácticas de autocuidado y reducción del riesgo de desarrollo de discapacidades asociadas a la enfermedad de Hansen en las familias de los municipios priorizados, conforme a los criterios técnicos y normativos vigentes.

11. METAS:

- Realizar la socialización del proceso de caracterización social y ambiental al 100% de las familias priorizadas programadas para la intervención durante la vigencia 2026.
- Realizar el 100% de las visitas domiciliarias programadas para la complementación y validación de la caracterización socioeconómica de pacientes y expacientes con enfermedad de Hansen y sus familias durante la vigencia 2026.
- Consolidar, procesar y analizar el 100% de la información recolectada durante la caracterización social y ambiental de las familias priorizadas intervenidas durante la vigencia 2026.
- Realizar el 100% de los encuentros participativos programados con expacientes y sus familias para el fortalecimiento del autocuidado y selección de estrategias IEC durante la vigencia 2026.
- Diseñar, producir y difundir el 100% de las piezas comunicativas programadas dirigidas a expacientes y convivientes durante la vigencia 2026.
- Realizar acciones de información y orientación sobre prácticas de autocuidado al 100% de las familias priorizadas programadas mediante visitas domiciliarias durante la vigencia 2026.
- Documentar el 100% de las experiencias informativas implementadas y los conocimientos adquiridos por la población intervenida durante la vigencia 2026.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

- Seguimiento mensual con el contratista de la Matriz Técnico Financiera.
- Llamada telefónica aleatoria a las familias intervenidas, la cual debe manifestar que recibió la atención, de lo contrario, se descontará financieramente del valor pactado.

- Visita de campo en el territorio

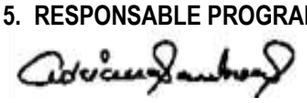
13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
1. CONTRATISTA	$ 40.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Caracterización social y ambiental en entornos de vida cotidiana	3
Información en Salud	3

15. RESPONSABLE PROGRAMA LEPRA:



ADRIANA MILENA GAMBOA VELASCO
Responsable del Programa de Lepra

SUBGRUPO 4. PROGRAMA DE NUTRICIÓN

1. JUSTIFICACIÓN

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS EN LOS ENTORNOS COMUNITARIO Y HOGAR DURANTE LA VIGENCIA 2026, EN EL MARCO DE LA GARANTIA DEL DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ZONAS DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL, EN LOS MUNICIPIOS DE EL CARMEN Y CONVENCIÓN Y SUS MICROTERRITORIOS.

En el Departamento de Norte de Santander se evidencian problemas de malnutrición, tanto por exceso como por déficit. La tasa de mortalidad por desnutrición y/o asociada a la desnutrición en menores de 5 años ha venido presentando un comportamiento decreciente en los últimos cinco (5), pasando desde la vigencia 2019 en el orden de 9,6 por cada 100.000 menores de 5 años, representado por trece (13) casos, hasta la vigencia 2025 en donde se logró una tasa de 0.0 casos de mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años. Lo antes mencionado, en el marco del logro del ODS No. 02 denominado “Hambre Cero”.

En este sentido, la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años El análisis de la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en el departamento de Norte de Santander evidencia un total de 668 casos en una población de 116.984 niños y niñas de 0 a 4 años, lo que corresponde a una prevalencia departamental de 0,57 por cada 100 menores. Al revisar el comportamiento por municipios en orden descendente de prevalencia, se observa que los territorios con mayor afectación presentan valores significativamente superiores al promedio departamental.

El municipio con mayor prevalencia es Tibú, con 85 casos y una prevalencia de 1,38, seguido por Teorama con 20 casos y 1,24. Posteriormente se ubican Chitagá con 10 casos (0,98) y La Esperanza con 12 casos (0,97). Continúa Pamplonita con 4 casos (0,93) y La Playa con 6 casos (0,86). En el siguiente grupo se encuentran Sardinata con 18 casos (0,80), Cucutilla con 4 casos (0,78), Hacarí con 9 casos (0,77) y Ábrego con 21 casos (0,76). Con prevalencias cercanas a 0,69, aparecen Ragonvalia con 3 casos (0,69) y El Zulia con 17 casos (0,69). Luego se ubican Mutiscua con 2 casos (0,65), Toledo con 8 casos (0,64) y El Tarra con 20 casos (0,62).

En un rango cercano al promedio departamental se encuentran Pamplona con 16 casos (0,55) y Cúcuta con 270 casos (0,55), destacándose este último por concentrar el mayor número absoluto de casos, debido principalmente a su mayor tamaño poblacional. Les siguen Convención con 9 casos (0,53) y Puerto Santander con 4 casos (0,49). Posteriormente se identifican San Cayetano con 3 casos (0,44), Cácota con 1 caso (0,42) y Ocaña con 41 casos (0,42). Continúan Villa del Rosario con 34 casos (0,41) y Villa Caro con 2 casos (0,41), seguidos de Bucarasica con 3 casos (0,40). Con prevalencias inferiores a 0,40, se encuentran Chinácota con 5 casos (0,37), Los Patios con 23 casos (0,36) y El Carmen con 5 casos (0,36). Luego aparecen San Calixto con 5 casos (0,35) y Silos con 2 casos (0,34). En niveles más bajos se ubican Arboledas con 2 casos (0,27) y Lourdes con 1 caso (0,27).

En términos generales, el comportamiento de la prevalencia muestra mayor concentración del riesgo en municipios de la subregión del Catatumbo y algunos territorios rurales, donde las condiciones socioeconómicas, el acceso a servicios de salud y las condiciones de seguridad alimentaria pueden influir en la presencia de desnutrición infantil. A su vez, aunque Cúcuta presenta una prevalencia cercana al promedio departamental, concentra el mayor número de casos, lo cual resalta la importancia de fortalecer las intervenciones nutricionales tanto en municipios con alta prevalencia como en aquellos con gran carga de casos. Lo anterior muestra el comportamiento del evento de desnutrición aguda en el departamento, terminando la vigencia con un reporte total de 607 casos, de los cuales los más afectados son niños menores de 2 años, edad en la cual la lactancia materna exclusiva y complementaria es un factor protector de gran importancia, que juega un papel primordial en los determinantes de la salud.

En este contexto, aproximadamente el 70% de los niños y niñas notificados como desnutrición aguda en menores de 5 años en el departamento, corresponden a menores de 2 años, en donde la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna es una prioridad de desarrollo de cualquier país o región. Su logro o no tiene implicaciones de orden social, económico y ambiental de gran magnitud y en plazos de tiempos distintos. La extracción manual realizada con las manos es más efectiva, económica, menos traumática, menos dolorosa, tiene la ventaja de no requerir equipo extra, eliminando la necesidad de limpiar y la posibilidad del crecimiento de las bacterias. Es una destreza aprendida, su eficacia aumenta con la práctica, de aquí la importancia de crear entornos propicios para proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna como un medio que beneficia a la madre y al niño que se encuentra en condiciones de salud que le impidan estar juntos en caso de hospitalización y/o otra situación.

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

Diferentes estudios reconocen las propiedades y beneficios de la leche materna, existiendo un contrasentido al observar las cifras de lactancia materna exclusiva del país que pasaron de 2.2 meses en 2005 a 1.8 meses en 2010. Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional- ENSIN. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), la tasa nacional de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad, muestra una tendencia decreciente, reflejada en los siguiente datos: en el 2005 la tasa fue del 46,9, en el 2010 del 42,8 y en el 2015 del 36,1. De otra parte, el diagnóstico nutricional vigencia 2019, en el Norte de Santander muestra que la duración media en meses de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses para el departamento es de 2,8 meses y 7.4 meses en la lactancia materna continua, comportamiento de indicadores que muestra una disminución muy marcada en deterioro de la lactancia materna. Bajando en el 2020 a 1.9 en la lactancia materna exclusiva y la continua a 7.6, está última con un ligero incremento. Para el 2021, el comportamiento del indicador continúa en detrimento, quedando en 1.8 para la lactancia materna exclusiva y en 4.5 meses para la complementaria.

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

El plan de intervenciones colectivas PIC, puede asumir un rol articulador orientado a facilitar los procesos de divulgación y publicidad de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años, a través de procesos de información a la población en los hogares y la comunidad, que contribuyan al fortalecimiento

de los integrantes de grupos de apoyo comunitario, a las familias, para la promoción de la salud y desarrollo infantil temprano y la atención integral de niños y niñas desde la gestación hasta los 5 años y así como en alimentación saludable (lactancia materna, alimentación complementaria, cuidado, buen trato, estimulación, en salud).

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

También es importante establecer acciones colectivas direccionadas desde la Entidad Territorial Departamental en Salud, que permitan el fortalecimiento de la seguridad alimentaria y nutricional, precisando que, la Ley 2294 del 2024 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida” y teniendo en cuenta las orientaciones técnicas establecidas en el precitado plan, específicamente las relacionadas con la garantía al derecho humano a la alimentación como tercera transformación propuesta, hacia el camino de una gobernanza interinstitucional entre el estado y la sociedad, con la articulación de políticas y programas, y que en su propuesta plantea 3 pilares fundamentales para el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) No. 02 denominado “Hambre Cero”, las cuales se listan a continuación; I) Disponibilidad, en referencia al aumento de la productividad para garantizar una oferta sostenible y suficiente de alimentos, II) Acceso, relacionado con la capacidad de pago de los hogares y el suministro físico de los alimentos para facilitar su llegada a toda la población, III) Adecuación, la cual implica la promoción de una alimentación saludable que responda a las necesidades nutricionales para el desarrollo físico, mental y social de la población, reconociendo saberes y experiencias ancestrales de los territorios.

Por consiguiente, desde la Entidad Territorial en Salud de Orden Departamental, desarrollamos acciones contempladas en el tercer pilar de la transformación denominado “Adecuación”, mediante el fortalecimiento de capacidades de los actores en salud del SGSSS, promoviendo prácticas alimentarias saludables y sostenibles y fomentando la lactancia materna exclusiva y complementaria como el mayor acto de soberanía alimentaria desde el nacimiento de los niños en nuestro departamento, fortaleciendo al talento humano en referencia a los lineamientos direccionados desde el Ministerio de Salud y Protección Social para el tratamiento a la desnutrición aguda, procesos de inspección vigilancia y control en los actores del sistema, como también el desarrollo de procesos de articulación intersectorial contemplados en la Resolución 2350 del 2020 y que son responsabilidad de todos los actores del SGSSS.

2. MARCO NORMATIVO

NORMA	OBJETO DE LA NORMA
Resolución 1597 de 2025	Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)
Ley 2244 de 2022	Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo departo, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado
Decreto 1397 de 1992	Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones
Ley 1823 de 2017	“Por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de La familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones
Resolución 2350 de 2020	Por la cual se adopta el 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, y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2465 de 2016	Establece los criterios para la evaluación y clasificación del estado nutricional en la población colombiana.
Resolución 2674 de 2013	Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras

	disposiciones.
Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021–2023	Define estrategias nacionales para promover la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, en el marco de la promoción de la salud materno e infantil.
Resolución 2492 de 2022	Establece el etiquetado nutricional frontal de advertencia en alimentos procesados.
Resolución 2423 de 2018	Por la cual se establecen los parámetros técnicos para la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral
Ley 2306 de 2023	Por medio de la cual se promueve la protección de la maternidad y la primera infancia, se crean incentivos y normas para la construcción de áreas que permitan la lactancia materna en el espacio público y se dictan otras disposiciones
Resolución 1188 de 2025	Por la cual se establecen los parámetros para la creación y operación en condiciones de higiene, salubridad y dotación adecuada de las Áreas de Lactancia Materna en Espacio Público y se dictan otras disposiciones
Ley 2458 de 2025	Por medio de la cual se establecen medidas orientadas a fortalecer la comunidad lactante, la promoción de la lactancia materna en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.
Ley 2294 de 2023	Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida.
Resolución 0115 del 2026	“Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 2350 del 2020, relacionada con Desnutrición aguda.

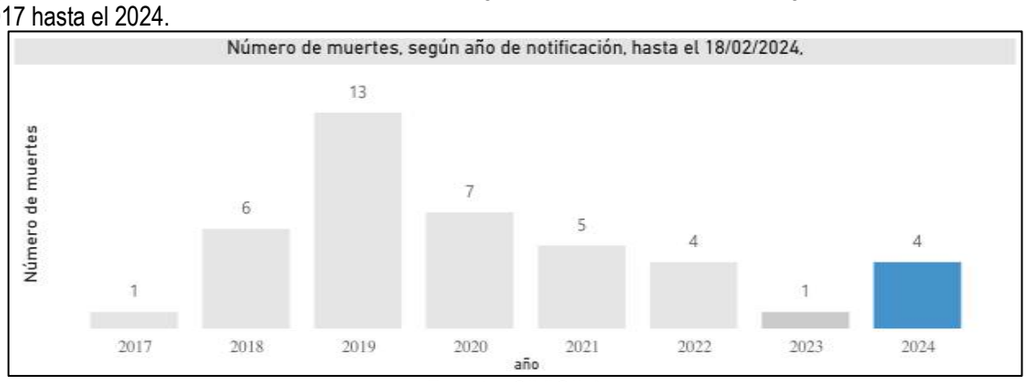
Fuente: Elaboración propia.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

En el Departamento de Norte de Santander se evidencian problemas de malnutrición, tanto por exceso como por déficit. La tasa de mortalidad por desnutrición y/o asociada a la desnutrición en menores de 5 años que paso en el año 2018 del 9.44 (12 casos) al 21.0 (27 casos) en el 2019 (Cúcuta 2, Los Patios 1, Pamplona 3, Teorama 1, Tibú 7 y 13 procedentes de Venezuela),presentando un incremento notorio, llegando a ocupar en el 2019 el segundo lugar a nivel nacional y una notificación de casos de mortalidad por y asociada a desnutrición en el 2020 de 5 casos con una tasa de 3,6 (Cúcuta 1, Villa del Rosario 2, Tibú 1 y Venezuela 1) y para el 2021, bajó a 2.9 con 4 casos (Tibú 1, Cúcuta 1, Los Patios 1 y Convención 1) (Fuente: SIVIGILA), en este orden de ideas, para el año 2022 se presentaron 5 casos (Cúcuta 2, El Tarra 1, Tibú 1, Toledo 1, Venezuela 1). No obstante, que la mortalidad por desnutrición aguda en el departamento muestra un comportamiento descendente. A continuación, en la imagen No. 01, se evidencia el comportamiento de los reportes de desnutrición aguda moderada y severa durante la vigencia 2024 en el departamento de Norte de Santander, precisando que durante la vigencia 2025 a semana epidemiológica No. 51, no se han presentado casos de mortalidad por Desnutrición Aguda Moderada y Severa en menores de 5 años en el Departamento Norte de Santander.

A continuación, en la Imagen No. 02. Se evidencia la gráfica relacionada con el número de muertes por desnutrición según año de notificación desde la vigencia 2017 hasta la vigencia 2024

Imagen No. 02. Número de muertes por desnutrición aguda en menores de 5 años. Según año de notificación desde el 2017 hasta el 2024.



Fuente: SIVIGILA

A continuación, en la imagen No. 3 se logra evidenciar el comportamiento de la notificación de casos en comparativa

de las vigencias anteriores, con la vigencia 2025, evidenciando un incremento en el orden del 6% positivo en el número de reporte de casos en comparativa con el mismo periodo de tiempo de la vigencia 2024.

Imagen No. 03. Comportamiento de la notificación de casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, vigencias anteriores vs vigencia 2025 en el Departamento Norte de Santander

Fuente: SIVIGILA.

Con base en lo antes expuesto, se presentó una disminución de la tasa prevalencia de desnutrición aguda por cada 100 menores de 5 años en el Departamento Norte de Santander, pasando de una tasa de 0,59 x cada 100 menores de 5 años para la vigencia 2023, a una tasa de 0,54 x cada 100 menores de años. Sin embargo, se logra evidenciar que desde la vigencia 2017 esta tasa ha venido incrementando de manera sustancial, y a partir de la vigencia 2021, se ha logrado contener. Como se evidencia en la tabla No. 04

Imagen No. 04. Prevalencia de Desnutrición Aguda Moderada y severa en el Departamento Norte de Santander, Semana Epidemiológica No. 43.

Fuente: SIVIGILA.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

En referencia a los múltiples determinantes sociales en salud, en referencia con Salud Nutricional y prevención de la Desnutrición Aguda Moderada o Severa en Menores de 5 años, el sistema de salud será a su vez un determinante social intermedio. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar. Desde esta perspectiva, los factores estructurales están asociados a la dimensión de los medios económicos, y en consecuencia a los ejes de disponibilidad y acceso y los intermedios están asociados a las dimensiones de la calidad de vida de la SAN: consumo y aprovechamiento biológico. La inocuidad, se concibe como el conjunto de características que aseguran que el alimento sea apto para el consumo humano, siendo un atributo presente a lo largo de la cadena alimentaria. Estos determinantes se ven reflejados en el estado nutricional de los diferentes grupos poblacionales, el cual podrá ser adecuado o podrá reflejar problemáticas nutricionales relacionadas tanto con el déficit como el exceso.

Imagen No.05 Determinantes sociales de la desnutrición y malnutrición.

Fuente: SISVAN Norte de Santander.

5. RESULTADO EN SALUD:

- Contribuir mejorar el estado nutricional de la población materno infantil y fortalecer la lactancia materna exclusiva y complementaria en los micro territorios de los municipios seleccionados
- Contener parcialmente las tasas y prevalencia de niños y niñas menores de 5 con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa en los micro territorios de los municipios seleccionados
- Contener la tasa de mortalidad evitable por y asociada a la desnutrición aguda en menores de 5 años.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: Ejecución del 100% de los recursos asignados con los soportes solicitados en cada una de las actividades PIC Departamental, de acuerdo con la Matriz Técnico Financiera (MTF).
- **Administrativo**: El PIC está diseñado para su ejecución durante el 2026, sugiriendo un perfil profesional de la salud, afines con áreas de Salud Nutricional y exiliar de enfermería capacitado en el tema. Se debe garantizar continuidad, y los soportes legales de seguridad social en salud
- **Técnico**: La Ejecución del PIC de Departamental será evaluada de acuerdo con los lineamientos nacionales y normatividad relacionada con Salud Nutricional, en cada una de las actividades desarrolladas por los ejecutores las cuales se encuentran contempladas en la MTF.
- **Resultados en salud**:

    - Contribuir mejorar el estado nutricional de la población materno infantil y fortalecer la lactancia materna exclusiva y complementaria en los micro territorios de los municipios seleccionados
    - Contener parcialmente las tasas y prevalencia de niños y niñas menores de 5 con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa en los micro territorios de los municipios seleccionados
    - Contener la tasa de mortalidad evitable por y asociada a la desnutrición aguda en menores de 5 años.

- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la Resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fomentar el autocuidado individual y colectivo a través de las redes sociales de micro territorios priorizados para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación, durante la vigencia 2026, en los municipios de El Carmen y Convención

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar espacios de construcción de saberes y generación de respuestas comunitarias que promuevan prácticas sociales y de salud para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida, mediante la implementación de la intervención colectiva de conformación y fortalecimiento de redes comunitarias.
- Afianzar las capacidades de las familias y comunidades en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida mediante la implementación de la intervención colectiva de información en salud.

8. RECURSO HUMANO:

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

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

ACTIVIDAD: CONFORMACIÓN DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL MARCO DEL PIC.

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

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

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

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

   - Identificar los posibles actores o miembros de la red (Instituciones, redes existentes, organizaciones, grupos, familias, personas) en razón de sus competencias y funciones, o por su afectación en relación con la situación, evento o riesgo que se abordará a través de la red.
   - Realizar proceso de sensibilización sobre la situación, evento o riesgo a intervenir o gestionar con los actores identificados (foros, conferencias, información, procesos de formación, entre otros).
   - Definir la participación de los actores en la red con base en tres aspectos fundamentales; I) Intereses comunes en relación con la situación, evento o riesgo, II) Posición de apoyo u oposición en relación con su abordaje o gestión, III) Influencia o importancia (Capacidad de incidir en la situación, problema o riesgo).

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

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

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

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

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

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

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

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

h. Evalué el desempeño de la red:

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

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

ACTIVIDAD DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD:

La información en salud se define como “Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud, que contribuyan a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud”

La información en salud, más que la simple transmisión unidireccional de datos o mensajes es una acción estratégica para el desarrollo humano que debe generar un clima cultural apropiado para la promoción de salud y calidad de vida y aportar a la construcción de otras formas de comprender la salud.

Finalidades de la información en salud La información en salud busca aumentar el conocimiento sobre un tema e incidir en las formas de sentipensar que apunten a:

1. Persuadir de realizar una determinada conducta (ej.: utilizar condón en las relaciones sexuales; lavarse las manos; etc.) o disuadir de hacerla (ej.: no manejar cuando se ha consumido alcohol o drogas). Se trata de la información que procura que los sujetos hagan algo con el fin de fortalecer o mejorar la salud o de hacer conciencia de la problemática para generar reflexión que se traduzca en cambio de prácticas.
2. Anticipar que los sujetos adopten comportamientos que afecten su salud; ejemplo: evitar que los jóvenes inicien el consumo de drogas (implica trabajar desde la primera infancia en aspectos como la autonomía, el autoconcepto, la autovaloración, entre otros). Debe ser una estrategia constante e implementarse con suficiente antelación al momento en que podrían suscitarse los hechos, porque los resultados se verán a mediano o largo plazo.
3. Promocionar los derechos - con énfasis en el derecho a la salud y las acciones de autocuidado y cuidado de la salud de la familia, la comunidad y su entorno; así como, promover la participación -especialmente de los que usualmente no han sido considerados como interlocutores válidos3 y proponer los escenarios para dicha participación y para la movilización social. Con base en la información en salud se promueve que los ciudadanos puedan posicionar en las agendas gubernamentales, del sector privado o de las organizaciones sociales, los temas que le aporten a la garantía de los derechos, entre ellos el derecho a la salud.
4. Reforzar comportamientos o saberes favorables para promover y mantener la salud, que a través de la evidencia han demostrado resultados positivos en distintos contextos.

5. Cambiar representaciones de sí, de los otros, de lo otro que permitan cuestionar lo que se ha establecido como si fuera natural y es injusto o inequitativo o inconveniente para la salud.

¿A QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN LE ESTAMOS APUNTANDO?

Se puede decir que a aquella que reconozca los comportamientos y creencias arraigados en la población sujeto - que afectan la salud y la calidad de vida-, con el fin de determinar cómo podría persuadírseles de actuar de forma diferente a favor de la salud. Lo anterior, implica reconocer las opiniones, saberes, valoraciones o prejuicios que las personas tiene sobre un tema o problema y captar su atención aportando información para ampliar el conocimiento sobre éstos, cambiar la perspectiva desde la cual los ven, y generar una actitud orientada hacia mantener y promover la salud y predisponer a la acción4 En general le estamos apuntando a la información en salud, que;

1. Reconoce y parte de los comportamientos, actitudes, sentimientos, creencias, saberes y prácticas de las personas, las familias y las comunidades, y se construye a partir de la información epidemiológica local, para aportar a configurar determinados saberes y valores sobre los problemas de calidad de vida y salud.
2. Reconoce y parte de la cultura, de la psicología, de las características educativas y del momento del curso de vida de los sujetos a quienes se va a dirigir la información, así como del contexto territorial6 en el que viven.
3. Reconoce y confía en la capacidad de cambio de las personas, para lo cual es necesario aportar información que no genere oposición, sino ir paso a paso, partiendo de la forma en que actúan en sus vidas actualmente.
4. Construye mensajes que sean sencillos, comprensibles y actualizados: “las personas adoptan más fácilmente un comportamiento si éste es “divertido, fácil y popular”, si reduce barreras y si refuerza costumbres sociales

PROCESO PARA IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD

Para implementar la intervención de Información en salud, se sugiere realizar lo siguiente:

1. Definir el segmento de población al que se va a dirigir la información (a qué personas, familias comunidades y en qué entornos –hogar, educativo,
2. laboral, etc.-, se va a dirigir el proceso). Conocer a los sujetos a quienes se dirigirá la información (cómo actúan en los diferentes entornos, qué les interesa, qué saben, qué no saben, cómo construyen sus saberes, cuál es su nivel de participación, qué disponibilidad de información existe en el medio, qué iniciativas relacionadas existen, que mueve sus sentimientos...) 11 y saber qué conciencia del riesgo tienen, qué gravedad perciben respecto de una situación o comportamiento, qué beneficios perciben respecto de las creencias actuales y respecto de un posible cambio, y qué barreras se perciben para tomar la decisión de cambiar (ej.: temores,

creencias sociales que les impiden adoptar alguna medida de salud, seguimiento de ciertas pautas culturales o religiosas que imponen determinados comportamientos no necesariamente favorables a la salud…)

3. Conocer las necesidades de información de la población sujeto13 (esto implica responder a la pregunta ¿qué se requiere?: que cambie de comportamiento, que actúe en favor de otro o de la naturaleza, que adopte una cierta actitud, o que se reconozcan los servicios a que tiene derecho o los avances del sector, entre otros) Conocer el contexto (territorial, económico, social, político, cultural, etc.)
4. Entender y definir el problema de salud a ser abordado: sus causas, severidad y consecuencias que está produciendo, determinando los factores que inhiben o facilitan los cambios (sociales, culturales, económicos, etc.)
5. Conocer los resultados de otras campañas, jornadas especiales de salud o estrategias informativas (preferiblemente de las que se hayan o estén desarrollando en el mismo territorio).
6. Definir el tipo de mensaje y la forma en que llegaría mejor a la población sujeto. En su difusión es importante combinar: medios de comunicación masiva, interpersonal, redes sociales, sistemas alternativos (los que sustituyen al habla), etc. En este sentido el mensaje debe diseñarse con base o en función del medio o los medios que se seleccionen para la difusión.
7. Delimitar el objetivo a corto y mediano plazo y determinar los efectos o lo que se pretende lograr; son ejemplo de objetivos operativos: comprender nuevos conceptos, adoptar un comportamiento, cambiar de opinión sobre un tema, obtener una ganancia por una forma de actuar saludable15. Estos deben incorporarse en el Plan Territorial de Salud. =
8. Establecer un plan de medios (seleccionar los vehículos publicitarios): medios de comunicación, sitios estratégicos, coberturas, audiencias a impactar, frecuencia de exposición al mensaje.
9. Definir un presupuesto concreto y ejecutable, de acuerdo con el plan de medios y lo que se espera lograr, y gestionar su asignación en el Plan Plurianual de Inversiones y en el Plan de Acción en Salud de la respectiva entidad territorial.
10. Definir cómo se va a promocionar la información: relaciones públicas, contacto personal, entre otros.
11. Realizar un pilotaje y hacer las modificaciones antes de lanzar todo el proceso (cambiar lo que no fue comprendido, recordado y aceptado socioculturalmente).
12. Buscar aliados (saber si hay otras organizaciones que también están difundiendo mensajes similares, cómo, a quiénes y qué resultados están obteniendo; y contactar a otros aliados que aún no estén participando de la estrategia informativa. Ejemplo: empresas que estén dispuestas a aportar al
proceso de acuerdo con sus acciones de responsabilidad social, o con la participación de organizaciones de base o de los mismos sujetos de la información)
13. Consolidar una relación constante con los sujetos de la información (permite saber qué tanto se está comprendiendo el mensaje y qué efectos está teniendo).
14. Hacer un plan operativo (y un plan B) para que el proceso informativo sea sostenible.
15. Sistematizar o por lo menos documentar la experiencia informativa implementada.
16. Seguir y evaluar las acciones y establecer planes de mejoramiento.
17. Establecer necesidades futuras de información de acuerdo con lo encontrado en la evaluación.
18. Publicar los resultados.
19. Rediseñar el programa

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

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Conformación y fortalecimiento de redes comunitarias:

- Organizaciones comunitarias con capacidad para la orientación y adopción de autocuidado individual y colectivo para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida.

Información en Salud:

- Familias con conocimientos en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida.

11. METAS:

- Los Municipios seleccionados y sus micro territorios cuentan con el 100% de las redes de apoyo comunitario conformada y fortalecida para la lactancia materna exclusiva y complementaria y alimentación saludable.
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en lactancia materna exclusiva y complementaria y alimentación saludable.
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en alimentación saludable y buenas prácticas de manufactura, consumo de agua potable
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en detección de signos y síntomas de desnutrición
- Niños, niñas, menores de 5 años con detección del riesgo de muerte por desnutrición a los servicios de salud y Equipos Básicos de Salud (EBS).

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN: Los soportes aportados por el contratista, serán sometidos a verificación para evidenciar la veracidad de los mismos, mediante llamadas telefónicas, visitas, revisión detallada, corroboración de la información consignada, con diferentes medios.

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$ 100.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS Y ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
I30205 CONFORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE REDES FAMILIARES, COMUNITARIAS Y SOCIALES PARA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	8 (UNA RED POR MICROTERRITORIO SIN RED, SI YA EXISTE RED ACTUALIZACIÓN)
I10605 INFORMACIÓN EN SALUD	550

15. RESPONSABLE:

LILIANA ELENA RODRIGUEZ PELAEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
NUTRICION IDS.

SUBGRUPO 5. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

1. JUSTIFICACIÓN

Las coberturas críticas de vacunación identificadas en varios municipios del departamento representan un riesgo epidemiológico alto para la salud pública, debido a que favorecen la acumulación de población susceptible y la pérdida progresiva de la inmunidad colectiva requerida para prevenir brotes y reintroducciones de enfermedades inmunoprevenibles. La persistencia de brechas en biológicos trazadores compromete el control de eventos como sarampión, rubéola, difteria, tosferina y poliomielitis, especialmente en territorios con barreras de acceso, alta movilidad poblacional y condiciones socioeconómicas vulnerables. Esta situación incrementa la probabilidad de transmisión sostenida, aparición de casos importados y ocurrencia de brotes que pueden generar complicaciones graves, demanda adicional de servicios de salud y mayores costos operativos para las entidades territoriales.

2. MARCO NORMATIVO

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia se fundamenta en un conjunto de normas, lineamientos y disposiciones técnicas que orientan la organización, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de vacunación en el territorio nacional. Este marco normativo garantiza la protección del derecho fundamental a la salud y la prevención de enfermedades inmunoprevenibles durante el curso de vida.
En el ámbito internacional, el PAI se sustenta en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluyendo las metas de eliminación, control y erradicación de

enfermedades como sarampión, rubéola, poliomielitis y tétanos neonatal. Estos organismos establecen recomendaciones técnicas que Colombia adopta para asegurar la estandarización de las prácticas de vacunación, la vigilancia epidemiológica y la calidad biológica de los inmunobiológicos.

A nivel nacional, Se fundamenta en los **Artículos 44, 48 y 49** de la Constitución Política, que elevan la salud a derecho fundamental (especialmente en niños y niñas) y la definen como un servicio público obligatorio a cargo del Estado, el desarrollo del PAI se rige principalmente por la Ley 9 de 1979, que establece las bases del sistema de protección sanitaria; Las acciones del presente programa se enmarcan en el componente de Intervenciones Colectivas, conforme a la Resolución 1597 de 2015, las cuales son de carácter estatal, gratuitas y obligatorias. Estas intervenciones buscan fortalecer la cultura de la prevención y la inmunización mediante estrategias de información y educación, garantizando que el departamento cumpla su rol de garante de la salud pública territorial establecido en la Ley 715 de 2001." La Ley 1122 de 2007 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconocen la salud como un derecho fundamental y asignan responsabilidades a los actores del sistema respecto a la prestación de servicios esenciales, entre ellos la vacunación.

Así mismo, el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud) consolida las disposiciones relacionadas con la ejecución del PAI en el país.

El Ministerio de Salud y Protección Social define la estructura programática del PAI mediante lineamientos como el Plan Nacional de Vacunación, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031, la Resolución 3280 de 2018 sobre rutas integrales de atención en salud (RIAS), esta resolución es el corazón operativo. Define las **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)**, integrando la vacunación de forma obligatoria en cada etapa del "curso de vida" (desde la gestación hasta la vejez). Establece que la inmunización no es un evento aislado, sino parte de la valoración integral de cada paciente. y las Directrices Técnico-Administrativas del PAI, que regulan los esquemas de vacunación, la cadena de frío, la vigilancia de ESAVI, la gestión territorial, la microplanificación y las estrategias de intensificación.

Adicionalmente, la ejecución del PAI se articula con la **Resolución 3100 de 2019** (habilitación), resolución 1597 de las 2025 posteriores actualizaciones que regulan la prestación de servicios de vacunación, así como las disposiciones del Instituto Nacional de Salud relacionadas con la vigilancia epidemiológica de enfermedades inmunoprevenibles y la notificación en SIVIGILA.

Este conjunto de normas constituye el soporte jurídico y técnico del PAI y orienta la implementación de las acciones de vacunación en los departamentos y municipios, asegurando la calidad, accesibilidad y oportunidad de los servicios para garantizar la protección integral de la población.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

El Programa Ampliado de Inmunización en Norte de Santander evidencia una recuperación progresiva de las coberturas de vacunación durante el periodo 2021–2025 tras el impacto generado por la pandemia. Sin embargo, el departamento continúa enfrentando desafíos asociados a la movilidad poblacional, la dispersión geográfica y las desigualdades territoriales.

En este contexto, resulta fundamental continuar fortaleciendo las estrategias territoriales del PAI, con el fin de garantizar la protección efectiva de la población frente a enfermedades prevenibles por vacunación.

La presencia de coberturas críticas (por debajo del 95 % en biológicos trazadores del PAI) en varios municipios del departamento representa un riesgo epidemiológico alto, debido a que compromete la inmunidad colectiva necesaria para prevenir brotes, reemergencia y transmisión sostenida de enfermedades inmunoprevenibles.

Cuando existen brechas de vacunación, la población susceptible comienza a acumularse, especialmente en grupos de mayor riesgo como niños menores de 5 años, gestantes, población migrante, comunidades rurales dispersas y áreas con barreras de acceso. Esto genera una disminución de la protección comunitaria y aumenta la probabilidad de aparición de casos importados o autóctonos.

Así mismo el poco compromiso por los diferentes actores sociales entre estos la mayoría de las EAPB en temas de búsqueda activa demanda inducida y canalización de la población susceptible de vacunar y a la adherencia de las rutas integrales de atención en salud.

Las coberturas críticas facilitan:

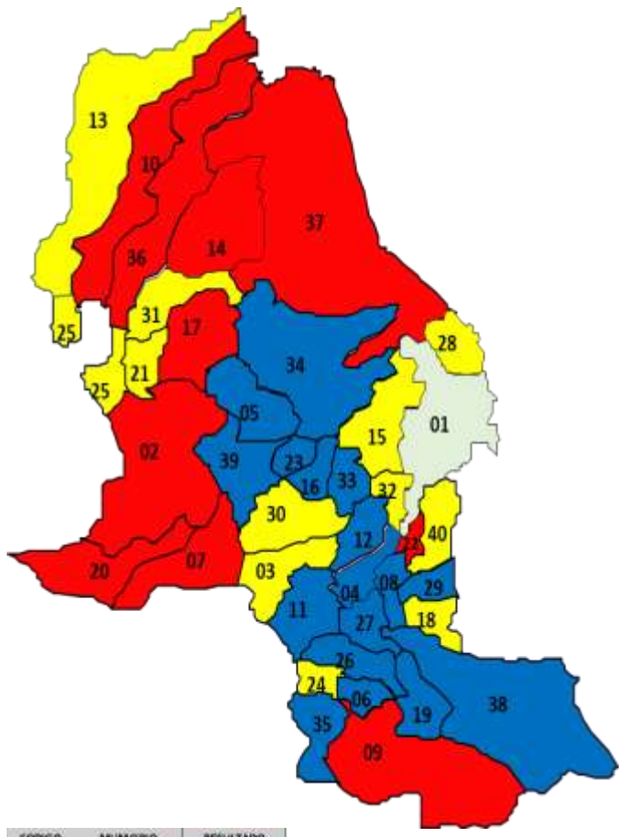
- Reaparición de enfermedades eliminadas o controladas:
- Mayor riesgo de sarampión y rubéola, dado que son enfermedades altamente transmisibles y dependen de coberturas superiores al 95 % para evitar su reintroducción.
- Riesgo de difteria, especialmente en municipios con esquemas incompletos en población mayor y migrante.
- Riesgo de pertussis (tosferina), con impacto severo en lactantes
- Brotes de enfermedades inmunoprevenibles en poblaciones vulnerables
- Aumento de la carga de enfermedad y eventos graves
- Riesgo para la vigilancia epidemiológica
- Pérdida de la inmunidad de rebaño

Cuando las coberturas no alcanzan el umbral requerido:

- Se rompe la barrera de protección comunitaria.
- La transmisión se hace más probable incluso por casos importados.
- Las poblaciones sin vacunar quedan expuestas sin protección indirecta.

En relación a lo anterior se priorizan municipios con determinantes que afectan el cumplimiento de las coberturas departamental y que con base a las fuentes de información se tuvieron en cuenta lo siguientes criterios:

- Resultados de las coberturas vigencia 2024 su meta ideal 95%
- Resultados de las coberturas con corte al 30/10/2025 meta ideal 79%
- Monitor RIAS valoración integral infancia I trim. Vigencia 2025



-

CODIGO	MUNICIPIO	RESULTADO
2	Abrego	1
3	Arboledas	2
4	Bochalema	1,5
5	Bucarasica	1,5
6	Cacota	1,5
7	Cachira	1
8	Chinacota	1
9	Chitaga	1
10	Convencion	1
11	Cucutilla	1,5
12	Durania	1,5
13	El Carmen	2
14	El Tarra	1
15	El Zulia	2
16	Gramalote	1,5
17	Hacari	1
18	Herran	2,5
19	Labateca	1,5
20	La Esperanza	1
21	La Playa	2,5
22	Los Patios	1
23	Lourdes	1
24	Mutiscua	2
25	Ocaña	2
26	Pamplona	1,5
27	Pamplonita	1
28	Puerto Santander	2,5
29	Ragonvalia	1
30	Salazar	2,5
31	San Calixto	2,5
32	San Cayetano	2
33	Santiago	1,5
34	Sardinata	1,5
35	Silos	1
36	Teorama	1
37	Tibu	1
38	Toledo	1,5
39	Villa Caro	1,5
40	Villa Del Rosario	2

CRITICO
REGULAR
OPTIMO

Con relación a los resultados observados y de acuerdo a la ponderación reflejadas en los diferentes municipios se prioriza la intervención por parte del ente departamental a través del contratista con los siguientes municipios y microterritorios.

MUNICIPIO	MICROTERRITORIO	ASENTAMIENTO
TEORAMA	SAN PABLO	Rural

	ASERRIO LA CECILIA SAN JUANSITO	
CONVENCIÓN	TRINIDAD HONDURAS BRIDYCAY	Rural

4. DETERMINANTE SOCIAL

4.1. Determinantes demográficos y territoriales: Dispersión rural y difícil acceso municipios con población rural dispersa presentan mayores barreras para recibir esquemas completos y zonas con vías en mal estado, trochas o con riesgo de orden público afectan la continuidad del servicio.

Movilidad fronteriza, la frontera con Venezuela genera flujos permanentes de población migrante, pendular y transfronteriza con movilidad intermitente dificulta completar esquemas y mantener historial nominal, creando brechas de continuidad.

4.2. Determinantes socioeconómicos: Pobreza y desigualdades económicas, Desempleo y economía informal

4.3. Determinantes culturales y educativos: Creencias y percepciones erróneas, en algunos municipios hay resistencia cultural, especialmente hacia VPH en adolescentes, y nivel educativo menor comprensión del esquema completo y menor capacidad para interpretar síntomas posteriores a la vacunación.

4.4. Determinantes de acceso al sistema de salud, alta rotación de personal vacunador reduce la calidad del registro, la planificación territorial y la ejecución de rutas extramurales, y barreras administrativas, problemas de carnetización, afiliación o actualización de datos en el sistema generan retrasos y subregistro en PAIWEB o reporte tardío impide identificar brechas reales y actuar de manera oportuna.

4.5. Determinantes de seguridad y contexto social, zonas con presencia de grupos armados, migración forzada y desplazamiento interno

4.6. Inequidades específicas identificadas en el departamento como municipios con coberturas bajas, Inequidad por tipo de población como migrantes venezolanos con mayores retrasos en esquemas infantiles y gestacionales; Inequidad por género y ciclo vital como menor asistencia de gestantes a control prenatal afecta la vacunación Tdpa e influenza y Niños menores de 1 año en zonas rurales presentan mayor retraso acumulado.

5. RESULTADO EN SALUD:

El logro de coberturas útiles de vacunación en el departamento constituye un determinante fundamental para alcanzar los resultados en salud establecidos en la Resolución 3280 de 2018 y en el Plan de Acción en Salud (PAS). El fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones permite disminuir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles mediante la interrupción de la transmisión de agentes infecciosos en la comunidad, reduciendo la ocurrencia de casos nuevos de patologías como sarampión, rubéola, difteria, tétanos y meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, fiebre amarilla entre otras. Asimismo, el mantenimiento de coberturas iguales o superiores al 95% favorece el desarrollo de inmunidad colectiva, garantizando la protección indirecta de poblaciones vulnerables que no pueden ser vacunadas por condiciones médicas o por no haber alcanzado la edad mínima para la inmunización. En este contexto, la vacunación a lo largo del curso de vida primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y persona mayor, gestantes contribuye al control epidemiológico de enfermedades inmunoprevenibles y reduce el riesgo de introducción y propagación de casos importados, situación particularmente relevante en territorios de frontera como el departamento de Norte de Santander.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA: (No modificar)

- **Componente Financiero**: cumplimiento del 100% de los recursos asignados según lo concertado en los acuerdos y lo definido en el contrato interadministrativo.
- **Administrativo**: cumplimiento a las Intervención de Colectivas – PIC en los tiempos y duración de la contratación del mismo cumpliendo con los perfiles, recursos técnicos y tecnológicos para la ejecución de

acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores acatando los tiempos y actividades proyectadas en el cronograma.

- **Técnico**: se evaluará el avance de las coberturas útiles de vacunación de acuerdo a las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública y Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Junto con sus evidencias requeridas de acuerdo a las actividades (material de información, educación y comunicación, actas de reunión, microplanificación, mapeo geográfico, base de datos de población vacunada).
- **Resultados en salud**: se evaluará indicadores establecidos en cumplimiento del cronograma de actividades.
- **Parámetros de calidad:** se tendrán en cuenta los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la cobertura y oportunidad en el acceso de servicios de salud en las poblaciones rurales y dispersas priorizadas, a través del despliegue interdisciplinario y logístico requerido en los municipios de Tibú y El Tarra durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Priorizar la población dispersa con barreras de acceso a los servicios de salud mediante la ejecución de jornadas de Salud con atención integral
- Reducir barreras administrativas y sociales que afectan la vacunación en colectivos vulnerables

8. RECURSO HUMANO:

Para la ejecución de las acciones del **Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)** dentro el talento humano debe cumplir con perfiles técnicos específicos y requisitos normativos que aseguren la ejecución cumpliendo los atributos de calidad.

- 1 auxiliar de enfermería para cada municipio.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

La presente propuesta tiene como finalidad fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles mediante estrategias de Información y Comunicación, orientadas a la sensibilización comunitaria, el fortalecimiento del conocimiento en vacunación y la articulación intersectorial para el desarrollo de jornadas integrales de salud.

La estrategia busca generar espacios participativos con líderes comunitarios y población priorizada, promoviendo el acceso a información clara, accesible y pertinente sobre los riesgos asociados a enfermedades transmisibles, la importancia de la vacunación por cursos de vida y la desmitificación de falsas creencias relacionadas con las vacunas, en concordancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Pasos para la implementación
Realización de encuentros participativos comunitarios

Realización de encuentros participativos con líderes comunitarios para la socialización y comunicación de los temas relacionados con el riesgo de enfermedades transmisibles, e identificación y selección de la estrategia de IEC más pertinentes y efectivas para el entorno.

Diseño y difusión de piezas comunicativas

Seleccionar medios de comunicación accesibles como perifoneo, cartillas, afiches, redes sociales, visitas domiciliarias, charlas educativas y emisoras comunitarias.

- Diseño, producción y difusión de piezas comunicativas accesibles adaptadas a las necesidades, existencias y preferencias de la población priorizada.

- Elaborar materiales educativos claros, incluyentes y adaptados a las características culturales y lingüísticas de la población.
- Difundir mensajes orientados a:
    - Importancia de la vacunación por cursos de vida.
    - Prevención de enfermedades transmisibles.
    - Desmitificación de creencias erróneas sobre las vacunas.

Informar y orientar

Informar y orientar en riesgos asociados a Importancia de vacunación por cursos de vida, mitos relacionados con las vacunas, teniendo en cuenta el cumplimiento de los lineamientos definidos en las orientaciones del Ministerio de salud para la información en salud en el marco del PIC
Documentación de la experiencia informativa implementada y conocimiento adquiridos por la población intervenida.

Desarrollo de jornadas de salud y vacunación

- Coordinar jornadas integrales de salud con actores intersectoriales y comunitarios.
- Canalizar a la población susceptible para el inicio o completitud de esquemas de vacunación.
- Garantizar disponibilidad de talento humano idóneo, biológicos, insumos y logística necesaria para el adecuado desarrollo de las actividades

Tiempo de ejecución

La propuesta se desarrollará durante el periodo contractual establecido, de manera progresiva y articulada, a través de tres etapas operativas, permitiendo seguimiento continuo y ajustes según resultados parciales.

Resultados esperados en general

- Reducción de brechas territoriales y poblacionales en acceso a la vacunación.
- Incremento del conocimiento comunitario sobre enfermedades transmisibles y vacunación.
- Fortalecimiento de la participación comunitaria y corresponsabilidad social.
- Mejora en la identificación y captación de población con esquemas incompletos.
- Disminución del riesgo de enfermedades inmunoprevenibles.
- Incremento de coberturas de vacunación en biológicos priorizados.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

10.1. Información y educación

- Fortalecimiento de la participación comunitaria.
- Mayor articulación entre comunidad y sector salud.
- Identificación de estrategias de comunicación adaptadas al contexto territorial.
- Incremento del conocimiento de las personas y/o familias aprendidas sobre riesgos de enfermedades transmisibles.
- Piezas, videos, formularios, volantes diseñados.
- Incremento del conocimiento sobre beneficios y seguridad de las vacunas.
- Padres o familiares con disminución de mitos y con información de la importancia relacionados con la vacunación.
- Población que recibió charlas educativas.
- Encuestas adquiridas como resultado de la implementación.

10.2. En jornadas extramurales intensivas

- Población que acudió a las jornadas.
- Población captada con esquema incompletos o ausente
- Ampliación del acceso a servicios de vacunación

11. METAS:

- Dos (2) reuniones comunitarias con líderes comunales.
- 3 piezas publicitarias diseñadas
- 90% de los padres informados y orientados en riesgos a la vacuna y la importancia de la vacunación
- documento elaborado
- 4 actores comunitarios e intersectoriales que participan en la coordinación de las jornadas
- Identificar el 90% de la población canalizada para el cumplimiento de esquemas de vacunación

- auxiliar de enfermería por municipio
- Alcanzar un 100% de cumplimiento de las jornadas programadas.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

12.1 Información y educación.

- Vídeos de participación
- Evidencias fotográficas
- Listado de entrega de piezas diseñadas
- Pre test y post test
- Encuesta
- Evidencia de asistencia de los actores a través de actas de firmas, fotos
- Contrato laboral
- videos

12. 2 Jornadas extramurales intensivas

- videos que evidencien las jornadas
- revisión de niños vacunados en el PAIWEB
- Certificación del líder comunitario de jornada en el microterritorio

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$ 73.500.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIONES DE ACTIVIDADES:

Por cada municipio se deberá cumplir con el número de actividades

INTERVENCIÓN COLECTIVA	ACTIVIDADES
Información en Salud	185
JORNADAS DE SALUD	195

15. RESPONSABLE:

MYRIAM ALBA ARIAS
Responsable del PAI

FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO OFICIAL (Presupuesto discriminado por ítems).

Financiación: La financiación del presente proceso, será con cargo a los recursos del Presupuesto de Gastos e Inversión de la Vigencia Fiscal 2026 del INSTITUTO, discriminado en los siguientes rubros presupuestales:

DESCRIPCIÓN PRESUPUESTAL	VALOR
19.02.113 / 19051.06 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - ADULTEZ / AMBITO LABORAL (PIC)	$80.000.000
19.02.107 / 19051.01 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / AMBIENTE (PIC)	$100.000.000
19.02.110 / 19051.04 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - INFANCIA / NUTRICIÓN (PIC)	$76.130.000
19.02.109 / 19051.04 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PRIMERA INFANCIA / NUTRICIÓN (PIC)	$23.870.000
19.02.107 / 19051.10 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / LEPRA (PIC)	$40.000.000

19.02.110 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	$36.000.000
19.02.109 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PRIMERA INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	$37.500.000
VALOR PRRESUPUESTO	$393.500.000

Presupuesto Oficial: El valor de esta Invitación Pública para este **GRUPO 5** es hasta por la suma de $393.500.000 (Trecientos noventa y tres millones quinientos mil pesos M/cte.)., subordinados a las respectivas apropiaciones presupuestales, con cargo al presupuesto 2026, CDP # 773 de 28 de abril de 2026. Las ofertas que sobrepasen este presupuesto, serán inadmitidas.

FACTORES DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

Se fijan los siguientes criterios para la calificación de las propuestas que se reciban del presente proceso de Licitación Pública:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
EVALUACIÓN TÉCNICA	70
PRECIO DE LA PROPUESTA	30
TOTAL.....	**100 PUNTOS**

EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 70 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del cumplimiento de los requerimientos y lineamientos técnicos definidos en estos pliegos y en los Estudios previos que hacen parte integral del presente proceso.

FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA	PUNTAJE MÁXIMO = 70
- Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.	25
- Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas -PIC de manera territorializada y permanente.	15
- Evidenciar el compromiso para garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución, configurando exclusividad de los equipos básicos de salud a través de los cuales se deben ejecutar las intervenciones colectivas.	15
- Disponer de un área de trabajo con las condiciones necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalué los resultados de estas.	15
No presenta el 100% de los requerimientos y/o lineamientos técnicos descritos en los pliegos y estudios previos	0 (RECHAZADA)

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NOTA: Cuando el oferente obtenga cero (0) en este aspecto de evaluación, la propuesta será RECHAZADA, pues queda sobre entendido que NO reúne las condiciones técnicas que formula el pliego de condiciones, lo cual quedará consignado en el informe de evaluación correspondiente.

PRECIO DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 30 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del valor de la propuesta económica correspondiente al ANEXO TÉCNICO N°1 – ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES.

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{Propuesta de menor precio} \times 30}{\text{Valor de la propuesta en estudio}}$$

LOTE 6.

SUBGRUPO 1. PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

1. JUSTIFICACIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado un informe sobre la Tuberculosis que revela que en 2023 aproximadamente 8,2 millones de personas fueron diagnosticadas de TB por primera vez, la cifra más alta registrada desde que la OMS iniciara el seguimiento mundial de la tuberculosis en 1995. Ello representa un aumento considerable frente a los 7,5 millones notificados en 2022, lo que sitúa a la tuberculosis nuevamente como la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en 2023, por encima de la COVID-19. La Tuberculosis es la principal causa de muerte de personas con VIH y también un importante contribuyente a la resistencia a los antimicrobianos. (OMS).

Las tasas de incidencia en las poblaciones priorizadas muestran una tendencia al incremento se identifica un aumento estadísticamente significativo entre los años 2020 y 2024, especialmente en menores de 15 años y en la población indígena. Según el análisis de los comportamientos inusuales en población privada de la libertad, se observa un incremento estadísticamente significativo a semana 11 de 2025, en las entidades de Santander, Boyacá, Caldas, Casanare, Huila, Guajira, Meta, **Norte de Santander**, Bogotá D.C., Santa Marta D.E., Tolima y Valle del Cauca. La desnutrición se identifica como la comorbilidad de mayor riesgo, junto al VIH, las entidades territoriales de Antioquia, Cali, Bogotá D.C., Santander, **Norte de Santander**, Risaralda, Valle del Cauca, Tolima y Barranquilla quienes notificaron los mayores porcentajes de desnutrición asociados a la tuberculosis en 2024.

La Resolución 0227 del 20 de febrero del 2020, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, establece la búsqueda comunitaria en poblaciones de riesgo en el departamento, especialmente en población indígena, migrantes, diabéticos, personas expuestas al sílice, entre otras.

El departamento Norte de Santander cuenta con una población de 1.709.570, de los cuales 155.459 corresponde a población menor de 5 años, (vigencia 2024), cuya población está distribuida por municipios y estos se encuentran organizados por ámbitos Territoriales: Urbano, Rural y Rural disperso.

En el marco de la estrategia mundial para poner fin a la tuberculosis, el Ministerio de Salud y Protección Social busca promover y dar seguimiento a los acuerdos suscritos en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas de 2023, de la cual hizo parte Colombia. El boletín de prensa No. 036-2025 del 24 de marzo del 2025, aborda aspectos necesarios para acelerar la implementación de estos acuerdos como:

Incremento en la búsqueda e inicio de tratamiento preventivo (TPT) para las personas de grupos de riesgo (contacto estrecho, personas que viven con VIH, personas candidatas a trasplante, personas en diálisis, personas con tratamientos inmunosupresores, entre otros), incentivando el uso de la terapia preventiva corta.

El Plan de intervenciones colectivas, se considera un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud (POS) y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud ya que comprende un conjunto de intervenciones colectivas y acciones individuales de alta externalidad que genera beneficio colectivo. De acuerdo, a lo definido en la resolución 1597 de 2025 y 3280 de 2018 estas acciones son desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y aporta el desarrollo humano y sostenible cuando se enmarca en las líneas estratégicas de promoción de la salud para la potencialidad en la comunidad y gestión del riesgo individual para la evitabilidad.

El objetivo del tamizaje (o búsqueda activa de casos de TB) es detectar la enfermedad por TB de forma temprana, con el fin de minimizar los retrasos evitables en el diagnóstico e inicio del tratamiento de la TB, reduciendo así el riesgo de resultados desfavorables del tratamiento, secuelas de salud y consecuencias sociales y económicas adversas de la TB para las personas y sus familias. Además, el tamizaje disminuye la transmisión de la TB en el hogar, el lugar de trabajo, la escuela y otros entornos comunitarios, al aislar a las personas con enfermedad activa y acortar el periodo de contagiosidad. También se reduce la incidencia de infección por TB y, por consiguiente, la incidencia y prevalencia de TB activa.

Detectar la TB solo en las personas que acuden a los establecimientos de salud no es suficiente para detectar a todas las personas con enfermedad por TB. Esta brecha en la detección de casos, sobre todo en algunos grupos vulnerables, y la persistencia de retrasos en el diagnóstico con la consecuente transmisión continua en la comunidad, ponen de relieve la necesidad de una estrategia más activa de detección temprana de la TB. Esta situación justifica el tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en los grupos en riesgo y en algunos grupos de la población.

La Estrategia Fin de la TB, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluye el tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en los grupos en alto riesgo como un componente central de su primer pilar, para garantizar el diagnóstico temprano de todas las personas con esta enfermedad. En el 2021, la OMS actualizó las directrices sobre el tamizaje de la TB del 2013 con el objeto de ayudar a los países a aplicar este componente programático fundamental. Cuadro 1.1

La integración de radiografía de tórax digital, análisis asistido por inteligencia artificial (IA) y diagnóstico molecular rápido constituye una estrategia sinérgica de alto impacto para acelerar el fin de la tuberculosis, al incrementar la detección temprana y la precisión diagnostica en entornos de alta transmisión y poblaciones vulnerables. La radiografía digital permite un cribado masivo no invasivo, identificando alteraciones radiológicas sugestivas de TB incluso en individuos asintomáticos; su análisis mediante sistemas CAD (Computer-Aided Detection) basados en IA optimiza la priorización de casos sospechosos, reduciendo la carga de trabajo y minimizando la dependencia de radiólogos en terreno.

El tamizaje debe llegar a las personas que corren el mayor riesgo de presentar TB activa, incluidos los grupos y las comunidades en riesgo alto con una prevalencia alta de TB. La TB amenaza la salud no solo de una persona afectada, sino también de sus comunidades y de la población en general.

El Programa Departamental de Tuberculosis da frente a las acciones de captación de casos presuntivos en poblaciones vulnerables (personas expuestas a sílice en minas de carbón), con base en las orientaciones del PIC establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, tomando el tamizaje como estrategia de alta externalidad ya que genera un impacto importante de reducción del riesgo individual y colectivos facilitando la detección temprana y el inicio oportuno de tratamiento al confirmar el evento.

En este documento se sintetizan definiciones, paso a paso y recomendaciones con base a la normatividad vigente a fin de que sea insumo principal para el desarrollo de esta estrategia en marco del contrato del Plan de Intervenciones Colectiva

2. MARCO NORMATIVO

- Estrategia EB154/106 de diciembre de 2023. Avances en la aplicación de la Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015. Estrategia Fin a la Tuberculosis. OMS
- Manual Operativo de la OMS sobre la Tuberculosis. Módulo 2, Tamizaje Sistemático de la Tuberculosis, Versión oficial en español de la obra original en inglés
  WHO operational handbook on tuberculosis. Module 2: screening - systematic screening for tuberculosis disease
  © Organización Mundial de la Salud, 2021 ISBN: 978-92-4-002261-4 (versión electrónica)
- Resolución 1035 de 2022. Estableció el Plan Decenal de Salud Pública- Por el cual se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que incluyó las metas de “A 2031, se logra el 90% de tratamiento exitoso en pacientes con tuberculosis”, y “A 2031, se logra reducir el 50% la tasa de mortalidad por 100mil habitantes, causada por la tuberculosis en Colombia”
- Resolución 227 de 2020, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis
- Resolución CE156.R2 Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Tuberculosis OMS
- Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social
- Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los Lineamientos técnicos y Operativos de la Ruta de Mantenimiento Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud
- Resolución 1597 de 2025, por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

Según el informe de evento de TB del INS a periodo epidemiológico IV del 2025, la tasa de incidencia a nivel nacional es de los 11,23 casos por 100.000 habitantes, con un total de 6.677 casos, Norte de Santander reporta una tasa de incidencia de 13,56 por 100.000 habitantes, aportando el 3,8% del total de los casos y dentro de los departamentos con mayor carga de la enfermedad. Para Tuberculosis latente según base departamental de IDS para el 2024 un total de 113 personas iniciaron Terapia Preventiva para TB, a corte de 30 de mayo de 2025 han iniciado TPT un total de 26 personas.

Distribución geográfica de casos de tuberculosis años 2024 – SE 40 2025

Municipio	Casos 2024	Porcentaje	Casos 2025 SE 40	Porcentaje
Cúcuta	586	69%	481	68%
Villa del Rosario	71	8%	37	5%
Los Patios	37	4%	28	4%
Tibú	35	4%	21	3%
Ocaña	26	2%	17	2%
Pamplona	13	1,5%	16	2%
Toledo	8	1%	4	1%
Puerto Santander	7	1%	1	0,1%
El Zulia	7	1%	5	1%
Convención	7	1%	4	1%
Sardinata	4	1%	5	1%
Bochalema	4	1%	2	0,3%
El Carmen	4	1%	5	1%
El Tarra	4	1%	2	0,3%

Fuente: SIVIGILA – Programa Dptal TB

Casos TB en grupos poblacionales por municipio, Semana 48 de 2025

Municipio	Habitante de vivienda no formal	Migrante	Población carcelaria	Indígena
San José de Cúcuta	20	50	188	0
Villa del Rosario	3	7	1	0
Los Patios	1	6	0	0
Tibú	0	5	0	14
Pamplona	0	1	14	0
Ocaña	0	3	0	0
El Carmen	0	0	0	8
El Zulia	0	3	0	0
Sardinata	0	0	0	0
Teorama	0	1	0	3
Ábrego	0	0	0	0
Durania	0	1	0	0
El Tarra	0	0	0	0
Gramalote	0	0	0	0
La Esperanza	0	0	0	0
Puerto Santander	0	1	0	0
Toledo	0	0	0	3

Fuente: SIVIGILA – Programa Dptal TB

4. DETERMINANTE SOCIAL.

En el departamento existen diferentes tipos de determinantes que impactan la incidencia de Tuberculosis, dentro de los determinantes socioeconómicos se encuentran los recursos económicos insuficientes, desempleo, condiciones de hacinamiento; como determinantes comunitarios se destacan la gran cantidad de habitantes de calle y migrantes sin cobertura del SGSSS, coinfección TB- VIH, junto a la desnutrición, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, EPOC, consumo de sustancias psicoactivas, barreras administrativas y desconocimiento de la enfermedad, que se traducen en un diagnóstico tardío y falta de adherencia al tratamiento.

5. RESULTADO EN SALUD:

Los resultados en salud esperados son:
- Reducir la mortalidad por Tuberculosis en el Departamento
- Reducir la incidencia de Tuberculosis activa en el Departamento

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará de acuerdo a lo ejecutado presentado por el ejecutor en guía de la **matriz técnico financiera**, y definido por la forma de pago que quede inmerso dentro del contrato.
- **Administrativo**: Se requiere de un grupo básico para la ejecución del PIC Departamental, **se tomará como guía la matriz técnico financiera**.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. De acuerdo con nuestras necesidades de cumplimiento de las metas dentro del plan territorial y plan de acción en salud se requiere la ejecución de estas acciones. **se tomará como guía la matriz técnico financiera**
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas. Conforme al cumplimiento de las metas de salud y necesidades del Departamento.
- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la Resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar conocimientos en salud a los trabajadores las minas de carbón conforme a los riesgos identificados en su entorno mediante la implementación de intervenciones colectivas en el municipio de Sardinata durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar eventos de alta externalidad en población trabajadora de las minas, mediante la intervención colectiva de Tamizaje
- Alertar a los trabajadores de las minas intervenidas sobre signos y síntoma de la Tuberculosis mediante la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO:

Para el desarrollo de la estrategia de tamizaje sistemático es necesario contar con la participación de talento humano en salud, es de aclarar que para cada municipio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles: 1 medico,1 bacteriólogo 1 auxiliar de enfermería

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas en el ámbito rural y rural disperso, se priorizaron

micro - territorios, teniendo en cuenta zonas donde existan minas de carbón, con el objetivo brindar información en salud, y tamizaje por síntomas, canalización para tamizaje radiológico y bacteriológico de tuberculosis.

El resultado esperado en la población es lograr informar sobre prácticas saludables para la prevención de tuberculosis con la finalidad de generar una autogestión del riesgo propio, el cual se hará con un enfoque integral y biopsicosocial, teniendo en cuenta el cuidado y la protección integral de los diferentes participantes que harán parte de las intervenciones colectivas entorno hogar.

LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS SE DESARROLLARÁ EN TRES ETAPAS:

Etapa 1: Mesas de concertación**.**

- Concertación con Gerentes, responsables del SGSST de las minas, EAPBs, IPS, para definir los trabajadores a tamizar, las EAPB de cada trabajador, establecer fechas y horarios para las intervenciones, responsable del SSST que actuará como enlace con la ESE.
- Construcción de ruta con EAPB, directorio y mapeo de actores. Se debe realizar concertación con cada EAPB para definir la red prestadora, establecer acuerdos que garanticen el cumplimiento de los procedimientos para la confirmación o diagnóstico de la tuberculosis.

Etapa 2: Información en salud sobre signos y síntoma de la Tuberculosis, centrada en los siguientes temas:

- Qué es la Tuberculosis
- Cómo se trasmite
- Cómo se diagnostica
- Tratamiento
- Detección temprana y tratamiento: Se trabajará en la sensibilización sobre la importancia de la detección temprana de signos de este evento de interés en salud pública.

Etapa 3: Tamizaje sistemático para tuberculosis

- Encuesta de tamización: se debe realizar la encuesta en trabajadores expuestos a sílice identificación de casos presuntivos de Tuberculosis.
- Personas identificadas como caso presuntivo, se deben canalizar a sus IPS de atención para realizar tamizaje radiológico, y de ser necesario prueba molecular.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Información en salud: Personas con conocimiento adquirido en la prevención de enfermedades infecciosas transmitidas por vía aérea y contacto.

Tamizaje: Personas y comunidades con acceso a la identificación de la enfermedad de tuberculosis, contribuyendo a la interrupción de su transmisión y control.

11. METAS:

- Canalizar hacia tamizaje radiológico y bacteriológicamente el 100% de los trabajadores expuestos a sílice canalizados mediante tamizaje clínico.
- Verificar el inicio tratamiento al 100% de los trabajadores expuestos a sílice conformados mediante prueba molecular positiva.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

La verificación se hará mediante actas de reunión mensuales en las cuales se revisarán los soportes descritos en el numeral 11, acorde a las actividades realizadas y al avance de ejecución

13. PRESUPUESTO:

Distribución financiera	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 90.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Información en salud	6

Tamizaje	150

15. RESPONSABLE:

Astrid Araque Mogollón
P.U Responsable Programa Departamental Tuberculosis

SUBGRUPO 2. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

1. JUSTIFICACIÓN

Las coberturas críticas de vacunación identificadas en varios municipios del departamento representan un riesgo epidemiológico alto para la salud pública, debido a que favorecen la acumulación de población susceptible y la pérdida progresiva de la inmunidad colectiva requerida para prevenir brotes y reintroducciones de enfermedades inmunoprevenibles. La persistencia de brechas en biológicos trazadores compromete el control de eventos como sarampión, rubéola, difteria, tosferina y poliomielitis, especialmente en territorios con barreras de acceso, alta movilidad poblacional y condiciones socioeconómicas vulnerables. Esta situación incrementa la probabilidad de transmisión sostenida, aparición de casos importados y ocurrencia de brotes que pueden generar complicaciones graves, demanda adicional de servicios de salud y mayores costos operativos para las entidades territoriales.

2. MARCO NORMATIVO

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia se fundamenta en un conjunto de normas, lineamientos y disposiciones técnicas que orientan la organización, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de vacunación en el territorio nacional. Este marco normativo garantiza la protección del derecho fundamental a la salud y la prevención de enfermedades inmunoprevenibles durante el curso de vida.

En el ámbito internacional, el PAI se sustenta en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluyendo las metas de eliminación, control y erradicación de enfermedades como sarampión, rubéola, poliomielitis y tétanos neonatal. Estos organismos establecen recomendaciones técnicas que Colombia adopta para asegurar la estandarización de las prácticas de vacunación, la vigilancia epidemiológica y la calidad biológica de los inmunobiológicos.

A nivel nacional, Se fundamenta en los **Artículos 44, 48 y 49** de la Constitución Política, que elevan la salud a derecho fundamental (especialmente en niños y niñas) y la definen como un servicio público obligatorio a cargo del Estado, el desarrollo del PAI se rige principalmente por la Ley 9 de 1979, que establece las bases del sistema de protección sanitaria; Las acciones del presente programa se enmarcan en el componente de Intervenciones Colectivas, conforme a la Resolución 1597 de 2015, las cuales son de carácter estatal, gratuitas y obligatorias. Estas intervenciones buscan fortalecer la cultura de la prevención y la inmunización mediante estrategias de información y educación, garantizando que el departamento cumpla su rol de garante de la salud pública territorial establecido en la Ley 715 de 2001." La Ley 1122 de 2007 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconocen la salud como un derecho fundamental y asignan responsabilidades a los actores del sistema respecto a la prestación de servicios esenciales, entre ellos la vacunación. Así mismo, el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud) consolida las disposiciones relacionadas con la ejecución del PAI en el país.

El Ministerio de Salud y Protección Social define la estructura programática del PAI mediante lineamientos como el Plan Nacional de Vacunación, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031, la Resolución 3280 de 2018 sobre rutas integrales de atención en salud (RIAS), esta resolución es el corazón operativo. Define las **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)**, integrando la vacunación de forma obligatoria en cada etapa del "curso de vida" (desde la gestación hasta la vejez). Establece que la inmunización no es un evento aislado, sino parte de la valoración integral de cada paciente. y las Directrices Técnico-Administrativas del PAI, que regulan los esquemas de vacunación, la cadena de frío, la vigilancia de ESAVI, la gestión territorial, la microplanificación y las estrategias de intensificación.

Adicionalmente, la ejecución del PAI se articula con la **Resolución 3100 de 2019** (habilitación), resolución 1597 de las 2025 posteriores actualizaciones que regulan la prestación de servicios de vacunación, así como las

disposiciones del Instituto Nacional de Salud relacionadas con la vigilancia epidemiológica de enfermedades inmunoprevenibles y la notificación en SIVIGILA.

Este conjunto de normas constituye el soporte jurídico y técnico del PAI y orienta la implementación de las acciones de vacunación en los departamentos y municipios, asegurando la calidad, accesibilidad y oportunidad de los servicios para garantizar la protección integral de la población.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

El Programa Ampliado de Inmunización en Norte de Santander evidencia una recuperación progresiva de las coberturas de vacunación durante el periodo 2021–2025 tras el impacto generado por la pandemia. Sin embargo, el departamento continúa enfrentando desafíos asociados a la movilidad poblacional, la dispersión geográfica y las desigualdades territoriales.

En este contexto, resulta fundamental continuar fortaleciendo las estrategias territoriales del PAI, con el fin de garantizar la protección efectiva de la población frente a enfermedades prevenibles por vacunación.

La presencia de coberturas críticas (por debajo del 95 % en biológicos trazadores del PAI) en varios municipios del departamento representa un riesgo epidemiológico alto, debido a que compromete la inmunidad colectiva necesaria para prevenir brotes, reemergencia y transmisión sostenida de enfermedades inmunoprevenibles.

Cuando existen brechas de vacunación, la población susceptible comienza a acumularse, especialmente en grupos de mayor riesgo como niños menores de 5 años, gestantes, población migrante, comunidades rurales dispersas y áreas con barreras de acceso. Esto genera una disminución de la protección comunitaria y aumenta la probabilidad de aparición de casos importados o autóctonos.

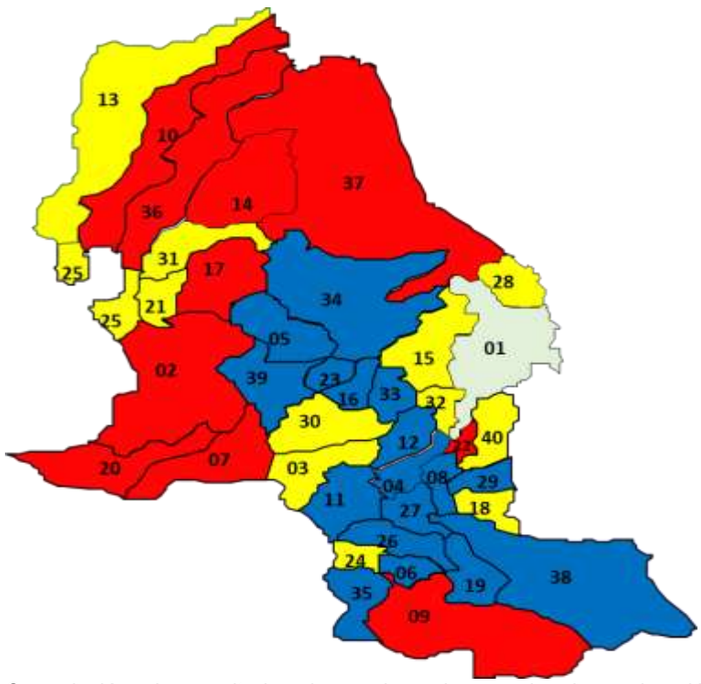
Así mismo el poco compromiso por los diferentes actores sociales entre estos la mayoría de las EAPB en temas de búsqueda activa demanda inducida y canalización de la población susceptible de vacunar y a la adherencia de las rutas integrales de atención en salud.
Las coberturas críticas facilitan:

- Reaparición de enfermedades eliminadas o controladas:
  - Mayor riesgo de sarampión y rubéola, dado que son enfermedades altamente transmisibles y dependen de coberturas superiores al 95 % para evitar su reintroducción.
  - Riesgo de difteria, especialmente en municipios con esquemas incompletos en población mayor y migrante.
  - Riesgo de pertussis (tosferina), con impacto severo en lactantes

- Brotes de enfermedades inmunoprevenibles en poblaciones vulnerables
- Aumento de la carga de enfermedad y eventos graves
- Riesgo para la vigilancia epidemiológica
- Pérdida de la inmunidad de rebaño

Cuando las coberturas no alcanzan el umbral requerido:
- Se rompe la barrera de protección comunitaria.
- La transmisión se hace más probable incluso por casos importados.
- Las poblaciones sin vacunar quedan expuestas sin protección indirecta.

En relación a lo anterior se priorizan municipios con determinantes que afectan el cumplimiento de las coberturas departamental y que con base a las fuentes de información se tuvieron en cuenta lo siguientes criterios:
- Resultados de las coberturas vigencia 2024 su meta ideal 95%
- Resultados de las coberturas con corte al 30/10/2025 meta ideal 79%
- Monitor RIAS valoración integral infancia I trim. Vigencia 2025



Con relación a los resultados observados y de acuerdo a la ponderación reflejadas en los diferentes municipios se prioriza la intervención por parte del ente departamental a través del contratista con los siguientes municipios y microterritorios.

MUNICIPIO	MICROTERRITORIO	ASENTAMIENTO
EL TARRA	Porvenir El Rosal La Esmeralda Bella Vista	Rural
TIBU	Resguardo Motilón Bari Resguardo Karikachaboquira La Gabarra Vetas de oriente La llana Ambato Puerto reyes La libertad	Rural

4. DETERMINANTE SOCIAL

4.1. Determinantes demográficos y territoriales: Dispersión rural y difícil acceso municipios con población rural dispersa presentan mayores barreras para recibir esquemas completos y zonas con vías en mal estado, trochas o con riesgo de orden público afectan la continuidad del servicio.

Movilidad fronteriza, la frontera con Venezuela genera flujos permanentes de población migrante, pendular y transfronteriza con movilidad intermitente dificulta completar esquemas y mantener historial nominal, creando brechas de continuidad.

4.2. Determinantes socioeconómicos: Pobreza y desigualdades económicas, Desempleo y economía informal

4.3. Determinantes culturales y educativos: Creencias y percepciones erróneas, en algunos municipios hay resistencia cultural, especialmente hacia VPH en adolescentes, y nivel educativo menor comprensión del esquema completo y menor capacidad para interpretar síntomas posteriores a la vacunación.

4.4. Determinantes de acceso al sistema de salud, alta rotación de personal vacunador reduce la calidad del registro, la planificación territorial y la ejecución de rutas extramurales, y barreras administrativas, problemas de

carnetización, afiliación o actualización de datos en el sistema generan retrasos y subregistro en PAIWEB o reporte tardío impide identificar brechas reales y actuar de manera oportuna.

4.5. Determinantes de seguridad y contexto social, zonas con presencia de grupos armados, migración forzada y desplazamiento interno

4.6. Inequidades específicas identificadas en el departamento como municipios con coberturas bajas, Inequidad por tipo de población como migrantes venezolanos con mayores retrasos en esquemas infantiles y gestacionales; Inequidad por género y ciclo vital como menor asistencia de gestantes a control prenatal afecta la vacunación Tdpa e influenza y Niños menores de 1 año en zonas rurales presentan mayor retraso acumulado.

5. RESULTADO EN SALUD:

El logro de coberturas útiles de vacunación en el departamento constituye un determinante fundamental para alcanzar los resultados en salud establecidos en la Resolución 3280 de 2018 y en el Plan de Acción en Salud (PAS). El fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones permite disminuir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles mediante la interrupción de la transmisión de agentes infecciosos en la comunidad, reduciendo la ocurrencia de casos nuevos de patologías como sarampión, rubéola, difteria, tétanos y meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, fiebre amarilla entre otras. Asimismo, el mantenimiento de coberturas iguales o superiores al 95% favorece el desarrollo de inmunidad colectiva, garantizando la protección indirecta de poblaciones vulnerables que no pueden ser vacunadas por condiciones médicas o por no haber alcanzado la edad mínima para la inmunización. En este contexto, la vacunación a lo largo del curso de vida primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y persona mayor, gestantes contribuye al control epidemiológico de enfermedades inmunoprevenibles y reduce el riesgo de introducción y propagación de casos importados, situación particularmente relevante en territorios de frontera como el departamento de Norte de Santander.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA: (No modificar)

- **Componente Financiero**: cumplimiento del 100% de los recursos asignados según lo concertado en los acuerdos y lo definido en el contrato interadministrativo.
- **Administrativo**: cumplimiento a las Intervención de Colectivas – PIC en los tiempos y duración de la contratación del mismo cumpliendo con los perfiles, recursos técnicos y tecnológicos para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores acatando los tiempos y actividades proyectadas en el cronograma.
- **Técnico**: se evaluará el avance de las coberturas útiles de vacunación de acuerdo a las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública y Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Junto con sus evidencias requeridas de acuerdo a las actividades (material de información, educación y comunicación, actas de reunión, microplanificación, mapeo geográfico, base de datos de población vacunada).
- **Resultados en salud**: se evaluará indicadores establecidos en cumplimiento del cronograma de actividades.
- **Parámetros de calidad:** se tendrán en cuenta los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la cobertura y oportunidad en el acceso de servicios de salud en las poblaciones rurales y dispersas priorizadas, a través del despliegue interdisciplinario y logístico requerido en los municipios de Tibú y El Tarra durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Priorizar la población dispersa con barreras de acceso a los servicios de salud mediante la ejecución de jornadas de Salud con atención integral
- Reducir barreras administrativas y sociales que afectan la vacunación en colectivos vulnerables

16. RECURSO HUMANO:

Para la ejecución de las acciones del **Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)** dentro el talento humano debe cumplir con perfiles técnicos específicos y requisitos normativos que aseguren la ejecución cumpliendo los atributos de calidad.

- 1 auxiliar de enfermería para cada municipio.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

La presente propuesta tiene como finalidad fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles mediante estrategias de Información y Comunicación, orientadas a la sensibilización comunitaria, el fortalecimiento del conocimiento en vacunación y la articulación intersectorial para el desarrollo de jornadas integrales de salud.

La estrategia busca generar espacios participativos con líderes comunitarios y población priorizada, promoviendo el acceso a información clara, accesible y pertinente sobre los riesgos asociados a enfermedades transmisibles, la importancia de la vacunación por cursos de vida y la desmitificación de falsas creencias relacionadas con las vacunas, en concordancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Pasos para la implementación

Realización de encuentros participativos comunitarios

Realización de encuentros participativos con líderes comunitarios para la socialización y comunicación de los temas relacionados con el riesgo de enfermedades transmisibles, e identificación y selección de la estrategia de IEC más pertinentes y efectivas para el entorno.

Diseño y difusión de piezas comunicativas

Seleccionar medios de comunicación accesibles como perifoneo, cartillas, afiches, redes sociales, visitas domiciliarias, charlas educativas y emisoras comunitarias.

- Diseño, producción y difusión de piezas comunicativas accesibles adaptadas a las necesidades, existencias y preferencias de la población priorizada.
- Elaborar materiales educativos claros, incluyentes y adaptados a las características culturales y lingüísticas de la población.
- Difundir mensajes orientados a:
  - Importancia de la vacunación por cursos de vida.
  - Prevención de enfermedades transmisibles.
  - Desmitificación de creencias erróneas sobre las vacunas.

Informar y orientar

Informar y orientar en riesgos asociados a Importancia de vacunación por cursos de vida, mitos relacionados con las vacunas, teniendo en cuenta el cumplimiento de los lineamientos definidos en las orientaciones del Ministerio de salud para la información en salud en el marco del PIC
Documentación de la experiencia informativa implementada y conocimiento adquiridos por la población intervenida.

Desarrollo de jornadas de salud y vacunación

- Coordinar jornadas integrales de salud con actores intersectoriales y comunitarios.
- Canalizar a la población susceptible para el inicio o completitud de esquemas de vacunación.
- Garantizar disponibilidad de talento humano idóneo, biológicos, insumos y logística necesaria para el adecuado desarrollo de las actividades

Tiempo de ejecución

La propuesta se desarrollará durante el periodo contractual establecido, de manera progresiva y articulada, a través de tres etapas operativas, permitiendo seguimiento continuo y ajustes según resultados parciales.

Resultados esperados en general

- Reducción de brechas territoriales y poblacionales en acceso a la vacunación.

- Incremento del conocimiento comunitario sobre enfermedades transmisibles y vacunación.
- Fortalecimiento de la participación comunitaria y corresponsabilidad social.
- Mejora en la identificación y captación de población con esquemas incompletos.
- Disminución del riesgo de enfermedades inmunoprevenibles.
- Incremento de coberturas de vacunación en biológicos priorizados.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

10.1. Información y educación

- Fortalecimiento de la participación comunitaria.
- Mayor articulación entre comunidad y sector salud.
- Identificación de estrategias de comunicación adaptadas al contexto territorial.
- Incremento del conocimiento de las personas y/o familias aprendidas sobre riesgos de enfermedades transmisibles.
- Piezas, videos, formularios, volantes diseñados.
- Incremento del conocimiento sobre beneficios y seguridad de las vacunas.
- Padres o familiares con disminución de mitos y con información de la importancia relacionados con la vacunación.
- Población que recibió charlas educativas.
- Encuestas adquiridas como resultado de la implementación.

10.2. En jornadas extramurales intensivas

- Población que acudió a las jornadas.
- Población captada con esquema incompletos o ausente
- Ampliación del acceso a servicios de vacunación

11. METAS:

- Dos (2) reuniones comunitarias con líderes comunales.
- 3 piezas publicitarias diseñadas
- 90% de los padres informados y orientados en riesgos a la vacuna y la importancia de la vacunación
- 1 documento elaborado
- 4 actores comunitarios e intersectoriales que participan en la coordinación de las jornadas
- Identificar el 90% de la población canalizada para el cumplimiento de esquemas de vacunación
- 1 auxiliar de enfermería por municipio
- Alcanzar un 100% de cumplimiento de las jornadas programadas.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

12.1 Información y educación.

- Vídeos de participación
- Evidencias fotográficas
- Listado de entrega de piezas diseñadas
- Pre test y post test
- Encuesta
- Evidencia de asistencia de los actores a través de actas de firmas, fotos
- Contrato laboral
- videos

12. 2 Jornadas extramurales intensivas

- videos que evidencien las jornadas
- revisión de niños vacunados en el PAIWEB
- Certificación del líder comunitario de jornada en el microterritorio

13. PRESUPUESTO:

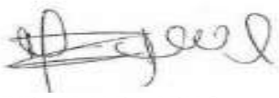
Distribución financiera	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 60.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIONES DE ACTIVIDADES:

Por cada municipio se deberá cumplir con el número de actividades

INTERVENCIÓN COLECTIVA	ACTIVIDADES
Información en Salud	112
JORNADAS DE SALUD	118

15. RESPONSABLE:



MYRIAM ALBA ARIAS
Responsable del PAI

SUBGRUPO 3. VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

1. JUSTIFICACIÓN

Las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) del departamento de Norte de Santander para la vigencia 2025, desde el programa de Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, se formularon teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) basado en la Atención Primaria en Salud (APS), así como las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), especialmente la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS). Estos instrumentos constituyen el marco orientador para el desarrollo de las acciones de gestión de la salud pública y la implementación de intervenciones colectivas, en concordancia con la normativa vigente que regula los procesos de planeación, contratación, seguimiento y evaluación de las intervenciones en salud pública colectiva. En el departamento de Norte de Santander, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENT) representan una de las principales problemáticas de salud pública debido a su alta carga de morbilidad y mortalidad, asociada a factores de riesgo relacionados con los estilos de vida y los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, en los microterritorios priorizados no se cuenta con información suficiente y actualizada sobre las condiciones socioambientales, lo cual limita la caracterización integral de las comunidades y dificulta la identificación precisa de los factores de riesgo presentes en los entornos de vida.

Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer los procesos de caracterización territorial, gestión comunitaria y generación de información en salud, que permitan orientar de manera más efectiva las intervenciones colectivas dirigidas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. En este contexto, el PIC se orienta a la ejecución de intervenciones colectivas en el marco de las metas establecidas en el Plan Territorial de Salud 2024–2027, con un enfoque basado en la Atención Primaria en Salud (APS) y el abordaje de los determinantes sociales de la salud con perspectiva territorial, con el propósito de promover estilos de vida saludables, disminuir las vulnerabilidades, proteger y conservar la vida y contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Lo anterior se desarrolla mediante la implementación de la estrategia “Familias y comunidades con conocimientos para la prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles”, la cual busca fortalecer las capacidades individuales, familiares y comunitarias para el autocuidado, la adopción de estilos de vida saludables y la adherencia a las acciones de promoción de la salud y prevención de estas enfermedades.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Resolución 1597 de 2025 Por la cual se para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud—APS.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo

de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.

- Resolución 276 de 2019 Modifica la Resolución 3280 de 2018, amplia plazos para la implementación y progresividad de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal.
- Resolución 100 de 2024, por la cual se establece las disposiciones sobre la **Planeación Integral para la Salud**, derogando la Resolución 1536 de 2015.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

A partir del análisis de morbilidad en el Departamento Norte de Santander, se evidencia una clara transición epidemiológica caracterizada por el incremento significativo de enfermedades no transmisibles en todos los grupos etarios. Es importante destacar que en la población adulta y adulta mayor predominan las enfermedades no transmisibles, representando entre el 70-82% de las atenciones, con una marcada diferencia por género, donde las mujeres presentan mayor proporción de condiciones mal clasificadas y menor incidencia de lesiones que los hombres.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) continúan siendo una prioridad en salud pública. Las enfermedades cardiovasculares, aunque se mantuvieron relevantes con un 18,87% en 2023, presentaron una disminución desde su pico en 2020 (23,16%). Las neoplasias malignas muestran un leve incremento, alcanzando 2,23%, mientras que las condiciones neuropsiquiatrías continúan al alza, llegando a 10,58% en 2023, lo que refleja un mayor diagnóstico de trastornos mentales.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

Determinantes sociales e inequidades en salud

Los determinantes niveles educativos desconocimiento en los hábitos de estilos saludables bajos se asocian con mayores factores de riesgo (sedentarismo, mala nutrición, tabaquismo) y peor adherencia a medidas de prevención y tratamiento de ENT (enfermedades no transmisibles).

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo del presente proyecto se espera que a las familias en el ámbito rural (incluyendo rural disperso) y urbano de cada municipio se informe las prácticas de autocuidado que permitan la adopción de prácticas saludables para minimizar los riesgos de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), en los microterritorios priorizados de Tibú, El Tarra, Sardinata, Bucarasica, Puerto Santander durante la vigencia 2026.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: Se desarrollará de acuerdo a lo ejecutado presentado por el ejecutor en guía de la Anexo técnico (Matriz **de Excel),** y definido por la forma de pago que quede inmerso dentro del contrato.
- **Administrativo**: Se requiere de un grupo básico para la ejecución del PIC Departamental, garantizando la continuidad y disponibilidad del talento humano para la ejecución de las acciones definidas del Anexo técnico **Matriz** de Excel, y soportes de pago de seguridad social.
- **Técnico**: coherencia con las guías de atención de las enfermedades no transmisibles y orientaciones de caracterización e información en salud del ministerio de salud, se **tomará como** del Anexo técnico **Matriz de Excel**.
- **Resultados en salud**: A 2031, reducir la mortalidad prematura por ENT en un 25% en la población de 30 a 70 años.
- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar conocimientos en salud a las familias priorizadas conforme a los riesgos identificados en su entorno hogar mediante la implementación de intervenciones colectivas en los municipios de Tibú, El Tarra, Bucarasica, Sardinata y Puerto Santander) durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar determinantes de riesgo en el entorno hogar, presaberes de las familias intervenidas mediante la aplicación, tabulación y análisis de encuesta de caracterización.
- Alertar a las familias intervenidas frente a los riesgos presentes en el entorno y opciones de adopción de comportamientos saludables, mediante estrategias comunicativas asertivas.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso de estrategia de información en salud es necesario para el desarrollo de la totalidad de las actividades en los municipios priorizados contar con la participación del siguiente talento humano en salud, un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles

- Cinco (5) enfermeras profesionales
- Cinco (5) Auxiliares de enfermería.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

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

LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS SE DESARROLLARÁ EN TRES ETAPAS:

Caracterización social y ambiental

- Aplicar el instrumento de caracterización social y ambiental de acuerdo a las orientaciones del ministerio de manera presencial con las variables de la caracterización de grupos básicos a nivel nacional a las familias priorizadas para la implementación de las prácticas de autocuidado y promoción de hábitos y estilos de vida saludable.

- Tabular la información con las variables obtenida de la aplicación del instrumento de caracterización utilizada por los grupos básicos a nivel nacional de manera digital de acuerdo a las variables del instrumento aplicado con el fin de realizar el análisis para la formulación del documento diagnóstico.

- Realizar el documento diagnóstico donde se evidencien los resultados de la caracterización (identificación de riesgos presentes en las familias y eventos en salud, así como los conocimientos y actitudes de las mismas acorde a las temáticas aplicadas) y la respectiva socialización con el ente territorial (coordinación de salud pública, líder comunal de cada microterritorio y actores involucrados) de cada uno de los Municipios priorizados.

Información en salud en salud.

- Elaborar un documento con los contenidos temáticos para la implementación de la estrategia de información en salud para la prevención y control de las ENT basándose en el Documento diagnóstico de resultados de caracterización y siguiendo las directrices dadas por las orientaciones del Ministerio de salud y protección social. Es importante enfatizar que se debe realizar la articulación entre el equipo ejecutor y los hogares por cada uno de los municipios priorizados.
- Información en salud: construir participativamente la intervención colectiva de información en salud de acuerdo

a las directrices y promover las estrategias avaladas por el grupo priorizado y territorio frente a la estrategia de información en salud de manera presencial, acorde a las necesidades y expectativas de las familias. Su ejecución comprende: a.) Identificación previa de conocimientos, actitudes y prácticas de salud existentes y sobre las cuales se pretende incidir mediante estas acciones las acciones informativas b.) Diseño e implementación de estrategias de medios, de acuerdo con las particularidades de salud pública que se presenten en el territorio. Para este fin, se podrán realizar acciones a través de medios regionales o locales de comunicación (canales regionales, institucionales o comunitarios de radio y televisión); empleo de tecnologías de la información y redes sociales, entre otras que sean pertinentes para la difusión de mensajes o documentos clave. c.) Diseño e implementación de procesos de seguimiento y evaluación de la apropiación e impacto de la información; y replanificación de las estrategias de acuerdo con los resultados de la evaluación, de no identificarse avances en la apropiación de la información, se deberá ajustar la estrategia de información en salud, hasta alcanzar el objetivo de generar conocimiento en prácticas de autocuidado para la prevención de las ECNT, adherencia a programas de detección temprana y control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT); se debe demostrar los resultados de la interiorización de las temáticas difundidas en la etapa de información en salud en las familias priorizadas y por parte del municipio verificar que efectivamente sé interiorizo el mensaje y/o concepto.

- Contenido temático para el proceso de información en salud, educación en salud: construir una agenda temática y vivencial enfocada en los siguientes temas:

CUP	Descripción
I30302	Caracterización social en el entorno Hogar
I103	INFORMACIÓN EN SALUD SOBRE VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
I10401	Información En Salud Para La Promoción De La Actividad Física
I10402	Información En Salud Para Promover La Cesación Del Consumo De Tabaco, Derivados Y Sucedáneos
I10403	Información En Salud Para La Alimentación Saludable
I10404	Información En Salud Para La Promoción Del Cuidado E Higiene De La Salud Bucal
I10405	Información En Salud Para La Promoción De La Salud Visual
I10406	Información En Salud Para La Promoción De La Salud Auditiva Y Comunicativa
I10407	Información En Salud Para El Fortalecimiento De Factores Protectores Hacia El Control De Enfermedades Crónicas Oncológicas
I10408	Información En Salud Para El Fortalecimiento De Factores Protectores Hacia El Control De Enfermedades Crónicas Metabólicas
I10409	Información En Salud Para El Fortalecimiento De Factores Protectores Hacia El Control De Enfermedades Crónicas Cardiovasculares
I10410	Información En Salud Para El Fortalecimiento De Factores Protectores Hacia El Control De Enfermedades Respiratorias Crónicas
I10411	Información En Salud Para El Fortalecimiento De Factores Protectores Hacia El Control De Las Enfermedades Huérfanas
I10412	Información En Salud Para La Adopción De Estilos De Vida Saludable

- Elaborar un documento de los resultados del conocimiento adquirido a través del proceso de información en salud dirigido a las familias de los municipios priorizados, conforme a los criterios técnicos y normativos vigentes, avalado por el ente territorial, incluyendo material informativo validado comunitariamente para informar a la población en general.

Socialización de Resultados en salud y sostenibilidad:

- Elaborar Informe final de resultados producto de la implementación de la caracterización social y ambiental, la estrategia información en salud, el cual debe ser socializado en forma presencial ante el ente municipal (coordinación de salud pública, líder comunal de cada microterritorio, lideres representantes de la red social y

comunitaria y actores involucrados) con elaboración de la propuesta de educación en salud para el ente territorial municipal que permita la continuidad de los procesos de las intervenciones colectivas en el territorio.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

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

- Identificación de riesgos presentes en las familias y eventos en salud, así como los conocimientos y actitudes de las mismas acorde a las temáticas aplicadas.

Información en salud:

- Conocimiento adquirido en la prevención de enfermedades no transmisibles en las familias de los municipios priorizados, conforme a los criterios técnicos y normativos vigentes.

Socialización de Resultados en salud y sostenibilidad:

- Documento final de resultados producto de la implementación de la caracterización social y ambiental, la estrategia información en salud, el cual debe ser socializado en forma presencial ante el ente municipal (coordinación de salud pública, líder comunal de cada microterritorio, lideres representantes de la red social y comunitaria y actores involucrados) con elaboración de la propuesta de educación en salud para el ente territorial municipal que permita la continuidad de los procesos de las intervenciones colectivas en el territorio.

11. METAS:

Metas etapa 1

- 100 % de las familias con el desarrollo de la estrategia de caracterización social y ambiental del entorno familiar para la implementación de prácticas de autocuidado y promoción de hábitos y estilos de vida saludable.

Metas etapa 2

- 100% de familias con el proceso difusión, orientación y entrega de contenidos en salud desarrollados en la estrategia de información en salud.
- 100% de familias con conocimiento a en prácticas de autocuidado y estilos de vida saludable.

Metas etapa 3

- 100% de familias con testimonio de apropiación de conocimientos en prácticas de autocuidado y estilos de vida saludable.
- 100 % de los municipios con documento de socialización resultado en salud.
- 100 % de los municipios con la Creación de propuesta de continuidad de ejecución de intervenciones colectivas en las familias ya intervenidas para la implementación del ente Municipal.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

- Seguimiento mensual con el contratista de la Matriz Técnico Financiera.
- Llamada telefónica aleatoria a las familias intervenidas, la cual debe manifestar que recibió la atención, de lo contrario, se descontará financieramente del valor pactado.

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
Contratista	$ 250.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Caracterización social	4
Información en Salud	4

15. RESPONSABLE:

SANDRA LUZ FERREIRA GARCÍA
Responsable del programa de Enfermedades no Trasmisibles

SUBGRUPO 4. SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

1. JUSTIFICACIÓN

Las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC- de Norte de Santander. Para la vigencia 2025, se formularon bajo las siguientes consideraciones: El Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) – el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) basado en APS, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)-Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS), que se constituyen en herramientas globales a considerar para el desarrollo de las acciones de Gestión la Salud Pública y las Intervenciones Colectivas. Así como la normativa vigente que regula la planeación, contratación, seguimiento y evaluación de las intervenciones de salud pública colectiva.

El PIC está orientado a la ejecución de sus intervenciones en el marco de las metas establecidas en el Plan de territorial de salud 2024-2026, con enfoque en la Atención Primaria en Salud – APS y de determinantes sociales con perspectiva territorial, con el fin de promover la salud, disminuir las vulnerabilidades, proteger y conservar la vida, dando respuestas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones en salud de la población, bajo la estrategia Avanzando hacia una sexualidad y maternidad segura.

Las Intervenciones de Salud Pública Colectiva, se desarrollan a través de las Empresas Sociales del Estado pertenecientes al Departamento de Norte de Santander, quienes ejecutaran las intervenciones en los entornos de vida (hogar, institucional, educativo, comunitario) en los municipios priorizados.

El actual proyecto tiene como propósito impactar de manera positiva la salud sexual de la población del departamento de Norte de Santander mediante la generación de prácticas de autocuidado, cambios comportamentales y sensibilización en la importancia de la asistencia a consulta médica para la aplicación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y ruta materno perinatal en el caso de las mujeres en edad fértil; lo anterior con el objetivo de reducir los indicadores de morbi-mortalidad para el programa de Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos e influir en el mejoramiento de los determinantes sociales en salud en la población del departamento.

Mediante este proyecto se dará continuidad a las acciones del plan de intervenciones colectivas contratadas para el municipio de pamplona durante la vigencia 2025 con el propósito de empoderar a las familias ya priorizadas, adicionalmente se incluirán micro territorios del municipio de Pamplonita ya que es necesario intervenir a la población de este municipio del cual procede una muerte materna de la vigencia 2025, por tal motivo es necesario empodera a la población de los municipio de Pamplona y Pamplonita buscando la generación, apropiación de conocimientos y promoción de la adopción de prácticas de autocuidado para una sexualidad y maternidad segura, con el fin de establecer cambio de comportamiento y mantenerlos en el tiempo.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.

- Resolución 1597 de 2025 por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.
- Resolución 276 de 2019 Modifica la Resolución 3280 de 2018, amplia plazos para la implementación y progresividad de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

Durante la vigencia 2025 se desarrollaron dos estrategias para el plan de intervenciones colectivas departamental (Caracterización social y ambiental e información en salud), dichas acciones se realizaron con el propósito de diagnosticar un numero especifico de hogares en micro territorios priorizados según situación de salud y el análisis realizado a los indicadores de los mismos para el programa de Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos , identificando sus necesidades tanto básicas como relacionadas con salud sexual, lo anterior buscando un primer contacto con la población que genere confianza y ayude a establecer un compromiso por parte de esa población priorizada todo esto bajo la estrategia de avanzando hacia una sexualidad y maternidad segura mediante la cual se quiere continuar interviniendo a la población en la vigencia 2026 con la estrategia de educación y comunicación para salud con el fin de afianzar conocimiento en temas relacionados con salud sexual, generar prácticas de autocuidado, cambios comportamentales y sensibilización en la importancia de la asistencia a consulta médica para la aplicación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y ruta materno perinatal en el caso de las mujeres en edad fértil.

Los datos epidemiológicos evidencian la necesidad. En norte de Santander los eventos de mayor carga para continúan concentrándose en problemáticas asociadas a sífilis gestacional, VIH, embarazo en adolescentes, mortalidad materna, Morbilidad Materna Extrema, VBG y Mortalidad Materno Perinatal. Estas condiciones no solo expresan desigualdades en salud, sino que reflejan la interacción de determinantes estructurales, institucionales y socioculturales que influyen de manera directa en los desenlaces de salud sexual y reproductiva.

En sífilis gestacional, el departamento mantiene un número elevado de casos, especialmente en municipios con mayor densidad poblacional, alta movilidad humana y flujos migratorios. La persistencia de este evento sugiere brechas en tamizaje oportuno, trazabilidad de casos y tratamiento integral tanto para gestantes como para sus parejas sexuales.
Respecto a VIH, se observa un patrón similar, con mayor incidencia en zonas urbanas y periurbanas. Los hallazgos sugieren deficiencias en la captación temprana, tamizaje durante el control prenatal y continuidad de la atención para gestantes seropositivas y en demás población en general.

El embarazo en adolescentes continúa siendo un problema crítico, especialmente en territorios rurales, dispersos y con barreras geográficas de acceso. La persistencia de este evento está vinculada con factores sociales como violencia basada en género, baja escolaridad, limitaciones en educación integral en sexualidad y acceso restringido a métodos anticonceptivos.

En relación con la Mortalidad Materna, aunque el número de casos es menor en comparación con otros indicadores, sigue constituyendo un evento centinela que revela fallas en la oportunidad de la atención, en la identificación temprana de riesgos y en la resolución adecuada de emergencias obstétricas. Este comportamiento reafirma la necesidad de fortalecer la Ruta Materno Perinatal en todos sus niveles.

Respecto a las Violencias Basadas en Género en el departamento continúan mostrando un comportamiento elevado y sostenido, asociado a determinantes estructurales, fallas en la articulación institucional y factores culturales profundamente arraigados. Este panorama resalta la necesidad de fortalecer la prevención primaria, mejorar la capacidad de respuesta territorial, garantizar la activación efectiva de la ruta y promover acciones comunitarias sostenidas que transformen las dinámicas que perpetúan la violencia.

Finalmente, las diferencias observadas en IVE y acceso a servicios evidencian una capacidad de respuesta desigual entre instituciones y municipios, especialmente en zonas rurales y de frontera. Persisten barreras para la garantía del derecho, que incluyen disponibilidad limitada de servicios, trabas administrativas y desconocimiento por parte de la población.

En conjunto, el comportamiento general de los indicadores reafirma la influencia de determinantes estructurales —como pobreza, conflicto, barreras geográficas y migración— junto con determinantes institucionales (capacidad resolutiva, oportunidad en el acceso) y factores culturales (baja percepción de riesgo, limitaciones educativas). Estas interacciones siguen condicionando las brechas identificadas y deben orientar la toma de decisiones, la priorización territorial y el fortalecimiento de intervenciones intersectoriales en salud sexual y reproductiva.

En cuanto al análisis de la morbilidad por eventos de notificación obligatoria enmarcado para el programa de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, en el departamento de Norte de Santander durante el período 2007-2023 evidencia patrones epidemiológicos significativos que reflejan tanto avances en salud pública como áreas críticas que requieren intervenciones focalizadas.

Entre los eventos notificados con mayor relevancia, se observa un incremento sostenido en las anomalías congénitas, las cuales han experimentado un aumento desde los 8 casos registrados en 2010 hasta alcanzar los 400 casos en 2023. Este crecimiento podría estar asociado a múltiples factores etiológicos, incluyendo variables ambientales, genéticas y sociales, así como a mejoras en la capacidad diagnóstica y los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Asimismo, la morbilidad materna extrema ha mostrado una tendencia ascendente desde el inicio de su registro en 2012, pasando de 239 casos a 559 en 2023. Este fenómeno pone en evidencia desafíos persistentes en la atención prenatal, el acceso oportuno a servicios especializados y la calidad de la atención obstétrica en el departamento.

Indicadores Materno-Infantiles

El análisis comparativo de los indicadores materno-infantiles revela fluctuaciones relevantes en la salud perinatal y materna:

La razón de mortalidad materna en Norte de Santander se ha mantenido en un rango variable entre 39,1 y 89,6 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. A nivel nacional, esta tasa ha oscilado entre 45,3 y 83,2, lo que indica que, en determinados años, el departamento ha superado los promedios nacionales, evidenciando disparidades regionales en la atención obstétrica.

En términos de mortalidad neonatal, el departamento mostró una leve tendencia descendente, reduciéndose de 7,3 a 6,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque esta tendencia es positiva, los datos se mantienen en niveles comparables con el promedio nacional, que osciló entre 6,7 y 7,3 por cada 1.000 nacidos vivos.

Eventos de Interés en Salud Pública

En cuanto a los eventos prioritarios para la salud pública, destacan aquellos con alta carga de morbilidad y riesgo epidemiológico: Agresiones potencialmente transmisoras de rabia, Enfermedades transmitidas por vectores como el dengue y la malaria, también se encuentran eventos como Intentos de suicidio y Varicela.

Particularmente preocupante es la creciente prevalencia de sífilis y VIH, enfermedades infecciosas cuya transmisión se ha visto influenciada por el fenómeno migratorio en la región. La sífilis gestacional ha experimentado un alarmante aumento, pasando de 76 casos en 2007 a 537 en 2023, mientras que la sífilis congénita subió de 43 a 119 casos en el mismo período.

En relación con la infección por VIH, la tasa de incidencia notificada en Norte de Santander se situó en 25,55 por cada 100.000 habitantes, inferior a la media nacional (28,38), con una diferencia relativa de 0,9001 (IC95%: 0,6108-1,3265). Sin embargo, es relevante destacar el éxito del departamento al lograr la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, un hito significativo en la salud pública regional.

Desigualdades Sociales y Determinantes de la Salud

En el ámbito de la equidad de género, se observan brechas significativas en el acceso a servicios de salud y educación. Las mujeres enfrentan niveles elevados de discriminación y violencia de género, con una tasa de 216,60 por cada 100.000 habitantes, mientras que la violencia intrafamiliar alcanza los 27,76 por cada 100.000 habitantes, reflejando la persistencia de entornos inseguros para las mujeres y las familias en la región.

Asimismo, la población OSIGD continúa enfrentando discriminación y estigmatización, afectando su acceso a servicios básicos como salud, educación y empleo. La ausencia de datos estadísticos precisos sobre esta comunidad limita la capacidad de diseñar e implementar políticas públicas inclusivas y efectivas. A pesar de ello, se han logrado avances significativos en el reconocimiento de derechos y la visibilizarían de la diversidad sexual en el contexto colombiano.

Logros y Desafíos en Salud Pública

El departamento presenta avances notables en áreas estratégicas de intervención, incluyendo: La prevención del consumo de sustancias psicoactivas, el manejo integral del VIH/SIDA, la reducción de la violencia intrafamiliar y la violencia de género. No obstante, persisten desafíos críticos en la promoción de estilos de vida saludables. Se ha identificado un bajo consumo de frutas y verduras en la población, situándose por debajo del promedio.

Con lo referido anteriormente es de resaltar que el análisis epidemiológico de Norte de Santander entre 2007 y 2023 resalta importantes logros en salud pública, especialmente en la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la reducción de la mortalidad neonatal. Sin embargo, persisten retos significativos relacionados con la morbilidad materna extrema, las enfermedades transmisibles y las desigualdades sociales que afectan la salud poblacional.

Se hace imperativo continuar fortaleciendo las políticas públicas basadas en un enfoque de determinantes sociales de la salud, así como promover intervenciones integrales y colectivas que aborden los factores estructurales que perpetúan las inequidades sanitarias en el departamento.

4. DETERMINANTE SOCIAL. Núcleos problemáticos detectados en el diagnóstico del territorio.

Morbilidad

La morbilidad en el departamento muestra un incremento sostenido en los eventos relacionados con el programa de sexualidad derechos sexuales y reproductivos, durante el periodo epidemiológico 01–44 del año 2025 se notificaron 263 casos de hepatitis B, C y Delta en Norte de Santander, cifra similar a la del 2024 y superior a la del 2023, lo que demuestra una tendencia ascendente y persistencia del evento en el departamento. El análisis muestra que los principales mecanismos de transmisión fueron la vía sexual y la parenteral, seguidos de la transmisión horizontal y, en menor proporción, la materno-infantil.

La mayor afectación se presenta en personas entre años 29 y 59, grupo que concentra más del 60% de los casos, con una distribución equilibrada por sexo. Predomina la afiliación al régimen subsidiado (75%), lo que evidencia condiciones de vulnerabilidad social y barreras de acceso a servicios de salud. Territorialmente, los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario, Ocaña, Tibú, Hacarí y El Tarra registran las cifras más altas, destacando el Catatumbo como zona crítica por su limita, en cuanto al VIH se notificaron 604 casos de VIH/Sida en Norte de Santander, mostrando una disminución del 14% frente a 2024, pero manteniendo una transmisión elevada, con una tasa de incidencia de 35,2 casos por 100.000 habitantes. El comportamiento temporal evidencia circulación endémica y sostenida durante todo el año. El mecanismo de transmisión sexual domina con el 99% de los casos, lo que indica que el evento continúa altamente asociado a prácticas sexuales sin protección. La mayor afectación corresponde a hombres (76%), principalmente entre 29 y 59 años, seguidos del grupo de 18 a 28 años, lo que refleja una epidemia concentrada en población joven-adulta y económicamente activa. A nivel territorial, Cúcuta concentra el 62% de los casos, Villa Caro, seguida de Ocaña, Villa del Rosario y Los Patios. La zona de frontera presenta alta incidencia, influenciada por movilidad, migración y dinámicas sociales. Se reportan 145 casos en población venezolana, lo que confirma el impacto de la migración en el comportamiento del evento.

Seguidamente para los casos de sífilis congénita hay una incidencia de 2,2 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque esta cifra representa una reducción frente a 2024 y una disminución significativa respecto a 2023, el evento continúa evidenciando transmisión activa y fallas en la prevención de la sífilis gestacional. El 100% de los casos tenía madres previamente notificadas con sífilis gestacional, lo que demuestra que la principal brecha no está en la detección, sino en la oportunidad y completitud del tratamiento durante el embarazo. Adicionalmente, un 24% de las

madres fue diagnosticado en el parto o puerperio, lo que implica pérdida total de la ventana preventiva. La mayor parte de los casos se concentra en zonas urbanas (80%), especialmente Cúcuta, Villa del Rosario, aunque las incidencias más altas se observan en municipios del Catatumbo como Tibú, Ocaña y Sardinata, donde existen mayores barreras de acceso. Se evidencia una afectación similar entre madres colombianas (23 casos) y venezolanas (23 casos), lo que confirma el impacto de la migración y la movilidad transfronteriza en el comportamiento del evento.

En cuanto a la Sífilis Gestacional en Norte de Santander, con una razón de prevalencia de 20,2 por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque se observa una ligera disminución respecto a 2024, el evento se mantiene alto y persistente, evidenciando transmisión sostenida. La mayor afectación se presenta en mujeres entre 29 y 59 años (65,8%), seguidas del grupo de 18 a 28 años. Un dato crítico es que más del 85% de las gestantes pertenece al régimen subsidiado o no está asegurada, lo que refleja vulnerabilidad social y barreras en el acceso al control prenatal oportuno. En cuanto a nacionalidad, se reportan 258 gestantes colombianas y 156 venezolanas, confirmando el impacto de la migración en el comportamiento del evento. Territorialmente, Cúcuta concentra 235 casos, pero las tasas más altas se registran en municipios del Catatumbo como Tibú, Puerto Santander, Teorama y El Tarra, donde existen mayores dificultades de acceso a servicios de salud y seguimiento prenatal.

En cuanto a las condiciones maternas perinatales, las complicaciones relacionadas con la salud materna siguen dominando con un 84,49% de los casos en 2023, mientras que las complicaciones perinatales aumentaron levemente al 15,51%, lo que indica una mayor atención a la salud neonatal.

Dentro de casos de morbilidad materna extrema de la S.E 1 a la 44 para el año 2025; se encuentran 61 casos para población Extranjera correspondiente 26,2 % y como Nacionalidad Venezolana que son casos ya con residencia para Norte de Santander son 172 casos correspondiente al 73,8 Casos notificados de otro Departamento: 4 casos de Cesar, 2 caso Arauca y 1 caso Nariño.

Puerto Santander apareció sistemáticamente entre los municipios más afectados en ocho de los nueve eventos principales de mortalidad, y como primer lugar en siete de ellos, sugiriendo vulnerabilidades sociosanitarias críticas, determinantes sociales adversos y posibles deficiencias en la red de servicios de salud que requirieron intervenciones urgentes, integrales y focalizadas por parte de las autoridades sanitarias departamentales y municipales.

Mortalidad

La mortalidad en salud sexual y reproductiva constituye un indicador crítico del desempeño del sistema de salud y de las condiciones sociales que influyen en el acceso y la calidad de los servicios. En este ámbito, la mortalidad materna sigue siendo uno de los eventos más sensibles, reflejando complicaciones obstétricas que no fueron prevenidas o tratadas de manera oportuna, y que en muchos casos están asociadas a causas evitables como hemorragias, trastornos hipertensivos, infecciones y barreras en la atención. Asimismo, la mortalidad perinatal, la asociada a infecciones de transmisión sexual y las muertes relacionadas con embarazos no intencionales evidencian desigualdades persistentes y brechas en educación, planificación y cuidado integral. El análisis de estos eventos resulta fundamental para fortalecer la vigilancia, orientar intervenciones poblacionales y mejorar la respuesta institucional, con el fin de disminuir riesgos y avanzar en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

En relación con la Mortalidad Materna, aunque el número de casos es menor en comparación con otros indicadores, sigue constituyendo un evento centinela que revela fallas en la oportunidad de la atención, en la identificación temprana de riesgos y en la resolución adecuada de emergencias obstétricas. Este comportamiento reafirma la necesidad de fortalecer la Ruta Materno Perinatal en todos sus niveles. Para la vigencia 2025 se llevan 10 muertes maternas registradas en los municipios de Cúcuta, El Carmen, El Tarra, Gramalote, Tibú, Ocaña, Pamplonita y Abrego.

En cuanto la Mortalidad Perineo natal se han reportado 119 casos a corte de la semana 44 epidemiológica, Este evento refleja tanto las condiciones de salud de la gestante como la oportunidad y eficacia de la atención durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal temprano. Las principales causas incluyen complicaciones obstétricas no atendidas adecuadamente, prematuridad, asfixia perinatal, infecciones y malformaciones congénitas, muchas de ellas prevenibles mediante un control prenatal oportuno, vigilancia del riesgo, atención institucional del parto y cuidados neonatales de calidad. Su análisis permite identificar brechas en acceso, continuidad del cuidado y capacidad resolutiva de los servicios, orientando intervenciones para reducir riesgos y mejorar los resultados en salud materna y neonatal.

Determinantes sociales e inequidades en salud

Los determinantes sociales en salud representan el conjunto de condiciones estructurales y cotidianas que influyen en el bienestar de las personas y en la forma en que se distribuyen la salud, la enfermedad y la muerte en un territorio. En Norte de Santander, estos determinantes se expresan de manera diferenciada según el contexto urbano, rural y rural disperso, marcados por factores como la situación socioeconómica, la migración, la informalidad laboral, la seguridad alimentaria, la infraestructura sanitaria y las barreras geográficas presentes en municipios como Tibú, El Tarra, Sardinata, Teorama, San Calixto, Convención y La Playa. Aspectos como los bajos niveles educativos, el limitado acceso a servicios básicos en zonas rurales, la presencia histórica del conflicto armado, la movilidad humana en la frontera, las condiciones de vivienda, la desigualdad de género y las dificultades en el aseguramiento y la continuidad del servicio inciden directamente en la capacidad de la población para acceder a una atención oportuna y de calidad.

Asimismo, factores culturales, dinámicas comunitarias, creencias, roles de género y redes de apoyo influyen en la percepción del riesgo, la búsqueda de atención y la adherencia a prácticas de autocuidado, especialmente en temas como salud sexual y reproductiva, embarazo adolescente, prevención de enfermedades transmisibles y control de enfermedades crónicas. En municipios fronterizos y rurales se observan mayores barreras para el acceso a controles prenatales, métodos anticonceptivos, seguimiento de enfermedades y servicios especializados, lo que profundiza brechas entre grupos poblacionales.

El análisis de los determinantes sociales en Norte de Santander evidencia que la salud no depende únicamente del sistema sanitario, sino de oportunidades estructurales que determinan la calidad de vida, la exposición al riesgo y la capacidad de respuesta de las familias y comunidades. Por ello, su abordaje requiere intervenciones integrales, intersectoriales y comunitarias que permitan reducir inequidades históricas, mejorar las condiciones de vida, fortalecer entornos protectores, garantizar el acceso efectivo a los servicios y avanzar en el ejercicio pleno del derecho a la salud para toda la población del departamento.

Las inequidades en salud en Norte de Santander representan diferencias persistentes y evitables que afectan de manera desproporcionada a diversos grupos de población, reflejando desigualdades estructurales asociadas a condiciones sociales, económicas, culturales, geográficas y de género. Estas inequidades se hacen visibles en brechas en el acceso a servicios de salud, en la oportunidad y calidad de la atención, en la carga de enfermedad y en los resultados sanitarios entre municipios urbanos como Cúcuta, Villa del Rosario y Los Patios, y territorios rurales y rurales dispersos como Tibú, El Tarra, Convención, Teorama, San Calixto, Sardinata, La Playa y Hacarí. Factores como la pobreza, el desempleo, la informalidad laboral, la inseguridad alimentaria, las limitaciones en movilidad, la dispersión territorial, la presencia histórica del conflicto armado y el impacto continuo de la migración en la frontera inciden directamente en la capacidad de la población para prevenir enfermedades, acceder a servicios oportunos y mantener condiciones de vida saludables.

Asimismo, las inequidades se profundizan por barreras de tipo administrativo, cultural y educativo que afectan especialmente a mujeres, adolescentes, población migrante, comunidades rurales, víctimas del conflicto y grupos en condición de vulnerabilidad. Estas barreras generan menor acceso a controles prenatales, mayor riesgo de complicaciones obstétricas, limitaciones en el acceso a métodos anticonceptivos, baja adherencia a programas de prevención de enfermedades crónicas, menor cobertura en vacunación y dificultades para el diagnóstico temprano de enfermedades transmisibles y no transmisibles. En el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, estas inequidades se manifiestan en tasas diferenciadas de embarazo adolescente, mayor incidencia de ITS, dificultades para garantizar el control prenatal oportuno, variaciones en la disponibilidad de servicios y disparidades en la atención entre áreas urbanas y rurales.

El análisis de estas inequidades permite evidenciar que los resultados en salud no dependen únicamente del sistema de atención, sino de las condiciones sociales que facilitan o limitan las oportunidades de bienestar. Por ello, su reducción requiere intervenciones colectivas e intersectoriales que aborden las causas estructurales, fortalezcan la oferta de servicios, mejoren la capacidad de respuesta municipal y promuevan la participación comunitaria. Solo mediante acciones integrales que reduzcan brechas históricas, se avance en la equidad territorial y se garantice el acceso oportuno y de calidad, será posible mejorar los indicadores de salud y asegurar el ejercicio pleno del derecho a la salud para todas las poblaciones en Norte de Santander.

5. RESULTADO EN SALUD:

La implementación de las intervenciones colectivas en el departamento de Norte de Santander y en cada uno de sus municipios ha permitido fortalecer de manera significativa los procesos de promoción de la salud, gestión del riesgo y detección temprana establecidos en la Resolución 3280 de 2018, generando resultados medibles en los diferentes indicadores de salud pública. A través del trabajo articulado con las administraciones municipales, equipos PIC, actores comunitarios y sectores aliados, se han desarrollado acciones que impactan directamente las condiciones de vida y los determinantes sociales de la población en territorios urbanos y rurales, incluyendo Villa del Rosario, Los Patios, Ocaña, Pamplona, Pamplonita, Tibú, El Tarra, Sardinata, Convención, Ábrego, Hacarí, Teorama, Puerto Santander y Salazar

Estas acciones colectivas, basadas en procesos de caracterización, información en salud y educación comunitarios e intersectoriales, han permitido fortalecer competencias individuales y colectivas en hábitos y estilos de vida saludables, mejorar la identificación y mitigación de factores de riesgo, incrementar la participación comunitaria organizada y fortalecer la demanda informada hacia los servicios de salud. Gracias a ello, se evidencia un aumento en las coberturas de vacunación, una mayor adherencia a los programas de salud sexual y reproductiva, un mejor acceso a servicios de control prenatal, así como avances en la vigilancia de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

En materia de salud materna, las intervenciones colectivas han contribuido a aumentar la captación temprana de gestantes, promover el cumplimiento de los controles prenatales, fomentar hábitos maternos saludables y facilitar el seguimiento a señales de alarma, lo cual incide positivamente en la reducción de riesgos obstétricos, Morbilidad Materna Extrema (MME) y complicaciones durante el embarazo, parto y posparto. De igual manera, se han impulsado acciones para el fortalecimiento del acceso a métodos anticonceptivos, asesoría en planificación familiar, educación sexual integral y acompañamiento a grupos prioritarios, como adolescentes, población migrante, víctimas del conflicto y comunidades rurales dispersas.

Además, la labor territorial ha permitido avanzar en la reducción de brechas de acceso y en la mejora de la oportunidad del servicio, mediante jornadas comunitarias, alianzas estratégicas con instituciones educativas, participación activa de líderes comunitarios y la articulación con actores locales para llegar a zonas de difícil acceso. Estas estrategias han favorecido el incremento de la demanda informada, el empoderamiento de mujeres y jóvenes sobre su salud sexual y reproductiva, así como el fortalecimiento de capacidades en talento humano y equipos municipales.

En conjunto, los resultados obtenidos reflejan el impacto positivo de las intervenciones colectivas en SSR en Norte de Santander, mejorando coberturas, fortaleciendo la educación para la salud y contribuyendo al cumplimiento de las metas de salud pública, al tiempo que se consolidan entornos más protectores, informados y favorables para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos en toda la población.

Asimismo, la intervención focalizada en zonas de difícil acceso y municipios con presencia de población en condición de vulnerabilidad ha contribuido a cerrar brechas en acceso, mejorar la oportunidad en la atención y facilitar la articulación entre el nivel municipal y departamental. Estos esfuerzos se reflejan en la reducción de barreras geográficas, culturales y administrativas para la población, y en la mejora progresiva de indicadores como la captación temprana de gestantes, la reducción de complicaciones obstétricas, el fortalecimiento de la detección temprana de cáncer, el aumento en la cobertura de planificación familiar, el seguimiento a población infantil y el mejoramiento de prácticas de cuidado en salud.

De manera integral, los resultados alcanzados en Norte de Santander evidencian la efectividad de las intervenciones colectivas como una herramienta fundamental para avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas en la Resolución 3280 de 2018. El despliegue territorial de estas acciones ha permitido fortalecer la capacidad institucional, mejorar la calidad de los procesos, optimizar el uso de recursos y consolidar una respuesta más coordinada y sostenible para mejorar los niveles de salud de la población, contribuyendo al bienestar general, la equidad en el acceso y la garantía de los derechos en salud.

Basados en lo anterior se definen los siguientes resultados en salud establecidos en la resolución 3280 del 2018:

Resultados intermedios:

- Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos.

Indicador

- Proporción de personas que conocen métodos anticonceptivos
- Personas, familias y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud.

Indicador

- Proporción de personas que desarrollan prácticas para el cuidado de su salud y su desarrollo.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero:** ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará de acuerdo a lo ejecutado presentado por el ejecutor en guía de la matriz técnico financiera, y definido por la forma de pago que quede inmerso dentro del contrato.
- **Administrativo:** Tiempo de duración: Hasta 31 de marzo del 2027 con seguimientos bimestrales a disposición y se genera actas de soporte.
- **Técnico:** coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. De acuerdo con nuestras necesidades de cumplimiento de las metas dentro del plan territorial y plan de acción en salud se requiere la ejecución de estas acciones sujetas al programa de sexualidad y derechos y reproductivos.
- **Resultados en salud:** cumplimiento de las metas de resultado del Programa. Indicadores de gestión y de resultado de obligatorio cumplimiento y específico del programa.
  Parámetros de calidad:
  Integralidad de la intervención: Articulación de los componentes de la estrategia de información en salud, bajo un enfoque integral en salud sexual y reproductiva.
  Participación social y comunitaria: Vinculación activa de personas, familias y organizaciones comunitarias en todas las fases del proyecto.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fomentar la generación, apropiación de conocimientos y promoción de la adopción de prácticas de autocuidado para una sexualidad y maternidad segura en los hogares priorizados en los municipios de Tibú, El Tarra, Sardinata y Puerto Santander en el año 2026, con el propósito de promover la salud, prevenir riesgos y alcanzar las metas del Plan Territorial de Salud “Avanzando hacia una sexualidad y maternidad segura”

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Afianzar las capacidades de las familias y comunidades en la adopción de hábitos saludables de autocuidado para una sexualidad sana, responsable y activa mediante la implementación de la intervención colectiva de educación y comunicación para la salud y su gestión para su continuidad y sostenibilidad en el territorio.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso de educación y comunicación para la salud es necesario contar con la participación de talento humano en salud, es de aclarar que para cada micro territorio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles.

Total, de equipos básicos en salud: 2 por municipio.

Perfiles a contratar en cada equipo básico:

- Enfermera profesional y/o profesional en psicología con experiencia en desarrollo de acciones comunitarias (2)
- Técnico en el área de la salud con experiencia de acciones comunitarias y gestión documental (1)

Nota: Los profesionales contratados serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos

contractuales y logros programados para el municipio. Por lo cual es imperativo la idoneidad de los profesionales para alcanzar los resultados esperados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta estrategia de intervenciones colectivas en el ámbito urbano, rural y rural disperso, se priorizará a líderes y sus familias intervenidos en la vigencia 2025, con el objetivo de generar conocimiento mediante estrategias de Educación y comunicación para la salud, en las cuales se desarrollara un proceso formativo en la salud sexual y reproductiva, así como en la maternidad segura, para informar a la población sobre prácticas como la planificación familiar, el uso adecuado de anticonceptivos y la importancia de una atención prenatal adecuada. El resultado esperado en la población es lograr comportamientos de una sexualidad y maternidad segura, reducción de riesgos asociados con el embarazo y el parto, con la finalidad de generar una autogestión del riesgo propio, el cual se hará con un enfoque integral y biopsicosocial, teniendo en cuenta el cuidado y la protección integral de los diferentes participantes que harán parte de las intervenciones colectivas entorno hogar. Finalmente, se verificará el resultado alcanzado mediante la educación brindada en los diferentes hogares, a través de visitas realizadas por parte del ente territorial, con el fin de asegurar la implementación de la estrategia Avanzando hacia una sexualidad y maternidad segura.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Educación en salud sobre la maternidad y sexualidad segura a las familias del ámbito rural y rural disperso de los municipios priorizado:

- Documento de resultados de los conocimientos adquiridos a través del diseño metodológico implementado en el proceso de educación y comunicación para la salud dirigido a las familias, conforme a los criterios técnicos y normativos vigentes, y avalado por el ente territorial, sumado a lo anterior debe incluir material informativo validado comunitariamente para informar a la población en general sobre la importancia de adoptar prácticas de maternidad y sexualidad segura. Documento propuesto de continuidad

11. METAS:

- 100% del municipio con manifestación escrita del ente territorial municipal.
- 100% de líderes con aceptación para el desarrollo de la estrategia
- 100% de familias y actores locales con socialización y plan de trabajo por municipio para desarrollo de la estrategia.
- 100% de familias con medición de conocimientos previo a la aplicación de la estrategia de educación y comunicación para la salud
- Construcción de material de educación y comunicación para la salud para la promoción de una sexualidad y maternidad segura dirigido al 100% de familias de cada municipio.
- 100% de familias con conocimiento en prácticas sanas para gozar de una sexualidad y maternidad segura.
- 100% de familias con medición de conocimientos posterior a la aplicación de la estrategia de educación y comunicación para la salud
- 1 propuesta de continuidad conforme a resultados alcanzados.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

- Actas de seguimiento de manera mensual
- Listas de asistencia
- Revisar los productos según lo establecido en cada fase del proyecto
- Visita a los territorios intervenidos

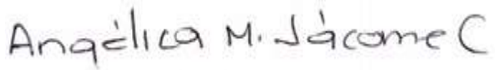
13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	
CONTRATISTA	$ 440.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Educación y comunicación para la salud.	4586

15. RESPONSABLE:



ANGELICA MARÍA JÁCOME CARRASCAL
Responsable Programa Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.

SUBGRUPO 5. PROGRAMA DE NUTRICIÓN

1. JUSTIFICACIÓN

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS EN LOS ENTORNOS COMUNITARIO Y HOGAR DURANTE LA VIGENCIA 2026, EN EL MARCO DE LA GARANTIA DEL DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ZONAS DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL, EN LOS MUNICIPIOS DE TIBU Y EL TARRA Y SUS MICROTERRITORIOS

En el Departamento de Norte de Santander se evidencian problemas de malnutrición, tanto por exceso como por déficit. La tasa de mortalidad por desnutrición y/o asociada a la desnutrición en menores de 5 años ha venido presentando un comportamiento decreciente en los últimos cinco (5), pasando desde la vigencia 2019 en el orden de 9,6 por cada 100.000 menores de 5 años, representado por trece (13) casos, hasta la vigencia 2025 en donde se logró una tasa de 0.0 casos de mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años. Lo antes mencionado, en el marco del logro del ODS No. 02 denominado “Hambre Cero”.

En este sentido, la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años El análisis de la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en el departamento de Norte de Santander evidencia un total de 668 casos en una población de 116.984 niños y niñas de 0 a 4 años, lo que corresponde a una prevalencia departamental de 0,57 por cada 100 menores. Al revisar el comportamiento por municipios en orden descendente de prevalencia, se observa que los territorios con mayor afectación presentan valores significativamente superiores al promedio departamental.

El municipio con mayor prevalencia es Tibú, con 85 casos y una prevalencia de 1,38, seguido por Teorama con 20 casos y 1,24. Posteriormente se ubican Chitagá con 10 casos (0,98) y La Esperanza con 12 casos (0,97). Continúa Pamplonita con 4 casos (0,93) y La Playa con 6 casos (0,86). En el siguiente grupo se encuentran Sardinata con 18 casos (0,80), Cucutilla con 4 casos (0,78), Hacarí con 9 casos (0,77) y Ábrego con 21 casos (0,76). Con prevalencias cercanas a 0,69, aparecen Ragonvalia con 3 casos (0,69) y El Zulia con 17 casos (0,69). Luego se ubican Mutiscua con 2 casos (0,65), Toledo con 8 casos (0,64) y El Tarra con 20 casos (0,62).

En un rango cercano al promedio departamental se encuentran Pamplona con 16 casos (0,55) y Cúcuta con 270 casos (0,55), destacándose este último por concentrar el mayor número absoluto de casos, debido principalmente a su mayor tamaño poblacional. Les siguen Convención con 9 casos (0,53) y Puerto Santander con 4 casos (0,49). Posteriormente se identifican San Cayetano con 3 casos (0,44), Cácota con 1 caso (0,42) y Ocaña con 41 casos (0,42). Continúan Villa del Rosario con 34 casos (0,41) y Villa Caro con 2 casos (0,41), seguidos de Bucarasica con 3 casos (0,40). Con prevalencias inferiores a 0,40, se encuentran Chinácota con 5 casos (0,37), Los Patios con 23 casos (0,36) y El Carmen con 5 casos (0,36). Luego aparecen San Calixto con 5 casos (0,35) y Silos con 2 casos (0,34). En niveles más bajos se ubican Arboledas con 2 casos (0,27) y Lourdes con 1 caso (0,27).

En términos generales, el comportamiento de la prevalencia muestra mayor concentración del riesgo en municipios de la subregión del Catatumbo y algunos territorios rurales, donde las condiciones socioeconómicas, el acceso a servicios de salud y las condiciones de seguridad alimentaria pueden influir en la presencia de desnutrición infantil. A su vez, aunque Cúcuta presenta una prevalencia cercana al promedio departamental, concentra el mayor número de casos, lo cual resalta la importancia de fortalecer las intervenciones nutricionales tanto en municipios con alta prevalencia como en aquellos con gran carga de casos. Lo anterior muestra el comportamiento del evento de desnutrición aguda en el departamento, terminando la vigencia con un reporte total de 607 casos, de los cuales los más afectados son niños menores de 2 años, edad en la cual la lactancia materna exclusiva y complementaria es un factor protector de gran importancia, que juega un papel primordial en los determinantes de la salud.

En este contexto, aproximadamente el 70% de los niños y niñas notificados como desnutrición aguda en menores de 5 años en el departamento, corresponden a menores de 2 años, en donde la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna es una prioridad de desarrollo de cualquier país o región. Su logro o no tiene implicaciones de orden social, económico y ambiental de gran magnitud y en plazos de tiempos distintos. La extracción manual realizada con las manos es más efectiva, económica, menos traumática, menos dolorosa, tiene la ventaja de no requerir equipo extra, eliminando la necesidad de limpiar y la posibilidad del crecimiento de las bacterias. Es una destreza aprendida, su eficacia aumenta con la práctica, de aquí la importancia de crear entornos propicios para proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna como un medio que beneficia a la madre y al niño que se encuentra en condiciones de salud que le impidan estar juntos en caso de hospitalización y/o otra situación.

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

Diferentes estudios reconocen las propiedades y beneficios de la leche materna, existiendo un contrasentido al observar las cifras de lactancia materna exclusiva del país que pasaron de 2.2 meses en 2005 a 1.8 meses en 2010. Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional- ENSIN. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), la tasa nacional de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad, muestra una tendencia decreciente, reflejada en los siguiente datos: en el 2005 la tasa fue del 46,9, en el 2010 del 42,8 y en el 2015 del 36,1. De otra parte, el diagnóstico nutricional vigencia 2019, en el Norte de Santander muestra que la duración media en meses de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses para el departamento es de 2,8 meses y 7.4 meses en la lactancia materna continua, comportamiento de indicadores que muestra una disminución muy marcada en deterioro de la lactancia materna. Bajando en el 2020 a 1.9 en la lactancia materna exclusiva y la continua a 7.6, está última con un ligero incremento. Para el 2021, el comportamiento del indicador continúa en detrimento, quedando en 1.8 para la lactancia materna exclusiva y en 4.5 meses para la complementaria.

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

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

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

También es importante establecer acciones colectivas direccionadas desde la Entidad Territorial Departamental en Salud, que permitan el fortalecimiento de la seguridad alimentaria y nutricional, precisando que, la Ley 2294 del 2024 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida" y teniendo en cuenta las orientaciones técnicas establecidas en el precitado plan, específicamente las relacionadas con la garantía al derecho humano a la alimentación como tercera transformación propuesta, hacia el camino de una gobernanza interinstitucional entre el estado y la sociedad, con la articulación de políticas y programas, y que en su propuesta plantea 3 pilares fundamentales para el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) No. 02 denominado "Hambre Cero", las cuales se listan a continuación; I) Disponibilidad, en referencia al aumento de la productividad para garantizar una oferta sostenible y suficiente de alimentos, II) Acceso, relacionado con la capacidad de pago de los hogares y el suministro físico de los alimentos para facilitar su llegada a toda la población, III) Adecuación, la cual implica la promoción de una alimentación saludable que responda a las necesidades nutricionales para el desarrollo físico, mental y social de la población, reconociendo saberes y experiencias ancestrales de los territorios.

Por consiguiente, desde la Entidad Territorial en Salud de Orden Departamental, desarrollamos acciones contempladas en el tercer pilar de la transformación denominado "Adecuación", mediante el fortalecimiento de capacidades de los actores en salud del SGSSS, promoviendo prácticas alimentarias saludables y sostenibles y fomentando la lactancia materna exclusiva y complementaria como el mayor acto de soberanía alimentaria desde el nacimiento de los niños en nuestro departamento, fortaleciendo al talento humano en referencia a los lineamientos direccionados desde el Ministerio de Salud y Protección Social para el tratamiento a la desnutrición aguda, procesos de inspección vigilancia y control en los actores del sistema, como también el desarrollo de procesos de articulación intersectorial contemplados en la Resolución 2350 del 2020 y que son responsabilidad de todos los actores del SGSSS.

2. MARCO NORMATIVO

NORMA	OBJETO DE LA NORMA
Resolución 1597 de 2025	Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)
Ley 2244 de 2022	Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo departo, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado
Decreto 1397 de 1992	Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones
Ley 1823 de 2017	"Por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de La familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones
Resolución 2350 de 2020	Por la cual se adopta el 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, y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2465 de 2016	Establece los criterios para la evaluación y clasificación del estado nutricional en la población colombiana.
Resolución 2674 de 2013	Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.
Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021–2023	Define estrategias nacionales para promover la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, en el marco de la promoción de la salud materno e infantil.
Resolución 2492 de 2022	Establece el etiquetado nutricional frontal de advertencia en alimentos procesados.
Resolución 2423 de 2018	Por la cual se establecen los parámetros técnicos para la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral
Ley 2306 de 2023	Por medio de la cual se promueve la protección de la maternidad y la primera infancia, se crean incentivos y normas para la construcción de áreas que

	permitan la lactancia materna en el espacio público y se dictan otras disposiciones
Resolución 1188 de 2025	Por la cual se establecen los parámetros para la creación y operación en condiciones de higiene, salubridad y dotación adecuada de las Áreas de Lactancia Materna en Espacio Público y se dictan otras disposiciones
Ley 2458 de 2025	Por medio de la cual se establecen medidas orientadas a fortalecer la comunidad lactante, la promoción de la lactancia materna en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.
Ley 2294 de 2023	Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida.
Resolución 0115 del 2026	"Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 2350 del 2020, relacionada con Desnutrición aguda.

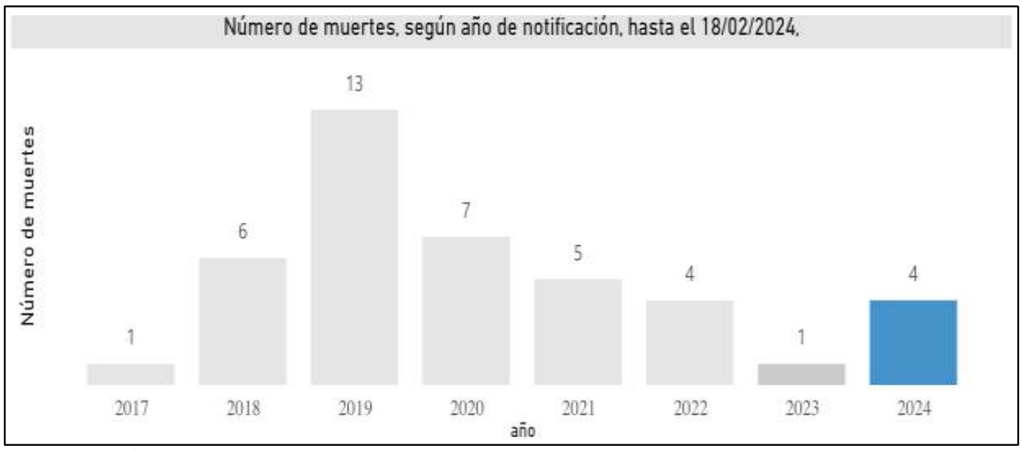
Fuente: Elaboración propia.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

En el Departamento de Norte de Santander se evidencian problemas de malnutrición, tanto por exceso como por déficit. La tasa de mortalidad por desnutrición y/o asociada a la desnutrición en menores de 5 años que paso en el año 2018 del 9.44 (12 casos) al 21.0 (27 casos) en el 2019 (Cúcuta 2, Los Patios 1, Pamplona 3, Teorama 1, Tibú 7 y 13 procedentes de Venezuela),presentando un incremento notorio, llegando a ocupar en el 2019 el segundo lugar a nivel nacional y una notificación de casos de mortalidad por y asociada a desnutrición en el 2020 de 5 casos con una tasa de 3,6 (Cúcuta 1, Villa del Rosario 2, Tibú 1 y Venezuela 1) y para el 2021, bajó a 2.9 con 4 casos (Tibú 1, Cúcuta 1, Los Patios 1 y Convención 1) (Fuente: SIVIGILA), en este orden de ideas, para el año 2022 se presentaron 5 casos (Cúcuta 2, El Tarra 1, Tibú 1, Toledo 1, Venezuela 1). No obstante, que la mortalidad por desnutrición aguda en el departamento muestra un comportamiento descendente. A continuación, en la imagen No. 01, se evidencia el comportamiento de los reportes de desnutrición aguda moderada y severa durante la vigencia 2024 en el departamento de Norte de Santander, precisando que durante la vigencia 2025 a semana epidemiológica No. 51, no se han presentado casos de mortalidad por Desnutrición Aguda Moderada y Severa en menores de 5 años en el Departamento Norte de Santander.

A continuación, en la Imagen No. 02. Se evidencia la gráfica relacionada con el número de muertes por desnutrición según año de notificación desde la vigencia 2017 hasta la vigencia 2024

Imagen No. 02. Número de muertes por desnutrición aguda en menores de 5 años. Según año de notificación desde el 2017 hasta el 2024.



Fuente: SIVIGILA

A continuación, en la imagen No. 3 se logra evidenciar el comportamiento de la notificación de casos en comparativa de las vigencias anteriores, con la vigencia 2025, evidenciando un incremento en el orden del 6% positivo en el número de reporte de casos en comparativa con el mismo periodo de tiempo de la vigencia 2024.

Imagen No. 03. Comportamiento de la notificación de casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, vigencias anteriores vs vigencia 2025 en el Departamento Norte de Santander

Fuente: SIVIGILA.

Con base en lo antes expuesto, se presentó una disminución de la tasa prevalencia de desnutrición aguda por cada 100 menores de 5 años en el Departamento Norte de Santander, pasando de una tasa de 0,59 x cada 100 menores de 5 años para la vigencia 2023, a una tasa de 0,54 x cada 100 menores de años. Sin embargo, se logra evidenciar que desde la vigencia 2017 esta tasa ha venido incrementando de manera sustancial, y a partir de la vigencia 2021, se ha logrado contener. Como se evidencia en la tabla No. 04

Imagen No. 04. Prevalencia de Desnutrición Aguda Moderada y severa en el Departamento Norte de Santander, Semana Epidemiológica No. 43.

Fuente: SIVIGILA.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

En referencia a los múltiples determinantes sociales en salud, en referencia con Salud Nutricional y prevención de la Desnutrición Aguda Moderada o Severa en Menores de 5 años, el sistema de salud será a su vez un determinante social intermedio. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar. Desde esta perspectiva, los factores estructurales están asociados a la dimensión de los medios económicos, y en consecuencia a los ejes de disponibilidad y acceso y los intermedios están asociados a las dimensiones de la calidad de vida de la SAN: consumo y aprovechamiento biológico. La inocuidad, se concibe como el conjunto de características que aseguran que el alimento sea apto para el consumo humano, siendo un atributo presente a lo largo de la cadena alimentaria. Estos determinantes se ven reflejados en el estado nutricional de los diferentes grupos poblacionales, el cual podrá ser adecuado o podrá reflejar problemáticas nutricionales relacionadas tanto con el déficit como el exceso.

Imagen No.05 Determinantes sociales de la desnutrición y malnutrición.

Fuente: SISVAN Norte de Santander.

5. RESULTADO EN SALUD:

- Contribuir mejorar el estado nutricional de la población materno infantil y fortalecer la lactancia materna exclusiva y complementaria en los micro territorios de los municipios seleccionados
- Contener parcialmente las tasas y prevalencia de niños y niñas menores de 5 con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa en los micro territorios de los municipios seleccionados
- Contener la tasa de mortalidad evitable por y asociada a la desnutrición aguda en menores de 5 años.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: Ejecución del 100% de los recursos asignados con los soportes solicitados en cada una de las actividades PIC Departamental, de acuerdo con la Matriz Técnico Financiera (MTF).
- **Administrativo**: El PIC está diseñado para su ejecución durante el 2026, sugiriendo un perfil profesional de la salud, afines con áreas de Salud Nutricional y exiliar de enfermería capacitado en el tema. Se debe garantizar continuidad, y los soportes legales de seguridad social en salud
- **Técnico**: La Ejecución del PIC de Departamental será evaluada de acuerdo con los lineamientos nacionales y normatividad relacionada con Salud Nutricional, en cada una de las actividades desarrolladas por los ejecutores las cuales se encuentran contempladas en la MTF.
- **Resultados en salud**:

    - Contribuir mejorar el estado nutricional de la población materno infantil y fortalecer la lactancia materna exclusiva y complementaria en los micro territorios de los municipios seleccionados
    - Contener parcialmente las tasas y prevalencia de niños y niñas menores de 5 con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa en los micro territorios de los municipios seleccionados
    - Contener la tasa de mortalidad evitable por y asociada a la desnutrición aguda en menores de 5 años.

- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la Resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fomentar el autocuidado individual y colectivo a través de las redes sociales de micro territorios priorizados para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación, durante la vigencia 2026, en los municipios de Tibú y El Tarra

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar espacios de construcción de saberes y generación de respuestas comunitarias que promuevan prácticas sociales y de salud para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida, mediante la implementación de la intervención colectiva de conformación y fortalecimiento de redes comunitarias.

- Afianzar las capacidades de las familias y comunidades en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida mediante la implementación de la intervención colectiva de información en salud.

8. RECURSO HUMANO:

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

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

ACTIVIDAD: CONFORMACIÓN DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL MARCO DEL PIC.

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

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

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

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

    - Identificar los posibles actores o miembros de la red (Instituciones, redes existentes, organizaciones, grupos, familias, personas) en razón de sus competencias y funciones, o por su afectación en relación con la situación, evento o riesgo que se abordará a través de la red.
    - Realizar proceso de sensibilización sobre la situación, evento o riesgo a intervenir o gestionar con los actores identificados (foros, conferencias, información, procesos de formación, entre otros).
    - Definir la participación de los actores en la red con base en tres aspectos fundamentales; I) Intereses comunes en relación con la situación, evento o riesgo, II) Posición de apoyo u oposición en relación con su abordaje o gestión, III) Influencia o importancia (Capacidad de incidir en la situación, problema o riesgo).

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

    - Programas y servicios que brindan en relación con la situación, evento o riesgo
    - Recursos financieros, físicos y talento humano con el que cuenta
    - Sector al que pertenece

- Independencia en la toma de decisiones y distribución de los recursos.
- Instituciones, redes, personas, instancias con las que interactúa para la ejecución de sus funciones o la solución de sus problemas y necesidades.
- Otros de interés según el caso.

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

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

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

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

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

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

h. Evalué el desempeño de la red:

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

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

ACTIVIDAD DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD:

La información en salud se define como “Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos

relacionados con la salud, que contribuyan a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud"

La información en salud, más que la simple transmisión unidireccional de datos o mensajes es una acción estratégica para el desarrollo humano que debe generar un clima cultural apropiado para la promoción de salud y calidad de vida y aportar a la construcción de otras formas de comprender la salud.

Finalidades de la información en salud La información en salud busca aumentar el conocimiento sobre un tema e incidir en las formas de sentipensar que apunten a:

1. Persuadir de realizar una determinada conducta (ej.: utilizar condón en las relaciones sexuales; lavarse las manos; etc.) o disuadir de hacerla (ej.: no manejar cuando se ha consumido alcohol o drogas). Se trata de la información que procura que los sujetos hagan algo con el fin de fortalecer o mejorar la salud o de hacer conciencia de la problemática para generar reflexión que se traduzca en cambio de prácticas.

2. Anticipar que los sujetos adopten comportamientos que afecten su salud; ejemplo: evitar que los jóvenes inicien el consumo de drogas (implica trabajar desde la primera infancia en aspectos como la autonomía, el autoconcepto, la autovaloración, entre otros). Debe ser una estrategia constante e implementarse con suficiente antelación al momento en que podrían suscitarse los hechos, porque los resultados se verán a mediano o largo plazo.

3. Promocionar los derechos - con énfasis en el derecho a la salud y las acciones de autocuidado y cuidado de la salud de la familia, la comunidad y su entorno; así como, promover la participación -especialmente de los que usualmente no han sido considerados como interlocutores válidos3 y proponer los escenarios para dicha participación y para la movilización social. Con base en la información en salud se promueve que los ciudadanos puedan posicionar en las agendas gubernamentales, del sector privado o de las organizaciones sociales, los temas que le aporten a la garantía de los derechos, entre ellos el derecho a la salud.

4. Reforzar comportamientos o saberes favorables para promover y mantener la salud, que a través de la evidencia han demostrado resultados positivos en distintos contextos.

5. Cambiar representaciones de sí, de los otros, de lo otro que permitan cuestionar lo que se ha establecido como si fuera natural y es injusto o inequitativo o inconveniente para la salud.

¿A QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN LE ESTAMOS APUNTANDO?

Se puede decir que a aquella que reconozca los comportamientos y creencias arraigados en la población sujeto - que afectan la salud y la calidad de vida-, con el fin de determinar cómo podría persuadírseles de actuar de forma diferente a favor de la salud. Lo anterior, implica reconocer las opiniones, saberes, valoraciones o prejuicios que las personas tiene sobre un tema o problema y captar su atención aportando información para ampliar el conocimiento sobre éstos, cambiar la perspectiva desde la cual los ven, y generar una actitud orientada hacia mantener y promover la salud y predisponer a la acción4 En general le estamos apuntando a la información en salud, que;

1. Reconoce y parte de los comportamientos, actitudes, sentimientos, creencias, saberes y prácticas de las personas, las familias y las comunidades, y se construye a partir de la información epidemiológica local, para aportar a configurar determinados saberes y valores sobre los problemas de calidad de vida y salud.

2. Reconoce y parte de la cultura, de la psicología, de las características educativas y del momento del curso de vida de los sujetos a quienes se va a dirigir la información, así como del contexto territorial6 en el que viven.

3. Reconoce y confía en la capacidad de cambio de las personas, para lo cual es necesario aportar información que no genere oposición, sino ir paso a paso, partiendo de la forma en que actúan en sus vidas actualmente.

4. Construye mensajes que sean sencillos, comprensibles y actualizados: "las personas adoptan más fácilmente un comportamiento si éste es "divertido, fácil y popular", si reduce barreras y si refuerza costumbres sociales

PROCESO PARA IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD

Para implementar la intervención de Información en salud, se sugiere realizar lo siguiente:

1. Definir el segmento de población al que se va a dirigir la información (a qué personas, familias comunidades y en qué entornos –hogar, educativo,
2. laboral, etc.-, se va a dirigir el proceso). Conocer a los sujetos a quienes se dirigirá la información (cómo actúan en los diferentes entornos, qué les interesa, qué saben, qué no saben, cómo construyen sus saberes, cuál es su nivel de participación, qué disponibilidad de información existe en el medio, qué iniciativas relacionadas existen, que mueve sus sentimientos...) 11 y saber qué conciencia del riesgo tienen, qué gravedad perciben respecto de una situación o comportamiento, qué beneficios perciben respecto de las creencias actuales y respecto de un posible cambio, y qué barreras se perciben para tomar la decisión de cambiar (ej.: temores, creencias sociales que les impiden adoptar alguna medida de salud, seguimiento de ciertas pautas culturales o religiosas que imponen determinados comportamientos no necesariamente favorables a la salud…)
3. Conocer las necesidades de información de la población sujeto13 (esto implica responder a la pregunta ¿qué se requiere?: que cambie de comportamiento, que actúe en favor de otro o de la naturaleza, que adopte una cierta actitud, o que se reconozcan los servicios a que tiene derecho o los avances del sector, entre otros) Conocer el contexto (territorial, económico, social, político, cultural, etc.)
4. Entender y definir el problema de salud a ser abordado: sus causas, severidad y consecuencias que está produciendo, determinando los factores que inhiben o facilitan los cambios (sociales, culturales, económicos, etc.)
5. Conocer los resultados de otras campañas, jornadas especiales de salud o estrategias informativas (preferiblemente de las que se hayan o estén desarrollando en el mismo territorio).
6. Definir el tipo de mensaje y la forma en que llegaría mejor a la población sujeto. En su difusión es importante combinar: medios de comunicación masiva, interpersonal, redes sociales, sistemas alternativos (los que sustituyen al habla), etc. En este sentido el mensaje debe diseñarse con base o en función del medio o los medios que se seleccionen para la difusión.
7. Delimitar el objetivo a corto y mediano plazo y determinar los efectos o lo que se pretende lograr; son ejemplo de objetivos operativos: comprender nuevos conceptos, adoptar un comportamiento, cambiar de opinión sobre un tema, obtener una ganancia por una forma de actuar saludable15. Estos deben incorporarse en el Plan Territorial de Salud. =
8. Establecer un plan de medios (seleccionar los vehículos publicitarios): medios de comunicación, sitios estratégicos, coberturas, audiencias a impactar, frecuencia de exposición al mensaje.
9. Definir cómo se va a promocionar la información: relaciones públicas, contacto personal, entre otros.
10. Realizar un pilotaje y hacer las modificaciones antes de lanzar todo el proceso (cambiar lo que no fue comprendido, recordado y aceptado socioculturalmente).
12. Buscar aliados (saber si hay otras organizaciones que también están difundiendo mensajes similares, cómo, a quiénes y qué resultados están obteniendo; y contactar a otros aliados que aún no estén participando de la estrategia informativa. Ejemplo: empresas que estén dispuestas a aportar al
    proceso de acuerdo con sus acciones de responsabilidad social, o con la participación de organizaciones de base o de los mismos sujetos de la información)
13. Consolidar una relación constante con los sujetos de la información (permite saber qué tanto se está comprendiendo el mensaje y qué efectos está teniendo).
14. Hacer un plan operativo (y un plan B) para que el proceso informativo sea sostenible.
15. Sistematizar o por lo menos documentar la experiencia informativa implementada.
16. Seguir y evaluar las acciones y establecer planes de mejoramiento.
17. Establecer necesidades futuras de información de acuerdo con lo encontrado en la evaluación.
18. Publicar los resultados.
19. Rediseñar el programa

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

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Conformación y fortalecimiento de redes comunitarias:

- Organizaciones comunitarias con capacidad para la orientación y adopción de autocuidado individual y colectivo para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida.

Información en Salud:

- Familias con conocimientos en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida.

11. METAS:

- Los Municipios seleccionados y sus micro territorios cuentan con el 100% de las redes de apoyo comunitario conformada y fortalecida para la lactancia materna exclusiva y complementaria y alimentación saludable.
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en lactancia materna exclusiva y complementaria y alimentación saludable.
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en alimentación saludable y buenas prácticas de manufactura, consumo de agua potable
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en detección de signos y síntomas de desnutrición
- Niños, niñas, menores de 5 años con detección del riesgo de muerte por desnutrición a los servicios de salud y Equipos Básicos de Salud (EBS).

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN: Los soportes aportados por el contratista, serán sometidos a verificación para evidenciar la veracidad de los mismos, mediante llamadas telefónicas, visitas, revisión detallada, corroboración de la información consignada, con diferentes medios.

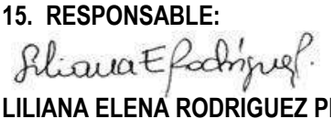
13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$ 100.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS Y ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
I30205 CONFORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE REDES FAMILIARES, COMUNITARIAS Y SOCIALES PARA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	14 (UNA RED POR MICROTERRITORIO SIN RED, SI YA EXISTE RED ACTUALIZACIÓN)
I10605 INFORMACIÓN EN SALUD	550

15. RESPONSABLE:



LILIANA ELENA RODRIGUEZ PELAEZ
PU. Responsable Programa De Nutrición IDS.

SUBGRUPO 6. PROGRAMA DE LEPRA

1. JUSTIFICACIÓN

El 85% de las personas con discapacidad del Departamento enfrentan una compleja gama de situaciones: Pobreza, bajo nivel educativo, barreras Físicas y actitudinales, alto índice de NBI, difícil acceso a programas de capacitación continuada y por ende a restricción para el ingreso al mercado laboral, a la seguridad social y a programas de habilitación y rehabilitación, debilidad organizacional, segregación, entre otros.

La discapacidad de las personas es extremadamente variada, hay diferentes clases de deficiencias y las personas son afectadas en diferentes maneras algunas personas tienen una deficiencia, otras tienen deficiencias múltiples; algunas nacen con una deficiencia, mientras que otras pueden adquirir una deficiencia durante el transcurso de su vida. La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad describe a las personas con

discapacidad como: quienes tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales de largo plazo.[1]

En la actualidad Norte de Santander cuenta con 37.482 personas con discapacidad de las cuales, a la fecha del 31 de diciembre de 2024, 10.034 personas cuentan con el certificado de discapacidad en donde 5.732 presentan discapacidad física, 1.391 discapacidad visual, 1.046 discapacidad auditiva, 4.074 discapacidad múltiple; discapacidad intelectual 3.811, discapacidad psicosocial 3.096 y discapacidad sordo ceguera 19. *Fuente de información SISPRO – RLCPD,* corte de 31 de diciembre de 2024.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.
- Resolución 276 de 2019 Modifica la Resolución 3280 de 2018, amplia plazos para la implementación y progresividad de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal.
- Resolución 100 de 2024, por la cual se establece las disposiciones sobre la **Planeación Integral para la Salud**, derogando la Resolución 1536 de 2015.
- Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen: “Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen.
- Resolución 1597 del 30 de julio de 2025 por lo cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la gestión de salud pública y el plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de salud pública y la estrategia de Atención Primaria en salud (APS)

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

En el transcurso de la historia, la visión acerca de la discapacidad siempre ha sido referida en términos discriminatorio. Al paso de los años, esta visión fue transformándose, sin embargo, mantenía una perspectiva maligna sobre las personas "anómalas".

Para esto, la participación activa se vuelve una herramienta de acción dentro de un contexto social donde se acepta la diversidad, generando un medio social y físico más amigable y accesible, propicio para la integración de las personas con discapacidad. Desde este periodo también se reconoce que hay circunstancias que influyen en las condiciones y calidad de vida de las personas con discapacidad: la ignorancia, el abandono, la superstición, el miedo y sobre todo la indiferencia y la falta de sensibilidad de algunos sectores de la sociedad, son factores que a lo largo de la historia han aislado y retrasado el desarrollo de estas personas, impidiéndoles su integración.

A partir de la década de los '80 se plantea el Modelo de "Rehabilitación con base comunitaria"
Por último, se evalúa la colaboración entre diferentes sectores, como gobierno, organizaciones no gubernamentales y la comunidad, para abordar la lepra de manera integral. Todo esto ayuda a crear un panorama claro que permita diseñar intervenciones efectivas y mejorar la salud pública en general.

1

4. DETERMINANTE SOCIAL.

Los determinantes sociales en salud, como el acceso a la educación, la pobreza, la violencia de género, y la falta de políticas públicas efectivas, influyen de manera directa en las condiciones de salud de la población. Abordar estas situaciones desde un enfoque integral que considere la participación de la sociedad, las familias, las comunidades y el estado es fundamental se mencionan los determinantes identificados en la población objeto a intervenir.

1.1. Acceso a la educación y conocimiento
1.2. Condiciones socioeconómicas
1.3. Acceso a servicios de salud

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo de esta propuesta se requiere intervenir los hogares en el ámbito urbano y rural de los Municipios de Tibú, Sardinata y el Tarra, identificando prácticas y riesgos presente en su entorno e informar, mediante las intervenciones colectivas de caracterización socioeconómica y de información en salud, Se proporcionará información clave sobre la enfermedad de Hansen, signos y síntomas, tratamiento, prevención de discapacidad, acceso a los programas de rehabilitación, prácticas de autocuidado. El resultado de impacto esperado es que 49 pacientes, expacientes de los Municipios de Tibú, Sardinata y el Tarra, se caracterizan socioeconómicamente y evaluar las **condiciones de pobreza**, con **ingresos bajos o nulos**, **vulnerabilidad laboral** (desempleo), y a menudo en zonas con **hacinamiento y déficit nutricional**, lo que facilita la transmisión y progresión de la enfermedad, además de enfrentar una fuerte **discriminación** y **estigma** que limita su acceso a empleo, relaciones y bienestar general, perpetuando un ciclo de exclusión social y económica.

Adicionalmente las actividades de información en pacientes de lepra y comunidad son cruciales para empoderar, asegurar la adherencia al tratamiento, prevenir discapacidades, reducir el estigma y la discriminación y mejorar su calidad de vida, enseñándoles sobre la enfermedad, signos de alarma para buscar ayuda temprana, manejo de reacciones, autocuidado (como revisión de piel y nervios), y apoyo psicológico, integrando un enfoque integral biopsicosocial, a través de la conformación de redes comunitarias.

5.1. ENTIDAD TERRITORIAL

Norte de Santander es un Departamento clave en la realidad de la Lepra en Colombia, mostrando consistentemente altas tasas de detección y número de casos, con municipios como Los Patios reportando los mayores números, principalmente casos multibacilares y con retraso diagnóstico, lo que genera discapacidad y evidencia la necesidad de fortalecer la detección temprana y la formación del personal de salud para un control efectivo de la enfermedad en el territorio.

Norte de Santander se ubica entre los Departamentos con mayor número de casos de lepra en Colombia, junto a Santander y Valle del Cauca, Cúcuta, Ocaña, Villa del Rosario, El Zulia, Abrego, La playa son los municipios con mayor reporte de casos, según estudios de caracterización. Predominan los pacientes masculinos, entre 41-59 años, y la mayoría tiene el régimen subsidiado de salud. Se observan altos porcentajes de casos multibacilares (lepromatosa), con más de cinco lesiones y un porcentaje significativo de casos que desarrollan discapacidad (Grado I y II). Existe un retraso importante en el diagnóstico, con una oportunidad promedio de 2.4 años, lo que contribuye a la discapacidad. Se requiere definir políticas específicas, mejorar la formación del personal de salud y priorizar la detección temprana, el tratamiento oportuno y la rehabilitación.

5.2. FORMAS DE CONFIGURACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

La configuración de los determinantes sociales en la lepra se da a través de la pobreza, el bajo nivel educativo, las malas condiciones de vivienda y hacinamiento, la falta de empleo y el estigma social, que limitan el acceso a servicios y generan diagnósticos tardíos, afectando la inmunidad y aumentando el riesgo de infección y discapacidad. Estos factores socioeconómicos y culturales crean un caldo de cultivo para el Mycobacterium leprae, manifestándose en el desarrollo de formas más graves y complicaciones.

Factores clave en la configuración determinantes sociales en Lepra:

- Condiciones Socioeconómicas: Bajo ingreso económico: Personas en pobreza tienen mayor riesgo, afectando nutrición y defensa inmunológica.

Bajo nivel educativo: Analfabetismo y poca educación primaria, limitando acceso a información y servicios.

No vínculo laboral: Falta de empleo (excluyendo jubilados/amas de casa).
Condiciones de vivienda: Hacinamiento y malas condiciones favorecen la transmisión.

- Servicios de Salud: Detección tardía: Predomina la detección espontánea, no activa, lo que retrasa el tratamiento.

Discapacidad al diagnóstico: Mayor grado de discapacidad al momento de buscar atención.

- Estilo de Vida y Comportamiento: Nutrición: Déficit nutricional, relacionado con la pobreza, debilita el sistema inmune.
- Factores Psicosociales y Culturales: Estigma social: Rechazo y actitudes negativas hacia pacientes, dificultando la detección y adherencia al tratamiento.

Redes sociales/apoyo: La falta de redes de apoyo impacta la capacidad de afrontar la enfermedad.
Estos determinantes actúan en conjunto: la pobreza lleva a vivir en hacinamiento, la falta de educación dificulta reconocer síntomas y buscar ayuda a tiempo, y el estigma perpetúa el ciclo, resultando en: Inmunidad deprimida por malnutrición y estrés, Diagnósticos en etapas, avanzadas, con mayor carga de enfermedad (formas multibacilares), Mayor riesgo de complicaciones y discapacidad.
Abordar la lepra requiere, por tanto, no solo tratamiento médico, sino también políticas públicas que ataquen la pobreza, mejoren la educación y combatan el estigma.

5.3. PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES

La lepra genera graves problemas sociales y necesidades como el estigma, la discriminación y la exclusión, que conducen a problemas de salud mental (vergüenza, ansiedad, depresión) y dificultan el acceso a la atención, perpetuando un ciclo de pobreza y discapacidad física (daño nervioso, desfiguración, pérdida de sensibilidad) que limita la participación social y la calidad de vida, afectando el bienestar económico y la integración familiar y comunitaria, requiriendo enfoques psicosociales integrales y educación para romper el ciclo.

Problemas Sociales Clave:

1. Estigma y Discriminación: La asociación histórica de la lepra con el pecado, la impureza y la maldición ha llevado a prejuicios y rechazo social, afectando la dignidad y los derechos de las personas afectadas.
2. Exclusión Social: Las personas con lepra a menudo son aisladas de sus familias y comunidades, lo que genera soledad y falta de apoyo.
3. Impacto en la Salud Mental: El estigma provoca vergüenza, ansiedad, depresión y problemas de autoestima, llevando a un ciclo de vulnerabilidad psicosocial.
4. Barreras en el Acceso a la Atención: El miedo al rechazo y la falta de información impiden buscar diagnóstico y tratamiento a tiempo, empeorando la enfermedad.
5. Discapacidad y Pobreza: Las deformidades físicas y la pérdida de función (nerviosa, motora) limitan la capacidad de trabajar y participar, atrapando a las personas en la pobreza.

Necesidades Sociales y de Salud:

1. Abordaje Integral: Se necesitan programas de salud que integren la detección y el tratamiento médico con apoyo psicosocial para atender el bienestar emocional y mental.
2. Educación y Sensibilización: Educar a las comunidades para romper mitos y reducir el estigma es crucial para la aceptación y la no discriminación.
3. Apoyo Psicológico: Intervenciones para fortalecer la salud mental y la resiliencia de los afectados y sus familias.
4. Rehabilitación y Medidas de Apoyo: Ayuda para manejar las discapacidades, incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y apoyo para la reinserción laboral y social.
5. Protección de Derechos: Eliminar leyes discriminatorias y garantizar los derechos civiles y sociales de las personas afectadas.
6. Mejora de Condiciones Socioeconómicas: Combatir la pobreza y mejorar las condiciones de vida en las comunidades vulnerables para prevenir y controlar la enfermedad.

5.4. LOS PROCESOS QUE DETERMINEN LAS CONDICIONES DE INEQUIDAD

Las condiciones de inequidad de la lepra son profundas, ligadas a la pobreza, estigma, discriminación y falta de acceso a servicios, llevando a retrasos en diagnóstico y tratamiento, aislamiento social, violación de derechos y desafíos particulares para mujeres y niños, afectando desproporcionadamente a comunidades vulnerables con mala vivienda y saneamiento, a pesar de ser curable con antibióticos.
Factores Socioeconómicos y Ambientales:

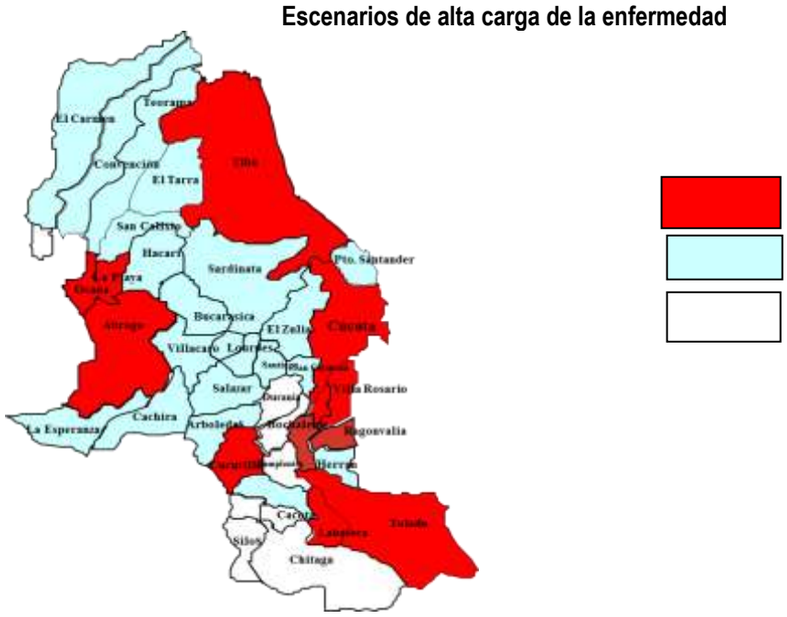
- Pobreza y Condiciones Precarias: Afecta más a quienes viven en hacinamiento, desnutrición y con saneamiento deficiente, ya que son determinantes sociales de la salud.

- Vulnerabilidad: Se relaciona con la susceptibilidad inmunológica y las condiciones físicas, sociales y económicas desfavorables, según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Estigma y Discriminación (Violencia Estructural):

- Maldición y Pecado: Persisten creencias culturales y religiosas que ven la lepra como un castigo divino, generando rechazo y vergüenza.
- Violaciones de Derechos: La discriminación lleva a la negación de derechos civiles, políticos y sociales, incluyendo acceso a trabajo (manipulación de alimentos, educación), licencias profesionales y vivienda.
- Aislamiento: Históricamente y a veces aún hoy, se impone aislamiento y segregación, separando a las personas de sus familias y comunidades.

Escenarios de alta carga de la enfermedad



- Municipios con más casos: Cúcuta, Ocaña, Villa del Rosario, El Zulia, Abrego, Toledo, los Patios, La Playa
- Perfil de los casos: Mayoría de pacientes masculinos, en edades entre 41-59 años, y un alto porcentaje en el régimen subsidiado.
- Forma clínica: Predominan los casos de lepra multibacilar (MB) y lepromatosa, con lesiones múltiples, lo que indica una mayor carga bacteriana y riesgo de discapacidad.
- Discapacidad: Un porcentaje considerable de pacientes presenta discapacidad de grado I o II al momento del diagnóstico, señalando diagnósticos tardíos.

  Aunque hay una tendencia nacional a la baja, Norte de Santander, ha sido históricamente un Departamento con altas tasas de detección, y en análisis recientes se ha visto una disminución en la notificación, pero sigue siendo un punto de vigilancia importante.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia que se realizara en pagos bimestral con los soportes de cada actividad según seguimiento que realiza el Programa y cumplimiento financiero según la matriz técnico financiera.
- **Administrativo**: Tiempo de duración: (6) seis meses con seguimientos bimestrales a disposición y se genera actas de soporte.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud del Programa de Lepra. Se verificará el cumplimiento de la calidad y oportunidad y completitud de las actividades y consecución de los logros propuestos desde el programa
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado del Programa. Indicadores de gestión y de resultado de obligatorio cumplimiento y específico del programa.
- **Parámetros de calidad:** Integralidad de la intervención: Caracterización social y ambiental del entorno hogar e información en salud (salud, educación, medios de vida, inclusión social y fortalecimiento comunitario), bajo un enfoque biopsicosocial y de curso de vida.

Enfoque diferencial e inclusivo: Reconocimiento de las particularidades poblacionales, con aplicación de ajustes razonables y garantía de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal.
Participación social y comunitaria: Vinculación activa de personas con discapacidad, cuidadores, familias y organizaciones comunitarias en todas las fases del proyecto.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer capacidades familiares y comunitarias para la inclusión social, el autocuidado y la prevención de discapacidad en personas afectadas por enfermedad de Hansen y sus convivientes, mediante estrategias de caracterización social y ambiental e información en salud y acciones colectivas en el entorno hogar en el municipio de Tibú, Sardinata y el Tarra durante la vigencia 2026.

7.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar determinantes de riesgo en el entorno hogar, presaberes de las familias intervenidas mediante la intervención colectiva de caracterización.
- Promover el autocuidado y prevención de discapacidades en las personas afectadas por la enfermedad de Hansen y sus familias, mediante acciones educativas y comunitarias para la detección de barreras de acceso a los servicios de salud, rehabilitación, protección social y acciones intersectoriales.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso del desarrollo de la estrategia es necesario contar con la participación de talento humano en salud, el cual se sugiere estar conformado por los siguientes perfiles.

- Enfermería Profesional (1)
- Psicología y/o trabajo social (1)

Nota: será 1 equipo, constituido por 1 enfermera, 1 psicólogo y/o trabajador social quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para el municipio. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas caracterización e información en salud se debe tener como parámetro estandarizado para las actividades a desarrollar la ficha metodológica de caracterización y las orientaciones del Ministerio de Salud para la Información en salud para el entorno Hogar.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

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

- Identificación de riesgos presentes en las familias y eventos en salud, así como los conocimientos y actitudes de las mismas acorde a las temáticas aplicadas.

Información en salud:

- Conocimiento adquirido en las prácticas de autocuidado y reducción del riesgo de desarrollo de discapacidades asociadas a la enfermedad de Hansen en las familias de los municipios priorizados, conforme a los criterios técnicos y normativos vigentes.

11. METAS:

- Realizar la socialización del proceso de caracterización social y ambiental al 100% de las familias priorizadas programadas para la intervención durante la vigencia 2026.
- Realizar el 100% de las visitas domiciliarias programadas para la complementación y validación de la caracterización socioeconómica de pacientes y expacientes con enfermedad de Hansen y sus familias durante la vigencia 2026.
- Consolidar, procesar y analizar el 100% de la información recolectada durante la caracterización social y

ambiental de las familias priorizadas intervenidas durante la vigencia 2026.

- Realizar el 100% de los encuentros participativos programados con expacientes y sus familias para el fortalecimiento del autocuidado y selección de estrategias IEC durante la vigencia 2026.
- Diseñar, producir y difundir el 100% de las piezas comunicativas programadas dirigidas a expacientes y convivientes durante la vigencia 2026.
- Realizar acciones de información y orientación sobre prácticas de autocuidado al 100% de las familias priorizadas programadas mediante visitas domiciliarias durante la vigencia 2026.
- Documentar el 100% de las experiencias informativas implementadas y los conocimientos adquiridos por la población intervenida durante la vigencia 2026.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

- Seguimiento mensual con el contratista de la Matriz Técnico Financiera.
- Llamada telefónica aleatoria a las familias intervenidas, la cual debe manifestar que recibió la atención, de lo contrario, se descontará financieramente del valor pactado.
- Visita de campo en el territorio

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR / CONTRATISTA	**Asignación financiera**
MUNICIPIO DE TIBU	$ 30.000.000
MUNICIPIO DE SARDINATA	$ 20.000.000
MUNICIPIO DE EL TARRA	$ 30.000.000
TOTAL:	$ 80.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Caracterización social y ambiental en entornos de vida cotidiana.	**3**
Información en Salud	**3**

15. RESPONSABLE PROGRAMA LEPRA:

ADRIANA MILENA GAMBOA VELASCO
Responsable del Programa de Lepra

SUBGRUPO 7. PROGRAMA DE VULNERABLES - MIGRANTES

1. JUSTIFICACIÓN

A corte del 25 de julio, Norte de Santander registra una población migrante de 332,134 personas según información obtenida de migración Colombia, lo que representa un importante desafío para la región en términos sociales y de salud pública. Esta cifra refleja la magnitud del movimiento migratorio en la zona, que impacta directamente en la demanda de servicios básicos, especialmente en sectores como la salud, la educación y la atención social. La pirámide de población migrante en Norte de Santander muestra una estructura demográfica que destaca una mayor concentración de personas jóvenes, especialmente en el grupo de 18 a 29 años, que representa el 14% en hombres y el 11% en mujeres.

Esto indica una población migrante mayoritariamente en edad productiva y reproductiva, lo cual es relevante para la planificación de servicios de salud, educación y empleo. También se observa una proporción significativa de niños y adolescentes (de 0 a 17 años), con un 2% y 12% respectivamente, lo que implica la necesidad de garantizar atención en salud materno-infantil, vacunación y servicios pediátricos. Por otro lado, la población adulta mayor (60 años en adelante) es mucho menor, apenas entre 1% y 2%, lo que podría reflejar condiciones migratorias más dinámicas o menor expectativa de vida en estas condiciones. Este perfil demográfico sugiere que los servicios de

salud deben enfocarse en la atención primaria, prevención de enfermedades propias de jóvenes y adultos, salud sexual y reproductiva, así como en la protección y cuidado de menores.

Además, la presencia más marcada de hombres en la mayoría de los grupos etarios podría influir en la dinámica social y en la demanda de servicios específicos para esta población.

Fuente: Migración Colombia, ministerio de relaciones exteriores

El departamento concentra 153.322 migrantes afiliados, equivalentes al 46,16% de la población migrante total (332.134 migrantes), lo que pone de manifiesto la creciente presión que la dinámica migratoria ejerce sobre el sistema de salud. Esta situación se hace especialmente crítica en los municipios fronterizos, donde la demanda supera con frecuencia la capacidad instalada. El cual, se evidencia la necesidad de fortalecer la infraestructura y la capacidad institucional, así como de consolidar estrategias de atención diferencial que respondan a las particularidades de esta población. Pese a los avances en afiliación, aún persisten brechas que impiden garantizar la atención del 100% de los migrantes, lo que subraya la urgencia de continuar ajustando y ampliando la respuesta del sector salud

En el departamento de Norte de Santander, el municipio de Tibú donde hay presencia de población migrante, que no cuenta con aseguramiento y otras razones por la cual desde el Instituto Departamental de Salud se realizara complementariedad al municipio por medio del Plan de Intervenciones Colectivas, para lograr caracterizar la población presente en el territorio.

2. MARCO NORMATIVO

La presente propuesta se fundamenta en el marco normativo vigente que orienta la salud pública y la atención a población migrante en Colombia, entre las cuales se destacan:

- ✔ Constitución Política de Colombia de 1991 – Establece la salud como un servicio público a cargo del Estado y garantiza el acceso a los servicios de promoción, prevención y atención en salud para todas las personas en el territorio nacional.
- ✔ Ley 100 de 1993 – Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, definiendo la organización, financiación y prestación de los servicios de salud en Colombia.
- ✔ Ley 1438 de 2011 – Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se fortalece la Atención Primaria en Salud (APS).
- ✔ Ley Estatutaria 1751 de 2015 – Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se establecen sus mecanismos de protección.
- ✔ Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que compila y reglamenta la normatividad vigente del sector.
- ✔ Resolución 3280 de 2018 – Por la cual se adoptan los Lineamientos Técnicos y Operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).
- ✔ Resolución 1597 de 2025 – Por la cual se adoptan los lineamientos metodológicos para la elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS), en especial lo establecido en el numeral 11.3.
- ✔ Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 – Instrumento de política pública que orienta las acciones intersectoriales para mejorar las condiciones de salud de la población.
- ✔ Política Integral Migratoria del Estado Colombiano – Marco estratégico que orienta la gestión integral de la migración y la garantía de derechos de la población migrante.
- ✔ Plan Territorial de Salud y Plan de Acción en Salud vigentes – Instrumentos de planeación que orientan la implementación de las acciones de salud pública a nivel departamental y municipal.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

MORBILIDAD DE EVENTOS DE ALTO COSTO Y PRECURSORES

Los eventos de alto costo en Norte de Santander mostraron comportamientos diferenciados respecto a los indicadores nacionales durante el periodo 2017- 2024. La prevalencia de diagnosticados con enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal alcanzó 72,57 por cada 100,000 afiliados en el departamento, inferior al valor nacional de 81,99, con una diferencia relativa de 0,8851 que no resultó estadísticamente significativa según los intervalos de confianza. El comportamiento temporal evidenció fluctuaciones importantes, con un máximo de 81,1 en 2018 y un mínimo de 51,1 en 2022, para finalizar en 72,6 en 2024, lo que sugirió variabilidad en la detección, acceso a servicios especializados o en la calidad del reporte de estos casos.

El análisis de las atenciones en salud a población migrante según régimen de afiliación en 2024 evidenció profundas disparidades en el aseguramiento. A nivel nacional, la mayor proporción de atenciones correspondió a población no afiliada con 174.138 atenciones, seguida por el régimen contributivo con 116.777 atenciones. En Norte de Santander se observó un patrón diferenciado donde las atenciones a población no afiliada alcanzaron 11.288 atenciones, mientras que el régimen subsidiado registró 4.733 atenciones y el contributivo 5.687 atenciones. La distribución departamental mostró una alta vulnerabilidad en el acceso a servicios de salud, con una proporción importante de población migrante sin aseguramiento formal, situación que comprometió la continuidad y calidad de la atención. Esta realidad refleja las barreras estructurales que enfrenta la población migrante para lograr afiliación efectiva al sistema de salud, recayendo gran parte de la carga asistencial en servicios de urgencias y atención no programada, con las implicaciones que esto conllevó para la sostenibilidad financiera del sistema departamental.

Figura 9. Comportamiento de la morbilidad atendida en población migrante según aseguramiento, Departamento Norte de Santander, 2024

Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO agosto 8 de 2025

4. DETERMINANTE SOCIAL. Núcleos problemáticos detectados en el diagnóstico del territorio.

El acceso limitado a servicios de salud de calidad es uno de los principales factores que contribuyen a la morbilidad y mortalidad de la población migrante en eventos de salud catastróficas. Las barreras económicas, geográficas y la falta de infraestructura adecuada dificultan la atención médica oportuna y la implementación de medidas preventivas.

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo de esta propuesta se requiere intervenir las personas ubicadas en el ámbito rural disperso de los micro territorios priorizados, identificando prácticas y riesgos presente en su entorno e informar y alertar la necesidad de la adopción de factores protectores mediante las intervenciones colectivas de caracterización social – ambiental y de información en salud, con énfasis en la promoción y prevención de los eventos de Salud Pública.

Los resultados en salud esperados son:

- Personas, familias y comunidades adquieran prácticas informadas para el cuidado y protección de los entornos, promoviendo la salud integral de la población Migrante e identificar previamente el cambio positivo en la población y su entorno.
- Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitarias y sociales para la promoción de la salud.
- Personas, familias y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de

Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia.

- **Administrativo**: continuidad del Plan de Intervención de Colectivas - PIC tiempos y duración de la contratación del PIC: cumplimiento de perfiles y recursos técnicos y tecnológicos. para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores.
- **Técnico:** coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS.
- **Resultados en salud:** cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas.
- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 del presente acto administrativo.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar conocimientos en salud a las personas migrantes conforme a los riesgos identificados en su entorno comunitario mediante la implementación de intervenciones colectivas en el municipio de Tibú durante la vigencia 2026.

.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar determinantes de riesgo y condiciones ambientales de las personas migrantes mediante la implementación de la intervención colectiva de caracterización social y ambiental.
- Advertir a las personas migrantes intervenidas sobre la prevención riesgos derivados del ambiente y opciones para su adecuada gestión, mediante la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso de caracterización social y ambiental y el desarrollo de la estrategia de información en salud es necesario contar con la participación del siguiente talento humano en salud, es de aclarar que para cada micro territorio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles

- Uno (1) enfermera profesional
- Dos (2) Auxiliares de enfermería.

Cada equipo en salud estará constituido por 1 enfermera, 2 auxiliares y serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para cada micro - territorio. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

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

LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS SE DESARROLLARÁ EN TRES ETAPAS:

- **Etapa 1: Caracterización social y ambiental y diagnóstico social, ambiental**

Realizar la caracterización a 100 personas en el componente comunitario en zona rural y rural disperso en el municipio de Tibú y los micro territorios.

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

Elaborar contenido temático dirigido a las personas migrantes para el proceso de información en salud en los derechos y deberes de la población migrante, así como la prevención y control de las ENT.

Etapa 3: Socialización de Resultados en salud y sostenibilidad:

Socializar el 100% de los resultados en salud obtenidos con las familias migrantes intervenidas durante la vigencia 2026, mediante la realización de mínimo un (1) evento municipal de presentación de resultados y la entrega de un informe técnico documentado al ente territorial, con el fin de evidenciar el fortalecimiento de conocimientos en prácticas de autocuidado y promover la sostenibilidad de las intervenciones colectivas en el territorio.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

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

Personas migrantes con determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias identificadas.

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

Personas migrantes orientadas sobre la prevención de riesgos ambientales y el adecuado manejo de aguas, residuos, excretas y control de plagas.

11. METAS:

Metas etapa 1

El 100% de la población migrante del municipio de Herrán con caracterización social ambiental

Metas etapa 2

- 100% de personas socializadas por municipio para desarrollo de la estrategia.
- Construcción de material informativo para la promoción y prevención de las enfermedades no transmisibles dirigido al 100% de familias de cada municipio.
- 100% de personas con conocimiento de sus derechos y deberes, prácticas de autocuidado y estilos de vida saludable.

Metas etapa 3

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

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Actas de seguimiento de manera mensual

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**Asignación financiera**
1. CONTRATISTA	$ 80.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN COLECTIVA	NÚMERO DE ACTIVIDADES
CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y AMBIENTAL EN ENTORNOS DE VIDA COTIDIANA	103
INFORMACIÓN EN SALUD	103

15. RESPONSABLE:

JENIT COLMENARES BECERRA
Referente del programa vulnerables

SANDRA LUZ FERREIRA
Referente del programa de vida saludable y condiciones no transmisibles

GRUPO 8. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN POR VECTORES

1. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con el lineamiento nacional, la enfermedad de Chagas continúa siendo una enfermedad endemo-epidémica desatendida, con transmisión vectorial, oral, congénita y transfusional.

Norte de Santander se encuentra dentro de las zonas priorizadas debido a Presencia de municipios con antecedentes de infestación por triatominos, en especial en la región del Catatumbo, zona rural dispersa y con viviendas con condiciones propicias para la colonización del vector, con Alta proporción de población rural, lo que incrementa la exposición al vector y Circulación histórica de *Rhodnius prolixus* y otras especies secundarias y Riesgo persistente de transmisión congénita, asociado a la falta de tamizaje universal en gestantes, resaltando que más de 9 millones de personas en Colombia están en riesgo de transmisión vectorial, con especial concentración en departamentos como Norte de Santander, teniendo en cuenta lo anterior el comportamiento epidemiológico de la Enfermedad de Chagas es el siguiente:

A la semana epidemiológica 44 de 2025, con corte al 1 de noviembre, en el departamento de Norte de Santander no se ha confirmado ningún caso de enfermedad de Chagas agudo ni casos de transmisión congénita; durante el período se notificaron 63 casos, de los cuales el 93,7% (59) corresponden a Chagas crónico, el 6,3% (4) permanecen en estudio por posible transmisión congénita y 8 casos se registraron en mujeres gestantes con diagnóstico de Chagas crónico, observándose además una tendencia descendente sostenida frente a los años previos (69 casos en 2023, 64 en 2024 y 63 en 2025), con un comportamiento que muestra ausencia de transmisión activa aguda, pero con un perfil de riesgo persistente asociado a la exposición intradomiciliaria en zonas rurales dispersas y en municipios del Catatumbo, donde el mecanismo de transmisión predominante continúa siendo el vectorial (92,1%), seguido de la vía oral (1,6%) sin registros por transfusión ni accidentes de laboratorio, afectando principalmente a mujeres (57,1%), residentes en cabeceras municipales (46%) y afiliadas al régimen subsidiado (66,7%).

2. MARCO NORMATIVO VIGENTE EN COLOMBIA

- Resolución 1597 de 2025 “Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)”.
- Resolución 3280 de 2018.Adopta las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), aplicables para la atención de eventos como Chagas.
- Resolución 3518 de 2006.Crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), clave para el reporte de casos de Chagas.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

En el departamento Norte de Santander, cuenta con registros de triatominos (R. prolixus) desde el año 1960 según estudios publicados por (Ucros H. Distribución de los triatominae en Colombia. Rev Fac Med Bogotá 1960; 28:181-9); al igual que otras especies en importancia como E. mucronatus, T. dimidiata, P. geniculatus, R. pallescens, R. pictipes y R. robustus.

En el año 1999 el ministerio de Salud en el desarrollo del Plan para el diseño del Programa Nacional de Control a través del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Universidad Industrial de Santander, se realizó un estudio en el departamento Norte de Santander que permitió establecer los niveles de riesgo para la infección por Trypanosoma cruzi en las diferentes áreas del departamento. Con el CINTROP, fueron visitados 32 de los 40 municipios existentes, el departamento fue calificado de alto riesgo para Chagas, se clasificaron 13 municipios como de alto riesgo, 8 de mediano y 11 de bajo. Dentro de este estudio, se tomaron 1.192 muestras a escolares entre 7 y 16 años de 125 veredas distintas con un porcentaje de positividad del 6%, con variaciones importantes entre los diferentes municipios, igualmente la identificación de presencia de especies de triatominos.

En los años 2011-2012, Médicos Sin Fronteras Holanda, con su lema en la Región del Catatumbo Norte de Santander "Haciendo Visible lo Invisible" y teniendo en cuenta los siguientes antecedentes:

Antecedentes	Información
Casos Agudos	1992: primer brote de Chagas agudo reportado en Colombia, origen en Tibú (NdS) Entre 2008 y 2010, 10 brotes reportados en Colombia por el INS con 53 casos y 10 muertes[7].
Encuestas de Seroprevalencia	1998: población general 7% 1999: población general 5% 2000: escolares (7-16 años) de 125 veredas en NdS, prevalencia 6%[8]. 2000-2004: banco de sangre en NdS prevalencia 2.6%, en los bancos de sangre en Colombia varía entre 0.44% y 2.3%[9].
Situación entomológica	2000-2004: De 9.366 viviendas visitadas en 12 municipios de NdS, 3.79% infestadas con triatomineos, 22.5% caracterizadas como ranchos, 36.5% como viviendas en buenas condiciones y 41% como intermedias[7].
Control vectorial	1996-2000: 5% de las viviendas en alto riesgo rociadas en NdS, la media nacional de casas infestadas que fueron rociadas fue del 22%[7].

[7] vigilancia de Chagas agudo de posible transmisión oral en Colombia Zulma M. Cucunubá.
[8] situación actual de la enfermedad de Chagas en el departamento Norte de Santander e intervenciones de control realizadas en los años 2002-2004.

Con el fin de, Reducir la morbi-mortalidad causada por la enfermedad de Chagas mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno a pacientes entre 9 meses y 18 años, a la población Barí y a los convivientes de los casos positivos, haciendo énfasis en la educación a la población en riesgo y apoyo al control vectorial en la zona del Catatumbo (Norte de Santander), donde MSF-OCA presta habitualmente sus actividades asistenciales.

Con este proyecto MSF en los municipios de Tibú, El Tarra, Convención, Teorama; parte alta de la Región del Catatumbo donde reside en importancia Indígenas Motilón BARI, Se tomaron 2.251 muestras entre 9meses y 5 años 525(25%) con 1 positivo (0.18%), 6 a 18 años 1203(58%) con 1 positivo (0.08%) y mayores de 19 años 395(17%) con 58 positivos. (Chagas en el Catatumbo, Norte de Santander. Colombia, MSF, 2011-2012.

En el mes de agosto del año 2010 en el municipio de Moniquirá, se materializó y consolido la ruta para el proceso de certificación internacional de interrupción de T. Cruzi por Rhodnius prolixus en tres municipios de Boyacá inicialmente y otros 5 municipios de los departamentos de Arauca, Casanare y Santander, mediante una planeación conjunta liderada por el Ministerio de la Protección Social hoy día Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud y concertada con las entidades territoriales de salud del orden departamental y municipal, las autoridades departamentales y municipales, los Centros de Investigación, la Universidad Industrial de Santander, la Universidad de los Andes y la comunidad y con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, se socializó y promovió la construcción e implementación de la Estrategia de Gestión Integrada como ruta trazadora de las acciones de prevención, vigilancia y control de la enfermedad de Chagas como herramienta e iniciativa fundamental para la ejecución de las actividades intervenciones y procedimientos inherentes al plan de certificación de la enfermedad de Chagas.

Entre el 2016 y 2019 tres (3) municipios fueron certificados internacionalmente en el departamento Norte de Santander y de acuerdo al Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2032, el departamento realiza el compromiso de la interrupción de la transmisión en 6 municipios del departamento Norte de Santander y la recertificación de los primeros 3 municipios con presencia del vector, El Zulia, San Cayetano y Santiago.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

Información en salud
Mejora del conocimiento sobre la enfermedad de Chagas, formas de transmisión, reconocimiento del vector y prácticas de prevención en el hogar.
Condiciones de vivienda y entorno
Mejoras en hábitos de limpieza, orden y adecuación del entorno a través de la información en salud lo que reduce los factores de riesgo intradomiciliarios asociados a la presencia del vector.
Acceso a servicios de salud
Incremento en el acceso a diagnóstico oportuno (con pruebas rápidas) y a la atención integral mediante la canalización de casos positivos para enfermedad de Chagas.
Detección temprana y control de enfermedades
Disminución del subdiagnóstico y del riesgo de complicaciones mediante identificación precoz en población infantil.
Entorno social y participación comunitaria
Fortalecimiento del rol de la comunidad, familias y actores locales en la prevención y control de la enfermedad.
Gestión institucional y articulación intersectorial
Mejora en la coordinación entre autoridades de salud, IPS y líderes comunitarios para la toma de decisiones basadas en resultados.
Equidad en salud
Reducción de brechas en población rural dispersa (veredas) mediante intervenciones dirigidas a grupos vulnerables como niños y mujeres en edad fértil.

5. RESULTADO EN SALUD:

Reducción del riesgo de transmisión y de la carga de enfermedad asociada a la Enfermedad de Chagas en la población de las veredas priorizadas, mediante el fortalecimiento de la educación en salud orientada a la adopción de prácticas preventivas en el entorno domiciliario, la mejora en el reconocimiento del vector y de los factores de riesgo, así como el incremento en la detección temprana de casos en población menor de 15 años, especialmente en menores de 5 años.

Adicionalmente, se espera mejorar el acceso oportuno a los servicios de salud a través de la realización de pruebas diagnósticas y la canalización efectiva de los casos positivos a la ruta integral de atención, garantizando el inicio de manejo adecuado y seguimiento. Estas acciones contribuyen a la disminución de complicaciones a mediano y largo plazo, al fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y a la reducción de inequidades en salud en población rural dispersa, impactando positivamente las condiciones de vida y salud de las comunidades intervenidas.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

Componente técnico:
Criterios de evaluación:
- Cumplimiento de los lineamientos del programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y del PSPIC.
- Ejecución de las actividades programadas (información en salud, toma de prueba rápida, canalización y socialización).
- Cobertura de la población objetivo según metas establecidas.
- Calidad en la aplicación de pruebas diagnósticas y seguimiento de casos positivos.

Soportes requeridos:
- Listados de asistencia firmados de las jornadas de información en salud.
- Registros fotográficos y actas de las actividades realizadas.
- Bases de datos de población intervenida.
- Resultados de pruebas rápidas (formatos, reportes de resultados).
- Registros de canalización a la ruta integral de atención en salud.

- Actas de reuniones de socialización con autoridades y comunidad.
- Informes técnicos de ejecución.

Componente administrativo:
Criterios de evaluación:
- Cumplimiento del cronograma de actividades.
- Gestión del talento humano asignado.
- Organización, archivo y trazabilidad de la información.
- Cumplimiento de procesos y procedimientos establecidos.

Soportes requeridos:
- Cronograma de actividades.
- Contratos y/o actas del talento humano vinculado.
- Reportes de avance del proyecto.

Componente financiero:
Criterios de evaluación:
- Ejecución adecuada de los recursos asignados.
- Coherencia entre actividades ejecutadas y recursos utilizados.

Soportes requeridos:
- Informes financieros y de ejecución presupuestal.

7. OBJETIVOS.

7.1. OBJETIVO GENERAL

Brindar conocimientos en salud a las personas priorizadas conforme a los riesgos identificados en su entorno mediante la implementación de intervenciones colectivas en el municipio de Tibú durante la vigencia 2026.

7.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar casos presuntivos de Chagas en población menor de 15 años, mediante / la realización de pruebas moleculares para la identificación del Trypanosoma cruzi.
- Alertar a los Padres de familia y menores de 15 años sobre factores de riesgo, trasmisión y prevención de la enfermedad de Chagas mediante la implementación de la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO:

- Profesional Bacteriólogo previamente capacitado en toma de muestra y lectura de pruebas rápidas para Chagas y conocimiento sobre la eco epidemiologia y transmisión de la Enfermedad de Chagas. (mínimo 2 profesionales).
- Auxiliar de Enfermería, previamente capacitado en toma de muestra y lectura de pruebas rápidas para Chagas y conocimiento sobre la eco epidemiologia y transmisión de la Enfermedad de Chagas. (mínimo 2 auxiliares).

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La presente propuesta de intervención colectiva se implementará en el municipio de Tibú, en micro territorios priorizados del área urbana, rural y rural dispersa, con el propósito de fortalecer la promoción de la salud, la prevención, la detección temprana y la atención oportuna de la Enfermedad de Chagas.

ACTIVIDADES:

Actividad 1: Información y orientación sobre la Enfermedad de Chagas

Se desarrollarán acciones de información y educación en salud en el entorno hogar, dirigidas a 2.000 personas (padres de familia, menores y mujeres en edad fértil), en las veredas priorizadas.

Los contenidos abordados incluyen:
- Generalidades de la Enfermedad de Chagas
- Mecanismos de transmisión

- Reconocimiento del vector (pito)
- Factores de riesgo en la vivienda
- Medidas de prevención en el entorno hogar

Estas actividades se desarrollarán mediante:
- Visitas domiciliarias con acciones de información en salud en el entorno hogar
- Entrega de material educativo (volantes)

Todo el proceso se ejecutará conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud para la información en salud en el marco del PSPIC.

Actividad 2: Realización de pruebas rápidas para anticuerpos anti Trypanosoma cruzi
Se realizará la aplicación de pruebas rápidas para la detección de anticuerpos contra *Trypanosoma cruzi* en 1500 menores de 10 meses a 15 años, con énfasis en menores de 5 años.

El procedimiento incluye:
- Sensibilización previa al menor, padres de familia o adulto responsable.
- Diligenciamiento de consentimiento informado
- Diligenciamiento de la ficha de identificación de paciente para diagnóstico de Chagas.
- Toma de muestra y realización de pruebas rápidas para anticuerpos anti Trypanosoma cruzi
- Entrega y registro de resultados

Los datos serán consolidados en una base de datos que permitirá el seguimiento de cobertura y resultados.

Los menores con resultado positivo serán canalizados a la ruta integral de atención en salud, garantizando su acceso a diagnóstico confirmatorio, tratamiento y seguimiento.

Las acciones incluyen:
- Notificación de casos
- Articulación con EAPB según afiliación
- Gestión de remisión a servicios de salud
- Seguimiento a la atención

Actividad 3: Socialización de resultados a autoridades municipales
Se desarrollarán 7 espacios de socialización con actores municipales, incluyendo sector salud, autoridades locales y líderes comunitarios.

En estos espacios se presentarán:
- Resultados de cobertura
- Casos identificados
- Análisis de la intervención
- Recomendaciones

10. PRODUCTOS O LOGROS:

- Población priorizada con condiciones de salud detectadas para la atención y seguimiento oportuno.

- Padres de familia y menores de 15 años informados sobre factores asociados, formas de contagio y medidas de protección frente a la enfermedad de Chagas.

11. METAS:
- 100% de las familias, (padres de familia, menores y mujeres en edad fértil) informadas fortalezcan sus conocimientos sobre la Enfermedad de Chagas, incluyendo identificación del vector, formas de transmisión y medidas de prevención en el entorno hogar.
- 100% de los casos esperados de Enfermedad de Chagas en la población menor de 15 años residentes en los micro territorios priorizados.
- 100% de los menores identificados como positivos para Enfermedad de Chagas sean canalizados oportunamente a la ruta integral de atención en salud

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN.

ACTIVIDAD	TIPO DE SOPORTE	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Informar y orientar sobre la Enfermedad de Chagas	• Listados de asistencia firmados • Actas con registro fotográfico • Evidencia de material educativo entregado	• Verificación telefónica aleatoria a asistentes registrados en los listados • Cruce de información entre listados, actas y registros fotográficos • Validación de fechas, lugares y número de participantes • Revisión de coherencia entre cantidad de material entregado y población reportada
Realizar prueba rápida para detección de *Trypanosoma cruzi*	• Informes de avance • Consentimientos informados • Fichas de identificación • Base de datos de resultados	• Auditoría de calidad de registros (consistencia entre base de datos y fichas físicas) • Verificación aleatoria de usuarios tamizados (llamadas o visitas) • Validación de resultados • Revisión de trazabilidad de las pruebas rápidas
Canalización de casos positivos a la ruta de atención	• Actas de reunión con EAPB • Soportes de remisión y gestión	• Verificación con EAPB de la recepción de los casos canalizados • Seguimiento aleatorio a usuarios para confirmar acceso a servicios de salud
Socialización de resultados con actores municipales	• Actas de reunión • Listados de asistencia • Evidencia fotográfica	• Verificación de participación de actores clave (firmas y cargos) • Validación cruzada entre actas, fotos y listados • Confirmación con entidades participantes (llamadas o correos) • Revisión de coherencia entre resultados presentados y reportes técnicos

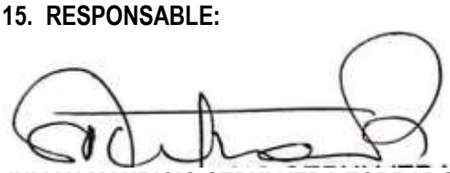
13. PRESUPUESTO:

Distribución financiera	
OPERADOR	**Asignación financiera**
1. Contratista	$ 175.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES:

INFORMACIÓN EN SALUD	**1**
Prevención y Control de las enfermedades transmitidas por Vectores	3

15. RESPONSABLE:



JULIAN MAURICIO SEPULVEDA TORRADO
PU. RESPONSABLE PROGRAMA CONTROL DE VECTORES IDS.

SUBGRUPO 9. SALUD EN EL ÁMBITO LABORAL

1. JUSTIFICACIÓN

Las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC- de Norte de Santander. Para la vigencia 2025, se formularon bajo las siguientes consideraciones: El Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) – el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) basado en APS, las Rutas

Integrales de Atención en Salud (RIAS)-Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS), que se constituyen en herramientas globales a considerar para el desarrollo de las acciones de Gestión la Salud Pública y las Intervenciones Colectivas. Así como la normativa vigente que regula la planeación, contratación, seguimiento y evaluación de las intervenciones de salud pública colectiva.

El PIC está orientado a la ejecución de sus intervenciones en el marco de las metas establecidas en el Plan de territorial de salud 2024-2026, con enfoque en la Atención Primaria en Salud – APS y de determinantes sociales con perspectiva territorial, con el fin de promover la salud, disminuir las vulnerabilidades, proteger y conservar la vida, dando respuestas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones en salud de la población, bajo la estrategia Entornos Laborales Saludables.

Las Intervenciones de Salud Pública Colectiva, se desarrollan a través de las Empresas Sociales del Estado pertenecientes al Departamento de Norte de Santander, quienes ejecutaran las intervenciones en los entornos de vida (hogar, institucional, educativo, comunitario) en los municipios priorizados.

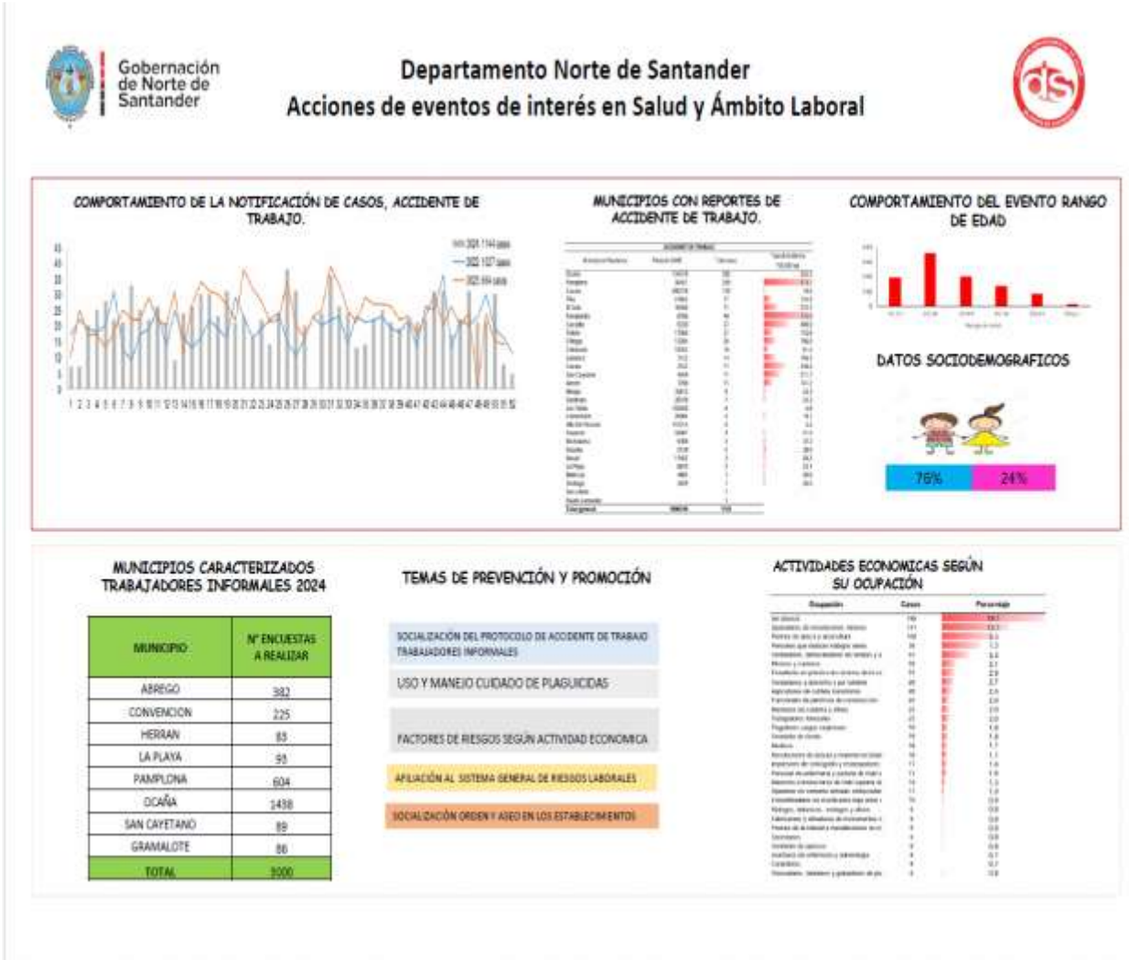
Según el Plan Decenal de Salud Pública y en el cumplimiento a la meta de resultado, desarrollar en los siguientes municipios: Bucarasica y Tibú, actividades de promoción y prevención en salud ocupacional con población trabajadora informal, en el marco de la estrategia de entornos laborales saludables, durante el cuatrienio se debe abordar 32 municipios de Norte de Santander, para dar cumplimiento al plan de intervenciones colectivas PIC.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.
- Resolución 1597 de 2025 “Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)”.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)



Fuente: SIVIGILA, vigencia 2024

4. DETERMINANTE SOCIAL

la vida y el trabajo de las personas, además de su calidad de vida, la cual otorga capacidad de actuación en un contexto específico. Los principales determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de la población trabajadora informal mayor de 15 de años son las malas prácticas de autocuidado.

- **Educación:** El nivel de escolaridad es un factor que determina la informalidad laboral.
- Ingreso: Los bajos salarios y la baja productividad son factores que determinan la informalidad laboral.
- **Entornos sociales:** Las características de las relaciones sociales generan riesgos potenciales que afectan la salud.
- **Entornos físicos:** El acceso a servicios públicos básicos, transporte, vías y contaminación ambiental son determinantes clave de la salud.
- **Seguridad social:** El empleo informal carece de seguridad social, como el acceso a los servicios de salud.

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo de esta propuesta se requiere fortalecer el análisis de las condiciones de salud y trabajo de la población de la Economía Popular y Comunitaria, con Prácticas de cuidado de su salud en el trabajo y de los entornos, personas con detección de riesgos en su salud, abordado en redes o agremiaciones en el ámbito rural (incluyendo rural disperso) de cada municipio priorizado, identificando prácticas y riesgos presente en su entorno e informar y alertar la necesidad de la adopción, mediante las intervenciones colectivas de caracterización social – ambiental y de información en salud. El resultado de impacto esperado es que las personas, familias y comunidades adquieran prácticas informadas para el cuidado y protección de los entornos. Este proceso y productos alcanzados será verificado de manera presencial por el ente territorial, garantizando que el conocimiento recibido por trabajadores informales sea asimilado para posteriormente implementarlo adecuadamente, asegurando un impacto positivo y duradero en la comunidad.

6. **CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:**

- **Componente Financiero:** ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará por parte de los referentes y/o líder del programa salud pública, en donde se describa los pagos de acuerdo con la concertación realizada, este será el insumo para el acuerdo intersectorial.
- **Administrativo:** continuidad del Plan de Intervención de Colectivas - PIC tiempos y duración de la contratación del PIC: cumplimiento de perfiles y recursos técnicos y tecnológicos. para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores, lo cual será soportado mediante contratos, actas de inicio, informes de actividades, actas de supervisión y actas de liquidación.
- **Técnico:** coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Las actividades planteadas se alinean con los objetivos, ejes estratégicos y líneas operativas definidos en el PTS, y se operacionalizan a través del PAS, permitiendo una ejecución articulada, pertinente y orientada al logro de resultados en salud, conforme a la realidad situacional identificada en los micro territorios priorizados.
- **Resultados en salud:** cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas. La descripción técnica del proyecto evidencia la articulación entre el PTS y el PDSP, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y fortalecimiento de entornos laborales que contribuyen a la reducción de la exposición a factores de riesgo, especialmente en población priorizada, garantizando la trazabilidad entre planeación, ejecución y resultados.
- **Parámetros de calidad:** Las acciones desarrolladas en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas cumplirán con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 del presente acto administrativo, con especial énfasis en los principios de oportunidad, seguridad y coordinación. La oportunidad se garantizará mediante la programación y ejecución de las actividades dentro de los tiempos establecidos para la vigencia.
  La seguridad se asegurará a través del cumplimiento de protocolos técnicos, normativos y de bioseguridad durante el desarrollo de las intervenciones.
  La coordinación se fortalecerá mediante la articulación entre los actores institucionales, el talento humano ejecutor y los sectores intersectoriales identificados, asegurando una implementación organizada, eficiente y acorde con las necesidades del territorio. El cumplimiento de estos parámetros será verificado a través de informes técnicos, actas de seguimiento, registros de asistencia, soportes fotográficos y demás evidencias exigidas en los procesos de auditoría y evaluación.

7. **OBJETIVOS.**

7.1 OBJETIVO GENERAL

- Fortalecer conocimientos en la prevención de riesgos presentes en el entorno laboral de los trabajadores informales priorizados en los municipios de Bucarasica y Tibú durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar determinantes de riesgo y condiciones laborales de los trabajadores informales mediante la implementación de la intervención colectiva de caracterización social y ambiental.

- Advertir a los trabajadores informales intervenidos sobre la prevención riesgos derivados del trabajo y opciones para su adecuada gestión, mediante la intervención colectiva de Información en Salud.

8. **RECURSO HUMANO:**

Para el proceso de caracterización social y ambiental y el desarrollo de la estrategia de información en salud es necesario contar con la participación de talento humano en salud, es de aclarar que para cada municipio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles.

- Ingeniero Ambiental (1)
- Técnico en Seguridad y Salud en el Trabajo. (1)

Nota: Cada equipo básico en salud estará constituido por Ingeniero Ambiental (1), Técnico en Seguridad y Salud en el Trabajo. (1) en salud y serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para cada micro - territorio de cada municipio priorizado. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. **METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:**

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas en el ámbito urbano, rural se priorizaron micro - territorios, teniendo en cuenta zonas rurales dispersas, con el objetivo de generar conocimiento mediante intervenciones colectivas de caracterización social y ambiental en salud, así misma información en salud. La propuesta se desarrollará, para contribuir al mejoramiento de la calidad de las condiciones de salud en el trabajo de la población trabajadora informal vulnerable de la economía, que permita el desarrollo o fortalecimiento de capacidades, habilidades y prácticas en los trabajadores para el cuidado de salud, generar condiciones trabajo e higiénico- sanitarias adecuadas.

La caracterización social y ambiental del entorno laboral, se realizará, mediante la aplicación de "Instrumento para la Caracterización de las Condiciones Individuales de los Trabajadores de la Economía Popular y Comunitaria y de su Entorno de Trabajo" con sus dos partes; Condiciones Individuales y Condiciones del Lugar de Trabajo, en población informal, donde se van a identificar inicialmente ámbitos laborales informales, implementará en los municipios priorizados, mediante el desarrollo de las intervenciones colectivas PIC.

El resultado esperado en la población es lograr informar sobre mitigar los factores de riesgo con la finalidad de generar en una segunda intervención la autogestión del riesgo propio, el cual se hará con un enfoque integral y biopsicosocial, teniendo en cuenta el cuidado y la protección integral de los diferentes participantes que harán parte de las intervenciones colectivas entorno laboral. Finalmente, se verificará el impacto y la información dada a los diferentes trabajadores informales, mediante visitas realizadas por parte del ente territorial, con el fin de asegurar la implementación de la estrategia Entorno Laboral.

10. **PRODUCTOS O LOGROS:**

Caracterización social y ambiental del entorno laboral

- Trabajadores informales con determinantes de riesgo y condiciones laborales identificadas.

Información en salud

- Trabajadores informales con conocimientos sobre la prevención de riesgos derivados del trabajo y las opciones para su adecuada gestión.

11. **METAS:**

Caracterización social y ambiental del entorno laboral

- 100% de los trabajadores informales priorizados en cada municipio, con la aplicación herramientas de caracterización para identificar factores de riesgo.

Información en salud.

- 100% de los trabajadores informales priorizados en cada municipio sensibilizadas sobre, Uso de los elementos de protección personal, Uso y manejo seguro de plaguicidas y sustancias químicas y Estilos de vida y condiciones de trabajo saludables

- Presentar propuestas de intervención en el 100% de los municipios priorizados.
- Garantizar la socialización de los resultados con las administraciones municipales y trabajadores informales.

12. **MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

Métodos de seguimiento técnico, utilizando instrumentos de recolección de información de periodicidad mensual

bajo el liderazgo del coordinador de PIC de la ESE, para llevar el control de lo evaluando, el cumplimiento y el resultado de lo propuesto.

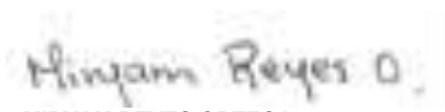
13. **PRESUPUESTO:**

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$ 158.700.000

14. **RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES**

INTERVENCIÓN COLECTIVA	N° DE ACTIVIDADES
CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y AMBIENTAL	**200**
INFORMACIÓN EN SALUD	6

15. **RESPONSABLE:**



MIRYAM REYES ORTEGA
Coordinadora de Salud y ámbito Laboral

SUBGRUPO 10. PROGRAMA DE SALUD AMBIENTAL

1. JUSTIFICACIÓN:

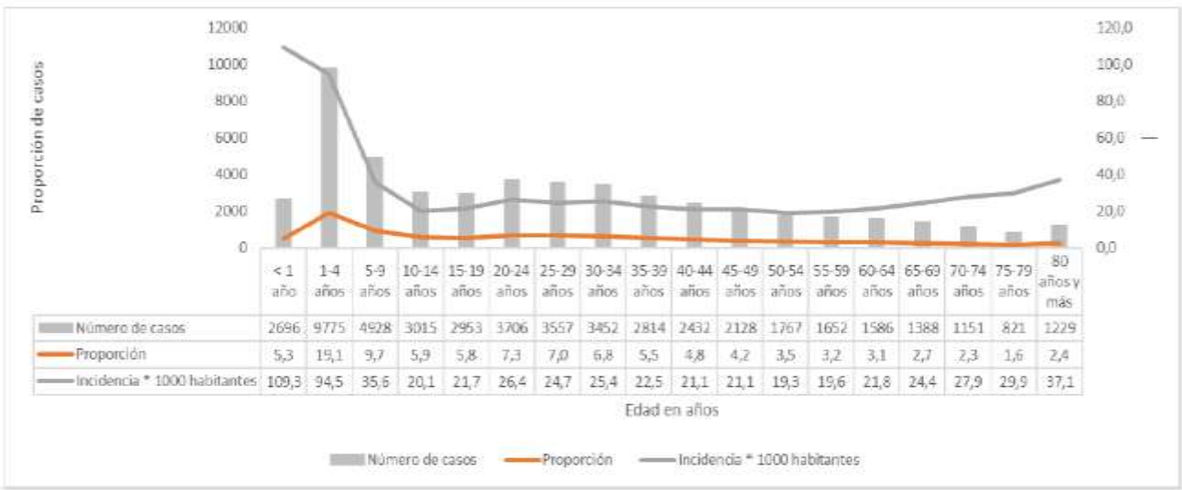
Según el Plan Decenal de Salud Pública y en cumplimiento de la meta de resultado: desarrollar en los municipios de Bucarasica y Tibú, Norte de Santander la promoción de hábitos de vida saludables para la reducción de factores de riesgo, en el marco de la Estrategia de Entornos Hogar y Comunitario.

La estrategia se justifica por su alineación con el Plan de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud, promoviendo Entornos Saludables en el 80% de los municipios del departamento, conforme a la Ley 715 de 2001. Considerando que el deterioro ambiental y los estilos de vida poco saludables incrementan el riesgo de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), afectando especialmente a poblaciones vulnerables.

A corte noviembre de 2025, Norte de Santander reportó 51.050 casos de EDA, con mayor incidencia en menores de 5 años.

Normativas como la Constitución Política (Art. 79), la Resolución 518 de 2015 y la Ley 1361 de 2009 respaldan la necesidad de esta estrategia para mejorar la salud pública, reducir riesgos y promover entornos saludables.

Casos e incidencia de Morbilidad EDA por 1.000 habitantes, según grupo de edad, Norte de Santander
Fuente: Boletín Epidemiológico - Semana epidemiologia 1 a 44 a corte de noviembre de 2025.



	< 1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	50-54 años	55-59 años	60-64 años	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80 años y más
Número de casos	2696	9775	4928	3015	2953	3706	3557	3452	2814	2432	2128	1767	1652	1586	1388	1151	821	1229
Proporción	5,3	19,1	9,7	5,9	5,8	7,3	7,0	6,8	5,5	4,8	4,2	3,5	3,2	3,1	2,7	2,3	1,6	2,4
Incidencia * 1000 habitantes	109,3	94,5	35,6	20,1	21,7	26,4	24,7	25,4	22,5	21,1	21,1	19,3	19,6	21,8	24,4	27,9	29,9	37,1

Incidencia morbilidad por EDA por municipio de procedencia, Norte de Santander
Fuente: Boletín Epidemiológico - Semana epidemiologia 1 a 44 a corte de noviembre de 2025.

Municipio	Población DANE 2025	Número de casos	Proporción	Incidencia *1000 hab
SANTIAGO	3.901	360	0,7	92,3
EL ZULIA	30.948	1736	3,4	56,1
LOURDES	4.555	202	0,4	44,3
DURANIA	5.220	228	0,4	43,7
CHINACOTA	19.976	867	1,7	43,4
PAMPLONA	57.176	2333	4,6	40,8
OCAÑA	135.990	5389	10,6	39,6
SAN CAYETANO	8.128	318	0,6	39,1
CUCUTA	815.891	28051	54,9	34,4
PUERTO SANTANDER	9.935	327	0,6	32,9
SARDINATA	29.146	947	1,9	32,5
TIBU	62.474	1940	3,8	31,1
TOLEDO	17.811	499	1,0	28,0
CUCUTILLA	9.336	225	0,4	24,1
SALAZAR	11.733	255	0,5	21,7
CACOTA	3.206	69	0,1	21,5
RAGONVALIA	6.792	139	0,3	20,5
LOS PATIOS	104.287	2061	4,0	19,7
VILLA CARO	5.778	113	0,2	19,6
CHITAGA	13.374	255	0,5	19,1
CONVENCION	21.297	404	0,8	19,0
EL TARRA	23.617	407	0,8	17,2
LA ESPERANZA	13.189	213	0,4	16,1
ABREGO	36.177	576	1,1	15,9
LABATECA	7.226	108	0,2	14,9
VILLA DEL ROSARIO	116.757	1732	3,4	14,8
CACHIRA	12.588	186	0,4	14,8
MUTISCUA	4.876	71	0,1	14,6
EL CARMEN	15.178	185	0,4	12,2
PAMPLONITA	6.282	74	0,1	11,8
ARBOLEDAS	11.081	119	0,2	10,7
TEORAMA	18.839	191	0,4	10,1
GRAMALOTE	8.399	82	0,2	9,8
BOCHALEMA	9.436	87	0,2	9,2
HACARI	11.624	78	0,2	6,7
HERRAN	7.905	53	0,1	6,7
LA PLAYA	8.786	57	0,1	6,5
BUCARASICA	7.307	45	0,1	6,2
SILOS	7.153	38	0,1	5,3
SAN CALIXTO	14.618	40	0,1	2,7
Norte de Santander	**1.717.992**	**51050**	**100**	**29,7**

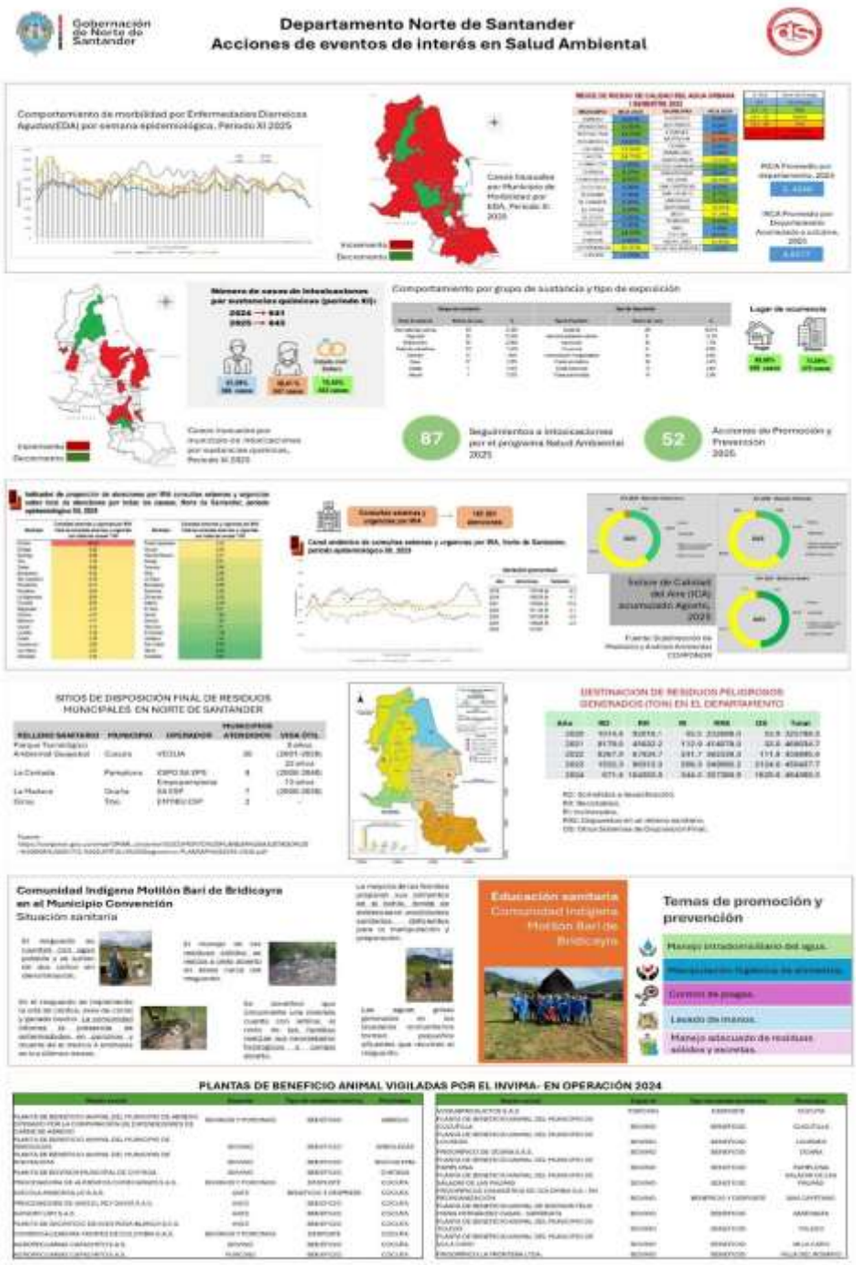
Municipio	***Incidencia * 1000 Hab de EDA*** *Fuente: Boletín Epidemiológico - Semana epidemiologia 1 a 44 a corte de noviembre de 2025.*	***Casos***
Bucarasica	*6,2*	*45*
Tibú	*31,1*	*1940*

2. MARCO NORMATIVO:

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- La Ley 1361 de 2009 de Protección Integral a la Familia, Política Nacional de Educación Ambiental, entre otras; así como de los enfoques, de derechos, diferencial, poblacional - territorial, modelo de determinantes sociales, curso de vida; y de estrategias como, Atención Primaria en Salud – APS, de salud familiar y comunitaria, estrategias como Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable – Estrategia CERS, vivienda y escuelas saludables y educación ambiental y marcos teóricos como Desarrollo Sostenible y Desarrollo humano y Calidad de vida.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- El Lineamiento Nacional de Entornos Saludables LNES, tiene el propósito de dar lineamientos marco a los sectores nacionales y a los entes territoriales, para promover intervenciones, actividades y/o acciones en los entornos que aporten al desarrollo sostenible, al desarrollo humano y a la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, mediante intervenciones integrales enmarcadas en procesos articulados sectorial e intersectorialmente, con participación activa de los diferentes actores sociales.
- Resolución 1597 de 2025: Se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la GSP y el PIC, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la Estrategia de Atención Primaria en Salud APS.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL



Fuente: Programa de Salud Ambiental Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, vigencia 2025.

4. DETERMINANTE SOCIAL:

A partir del análisis integrado del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024 de los municipios de Bucarasica y Tibú, así como de la información consolidada en el diagnóstico social y ambiental del territorio, se identifican núcleos problemáticos asociados a determinantes sociales de la salud que inciden de manera directa en la ocurrencia y persistencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en los microterritorios priorizados.

1. **Deficiencias en el acceso a agua segura para consumo humano** En los microterritorios priorizados persiste el consumo de agua proveniente de fuentes superficiales o sistemas sin tratamiento adecuado, lo cual se refleja en los índices de riesgo de la calidad del agua (IRCA) y en la presencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA). En el municipio de **Bucarasica**, específicamente en las veredas de **La Curva** y **La San Juana**, la dependencia de fuentes naturales y la vulnerabilidad de los sistemas de abastecimiento rurales constituyen un determinante que incrementa la exposición a enfermedades de origen hídrico. Por su parte, en el municipio de **Tibú**, el **Casco Urbano de La Gabarra**, el **Casco Urbano de Pacelli**, **Tres Bocas** y **La Llana** enfrentan una presión constante sobre sus sistemas

de acueducto; la falta de infraestructura de potabilización adecuada, especialmente en estos centros poblados y áreas rurales dispersas, compromete la calidad del agua en el punto de consumo y actúa como un factor crítico para la salud pública.

2. Manejo inadecuado de residuos sólidos y excretas El diagnóstico evidencia prácticas inadecuadas de disposición de residuos sólidos y excretas, incluyendo la disposición a cielo abierto y el manejo intradomiciliario deficiente. Esta situación se agrava en las zonas rurales de **Bucarasica** como **La Curva** y **La San Juana**, donde la ausencia de soluciones sanitarias tecnificadas favorece la contaminación de suelos y drenajes naturales. En **Tibú**, la problemática es notoria en **La Gabarra** y **Tres Bocas**, donde la concentración poblacional y la falta de servicios de aseo eficientes facilitan la proliferación de vectores y la transmisión de enfermedades infecciosas, afectando de manera desproporcionada a la población infantil menor de cinco años.

3. Condiciones de higiene insuficientes en el entorno domiciliario Se identifican prácticas limitadas de higiene del hogar, manipulación de alimentos y lavado de manos, asociadas a barreras de acceso a agua segura y a procesos insuficientes de educación sanitaria. Estas condiciones inciden directamente en la persistencia de EDA e IRA, como se observa en los patrones de morbilidad reportados para **Bucarasica** y **Tibú**. En microterritorios como **La San Juana** y **La Llana**, la precariedad en el manejo de alimentos y el almacenamiento inadecuado del agua refuerzan el ciclo entre condiciones ambientales deficitarias y la recurrencia de eventos de salud prevenibles.

4. Inequidades territoriales y barreras de acceso a servicios básicos El ASIS pone en evidencia profundas inequidades territoriales que afectan el acceso equitativo a servicios públicos. En **Bucarasica**, el bajo grado de urbanización (solo 9,67%) genera que veredas como **La Curva** y **La San Juana** enfrenten mayores barreras de acceso a servicios especializados. En **Tibú**, la dispersión geográfica en **Pacelli** y **La Llana**, sumada a la dinámica de pobreza focalizada en **La Gabarra**, genera una sobrecarga en la limitada infraestructura existente. Estas inequidades actúan como determinantes sociales que explican la mayor vulnerabilidad sanitaria de estos microterritorios frente a brotes y enfermedades crónicas.

4. Impacto diferencial en población infantil y riesgo nutricional Los núcleos problemáticos afectan de manera diferenciada a la población infantil. En **Bucarasica**, se identifican necesidades en el cuidado de la primera infancia y el acceso a controles de salud en zonas rurales. En **Tibú**, la situación es crítica, con tasas de mortalidad en menores de cinco años asociadas a complicaciones perinatales y deficiencias nutricionales, especialmente visibles en áreas de difícil acceso como **Tres Bocas** y **La Llana**. La interacción entre el saneamiento deficiente, la inseguridad alimentaria y el limitado acceso a agua potable incrementa el riesgo de desnutrición y afecta el desarrollo integral de los niños y niñas en estos territorios priorizados.

5. RESULTADO EN SALUD:

De acuerdo con los resultados del ASIS 2024 de los municipios de **Bucarasica** y **Tibú**, los microterritorios de **La Curva** y **La San Juana** (Bucarasica), así como el **Casco Urbano de La Gabarra**, **Casco Urbano de Pacelli**, **Tres Bocas** y **La Llana** (Tibú), presentan condiciones de vulnerabilidad asociadas a deficiencias en saneamiento básico, acceso limitado a agua segura, manejo inadecuado de residuos sólidos y excretas, y prácticas insuficientes de higiene. Estos determinantes sociales incrementan la exposición de la población a Enfermedades Diarreicas Agudas (**EDA**), Infecciones Respiratorias Agudas (**IRA**) y eventos relacionados con la nutrición y enfermedades transmitidas por vectores.

El ASIS evidencia que estas problemáticas se encuentran relacionadas con profundas inequidades territoriales. En **Bucarasica**, la alta dispersión rural en **La Curva** y **La San Juana** limita el acceso a infraestructura básica y servicios de salud especializados, dado que la oferta se concentra principalmente en el casco urbano. En **Tibú**, el crecimiento demográfico y las dinámicas sociales en **La Gabarra** y **Pacelli**, sumadas a la ubicación estratégica de **Tres Bocas** y **La Llana**, generan una presión crítica sobre los servicios públicos y el entorno sanitario. Estas condiciones afectan de manera diferencial a la población infantil, reflejándose en el riesgo de desnutrición aguda y una marcada vulnerabilidad en la salud de menores de cinco años debido a las precarias condiciones de saneamiento ambiental.

En ambos municipios, la deficiente calidad del agua (con reportes de riesgo en los índices **IRCA** rurales), la disposición inadecuada de residuos y la ausencia de sistemas de potabilización sostenibles favorecen la persistencia de enfermedades de origen hídrico. Frente a esta situación, se reconoce la necesidad de una intervención intersectorial que involucre a las entidades territoriales, autoridades ambientales y juntas administradoras de acueductos, con el fin de mejorar las condiciones del hogar mediante prácticas de higiene, manejo seguro del agua y adecuada disposición de excretas, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil de manera

sostenible en estos microterritorios priorizados.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará **por** parte de los referentes y/o líder del programa salud pública, en donde se describa los pagos de acuerdo con la concertación realizada, este será el insumo para el acuerdo intersectorial.
- **Administrativo**: continuidad del Plan de Intervención de Colectivas - PIC tiempos y duración de la contratación del PIC: cumplimiento de perfiles y recursos técnicos y tecnológicos. para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores, lo cual será soportado mediante contratos, actas de inicio, informes de actividades, actas de supervisión y actas de liquidación.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Las actividades planteadas se alinean con los objetivos, ejes estratégicos y líneas operativas definidos en el PTS, y se operacionalizan a través del PAS, permitiendo una ejecución articulada, pertinente y orientada al logro de resultados en salud, conforme a la realidad situacional identificada en los micro territorios priorizados.
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas. La descripción técnica del proyecto evidencia la **articulación entre el PTS y el PDSP**, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y fortalecimiento de entornos saludables, que contribuyen a la reducción de la exposición a factores de riesgo asociados a las enfermedades diarreicas agudas (EDAS), especialmente en población priorizada, garantizando la trazabilidad entre planeación, ejecución y resultados.
- **Parámetros de calidad:** Las acciones desarrolladas en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas cumplirán con los **atributos de calidad establecidos en el artículo 16 del presente acto administrativo**, con especial énfasis en los principios de **oportunidad, seguridad y coordinación**. La **oportunidad** se garantizará mediante la programación y ejecución de las actividades dentro de los tiempos establecidos para la vigencia.
  La **seguridad** se asegurará a través del cumplimiento de protocolos técnicos, normativos y de bioseguridad durante el desarrollo de las intervenciones.
  La **coordinación** se fortalecerá mediante la articulación entre los actores institucionales, el talento humano ejecutor y los sectores intersectoriales identificados, asegurando una implementación organizada, eficiente y acorde con las necesidades del territorio. El cumplimiento de estos parámetros será verificado a través de informes técnicos, actas de seguimiento, registros de asistencia, soportes fotográficos y demás evidencias exigidas en los procesos de auditoría y evaluación.

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar conocimientos en salud ambiental a familias y comunidades conforme a los riesgos identificados en los entornos hogar y comunitario mediante la implementación de intervenciones colectivas en los municipios de Bucarasica y Tibú durante la vigencia 2026.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias mediante la implementación de la intervención colectiva de caracterización social y ambiental en el entorno comunitario
- Orientar a las familias intervenidas sobre la prevención de riesgos ambientales con el adecuado manejo de aguas, residuos, excretas y control de plagas mediante la intervención colectiva de Información en Salud

8. RECURSO HUMANO

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

- Un (1) profesional en el área ambiental.
- Un (1) profesional en psicología y/o trabajo social.

- Un (1) tecnólogo y/o técnico en el área social o ambiental.

NOTA: Cada equipo básico en salud estará conformado (1) profesional en el área ambiental, (1) profesional en psicología y/o trabajo social y (1) tecnólogo y/o técnico en el área social o ambiental; serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para cada micro territorio de los municipios priorizados. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Para el desarrollo de esta estrategia de intervenciones colectivas en el ámbito rural, se priorizará a líderes y sus familias, incluyendo zonas rurales dispersas, con el objetivo de generar conocimiento mediante estrategias de caracterización social y ambiental en salud, así mismo información en salud, las cuales se realizarán encuestas, entrevistas y talleres educativos enfocados en el fortalecimiento de hábitos de vida saludable, sobre el manejo adecuado de agua a nivel intradomiciliario, la correcta disposición de residuos y excretas, el control de plagas y la implementación de hábitos de higiene y condiciones sanitarias, fomentando entornos más saludables para que las familias puedan adoptar y mantener estas prácticas en su vida cotidiana. El resultado esperado es una población con prácticas para el cuidado y protección de los entornos, tanto físicos como emocionales, logrando una mayor adopción de prácticas saludables, identificando las problemáticas relacionadas con la higiene, el saneamiento básico de la vivienda y su entorno.

INTERVENCIONES:

Caracterización del entorno comunitario

- **Caracterización social y ambiental del entorno comunitario:** A través de la aplicación de la "Guía Metodológica para la Caracterización Social y Ambiental del Entorno Comunitario", se buscará identificar las condiciones sociales y ambientales que puedan ser factores de riesgo, con énfasis en hábitos de vida saludable. Se incluirá un análisis de las condiciones de riesgo y las prácticas de autocuidado en la vivienda. Este diagnóstico permitirá identificar las necesidades de intervención en torno a estos temas.

Caracterización del entorno hogar

Etapa 1

- **Caracterización social y ambiental del entorno hogar:** A través de la aplicación de la "Guía Metodológica para la Caracterización Social y Ambiental del Entorno Hogar", se buscará identificar las condiciones sociales y ambientales que puedan ser factores de riesgo, con énfasis en hábitos de vida saludable. Se incluirá un análisis de las condiciones de riesgo y las prácticas de autocuidado en la vivienda. Este diagnóstico permitirá identificar las necesidades de intervención en torno a estos temas.

Etapa 2:

- **Diagnóstico social y ambiental:** Se realizará un diagnóstico integral que cubra aspectos sociales, ambientales y de salud, con enfoque en la identificación de factores de riesgo biológicos y ambientales relacionados con saneamiento básico y prácticas de autocuidado. Este diagnóstico servirá para orientar las acciones informativas dirigidas a la prevención de estos problemas y la promoción hábitos de vida saludable en el entorno hogar.

Información en salud ambiental

Etapa 1:

Formación, diagnóstico y evaluación de capacidades: Se desarrollan talleres presenciales participativos sobre calidad del agua, saneamiento básico, residuos sólidos y prevención de enfermedades. Antes de iniciar, se identifican saberes previos mediante entrevistas o relatos para definir una línea base. Con base en los riesgos detectados, se articula con el ente territorial para canalizar a las familias hacia servicios de salud.

Etapa 2:

Socialización, resultados y sostenibilidad: Se presentan los resultados a nivel local con evidencia de aprendizajes y cambios en los hogares. Se miden indicadores como permanencia mínima del 60 por ciento,

formulación de proyectos comunitarios, implementación de acciones colectivas y construcción de una agenda pública.

10. PRODUCTOS O LOGROS

Caracterización del entorno comunitario

- Familias y comunidades con determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias identificadas en entorno comunitario.

Caracterización del entorno hogar

- Familias con determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias identificadas en su entorno hogar.

Información en salud ambiental

- Familias capacitadas en prácticas de vivienda saludable y prevención de riesgos sanitarios.

11. METAS

Caracterización del entorno comunitario

- Municipio con caracterización social y ambiental aplicada, utilizando el instrumento de caracterización del MSPS para evaluar las condiciones sociales y ambientales en el entorno hogar, con el fin de implementar la estrategia, promoviendo prácticas de saneamiento, acceso a agua segura y gestión adecuada de residuos para la prevención de enfermedades ambientales.

Caracterización del entorno hogar

- 100% de familias sensibilizados en el municipio para desarrollo de la estrategia.
- Número de hogares intervenidos promoviendo la adopción de hábitos saludables.

Información en salud ambiental

- Presentar propuestas de intervención en el 100% del municipio priorizados.
- Socializar la estrategia con actores comunitarios e institucionales, garantizando su participación activa en la identificación y mitigación de riesgos.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

El seguimiento técnico se desarrollará con periodicidad mensual, a través de la revisión y análisis de los instrumentos de recolección de información implementados para la ejecución de las actividades, así como del software Epicollect donde se realiza la caracterización de la población objeto, con el fin de verificar la calidad y oportunidad del registro, la cobertura alcanzada, la adecuada focalización de los grupos priorizados y la coherencia entre la planeación y la intervención ejecutada. Simultáneamente, se efectuará la revisión técnica de los informes mensuales remitidos por las ESE's, incluyendo el análisis de metas programadas versus metas ejecutadas, soportes documentales (listados de asistencia, actas, registros fotográficos y formatos diligenciados), indicadores de producto y resultado, dificultades presentadas y acciones de mejora propuestas, permitiendo identificar desviaciones, establecer correctivos oportunos y evaluar el nivel de cumplimiento contractual y el impacto de las acciones desarrolladas en el periodo evaluado.

13. PRESUPUESTO

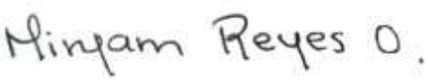
DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$ 130.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCION	NUMERO DE ACTIVIDADES
Caracterización del entorno hogar	200
Caracterización del entorno comunitario	2

Información en salud ambiental	18

15. RESPONSABLE



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

FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO OFICIAL (Presupuesto discriminado por ítems).

Financiación: La financiación del presente proceso, será con cargo a los recursos del Presupuesto de Gastos e Inversión de la Vigencia Fiscal 2026 del INSTITUTO, discriminado en los siguientes rubros presupuestales:

DESCRIPCIÓN PRESUPUESTAL	VALOR
19.02.107 / 19051.09 OT. SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / TUBERCULOSIS (PIC)	90.000.000
19.02.112 / 19051.02 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - JUVENTUD / CRONICAS (PIC)	300.000.000
19.02.110 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	30.000.000
19.02.109 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PRIMERA INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	30.000.000
19.02.108 / 19051.05 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - POBLACIÓN MATERNA-PERINATAL / SASER (PIC)	220.000.000
19.02.111 / 19051.05 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - ADOLESCENCIA / SASER (PIC)	220.000.000
19.02.110 / 19051.04 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - INFANCIA / NUTRICIÓN (PIC)	76.130.000
19.02.109 / 19051.04 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PRIMERA INFANCIA / NUTRICIÓN (PIC)	23.870.000
19.02.107 / 19051.10 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / LEPRA (PIC)	80.000.000
19.02.107 / 19051.07 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / VULNERABLES (PIC)	30.000.000
19.02.107 / 19051.12 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / ETV (PIC)	175.000.000
19.02.113 / 19051.06 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - ADULTEZ / AMBITO LABORAL (PIC)	158.700.000
19.02.107 / 19051.01 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / AMBIENTE (PIC)	130.000.000
TOTAL	1.563.700.000

Presupuesto Oficial: El valor de esta Invitación Pública para este **GRUPO 6** es hasta por la suma de $1.563.700.000 (Mil quinientos sesenta y tres millones setecientos mil pesos M/cte.)., subordinados a las respectivas apropiaciones presupuestales, con cargo al presupuesto 2026, CDP # 774 de 28 de abril de 2026. Las ofertas que sobrepasen este presupuesto, serán inadmitidas.

FACTORES DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

Se fijan los siguientes criterios para la calificación de las propuestas que se reciban del presente proceso de Licitación Pública:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
EVALUACIÓN TÉCNICA	70
PRECIO DE LA PROPUESTA	30
TOTAL.....	**100 PUNTOS**

EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 70 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del cumplimiento de los requerimientos y lineamientos técnicos definidos en estos pliegos y en los Estudios previos que hacen parte integral del presente proceso.

FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA	PUNTAJE MÁXIMO = 70
- Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.	25
- Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas -PIC de manera territorializada y permanente.	15
- Evidenciar el compromiso para garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución, configurando exclusividad de los equipos básicos de salud a través de los cuales se deben ejecutar las intervenciones colectivas.	15
- Disponer de un área de trabajo con las condiciones necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalué los resultados de estas.	15
No presenta el 100% de los requerimientos y/o lineamientos técnicos descritos en los pliegos y estudios previos	0 (RECHAZADA)

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NOTA: Cuando el oferente obtenga cero (0) en este aspecto de evaluación, la propuesta será RECHAZADA, pues queda sobre entendido que NO reúne las condiciones técnicas que formula el pliego de condiciones, lo cual quedará consignado en el informe de evaluación correspondiente.

PRECIO DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 300 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del valor de la propuesta económica correspondiente al ANEXO TÉCNICO N°1 – ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES.

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{Propuesta de menor precio} \times 300}{\text{Valor de la propuesta en estudio}}$$

LOTE 7

SUBGRUPO 1. PROGRAMA SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

1. JUSTIFICACIÓN

Las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC- de Norte de Santander. Para la vigencia 2025, se formularon bajo las siguientes consideraciones: El Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) – el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) basado en APS, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)-Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS), que se constituyen en herramientas globales a considerar para el desarrollo de las acciones de Gestión la Salud Pública y las Intervenciones Colectivas. Así como la normativa vigente que regula la planeación, contratación, seguimiento y evaluación de las intervenciones de salud pública colectiva.

El PIC está orientado a la ejecución de sus intervenciones en el marco de las metas establecidas en el Plan de territorial de salud 2024-2026, con enfoque en la Atención Primaria en Salud – APS y de determinantes sociales con perspectiva territorial, con el fin de promover la salud, disminuir las vulnerabilidades, proteger y conservar la vida, dando respuestas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones en salud de la población, bajo la estrategia Avanzando hacia una sexualidad y maternidad segura.

Las Intervenciones de Salud Pública Colectiva, se desarrollan a través de las Empresas Sociales del Estado pertenecientes al Departamento de Norte de Santander, quienes ejecutaran las intervenciones en los entornos de vida (hogar, institucional, educativo, comunitario) en los municipios priorizados.

El actual proyecto tiene como propósito impactar de manera positiva la salud sexual de la población del departamento de Norte de Santander mediante la generación de prácticas de autocuidado, cambios comportamentales y sensibilización en la importancia de la asistencia a consulta médica para la aplicación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y ruta materno perinatal en el caso de las mujeres en edad fértil; lo anterior con el objetivo de reducir los indicadores de morbi-mortalidad para el programa de Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos e influir en el mejoramiento de los determinantes sociales en salud en la población del departamento.

Mediante este proyecto se dará continuidad a las acciones del plan de intervenciones colectivas contratadas para el municipio de pamplona durante la vigencia 2025 con el propósito de empoderar a las familias ya priorizadas, adicionalmente se incluirán micro territorios del municipio de Pamplonita ya que es necesario intervenir a la población de este municipio del cual procede una muerte materna de la vigencia 2025, por tal motivo es necesario empodera a la población de los municipio de Pamplona y Pamplonita buscando la generación, apropiación de conocimientos y promoción de la adopción de prácticas de autocuidado para una sexualidad y maternidad segura, con el fin de establecer cambio de comportamiento y mantenerlos en el tiempo.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 1597 de 2025 por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.
- Resolución 276 de 2019 Modifica la Resolución 3280 de 2018, amplia plazos para la implementación y progresividad de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

En vigencias anteriores se han desarrollado estrategias para el plan de intervenciones colectivas departamental (información en salud), dichas acciones se realizaron con el propósito de diagnosticar un numero especifico de hogares en micro territorios priorizados según situación de salud y el análisis realizado a los indicadores de los mismos para el programa de Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos , identificando sus necesidades tanto básicas como relacionadas con salud sexual, lo anterior buscando un primer contacto con la población que genere confianza y ayude a establecer un compromiso por parte de esa población priorizada todo esto bajo la estrategia de avanzando hacia una sexualidad y maternidad segura mediante la cual se quiere continuar interviniendo a la población en la vigencia 2026 con la estrategia de educación y comunicación para salud con el fin de afianzar conocimiento en temas relacionados con salud sexual, generar prácticas de autocuidado, cambios comportamentales y sensibilización en la importancia de la asistencia a consulta médica para la aplicación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y ruta materno perinatal en el caso de las mujeres en edad fértil.

Los datos epidemiológicos evidencian la necesidad. En norte de Santander los eventos de mayor carga para continúan concentrándose en problemáticas asociadas a sífilis gestacional, VIH, embarazo en adolescentes, mortalidad materna, Morbilidad Materna Extrema, VBG y Mortalidad Materno Perinatal. Estas condiciones no solo

expresan desigualdades en salud, sino que reflejan la interacción de determinantes estructurales, institucionales y socioculturales que influyen de manera directa en los desenlaces de salud sexual y reproductiva.

En sífilis gestacional, el departamento mantiene un número elevado de casos, especialmente en municipios con mayor densidad poblacional, alta movilidad humana y flujos migratorios. La persistencia de este evento sugiere brechas en tamizaje oportuno, trazabilidad de casos y tratamiento integral tanto para gestantes como para sus parejas sexuales.

Respecto a VIH, se observa un patrón similar, con mayor incidencia en zonas urbanas y periurbanas. Los hallazgos sugieren deficiencias en la captación temprana, tamizaje durante el control prenatal y continuidad de la atención para gestantes seropositivas y en demás población en general.

El embarazo en adolescentes continúa siendo un problema crítico, especialmente en territorios rurales, dispersos y con barreras geográficas de acceso. La persistencia de este evento está vinculada con factores sociales como violencia basada en género, baja escolaridad, limitaciones en educación integral en sexualidad y acceso restringido a métodos anticonceptivos.

En relación con la Mortalidad Materna, aunque el número de casos es menor en comparación con otros indicadores, sigue constituyendo un evento centinela que revela fallas en la oportunidad de la atención, en la identificación temprana de riesgos y en la resolución adecuada de emergencias obstétricas. Este comportamiento reafirma la necesidad de fortalecer la Ruta Materno Perinatal en todos sus niveles.

Respecto a las Violencias Basadas en Género en el departamento continúan mostrando un comportamiento elevado y sostenido, asociado a determinantes estructurales, fallas en la articulación institucional y factores culturales profundamente arraigados. Este panorama resalta la necesidad de fortalecer la prevención primaria, mejorar la capacidad de respuesta territorial, garantizar la activación efectiva de la ruta y promover acciones comunitarias sostenidas que transformen las dinámicas que perpetúan la violencia.

Finalmente, las diferencias observadas en IVE y acceso a servicios evidencian una capacidad de respuesta desigual entre instituciones y municipios, especialmente en zonas rurales y de frontera. Persisten barreras para la garantía del derecho, que incluyen disponibilidad limitada de servicios, trabas administrativas y desconocimiento por parte de la población.

En conjunto, el comportamiento general de los indicadores reafirma la influencia de determinantes estructurales —como pobreza, conflicto, barreras geográficas y migración— junto con determinantes institucionales (capacidad resolutiva, oportunidad en el acceso) y factores culturales (baja percepción de riesgo, limitaciones educativas). Estas interacciones siguen condicionando las brechas identificadas y deben orientar la toma de decisiones, la priorización territorial y el fortalecimiento de intervenciones intersectoriales en salud sexual y reproductiva.

En cuanto al análisis de la morbilidad por eventos de notificación obligatoria enmarcado para el programa de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, en el departamento de Norte de Santander durante el período 2007-2023 evidencia patrones epidemiológicos significativos que reflejan tanto avances en salud pública como áreas críticas que requieren intervenciones focalizadas.

Entre los eventos notificados con mayor relevancia, se observa un incremento sostenido en las anomalías congénitas, las cuales han experimentado un aumento desde los 8 casos registrados en 2010 hasta alcanzar los 400 casos en 2023. Este crecimiento podría estar asociado a múltiples factores etiológicos, incluyendo variables ambientales, genéticas y sociales, así como a mejoras en la capacidad diagnóstica y los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Asimismo, la morbilidad materna extrema ha mostrado una tendencia ascendente desde el inicio de su registro en 2012, pasando de 239 casos a 559 en 2023. Este fenómeno pone en evidencia desafíos persistentes en la atención prenatal, el acceso oportuno a servicios especializados y la calidad de la atención obstétrica en el departamento.

Indicadores Materno-Infantiles

El análisis comparativo de los indicadores materno-infantiles revela fluctuaciones relevantes en la salud perinatal y materna:

La razón de mortalidad materna en Norte de Santander se ha mantenido en un rango variable entre 39,1 y 89,6 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. A nivel nacional, esta tasa ha oscilado entre 45,3 y 83,2, lo que indica que, en determinados años, el departamento ha superado los promedios nacionales, evidenciando disparidades regionales en la atención obstétrica.

En términos de mortalidad neonatal, el departamento mostró una leve tendencia descendente, reduciéndose de 7,3 a 6,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque esta tendencia es positiva, los datos se mantienen en niveles comparables con el promedio nacional, que osciló entre 6,7 y 7,3 por cada 1.000 nacidos vivos.

Eventos de Interés en Salud Pública

En cuanto a los eventos prioritarios para la salud pública, destacan aquellos con alta carga de morbilidad y riesgo epidemiológico: Agresiones potencialmente transmisoras de rabia, Enfermedades transmitidas por vectores como el dengue y la malaria, también se encuentran eventos como Intentos de suicidio y Varicela.

Particularmente preocupante es la creciente prevalencia de sífilis y VIH, enfermedades infecciosas cuya transmisión se ha visto influenciada por el fenómeno migratorio en la región. La sífilis gestacional ha experimentado un alarmante aumento, pasando de 76 casos en 2007 a 537 en 2023, mientras que la sífilis congénita subió de 43 a 119 casos en el mismo período.

En relación con la infección por VIH, la tasa de incidencia notificada en Norte de Santander se situó en 25,55 por cada 100.000 habitantes, inferior a la media nacional (28,38), con una diferencia relativa de 0,9001 (IC95%: 0,6108-1,3265). Sin embargo, es relevante destacar el éxito del departamento al lograr la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, un hito significativo en la salud pública regional.

Desigualdades Sociales y Determinantes de la Salud

En el ámbito de la equidad de género, se observan brechas significativas en el acceso a servicios de salud y educación. Las mujeres enfrentan niveles elevados de discriminación y violencia de género, con una tasa de 216,60 por cada 100.000 habitantes, mientras que la violencia intrafamiliar alcanza los 27,76 por cada 100.000 habitantes, reflejando la persistencia de entornos inseguros para las mujeres y las familias en la región.

Asimismo, la población OSIGD continúa enfrentando discriminación y estigmatización, afectando su acceso a servicios básicos como salud, educación y empleo. La ausencia de datos estadísticos precisos sobre esta comunidad limita la capacidad de diseñar e implementar políticas públicas inclusivas y efectivas. A pesar de ello, se han logrado avances significativos en el reconocimiento de derechos y la visibilizarían de la diversidad sexual en el contexto colombiano.

Logros y Desafíos en Salud Pública

El departamento presenta avances notables en áreas estratégicas de intervención, incluyendo: La prevención del consumo de sustancias psicoactivas, el manejo integral del VIH/SIDA, la reducción de la violencia intrafamiliar y la violencia de género. No obstante, persisten desafíos críticos en la promoción de estilos de vida saludables. Se ha identificado un bajo consumo de frutas y verduras en la población, situándose por debajo del promedio.

Con lo referido anteriormente es de resaltar que el análisis epidemiológico de Norte de Santander entre 2007 y 2023 resalta importantes logros en salud pública, especialmente en la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la reducción de la mortalidad neonatal. Sin embargo, persisten retos significativos relacionados con la morbilidad materna extrema, las enfermedades transmisibles y las desigualdades sociales que afectan la salud poblacional.

Se hace imperativo continuar fortaleciendo las políticas públicas basadas en un enfoque de determinantes sociales de la salud, así como promover intervenciones integrales y colectivas que aborden los factores estructurales que perpetúan las inequidades sanitarias en el departamento.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

Morbilidad

La morbilidad en el departamento muestra un incremento sostenido en los eventos relacionados con el programa de sexualidad derechos sexuales y reproductivos, durante el periodo epidemiológico 01–44 del año 2025 se notificaron 263 casos de hepatitis B, C y Delta en Norte de Santander, cifra similar a la del 2024 y superior a la del 2023, lo que demuestra una tendencia ascendente y persistencia del evento en el departamento. El análisis muestra que los principales mecanismos de transmisión fueron la vía sexual y la parenteral, seguidos de la transmisión horizontal y, en menor proporción, la materno-infantil.

La mayor afectación se presenta en personas entre años 29 y 59, grupo que concentra más del 60% de los casos, con una distribución equilibrada por sexo. Predomina la afiliación al régimen subsidiado (75%), lo que evidencia condiciones de vulnerabilidad social y barreras de acceso a servicios de salud. Territorialmente, los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario, Ocaña, Tibú, Hacarí y El Tarra registran las cifras más altas, destacando el Catatumbo como zona crítica por su limita, en cuanto al VIH se notificaron 604 casos de VIH/Sida en Norte de Santander, mostrando una disminución del 14% frente a 2024, pero manteniendo una transmisión elevada, con una tasa de incidencia de 35,2 casos por 100.000 habitantes. El comportamiento temporal evidencia circulación endémica y sostenida durante todo el año. El mecanismo de transmisión sexual domina con el 99% de los casos, lo que indica que el evento continúa altamente asociado a prácticas sexuales sin protección. La mayor afectación corresponde a hombres (76%), principalmente entre 29 y 59 años, seguidos del grupo de 18 a 28 años, lo que refleja una epidemia concentrada en población joven-adulta y económicamente activa. A nivel territorial, Cúcuta concentra el 62% de los casos, Villa Caro, seguida de Ocaña, Villa del Rosario y Los Patios. La zona de frontera presenta alta incidencia, influenciada por movilidad, migración y dinámicas sociales. Se reportan 145 casos en población venezolana, lo que confirma el impacto de la migración en el comportamiento del evento.

Seguidamente para los casos de sífilis congénita hay una incidencia de 2,2 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque esta cifra representa una reducción frente a 2024 y una disminución significativa respecto a 2023, el evento continúa evidenciando transmisión activa y fallas en la prevención de la sífilis gestacional. El 100% de los casos tenía madres previamente notificadas con sífilis gestacional, lo que demuestra que la principal brecha no está en la detección, sino en la oportunidad y completitud del tratamiento durante el embarazo. Adicionalmente, un 24% de las madres fue diagnosticado en el parto o puerperio, lo que implica pérdida total de la ventana preventiva. La mayor parte de los casos se concentra en zonas urbanas (80%), especialmente Cúcuta, Villa del Rosario, aunque las incidencias más altas se observan en municipios del Catatumbo como Tibú, Ocaña y Sardinata, donde existen mayores barreras de acceso. Se evidencia una afectación similar entre madres colombianas (23 casos) y venezolanas (23 casos), lo que confirma el impacto de la migración y la movilidad transfronteriza en el comportamiento del evento.

En cuanto a la Sífilis Gestacional en Norte de Santander, con una razón de prevalencia de 20,2 por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque se observa una ligera disminución respecto a 2024, el evento se mantiene alto y persistente, evidenciando transmisión sostenida. La mayor afectación se presenta en mujeres entre 29 y 59 años (65,8%), seguidas del grupo de 18 a 28 años. Un dato crítico es que más del 85% de las gestantes pertenece al régimen subsidiado o no está asegurada, lo que refleja vulnerabilidad social y barreras en el acceso al control prenatal oportuno. En cuanto a nacionalidad, se reportan 258 gestantes colombianas y 156 venezolanas, confirmando el impacto de la migración en el comportamiento del evento. Territorialmente, Cúcuta concentra 235 casos, pero las tasas más altas se registran en municipios del Catatumbo como Tibú, Puerto Santander, Teorama y El Tarra, donde existen mayores dificultades de acceso a servicios de salud y seguimiento prenatal.

En cuanto a las condiciones maternas perinatales, las complicaciones relacionadas con la salud materna siguen dominando con un 84,49% de los casos en 2023, mientras que las complicaciones perinatales aumentaron levemente al 15,51%, lo que indica una mayor atención a la salud neonatal.

Dentro de casos de morbilidad materna extrema de la S.E 1 a la 44 para el año 2025; se encuentran 61 casos para población Extranjera correspondiente 26,2 % y como Nacionalidad Venezolana que son casos ya con residencia para Norte de Santander son 172 casos correspondiente al 73,8 Casos notificados de otro Departamento: 4 casos de Cesar, 2 caso Arauca y 1 caso Nariño.

Puerto Santander apareció sistemáticamente entre los municipios más afectados en ocho de los nueve eventos principales de mortalidad, y como primer lugar en siete de ellos, sugiriendo vulnerabilidades sociosanitarias críticas, determinantes sociales adversos y posibles deficiencias en la red de servicios de salud que requirieron intervenciones urgentes, integrales y focalizadas por parte de las autoridades sanitarias departamentales y municipales.

Mortalidad

La mortalidad en salud sexual y reproductiva constituye un indicador crítico del desempeño del sistema de salud y de las condiciones sociales que influyen en el acceso y la calidad de los servicios. En este ámbito, la mortalidad materna sigue siendo uno de los eventos más sensibles, reflejando complicaciones obstétricas que no fueron prevenidas o tratadas de manera oportuna, y que en muchos casos están asociadas a causas evitables como hemorragias, trastornos hipertensivos, infecciones y barreras en la atención. Asimismo, la mortalidad perinatal, la asociada a infecciones de transmisión sexual y las muertes relacionadas con embarazos no intencionales evidencian desigualdades persistentes y brechas en educación, planificación y cuidado integral. El análisis de estos eventos resulta fundamental para fortalecer la vigilancia, orientar intervenciones poblacionales y mejorar la respuesta institucional, con el fin de disminuir riesgos y avanzar en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

En relación con la Mortalidad Materna, aunque el número de casos es menor en comparación con otros indicadores, sigue constituyendo un evento centinela que revela fallas en la oportunidad de la atención, en la identificación temprana de riesgos y en la resolución adecuada de emergencias obstétricas. Este comportamiento reafirma la necesidad de fortalecer la Ruta Materno Perinatal en todos sus niveles. Para la vigencia 2025 se llevan 10 muertes maternas registradas en los municipios de Cúcuta, El Carmen, El Tarra, Gramalote, Tibú, Ocaña, Pamplonita y Abrego.

En cuanto la Mortalidad Perineo natal se han reportado 119 casos a corte de la semana 44 epidemiológica, Este evento refleja tanto las condiciones de salud de la gestante como la oportunidad y eficacia de la atención durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal temprano. Las principales causas incluyen complicaciones obstétricas no atendidas adecuadamente, prematuridad, asfixia perinatal, infecciones y malformaciones congénitas, muchas de ellas prevenibles mediante un control prenatal oportuno, vigilancia del riesgo, atención institucional del parto y cuidados neonatales de calidad. Su análisis permite identificar brechas en acceso, continuidad del cuidado y capacidad resolutiva de los servicios, orientando intervenciones para reducir riesgos y mejorar los resultados en salud materna y neonatal.

Determinantes sociales e inequidades en salud

Los determinantes sociales en salud representan el conjunto de condiciones estructurales y cotidianas que influyen en el bienestar de las personas y en la forma en que se distribuyen la salud, la enfermedad y la muerte en un territorio. En Norte de Santander, estos determinantes se expresan de manera diferenciada según el contexto urbano, rural y rural disperso, marcados por factores como la situación socioeconómica, la migración, la informalidad laboral, la seguridad alimentaria, la infraestructura sanitaria y las barreras geográficas presentes en municipios como Tibú, El Tarra, Sardinata, Teorama, San Calixto, Convención y La Playa. Aspectos como los bajos niveles educativos, el limitado acceso a servicios básicos en zonas rurales, la presencia histórica del conflicto armado, la movilidad humana en la frontera, las condiciones de vivienda, la desigualdad de género y las dificultades en el aseguramiento y la continuidad del servicio inciden directamente en la capacidad de la población para acceder a una atención oportuna y de calidad.

Asimismo, factores culturales, dinámicas comunitarias, creencias, roles de género y redes de apoyo influyen en la percepción del riesgo, la búsqueda de atención y la adherencia a prácticas de autocuidado, especialmente en temas como salud sexual y reproductiva, embarazo adolescente, prevención de enfermedades transmisibles y control de enfermedades crónicas. En municipios fronterizos y rurales se observan mayores barreras para el acceso a controles prenatales, métodos anticonceptivos, seguimiento de enfermedades y servicios especializados, lo que profundiza brechas entre grupos poblacionales.

El análisis de los determinantes sociales en Norte de Santander evidencia que la salud no depende únicamente del sistema sanitario, sino de oportunidades estructurales que determinan la calidad de vida, la exposición al riesgo y la capacidad de respuesta de las familias y comunidades. Por ello, su abordaje requiere intervenciones integrales, intersectoriales y comunitarias que permitan reducir inequidades históricas, mejorar las condiciones de vida, fortalecer entornos protectores, garantizar el acceso efectivo a los servicios y avanzar en el ejercicio pleno del derecho a la salud para toda la población del departamento.

Las inequidades en salud en Norte de Santander representan diferencias persistentes y evitables que afectan de manera desproporcionada a diversos grupos de población, reflejando desigualdades estructurales asociadas a condiciones sociales, económicas, culturales, geográficas y de género. Estas inequidades se hacen visibles en brechas en el acceso a servicios de salud, en la oportunidad y calidad de la atención, en la carga de enfermedad y

en los resultados sanitarios entre municipios urbanos como Cúcuta, Villa del Rosario y Los Patios, y territorios rurales y rurales dispersos como Tibú, El Tarra, Convención, Teorama, San Calixto, Sardinata, La Playa y Hacarí. Factores como la pobreza, el desempleo, la informalidad laboral, la inseguridad alimentaria, las limitaciones en movilidad, la dispersión territorial, la presencia histórica del conflicto armado y el impacto continuo de la migración en la frontera inciden directamente en la capacidad de la población para prevenir enfermedades, acceder a servicios oportunos y mantener condiciones de vida saludables.

Asimismo, las inequidades se profundizan por barreras de tipo administrativo, cultural y educativo que afectan especialmente a mujeres, adolescentes, población migrante, comunidades rurales, víctimas del conflicto y grupos en condición de vulnerabilidad. Estas barreras generan menor acceso a controles prenatales, mayor riesgo de complicaciones obstétricas, limitaciones en el acceso a métodos anticonceptivos, baja adherencia a programas de prevención de enfermedades crónicas, menor cobertura en vacunación y dificultades para el diagnóstico temprano de enfermedades transmisibles y no transmisibles. En el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, estas inequidades se manifiestan en tasas diferenciadas de embarazo adolescente, mayor incidencia de ITS, dificultades para garantizar el control prenatal oportuno, variaciones en la disponibilidad de servicios y disparidades en la atención entre áreas urbanas y rurales.

El análisis de estas inequidades permite evidenciar que los resultados en salud no dependen únicamente del sistema de atención, sino de las condiciones sociales que facilitan o limitan las oportunidades de bienestar. Por ello, su reducción requiere intervenciones colectivas e intersectoriales que aborden las causas estructurales, fortalezcan la oferta de servicios, mejoren la capacidad de respuesta municipal y promuevan la participación comunitaria. Solo mediante acciones integrales que reduzcan brechas históricas, se avance en la equidad territorial y se garantice el acceso oportuno y de calidad, será posible mejorar los indicadores de salud y asegurar el ejercicio pleno del derecho a la salud para todas las poblaciones en Norte de Santander.

5. RESULTADO EN SALUD:

La implementación de las intervenciones colectivas en el departamento de Norte de Santander y en cada uno de sus municipios ha permitido fortalecer de manera significativa los procesos de promoción de la salud, gestión del riesgo y detección temprana establecidos en la Resolución 3280 de 2018, generando resultados medibles en los diferentes indicadores de salud pública. A través del trabajo articulado con las administraciones municipales, equipos PIC, actores comunitarios y sectores aliados, se han desarrollado acciones que impactan directamente las condiciones de vida y los determinantes sociales de la población en territorios urbanos y rurales, incluyendo Villa del Rosario, Los Patios, Ocaña, Pamplona, Pamplonita, Tibú, El Tarra, Sardinata, Convención, Ábrego, Hacarí, Teorama, Puerto Santander y Salazar

Estas acciones colectivas, basadas en procesos de caracterización, información en salud y educación comunitarios e intersectoriales, han permitido fortalecer competencias individuales y colectivas en hábitos y estilos de vida saludables, mejorar la identificación y mitigación de factores de riesgo, incrementar la participación comunitaria organizada y fortalecer la demanda informada hacia los servicios de salud. Gracias a ello, se evidencia un aumento en las coberturas de vacunación, una mayor adherencia a los programas de salud sexual y reproductiva, un mejor acceso a servicios de control prenatal, así como avances en la vigilancia de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

En materia de salud materna, las intervenciones colectivas han contribuido a aumentar la captación temprana de gestantes, promover el cumplimiento de los controles prenatales, fomentar hábitos maternos saludables y facilitar el seguimiento a señales de alarma, lo cual incide positivamente en la reducción de riesgos obstétricos, Morbilidad Materna Extrema (MME) y complicaciones durante el embarazo, parto y posparto. De igual manera, se han impulsado acciones para el fortalecimiento del acceso a métodos anticonceptivos, asesoría en planificación familiar, educación sexual integral y acompañamiento a grupos prioritarios, como adolescentes, población migrante, víctimas del conflicto y comunidades rurales dispersas.

Además, la labor territorial ha permitido avanzar en la reducción de brechas de acceso y en la mejora de la oportunidad del servicio, mediante jornadas comunitarias, alianzas estratégicas con instituciones educativas, participación activa de líderes comunitarios y la articulación con actores locales para llegar a zonas de difícil acceso. Estas estrategias han favorecido el incremento de la demanda informada, el empoderamiento de mujeres y jóvenes sobre su salud sexual y reproductiva, así como el fortalecimiento de capacidades en talento humano y equipos municipales.

En conjunto, los resultados obtenidos reflejan el impacto positivo de las intervenciones colectivas en SSR en Norte de Santander, mejorando coberturas, fortaleciendo la educación para la salud y contribuyendo al cumplimiento de las metas de salud pública, al tiempo que se consolidan entornos más protectores, informados y favorables para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos en toda la población.

Asimismo, la intervención focalizada en zonas de difícil acceso y municipios con presencia de población en condición de vulnerabilidad ha contribuido a cerrar brechas en acceso, mejorar la oportunidad en la atención y facilitar la articulación entre el nivel municipal y departamental. Estos esfuerzos se reflejan en la reducción de barreras geográficas, culturales y administrativas para la población, y en la mejora progresiva de indicadores como la captación temprana de gestantes, la reducción de complicaciones obstétricas, el fortalecimiento de la detección temprana de cáncer, el aumento en la cobertura de planificación familiar, el seguimiento a población infantil y el mejoramiento de prácticas de cuidado en salud.

De manera integral, los resultados alcanzados en Norte de Santander evidencian la efectividad de las intervenciones colectivas como una herramienta fundamental para avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas en la Resolución 3280 de 2018. El despliegue territorial de estas acciones ha permitido fortalecer la capacidad institucional, mejorar la calidad de los procesos, optimizar el uso de recursos y consolidar una respuesta más coordinada y sostenible para mejorar los niveles de salud de la población, contribuyendo al bienestar general, la equidad en el acceso y la garantía de los derechos en salud.

Basados en lo anterior se definen los siguientes resultados en salud establecidos en la resolución 3280 del 2018:

Resultados intermedios:

Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos.

Indicador

Proporción de personas que conocen métodos anticonceptivos
Personas, familias y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud.

Indicador

Proporción de personas que desarrollan prácticas para el cuidado de su salud y su desarrollo.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará de acuerdo a lo ejecutado presentado por el ejecutor en guía de la matriz técnico financiera, y definido por la forma de pago que quede inmerso dentro del contrato.
- **Administrativo**: Tiempo de duración: 6 meses a partir de la firma del acta de inicio con seguimientos mensuales a disposición y se genera actas de soporte.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. De acuerdo con nuestras necesidades de cumplimiento de las metas dentro del plan territorial y plan de acción en salud se requiere la ejecución de estas acciones sujetas al programa de sexualidad y derechos y reproductivos.
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado del Programa. Indicadores de gestión y de resultado de obligatorio cumplimiento y específico del programa.
- **Parámetros de calidad:**
  Integralidad de la intervención: Articulación de los componentes de la estrategia de información en salud, bajo un enfoque integral en salud sexual y reproductiva.
  Participación social y comunitaria: Vinculación activa de personas, familias y organizaciones comunitarias en todas las fases del proyecto.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fomentar la generación, apropiación de conocimientos y promoción de la adopción de prácticas de autocuidado para una sexualidad y maternidad segura en los hogares priorizados en los municipios de Toledo, Labateca y Ragonvalia en el año 2026, con el propósito de promover la salud, prevenir riesgos y alcanzar las metas del Plan Territorial de Salud “Avanzando hacia una sexualidad y maternidad segura”

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Afianzar las capacidades de las familias y comunidades en la adopción de hábitos saludables de autocuidado para una sexualidad sana, responsable y activa mediante la implementación de la intervención colectiva de educación y comunicación para la salud y su gestión para su continuidad y sostenibilidad en el territorio.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso de educación y comunicación para la salud es necesario contar con la participación de talento humano en salud, es de aclarar que para cada municipio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles.

Total, de equipos básicos en salud: 2 por municipio.

Perfiles a contratar en cada equipo básico: Enfermera profesional y/o profesional en psicología con experiencia en desarrollo de acciones comunitarias (2), Técnico en el área de la salud con experiencia de acciones comunitarias y gestión documental (1)

Nota: Los profesionales contratados serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para el municipio. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta estrategia de intervenciones colectivas en el ámbito urbano, rural y rural disperso, se priorizará a líderes y sus familias intervenidos en la vigencia 2025, con el objetivo de generar conocimiento mediante estrategias de Educación y comunicación para la salud, en las cuales se desarrollara un proceso formativo en la salud sexual y reproductiva, así como en la maternidad segura, para informar a la población sobre prácticas como la planificación familiar, el uso adecuado de anticonceptivos y la importancia de una atención prenatal adecuada. El resultado esperado en la población es lograr comportamientos de una sexualidad y maternidad segura, reducción de riesgos asociados con el embarazo y el parto, con la finalidad de generar una autogestión del riesgo propio, el cual se hará con un enfoque integral y biopsicosocial, teniendo en cuenta el cuidado y la protección integral de los diferentes participantes que harán parte de las intervenciones colectivas entorno hogar. Finalmente, se verificará el resultado alcanzado mediante la educación brindada en los diferentes hogares, a través de visitas realizadas por parte del ente territorial, con el fin de asegurar la implementación de la estrategia Avanzando hacia una sexualidad y maternidad segura.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Educación en salud sobre la maternidad y sexualidad segura a las familias del ámbito rural y rural disperso de los municipios priorizado:

Documento de resultados de los conocimientos adquiridos a través del diseño metodológico implementado en el proceso de educación y comunicación para la salud dirigido a las familias, conforme a los criterios técnicos y normativos vigentes, y avalado por el ente territorial, sumado a lo anterior debe incluir material informativo validado comunitariamente para informar a la población en general sobre la importancia de adoptar prácticas de maternidad y sexualidad segura. Documento propuesta de continuidad

11. METAS:

100% del municipio con manifestación escrita del ente territorial municipal.

- 100% de líderes con aceptación para el desarrollo de la estrategia

- 100% de familias y actores locales con socialización y plan de trabajo por municipio para desarrollo de la estrategia.
- 100% de familias con medición de conocimientos previo a la aplicación de la estrategia de educación y comunicación para la salud
- Construcción de material de educación y comunicación para la salud para la promoción de una sexualidad y maternidad segura dirigido al 100% de familias de cada municipio.
- 100% de familias con conocimiento en prácticas sanas para gozar de una sexualidad y maternidad segura.
- 100% de familias con medición de conocimientos posterior a la aplicación de la estrategia de educación y comunicación para la salud
- 1 propuesta de continuidad conforme a resultados alcanzados.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

- La verificación se realizará a través de:
- Actas de seguimiento de manera mensual
- Listas de asistencia
- Revisar los productos según lo establecido en cada fase del proyecto
- Visita a los territorios intervenidos

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
Contratista	$ 300.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Educación y comunicación para la salud.	5424

15. RESPONSABLE:

Angélica M. Jácome C

ANGELICA MARÍA JACOME CARRASCAL
Responsable Programa Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.

SUBGRUPO 2. PROGRAMA LEPRA

1. JUSTIFICACIÓN

El 85% de las personas con discapacidad del Departamento enfrentan una compleja gama de situaciones: Pobreza, bajo nivel educativo, barreras Físicas y actitudinales, alto índice de NBI, difícil acceso a programas de capacitación continuada y por ende a restricción para el ingreso al mercado laboral, a la seguridad social y a programas de habilitación y rehabilitación, debilidad organizacional, segregación, entre otros.

La discapacidad de las personas es extremadamente variada, hay diferentes clases de deficiencias y las personas son afectadas en diferentes maneras algunas personas tienen una deficiencia, otras tienen deficiencias múltiples; algunas nacen con una deficiencia, mientras que otras pueden adquirir una deficiencia durante el transcurso de su vida. La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad describe a las personas con discapacidad como: quienes tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales de largo plazo.[2]

El presente proyecto de Plan de Intervenciones Colectivas busca fortalecer las acciones de caracterización e información en salud dirigidas a pacientes y ex pacientes del programa de lepra, con el propósito de identificar oportunamente sus condiciones de salud, necesidades sociales y factores de riesgo asociados, promoviendo una atención integral y el seguimiento continuo. Asimismo, se pretende fomentar el acceso a información clara y pertinente sobre la enfermedad, el autocuidado, la adherencia al tratamiento, la prevención de discapacidades y la

2

disminución del estigma social, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población intervenida y al fortalecimiento de las estrategias de salud pública orientadas al control y vigilancia de la lepra en la comunidad

En la actualidad Norte de Santander cuenta con 37.482 personas con discapacidad de las cuales, a la fecha del 31 de diciembre de 2024, 10.034 personas cuentan con el certificado de discapacidad en donde 5.732 presentan discapacidad física, 1.391 discapacidad visual, 1.046 discapacidad auditiva, 4.074 discapacidad múltiple; discapacidad intelectual 3.811, discapacidad psicosocial 3.096 y discapacidad sordo ceguera 19. *Fuente de información SISPRO – RLCPD,* corte de 31 de diciembre de 2024.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.
- Resolución 276 de 2019 Modifica la Resolución 3280 de 2018, amplia plazos para la implementación y progresividad de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal.
- Resolución 100 de 2024, por la cual se establece las disposiciones sobre la **Planeación Integral para la Salud**, derogando la Resolución 1536 de 2015.
- Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen: “Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad Hansen.
- Resolución 1597 del 30 de julio de 2025 por lo cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la gestión de salud pública y el plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de salud pública y la estrategia de Atención Primaria en salud (APS).

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

En el transcurso de la historia, la visión acerca de la discapacidad siempre ha sido referida en términos discriminatorio. Al paso de los años, esta visión fue transformándose, sin embargo, mantenía una perspectiva maligna sobre las personas "anómalas".

Para esto, la participación activa se vuelve una herramienta de acción dentro de un contexto social donde se acepta la diversidad, generando un medio social y físico más amigable y accesible, propicio para la integración de las personas con discapacidad. Desde este periodo también se reconoce que hay circunstancias que influyen en las condiciones y calidad de vida de las personas con discapacidad: la ignorancia, el abandono, la superstición, el miedo y sobre todo la indiferencia y la falta de sensibilidad de algunos sectores de la sociedad, son factores que a lo largo de la historia han aislado y retrasado el desarrollo de estas personas, impidiéndoles su integración.

Por último, se evalúa la colaboración entre diferentes sectores, como gobierno, organizaciones no gubernamentales y la comunidad, para abordar la lepra de manera integral. Todo esto ayuda a crear un panorama claro que permita diseñar intervenciones efectivas y mejorar la salud pública en general.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

Los determinantes sociales en salud, como el acceso a la educación, la pobreza, la violencia de género, y la falta de políticas públicas efectivas, influyen de manera directa en las condiciones de salud de la población. Abordar estas situaciones desde un enfoque integral que considere la participación de la sociedad, las familias, las comunidades y el estado es fundamental se mencionan los determinantes identificados en la población objeto a intervenir.

- **Acceso a la educación y conocimiento**
- **Condiciones socioeconómicas**
- **Acceso a servicios de salud**

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo de esta propuesta se requiere intervenir los hogares en el ámbito urbano y rural de los Municipios de Toledo y Labateca, identificando prácticas y riesgos presente en su entorno e informar, mediante las intervenciones colectivas de caracterización socioeconómica y de información en salud, Se proporcionará información clave sobre la enfermedad de Hansen, signos y síntomas, tratamiento, prevención de discapacidad, acceso a los programas de rehabilitación, prácticas de autocuidado. El resultado de impacto esperado es que 22 pacientes, expacientes de los Municipios de Toledo y Labateca, se caracterizan socioeconómicamente y evaluar las **condiciones de pobreza**, con **ingresos bajos o nulos**, **vulnerabilidad laboral** (desempleo), y a menudo en zonas con **hacinamiento y déficit nutricional**, lo que facilita la transmisión y progresión de la enfermedad, además de enfrentar una fuerte **discriminación** y **estigma** que limita su acceso a empleo, relaciones y bienestar general, perpetuando un ciclo de exclusión social y económica.

Adicionalmente las actividades de información en pacientes de lepra y comunidad son cruciales para empoderar, asegurar la adherencia al tratamiento, prevenir discapacidades, reducir el estigma y la discriminación y mejorar su calidad de vida, enseñándoles sobre la enfermedad, signos de alarma para buscar ayuda temprana, manejo de reacciones, autocuidado (como revisión de piel y nervios), y apoyo psicológico, integrando un enfoque integral biopsicosocial, a través de la conformación de redes comunitarias.

5.1 ENTIDAD TERRITORIAL

Norte de Santander es un Departamento clave en la realidad de la Lepra en Colombia, mostrando consistentemente altas tasas de detección y número de casos, con municipios como Los Patios reportando los mayores números, principalmente casos multibacilares y con retraso diagnóstico, lo que genera discapacidad y evidencia la necesidad de fortalecer la detección temprana y la formación del personal de salud para un control efectivo de la enfermedad en el territorio.

Norte de Santander se ubica entre los Departamentos con mayor número de casos de lepra en Colombia, junto a Santander y Valle del Cauca, Cúcuta, Ocaña, Villa del Rosario, El Zulia, Abrego, La playa son los municipios con mayor reporte de casos, según estudios de caracterización. Predominan los pacientes masculinos, entre 41-59 años, y la mayoría tiene el régimen subsidiado de salud. Se observan altos porcentajes de casos multibacilares (lepromatosa), con más de cinco lesiones y un porcentaje significativo de casos que desarrollan discapacidad (Grado I y II). Existe un retraso importante en el diagnóstico, con una oportunidad promedio de 2.4 años, lo que contribuye a la discapacidad. Se requiere definir políticas específicas, mejorar la formación del personal de salud y priorizar la detección temprana, el tratamiento oportuno y la rehabilitación.

5.2 FORMAS DE CONFIGURACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

La configuración de los determinantes sociales en la lepra se da a través de la pobreza, el bajo nivel educativo, las malas condiciones de vivienda y hacinamiento, la falta de empleo y el estigma social, que limitan el acceso a servicios y generan diagnósticos tardíos, afectando la inmunidad y aumentando el riesgo de infección y discapacidad. Estos factores socioeconómicos y culturales crean un caldo de cultivo para el Mycobacterium leprae, manifestándose en el desarrollo de formas más graves y complicaciones.

Factores clave en la configuración determinantes sociales en Lepra:

- Condiciones Socioeconómicas: Bajo ingreso económico: Personas en pobreza tienen mayor riesgo, afectando nutrición y defensa inmunológica.
- Bajo nivel educativo: Analfabetismo y poca educación primaria, limitando acceso a información y servicios.
- No vínculo laboral: Falta de empleo (excluyendo jubilados/amas de casa).
- Condiciones de vivienda: Hacinamiento y malas condiciones favorecen la transmisión.

- Servicios de Salud: Detección tardía: Predomina la detección espontánea, no activa, lo que retrasa el tratamiento.
- Discapacidad al diagnóstico: Mayor grado de discapacidad al momento de buscar atención.
- Estilo de Vida y Comportamiento: Nutrición: Déficit nutricional, relacionado con la pobreza, debilita el sistema inmune.
- Factores Psicosociales y Culturales: Estigma social: Rechazo y actitudes negativas hacia pacientes, dificultando la detección y adherencia al tratamiento.
- Redes sociales/apoyo: La falta de redes de apoyo impacta la capacidad de afrontar la enfermedad.
- Estos determinantes actúan en conjunto: la pobreza lleva a vivir en hacinamiento, la falta de educación dificulta reconocer síntomas y buscar ayuda a tiempo, y el estigma perpetúa el ciclo, resultando en: Inmunidad deprimida por malnutrición y estrés, Diagnósticos en etapas, avanzadas, con mayor carga de enfermedad (formas multibacilares), Mayor riesgo de complicaciones y discapacidad.
- Abordar la lepra requiere, por tanto, no solo tratamiento médico, sino también políticas públicas que ataquen la pobreza, mejoren la educación y combatan el estigma.

5.3 PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES

La lepra genera graves problemas sociales y necesidades como el estigma, la discriminación y la exclusión, que conducen a problemas de salud mental (vergüenza, ansiedad, depresión) y dificultan el acceso a la atención, perpetuando un ciclo de pobreza y discapacidad física (daño nervioso, desfiguración, pérdida de sensibilidad) que limita la participación social y la calidad de vida, afectando el bienestar económico y la integración familiar y comunitaria, requiriendo enfoques psicosociales integrales y educación para romper el ciclo.

Problemas Sociales Clave:

- Estigma y Discriminación: La asociación histórica de la lepra con el pecado, la impureza y la maldición ha llevado a prejuicios y rechazo social, afectando la dignidad y los derechos de las personas afectadas.
- Exclusión Social: Las personas con lepra a menudo son aisladas de sus familias y comunidades, lo que genera soledad y falta de apoyo.
- Impacto en la Salud Mental: El estigma provoca vergüenza, ansiedad, depresión y problemas de autoestima, llevando a un ciclo de vulnerabilidad psicosocial.
- Barreras en el Acceso a la Atención: El miedo al rechazo y la falta de información impiden buscar diagnóstico y tratamiento a tiempo, empeorando la enfermedad.
- Discapacidad y Pobreza: Las deformidades físicas y la pérdida de función (nerviosa, motora) limitan la capacidad de trabajar y participar, atrapando a las personas en la pobreza.
- Necesidades Sociales y de Salud:
- Abordaje Integral: Se necesitan programas de salud que integren la detección y el tratamiento médico con apoyo psicosocial para atender el bienestar emocional y mental
- Educación y Sensibilización: Educar a las comunidades para romper mitos y reducir el estigma es crucial para la aceptación y la no discriminación.
- Apoyo Psicológico: Intervenciones para fortalecer la salud mental y la resiliencia de los afectados y sus familias.
- Rehabilitación y Medidas de Apoyo: Ayuda para manejar las discapacidades, incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y apoyo para la reinserción laboral y social.
- Protección de Derechos: Eliminar leyes discriminatorias y garantizar los derechos civiles y sociales de las personas afectadas.
- Mejora de Condiciones Socioeconómicas: Combatir la pobreza y mejorar las condiciones de vida en las comunidades vulnerables para prevenir y controlar la enfermedad.

5.4 LOS PROCESOS QUE DETERMINEN LAS CONDICIONES DE INEQUIDAD

Las condiciones de inequidad de la lepra son profundas, ligadas a la pobreza, estigma, discriminación y falta de acceso a servicios, llevando a retrasos en diagnóstico y tratamiento, aislamiento social, violación de derechos y desafíos particulares para mujeres y niños, afectando desproporcionadamente a comunidades vulnerables con mala vivienda y saneamiento, a pesar de ser curable con antibióticos.

Factores Socioeconómicos y Ambientales:

- Pobreza y Condiciones Precarias: Afecta más a quienes viven en hacinamiento, desnutrición y con saneamiento deficiente, ya que son determinantes sociales de la salud.

- Vulnerabilidad: Se relaciona con la susceptibilidad inmunológica y las condiciones físicas, sociales y económicas desfavorables, según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
- Estigma y Discriminación (Violencia Estructural):
- Maldición y Pecado: Persisten creencias culturales y religiosas que ven la lepra como un castigo divino, generando rechazo y vergüenza.
- Violaciones de Derechos: La discriminación lleva a la negación de derechos civiles, políticos y sociales, incluyendo acceso a trabajo (manipulación de alimentos, educación), licencias profesionales y vivienda.
- Aislamiento: Históricamente y a veces aún hoy, se impone aislamiento y segregación, separando a las personas de sus familias y comunidades.

Escenarios de alta carga de la enfermedad

Municipios con más casos: Cúcuta, Ocaña, Villa del Rosario, El Zulia, Abrego, Toledo, los Patios, La Playa
Perfil de los casos: Mayoría de pacientes masculinos, en edades entre 41-59 años, y un alto porcentaje en el régimen subsidiado.

- Forma clínica: Predominan los casos de lepra multibacilar (MB) y lepromatosa, con lesiones múltiples, lo que indica una mayor carga bacteriana y riesgo de discapacidad.
- Discapacidad: Un porcentaje considerable de pacientes presenta discapacidad de grado I o II al momento del diagnóstico, señalando diagnósticos tardíos.

Aunque hay una tendencia nacional a la baja, Norte de Santander, ha sido históricamente un Departamento con altas tasas de detección, y en análisis recientes se ha visto una disminución en la notificación, pero sigue siendo un punto de vigilancia importante

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia que se realizará en pagos bimestral con los soportes de cada actividad según seguimiento que realiza el Programa y cumplimiento financiero según la matriz técnico financiera.
- **Administrativo**: Tiempo de duración: (6) Seis meses con seguimientos bimestrales a disposición y se generan actas de soporte.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud del Programa de Lepra. Se verificará el cumplimiento de la calidad y oportunidad y completitud de las actividades y consecución de los logros propuestos desde el programa
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado del Programa. Indicadores de gestión y de resultado de obligatorio cumplimiento y específico del programa.

- **Parámetros de calidad:** Integralidad de la intervención: Caracterización social y ambiental del entorno hogar e información en salud (salud, educación, medios de vida, inclusión social y fortalecimiento comunitario), bajo un enfoque biopsicosocial y de curso de vida.
  Enfoque diferencial e inclusivo: Reconocimiento de las particularidades poblacionales, con aplicación de ajustes razonables y garantía de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal.
  Participación social y comunitaria: Vinculación activa de personas con discapacidad, cuidadores, familias y organizaciones comunitarias en todas las fases del proyecto.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer capacidades familiares y comunitarias para la inclusión social, el autocuidado y la prevención de discapacidad en personas afectadas por enfermedad de Hansen y sus convivientes, mediante estrategias de caracterización social y ambiental e información en salud y acciones colectivas en el entorno hogar en el municipio de Toledo y Labateca durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar determinantes de riesgo en el entorno hogar, presaberes de las familias intervenidas mediante la intervención colectiva de caracterización.
- Promover el autocuidado y prevención de discapacidades en las personas afectadas por la enfermedad de Hansen y sus familias, mediante acciones educativas y comunitarias para la detección de barreras de acceso a los servicios de salud, rehabilitación, protección social y acciones intersectoriales.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso del desarrollo de la estrategia es necesario contar con la participación de talento humano en salud, el cual se sugiere estar conformado por los siguientes perfiles.

- Enfermería Profesional (1)
- Psicología y/o trabajo social (1)

Nota: será 1 equipo, constituido por 1 enfermera, 1 psicólogo y/o trabajador social quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para el municipio. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas caracterización e información en salud se debe tener como parámetro estandarizado para las actividades a desarrollar la ficha metodológica de caracterización y las orientaciones del Ministerio de Salud para la Información en salud para el entorno Hogar.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

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

Identificación de riesgos presentes en las familias y eventos en salud, así como los conocimientos y actitudes de las mismas acorde a las temáticas aplicadas.

Información en salud:

Conocimiento adquirido en las prácticas de autocuidado y reducción del riesgo de desarrollo de discapacidades asociadas a la enfermedad de Hansen en las familias de los municipios priorizados, conforme a los criterios técnicos y normativos vigentes.

11. METAS:

- Realizar la socialización del proceso de caracterización social y ambiental al 100% de las familias priorizadas programadas para la intervención durante la vigencia 2026.

- Realizar el 100% de las visitas domiciliarias programadas para la complementación y validación de la caracterización socioeconómica de pacientes y expacientes con enfermedad de Hansen y sus familias durante la vigencia 2026.
- Consolidar, procesar y analizar el 100% de la información recolectada durante la caracterización social y ambiental de las familias priorizadas intervenidas durante la vigencia 2026.
- Realizar el 100% de los encuentros participativos programados con expacientes y sus familias para el fortalecimiento del autocuidado y selección de estrategias IEC durante la vigencia 2026.
- Diseñar, producir y difundir el 100% de las piezas comunicativas programadas dirigidas a expacientes y convivientes durante la vigencia 2026.
- Realizar acciones de información y orientación sobre prácticas de autocuidado al 100% de las familias priorizadas programadas mediante visitas domiciliarias durante la vigencia 2026.
- Documentar el 100% de las experiencias informativas implementadas y los conocimientos adquiridos por la población intervenida durante la vigencia 2026.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

- Seguimiento mensual con el contratista de la Matriz Técnico Financiera.
- Llamada telefónica aleatoria a las familias intervenidas, la cual debe manifestar que recibió la atención, de lo contrario, se descontará financieramente del valor pactado.
- Visita de campo en el territorio

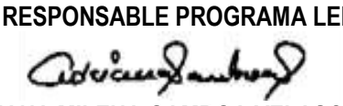
13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
TOLEDO	$ 50.000.000
LABATECA	$ 40.000.000
TOTAL	$ 90.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCION	NUMERO DE ACTIVIDADES
Caracterización Social y Ambiental	3
Información en salud ambiental	4

15. RESPONSABLE PROGRAMA LEPRA:



ADRIANA MILENA GAMBOA VELASCO
Responsable de Lepra

SUBGRUPO 3. PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

1. JUSTIFICACIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado un informe sobre la Tuberculosis que revela que en 2023 aproximadamente 8,2 millones de personas fueron diagnosticadas de TB por primera vez, la cifra más alta registrada desde que la OMS iniciará el seguimiento mundial de la tuberculosis en 1995. Ello representa un aumento considerable frente a los 7,5 millones notificados en 2022, lo que sitúa a la tuberculosis nuevamente como la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en 2023, por encima de la COVID-19. La Tuberculosis es la principal causa de muerte de personas con VIH y también un importante contribuyente a la resistencia a los antimicrobianos. (OMS).

Las tasas de incidencia en las poblaciones priorizadas muestran una tendencia al incremento se identifica un aumento estadísticamente significativo entre los años 2020 y 2024, especialmente en menores de 15 años y en la población indígena. Según el análisis de los comportamientos inusuales en población privada de la libertad, se observa un incremento estadísticamente significativo a semana 11 de 2025, en las entidades de Santander, Boyacá,

Caldas, Casanare, Huila, Guajira, Meta, **Norte de Santander**, Bogotá D.C., Santa Marta D.E., Tolima y Valle del Cauca. La desnutrición se identifica como la comorbilidad de mayor riesgo, junto al VIH, las entidades territoriales de Antioquia, Cali, Bogotá D.C., Santander, **Norte de Santander**, Risaralda, Valle del Cauca, Tolima y Barranquilla quienes notificaron los mayores porcentajes de desnutrición asociados a la tuberculosis en 2024.

La Resolución 0227 del 20 de febrero del 2020, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, establece la búsqueda comunitaria en poblaciones de riesgo en el departamento, especialmente en población indígena, migrantes, diabéticos, personas expuestas al sílice, entre otras.

El departamento Norte de Santander cuenta con una población de 1.709.570, de los cuales 155.459 corresponde a población menor de 5 años, (vigencia 2024), cuya población está distribuida por municipios y estos se encuentran organizados por ámbitos Territoriales: Urbano, Rural y Rural disperso.
En el marco de la estrategia mundial para poner fin a la tuberculosis, el Ministerio de Salud y Protección Social busca promover y dar seguimiento a los acuerdos suscritos en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas de 2023, de la cual hizo parte Colombia. El boletín de prensa No. 036-2025 del 24 de marzo del 2025, aborda aspectos necesarios para acelerar la implementación de estos acuerdos como:

Incremento en la búsqueda e inicio de tratamiento preventivo (TPT) para las personas de grupos de riesgo (contacto estrecho, personas que viven con VIH, personas candidatas a trasplante, personas en diálisis, personas con tratamientos inmunosupresores, entre otros), incentivando el uso de la terapia preventiva corta.
El Plan de intervenciones colectivas, se considera un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud (POS) y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud ya que comprende un conjunto de intervenciones colectivas y acciones individuales de alta externalidad que genera beneficio colectivo. De acuerdo, a lo definido en la resolución 1597 de 2025 y 3280 de 2018 estas acciones son desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y aporta el desarrollo humano y sostenible cuando se enmarca en las líneas estratégicas de promoción de la salud para la potencialidad en la comunidad y gestión del riesgo individual para la evitabilidad.

El objetivo del tamizaje (o búsqueda activa de casos de TB) es detectar la enfermedad por TB de forma temprana, con el fin de minimizar los retrasos evitables en el diagnóstico e inicio del tratamiento de la TB, reduciendo así el riesgo de resultados desfavorables del tratamiento, secuelas de salud y consecuencias sociales y económicas adversas de la TB para las personas y sus familias. Además, el tamizaje disminuye la transmisión de la TB en el hogar, el lugar de trabajo, la escuela y otros entornos comunitarios, al aislar a las personas con enfermedad activa y acortar el periodo de contagiosidad. También se reduce la incidencia de infección por TB y, por consiguiente, la incidencia y prevalencia de TB activa.

Detectar la TB solo en las personas que acuden a los establecimientos de salud no es suficiente para detectar a todas las personas con enfermedad por TB. Esta brecha en la detección de casos, sobre todo en algunos grupos vulnerables, y la persistencia de retrasos en el diagnóstico con la consecuente transmisión continua en la comunidad, ponen de relieve la necesidad de una estrategia más activa de detección temprana de la TB. Esta situación justifica el tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en los grupos en riesgo y en algunos grupos de la población.

La Estrategia Fin de la TB, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluye el tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en los grupos en alto riesgo como un componente central de su primer pilar, para garantizar el diagnóstico temprano de todas las personas con esta enfermedad. En el 2021, la OMS actualizó las directrices sobre el tamizaje de la TB del 2013 con el objeto de ayudar a los países a aplicar este componente programático fundamental. Cuadro 1.1

La integración de radiografía de tórax digital, análisis asistido por inteligencia artificial (IA) y diagnóstico molecular rápido constituye una estrategia sinérgica de alto impacto para acelerar el fin de la tuberculosis, al incrementar la detección temprana y la precisión diagnostica en entornos de alta transmisión y poblaciones vulnerables. La radiografía digital permite un cribado masivo no invasivo, identificando alteraciones radiológicas sugestivas de TB incluso en individuos asintomáticos; su análisis mediante sistemas CAD (Computer-Aided Detection) basados en IA optimiza la priorización de casos sospechosos, reduciendo la carga de trabajo y minimizando la dependencia de radiólogos en terreno.

El tamizaje debe llegar a las personas que corren el mayor riesgo de presentar TB activa, incluidos los grupos y las comunidades en riesgo alto con una prevalencia alta de TB. La TB amenaza la salud no solo de una persona afectada, sino también de sus comunidades y de la población en general.

El Programa Departamental de Tuberculosis da frente a las acciones de captación de casos presuntivos en poblaciones vulnerables (personas expuestas a sílice en minas de carbón), con base en las orientaciones del PIC establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, tomando el tamizaje como estrategia de alta externalidad ya que genera un impacto importante de reducción del riesgo individual y colectivos facilitando la detección temprana y el inicio oportuno de tratamiento al confirmar el evento.

En este documento se sintetizan definiciones, paso a paso y recomendaciones con base a la normatividad vigente a fin de que sea insumo principal para el desarrollo de esta estrategia en marco del contrato del Plan de Intervenciones Colectiva

Cuadro 1.1. Recomendaciones de las directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 2: tamizaje: tamizaje sistemático de la tuberculosis, 2021

	Tamizaje de la TB en grupos destinatarios específicos
1	El tamizaje sistemático de la TB se puede realizar en la población general en zonas con una prevalencia de TB estimada de 0,5% o más. *(recomendación actualizada: recomendación condicional, evidencia de certeza baja).*
2	El tamizaje sistemático de la TB se puede realizar en grupos de la población que tienen factores de riesgo estructurales de contraer la TB. Estos incluyen comunidades urbanas desfavorecidas, personas sin hogar, comunidades en zonas remotas o aisladas, poblaciones indígenas, migrantes, refugiados, desplazados internos y otros grupos vulnerables o marginados con acceso limitado a la atención de salud. *(recomendación existente: recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja).*
3	Es necesario realizar el tamizaje sistemático de la TB en las personas con infección por el VIH, en cada visita a un establecimiento de salud. *(recomendación existente: recomendación firme, evidencia de certeza muy baja).*
4	Es necesario realizar el tamizaje sistemático de la TB en los contactos del hogar y otros contactos estrechos de las personas con TB activa. *(recomendación actualizada: recomendación firme, evidencia de certeza moderada).*
5	Se debe realizar el tamizaje sistemático de la TB en las cárceles y los centros penitenciarios. *(recomendación actualizada: recomendación firme, evidencia de certeza muy baja).*
6	Se debe realizar el tamizaje sistemático de la TB en los trabajadores actuales y antiguos expuestos a la sílice. *(recomendación existente: recomendación firme, evidencia de certeza baja).*
7	En entornos donde la prevalencia de TB es de 100 por 100 000 habitantes o más en la población general, se puede realizar un tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en las personas con un factor de riesgo para TB que buscan atención de salud o que ya la reciben. *(recomendación existente: recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja).*
8	Las personas con una lesión fibrótica en la radiografía de tórax, que no han recibido tratamiento, pueden someterse a un tamizaje sistemático de la enfermedad por TB. *(recomendación existente: recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja).*

2. MARCO NORMATIVO

- Estrategia EB154/106 de diciembre de 2023. Avances en la aplicación de la Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015. Estrategia Fin a la Tuberculosis. OMS
- Manual Operativo de la OMS sobre la Tuberculosis. Módulo 2, Tamizaje Sistemático de la Tuberculosis, Versión oficial en español de la obra original en inglés
- WHO operational handbook on tuberculosis. Module 2: screening - systematic screening for tuberculosis disease

- © Organización Mundial de la Salud, 2021 ISBN: 978-92-4-002261-4 (versión electrónica)
- Resolución 1035 de 2022. Estableció el Plan Decenal de Salud Pública- Por el cual se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que incluyó las metas de "A 2031, se logra el 90% de tratamiento exitoso en pacientes con tuberculosis", y "A 2031, se logra reducir el 50% la tasa de mortalidad por 100mil habitantes, causada por la tuberculosis en Colombia"
- Resolución 227 de 2020, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis
- Resolución CE156.R2 Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Tuberculosis OMS
- Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social
- Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los Lineamientos técnicos y Operativos de la Ruta de Mantenimiento Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud
- Resolución 1597 de 2025, por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

Según el informe de evento de TB del INS a periodo epidemiológico IV del 2025, la tasa de incidencia a nivel nacional es de los 11,23 casos por 100.000 habitantes, con un total de 6.677 casos, Norte de Santander reporta una tasa de incidencia de 13,56 por 100.000 habitantes, aportando el 3,8% del total de los casos y dentro de los departamentos con mayor carga de la enfermedad. Para Tuberculosis latente según base departamental de IDS para el 2024 un total de 113 personas iniciaron Terapia Preventiva para TB, a corte de 30 de mayo de 2025 han iniciado TPT un total de 26 personas.

Distribución geográfica de casos de tuberculosis años 2024 – SE 40 2025

Municipio	Casos 2024	Porcentaje	Casos 2025 SE 40	Porcentaje
Cúcuta	586	69%	481	68%
Villa del Rosario	71	8%	37	5%
Los Patios	37	4%	28	4%
Tibú	35	4%	21	3%
Ocaña	26	2%	17	2%
Pamplona	13	1,5%	16	2%
Toledo	8	1%	4	1%
Puerto Santander	7	1%	1	0,1%
El Zulia	7	1%	5	1%
Convención	7	1%	4	1%
Sardinata	4	1%	5	1%
Bochalema	4	1%	2	0,3%
El Carmen	4	1%	5	1%
El Tarra	4	1%	2	0,3%

Fuente: SIVIGILA – Programa Dptal TB

Casos TB en grupos poblacionales por municipio, Semana 48 de 2025

Municipio	Habitante de vivienda no formal	Migrante	Población carcelaria	Indígena
San José de Cúcuta	20	50	188	0

Villa del Rosario	**3**	**7**	**1**	**0**
Los Patios	**1**	**6**	**0**	**0**
Tibú	**0**	**5**	**0**	**14**
Pamplona	**0**	**1**	**14**	**0**
Ocaña	**0**	**3**	**0**	**0**
El Carmen	**0**	**0**	**0**	**8**
El Zulia	**0**	**3**	**0**	**0**
Sardinata	**0**	**0**	**0**	**0**
Teorama	**0**	**1**	**0**	**3**
Ábrego	**0**	**0**	**0**	**0**
Durania	**0**	**1**	**0**	**0**
El Tarra	**0**	**0**	**0**	**0**
Gramalote	**0**	**0**	**0**	**0**
La Esperanza	**0**	**0**	**0**	**0**
Puerto Santander	**0**	**1**	**0**	**0**
Toledo	**0**	**0**	**0**	**3**

Fuente: SIVIGILA – Programa Dptal TB

4. **DETERMINANTE SOCIAL.**

En el departamento existen diferentes tipos de determinantes que impactan la incidencia de Tuberculosis, dentro de los determinantes socioeconòmicos se encuentran los recursos econòmicos insuficientes, desempleo, condiciones de hacinamiento; como determinantes comunitarios se destacan la gran cantidad de habitantes de calle y migrantes sin cobertura del SGSSS, coinfecciòn TB- VIH, junto a la desnutriciòn, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, EPOC, consumo de sustancias psicoactivas, barreras administrativas y desconocimiento de la enfermedad, que se traducen en un diagnòstico tardìo y falta de adherencia al tratamiento.

5. RESULTADO EN SALUD:

Los resultados en salud esperados son:

- Reducir la mortalidad por Tuberculosis en el Departamento
- Reducir la incidencia de Tuberculosis activa en el Departamento

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará de acuerdo a lo ejecutado presentado por el ejecutor en guía de la **matriz técnico financiera**, y definido por la forma de pago que quede inmerso dentro del contrato.
- **Administrativo**: Se requiere de un grupo básico para la ejecución del PIC Departamental, **se tomará como guía la matriz técnico financiera**.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. De acuerdo con nuestras necesidades de cumplimiento de las metas dentro del plan territorial y plan de acción en salud se requiere la ejecución de estas acciones. **se tomará como guía la matriz técnico financiera**
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas. Conforme al cumplimiento de las metas de salud y necesidades del Departamento.
- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la Resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar conocimientos en salud a los trabajadores las minas de carbón conforme a los riesgos identificados en su entorno mediante la implementación de intervenciones colectivas en el municipio de Bochalema durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar eventos de alta externalidad en población trabajadora de las minas, mediante la intervención colectiva de Tamizaje.
- Alertar a los trabajadores de las minas intervenidas sobre signos y síntoma de la Tuberculosis mediante la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO:

Para el desarrollo de la estrategia de tamizaje sistemàtico es necesario contar con la participación de talento humano en salud, es de aclarar que para cada municipio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles. 1 medico,1 bacteriòlogo 1 auxiliar de enfermerìa

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas en el ámbito rural y rural disperso, se priorizaron micro - territorios, teniendo en cuenta zonas donde existan minas de carbòn, con el objetivo brindar información en salud, y tamizaje por sìntomas, canalizaciòn para tamizaje radiològico y bacteriològico de tuberculosis.

El resultado esperado en la población es lograr informar sobre prácticas saludables para la prevención de tuberculosis con la finalidad de generar una autogestión del riesgo propio, el cual se hará con un enfoque integral y biopsicosocial, teniendo en cuenta el cuidado y la protección integral de los diferentes participantes que harán parte de las intervenciones colectivas entorno hogar.

LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS SE DESARROLLARÁ EN TRES ETAPAS:

Etapa 1: Mesas de concertaciòn**.**
Concertaciòn con Gerentes, responsables del SGSST de las minas, EAPBs, IPS, para definir los trabajadores a tamizar, las EAPB de cada trabajador, establecer fechas y horarios para las intervenciones, responsable del SSST que actuarà como enlace con la ESE.
Construcción de ruta con EAPB, directorio y mapeo de actores. Se debe realizar concertación con cada EAPB para definir la red prestadora, establecer acuerdos que garanticen el cumplimiento de los procedimientos para la confirmación o diagnóstico de la tuberculosis.

Etapa 2: Informaciòn en salud sobre signos y síntoma de la Tuberculosis, centrada en los siguientes temas:
- Què es la Tuberculosis
- Còmo se trasmite
- Còmo se diagnostica
- Tratamiento
- Detección temprana y tratamiento: Se trabajará en la sensibilización sobre la importancia de la detección temprana de signos de este evento de interés en salud pública.

Etapa 3: Tamizaje sistemàtico para tuberculosis

- Encuesta de tamizaciòn: se debe realizar la encuesta en trabajadores expuestos al silice, identificación de casos presuntivos de Tuberculosis.
- Personas identificadas como caso presuntivo, se deben canalizar a sus IPS de atención para realizar tamizaje radiológico, y de ser necesario prueba molecular.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Información en salud: personas con conceptos sobre prevención de tuberculosis y alertas frente a los riesgos de transmisión de Tuberculosis.

Tamizaje: reconocimiento de personas con tuberculosis presuntiva canalizadas para tamizaje radiológico y confirmación bacteriológica.

11. METAS:

- Canalizar hacia tamizaje radiológico y bacteriológicamente el 100% de los trabajadores expuestos a sílice canalizados mediante tamizaje clínico.
- Verificar el inicio tratamiento al 100% de los trabajadores expuestos a sílice conformados mediante prueba molecular positiva.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

La verificación se hará mediante actas de reunión mensuales en las cuales se revisarán los soportes descritos en el numeral 11, acorde a las actividades realizadas y al avance de ejecución

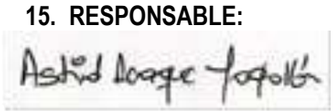
13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$ 70.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Información en salud	6
Tamizaje	150

15. RESPONSABLE:



ASTRID ARAQUE MOGOLLÓN
P.U Responsable Programa Departamental Tuberculosis

SUBGRUPO 4. PROGRAMA VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES – PROGRAMA POBLACIONES VULNERABLES MIGRANTES

1. JUSTIFICACIÓN

A corte del 25 de julio, Norte de Santander registra una población migrante de 332,134 personas según información obtenida de Migración Colombia, lo que representa un importante desafío para la región en términos sociales y de salud pública. Esta cifra refleja la magnitud del movimiento migratorio en la zona, que impacta directamente en la demanda de servicios básicos, especialmente en sectores como la salud, la educación y la atención social. La pirámide de población migrante en Norte de Santander muestra una estructura demográfica que destaca una mayor concentración de personas jóvenes, especialmente en el grupo de 18 a 29 años, que representa el 14% en hombres y el 11% en mujeres.

Esto indica una población migrante mayoritariamente en edad productiva y reproductiva, lo cual es relevante para la planificación de servicios de salud, educación y empleo. También se observa una proporción significativa de niños y adolescentes (de 0 a 17 años), con un 2% y 12% respectivamente, lo que implica la necesidad de garantizar atención en salud materno-infantil, vacunación y servicios pediátricos. Por otro lado, la población adulta mayor (60 años en adelante) es mucho menor, apenas entre 1% y 2%, lo que podría reflejar condiciones migratorias más dinámicas o menor expectativa de vida en estas condiciones. Este perfil demográfico sugiere que los servicios de salud deben enfocarse en la atención primaria, prevención de enfermedades propias de jóvenes y adultos, salud sexual y reproductiva, así como en la protección y cuidado de menores.

Además, la presencia más marcada de hombres en la mayoría de los grupos etarios podría influir en la dinámica social y en la demanda de servicios específicos para esta población.

Fuente: Migración Colombia, ministerio de relaciones exteriores

El departamento concentra 153.322 migrantes afiliados, equivalentes al 46,16% de la población migrante total (332.134 migrantes), lo que pone de manifiesto la creciente presión que la dinámica migratoria ejerce sobre el sistema de salud. Esta situación se hace especialmente crítica en los municipios fronterizos, donde la demanda supera con frecuencia la capacidad instalada. El cual, se evidencia la necesidad de fortalecer la infraestructura y la capacidad institucional, así como de consolidar estrategias de atención diferencial que respondan a las particularidades de esta población. Pese a los avances en afiliación, aún persisten brechas que impiden garantizar la atención del 100% de los migrantes, lo que subraya la urgencia de continuar ajustando y ampliando la respuesta del sector salud

En el departamento de Norte de Santander, los municipios de Ragonvalia y Toledo donde hay presencia de población migrante, que cuenta con aseguramiento y otras no razón por la cual desde el Instituto Departamental de Salud se realizara complementariedad al municipio por medio del Plan de Intervenciones Colectivas, para lograr caracterizar la población presente en el territorio.

2. MARCO NORMATIVO

La presente propuesta se fundamenta en el marco normativo vigente que orienta la salud pública y la atención a población migrante en Colombia, entre las cuales se destacan:

- Constitución Política de Colombia de 1991 – Establece la salud como un servicio público a cargo del Estado y garantiza el acceso a los servicios de promoción, prevención y atención en salud para todas las personas en el territorio nacional.

- Ley 100 de 1993 – Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, definiendo la organización, financiación y prestación de los servicios de salud en Colombia.
- Ley 1438 de 2011 – Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se fortalece la Atención Primaria en Salud (APS).
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 – Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se establecen sus mecanismos de protección.
- Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que compila y reglamenta la normatividad vigente del sector.
- Resolución 3280 de 2018 – Por la cual se adoptan los Lineamientos Técnicos y Operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).
- Resolución 1597 de 2025 – Por la cual se adoptan los lineamientos metodológicos para la elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS), en especial lo establecido en el numeral 11.3.
- Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 – Instrumento de política pública que orienta las acciones intersectoriales para mejorar las condiciones de salud de la población.
- Política Integral Migratoria del Estado Colombiano – Marco estratégico que orienta la gestión integral de la migración y la garantía de derechos de la población migrante.
- Plan Territorial de Salud y Plan de Acción en Salud vigentes – Instrumentos de planeación que orientan la implementación de las acciones de salud pública a nivel departamental y municipal.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

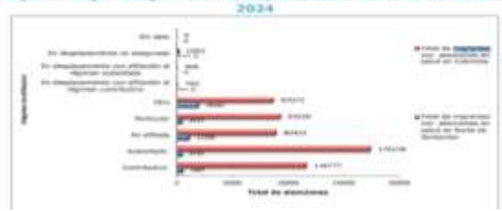
MORBILIDAD DE EVENTOS DE ALTO COSTO Y PRECURSORES

Los eventos de alto costo en Norte de Santander mostraron comportamientos diferenciados respecto a los indicadores nacionales durante el periodo 2017- 2024. La prevalencia de diagnosticados con enfermedad renal

crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal alcanzó 72,57 por cada 100,000 afiliados en el departamento, inferior al valor nacional de 81,99, con una diferencia relativa de 0,8851 que no resultó estadísticamente significativa según los intervalos de confianza. El comportamiento temporal evidenció fluctuaciones importantes, con un máximo de 81,1 en 2018 y un mínimo de 51,1 en 2022, para finalizar en 72,6 en 2024, lo que sugirió variabilidad en la detección, acceso a servicios especializados o en la calidad del reporte de estos casos.

El análisis de las atenciones en salud a población migrante según régimen de afiliación en 2024 evidenció profundas disparidades en el aseguramiento. A nivel nacional, la mayor proporción de atenciones correspondió a población no afiliada con 174.138 atenciones, seguida por el régimen contributivo con 116.777 atenciones. En Norte de Santander se observó un patrón diferenciado donde las atenciones a población no afiliada alcanzaron 11.288 atenciones, mientras que el régimen subsidiado registró 4.733 atenciones y el contributivo 5.687 atenciones. La distribución departamental mostró una alta vulnerabilidad en el acceso a servicios de salud, con una proporción importante de población migrante sin aseguramiento formal, situación que comprometió la continuidad y calidad de la atención. Esta realidad refleja las barreras estructurales que enfrenta la población migrante para lograr afiliación efectiva al sistema de salud, recayendo gran parte de la carga asistencial en servicios de urgencias y atención no programada, con las implicaciones que esto conllevó para la sostenibilidad financiera del sistema departamental.

Figura 9. Comportamiento de la morbilidad atendida en población migrante según aseguramiento, Departamento Norte de Santander, 2024



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO agosto 8 de 2025

4. DETERMINANTE SOCIAL. Núcleos problemáticos detectados en el diagnóstico del territorio.

El acceso limitado a servicios de salud de calidad es uno de los principales factores que contribuyen a la morbilidad y mortalidad de la población migrante en eventos de salud catastróficos. Las barreras económicas, geográficas y la falta de infraestructura adecuada dificultan la atención médica oportuna y la implementación de medidas preventivas.

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo de esta propuesta se requiere intervenir las personas ubicadas en el ámbito rural disperso de los micro territorios priorizados, identificando prácticas y riesgos presente en su entorno e informar y alertar la necesidad de la adopción de factores protectores mediante las intervenciones colectivas de caracterización social – ambiental y de información en salud, con énfasis en la promoción y prevención de los eventos de Salud Pública.

Los resultados en salud esperados son:

- Personas, familias y comunidades adquieran prácticas informadas para el cuidado y protección de los entornos, promoviendo la salud integral de la población Migrante e identificar previamente el cambio positivo en la población y su entorno.
- Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitarias y sociales para la promoción de la salud.
- Personas, familias y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia.
- **Administrativo**: continuidad del Plan de Intervención de Colectivas - PIC tiempos y duración de la contratación del PIC: cumplimiento de perfiles y recursos técnicos y tecnológicos para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores.
- **Técnico:** coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS.

- **Resultados en salud:** cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas.
- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 del presente acto administrativo.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar conocimientos en salud a las personas migrantes conforme a los riesgos identificados en su entorno comunitario mediante la implementación de intervenciones colectivas en los municipios de Ragonvalia y Toledo durante la vigencia 2026

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar determinantes de riesgo y condiciones ambientales de las personas migrantes mediante la implementación de la intervención colectiva de caracterización social y ambiental.
- Advertir a las personas migrantes intervenidas sobre la prevención riesgos derivados del ambiente y opciones para su adecuada gestión, mediante la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso de caracterización social y ambiental y el desarrollo de la estrategia de información en salud es necesario contar con la participación del siguiente talento humano en salud, es de aclarar que para cada micro territorio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles

- Uno (1) enfermera profesional
- Dos (2) Auxiliares de enfermería.

El equipo estará constituido por 1 enfermera, 2 auxiliares y serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para cada micro - territorio. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

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

LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS SE DESARROLLARÁ EN TRES ETAPAS:

Etapa 1: Caracterización social y ambiental y diagnóstico social, ambiental

Realizar la caracterización a 100 personas en el componente comunitario en zona rural y rural disperso en el municipio de Herrán y los micro territorios.

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

Elaborar contenido temático dirigido a las personas migrantes para el proceso de información en salud en los derechos y deberes de la población migrante, así como la prevención y control de las ENT.

Etapa 3: Socialización de Resultados en salud y sostenibilidad:

Socializar el 100% de los resultados en salud obtenidos con las familias migrantes intervenidas durante la vigencia 2026, mediante la realización de mínimo un (1) evento municipal de presentación de resultados y la entrega de un informe técnico documentado al ente territorial, con el fin de evidenciar el fortalecimiento de conocimientos en prácticas de autocuidado y promover la sostenibilidad de las intervenciones colectivas en el territorio.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

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

Personas migrantes con determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias identificadas en su entorno.

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

Personas migrantes orientadas sobre la prevención de riesgos y estilos de vida saludables.

11. METAS:

Metas etapa 1

El 100% de la población migrante del municipio de Herrán con caracterización social ambiental

Metas etapa 2

100% de personas socializadas por municipio para desarrollo de la estrategia.
Construcción de material informativo para la promoción y prevención de las enfermedades no transmisibles dirigido al 100% de familias de cada municipio.
100% de personas con conocimiento de sus derechos y deberes, prácticas de autocuidado y estilos de vida saludable.

Metas etapa 3

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

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Actas de seguimiento de manera mensual

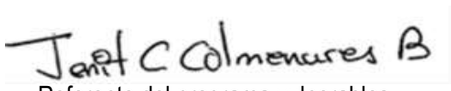
13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$ 110.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y AMBIENTAL EN ENTORNOS DE VIDA COTIDIANA	04
INFORMACIÓN EN SALUD	04

15. RESPONSABLE:



Referente del programa vulnerables

SANDRA LUZ FERREIRA
Referente del programa de vida saludable y condiciones no transmisibles

FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO OFICIAL (Presupuesto discriminado por ítems).

Financiación: La financiación del presente proceso, será con cargo a los recursos del Presupuesto de Gastos e Inversión de la Vigencia Fiscal 2026 del INSTITUTO, discriminado en los siguientes rubros presupuestales:

DESCRIPCIÓN PRESUPUESTAL	VALOR
19.02.108 / 19051.05 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - POBLACIÓN MATERNA-PERINATAL / SASER (PIC)	$150.000.000
19.02.111 / 19051.05 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - ADOLESCENCIA / SASER (PIC)	$150.000.000
19.02.107 / 19051.10 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / LEPRA (PIC)	$90.000.000
19.02.107 / 19051.09 OT SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / TUBERCULOSIS (PIC)	$70.000.000
19.02.114 / 19051.02 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PERSONA MAYOR / CRONICAS (PIC)	$70.000.000
19.02.107 / 19051.07 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / VULNERABLES (PIC)	$40.000.000
TOTAL, PRESUPUESTO	$570.000.000

Presupuesto Oficial: El valor de esta Invitación Pública para este **GRUPO 7** es hasta por la suma de $570.000.000 (Quinientos setenta millones de pesos M/cte.)., subordinados a las respectivas apropiaciones presupuestales, con cargo al presupuesto 2026, CDP # 775 de 28 de abril de 2026. Las ofertas que sobrepasen este presupuesto, serán inadmitidas.

FACTORES DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

Se fijan los siguientes criterios para la calificación de las propuestas que se reciban del presente proceso de Licitación Pública:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
EVALUACIÓN TÉCNICA	700
PRECIO DE LA PROPUESTA	300
TOTAL.....	**1000 PUNTOS**

EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 700 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del cumplimiento de los requerimientos y lineamientos técnicos definidos en estos pliegos y en los Estudios previos que hacen parte integral del presente proceso.

FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA	PUNTAJE MÁXIMO = 700
Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.	250
Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas -PIC de manera territorializada y permanente.	150

Evidenciar el compromiso para garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución, configurando exclusividad de los equipos básicos de salud a través de los cuales se deben ejecutar las intervenciones colectivas.	150
Disponer de un área de trabajo con las condiciones necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalúe los resultados de estas.	150
No presenta el 100% de los requerimientos y/o lineamientos técnicos descritos en los pliegos y estudios previos	(RECHAZADA)

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NOTA: Cuando el oferente obtenga cero (0) en este aspecto de evaluación, la propuesta será RECHAZADA, pues queda sobre entendido que NO reúne las condiciones técnicas que formula el pliego de condiciones, lo cual quedará consignado en el informe de evaluación correspondiente.

PRECIO DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 300 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del valor de la propuesta económica correspondiente al ANEXO TÉCNICO N°1 – ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES.

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{Propuesta de menor precio} \times 300}{\text{Valor de la propuesta en estudio}}$$

LOTE 8

SUBGRUPO 1. PROGRAMA LEPRA

1. JUSTIFICACIÓN

El 85% de las personas con discapacidad del Departamento enfrentan una compleja gama de situaciones: Pobreza, bajo nivel educativo, barreras Físicas y actitudinales, alto índice de NBI, difícil acceso a programas de capacitación continuada y por ende a restricción para el ingreso al mercado laboral, a la seguridad social y a programas de habilitación y rehabilitación, debilidad organizacional, segregación, entre otros.

La discapacidad de las personas es extremadamente variada, hay diferentes clases de deficiencias y las personas son afectadas en diferentes maneras algunas personas tienen una deficiencia, otras tienen deficiencias múltiples; algunas nacen con una deficiencia, mientras que otras pueden adquirir una deficiencia durante el transcurso de su vida. La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad describe a las personas con discapacidad como: quienes tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales de largo plazo.[3]

En la actualidad Norte de Santander cuenta con 37.482 personas con discapacidad de las cuales, a la fecha del 31 de diciembre de 2024, 10.034 personas cuentan con el certificado de discapacidad en donde 5.732 presentan discapacidad física, 1.391 discapacidad visual, 1.046 discapacidad auditiva, 4.074 discapacidad múltiple; discapacidad intelectual 3.811, discapacidad psicosocial 3.096 y discapacidad sordo ceguera 19. *Fuente de información SISPRO – RLCPD,* corte de 31 de diciembre de 2024.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.

3

- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.
- Resolución 276 de 2019 Modifica la Resolución 3280 de 2018, amplia plazos para la implementación y progresividad de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal.
- Resolución 100 de 2024, por la cual se establece las disposiciones sobre la **Planeación Integral para la Salud**, derogando la Resolución 1536 de 2015.
- Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen: “Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen.
- Resolución 1597 del 30 de julio de 2025 por lo cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la gestión de salud pública y el plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de salud pública y la estrategia de Atención Primaria en salud (APS)

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

En el transcurso de la historia, la visión acerca de la discapacidad siempre ha sido referida en términos discriminatorio. Al paso de los años, esta visión fue transformándose, sin embargo, mantenía una perspectiva maligna sobre las personas "anómalas".

Para esto, la participación activa se vuelve una herramienta de acción dentro de un contexto social donde se acepta la diversidad, generando un medio social y físico más amigable y accesible, propicio para la integración de las personas con discapacidad. Desde este periodo también se reconoce que hay circunstancias que influyen en las condiciones y calidad de vida de las personas con discapacidad: la ignorancia, el abandono, la superstición, el miedo y sobre todo la indiferencia y la falta de sensibilidad de algunos sectores de la sociedad, son factores que a lo largo de la historia han aislado y retrasado el desarrollo de estas personas, impidiéndoles su integración.

Por último, se evalúa la colaboración entre diferentes sectores, como gobierno, organizaciones no gubernamentales y la comunidad, para abordar la lepra de manera integral. Todo esto ayuda a crear un panorama claro que permita diseñar intervenciones efectivas y mejorar la salud pública en general.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

Los determinantes sociales en salud, como el acceso a la educación, la pobreza, la violencia de género, y la falta de políticas públicas efectivas, influyen de manera directa en las condiciones de salud de la población. Abordar estas situaciones desde un enfoque integral que considere la participación de la sociedad, las familias, las comunidades y el estado es fundamental se mencionan los determinantes identificados en la población objeto a intervenir.

1.1. Acceso a la educación y conocimiento
1.2. Condiciones socioeconómicas
1.3. Acceso a servicios de salud

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo de esta propuesta se requiere intervenir los hogares en el ámbito urbano y rural del Municipio de La Esperanza, identificando prácticas y riesgos presente en su entorno e informar, mediante las intervenciones colectivas de caracterización socioeconómica y de información en salud, Se proporcionará información clave sobre la enfermedad de Hansen, signos y síntomas, tratamiento, prevención de discapacidad, acceso a los programas de rehabilitación, prácticas de autocuidado. El resultado de impacto esperado es que 10 pacientes, expacientes del

Municipio de La Esperanza, se caracterizan socioeconómicamente y evaluar las **condiciones de pobreza**, con **ingresos bajos o nulos**, **vulnerabilidad laboral** (desempleo), y a menudo en zonas con **hacinamiento y déficit nutricional**, lo que facilita la transmisión y progresión de la enfermedad, además de enfrentar una fuerte **discriminación** y **estigma** que limita su acceso a empleo, relaciones y bienestar general, perpetuando un ciclo de exclusión social y económica.

Adicionalmente las actividades de información en pacientes de lepra y comunidad son cruciales para empoderar, asegurar la adherencia al tratamiento, prevenir discapacidades, reducir el estigma y la discriminación y mejorar su calidad de vida, enseñándoles sobre la enfermedad, signos de alarma para buscar ayuda temprana, manejo de reacciones, autocuidado (como revisión de piel y nervios), y apoyo psicológico, integrando un enfoque integral biopsicosocial, a través de la conformación de redes comunitarias.

5.1. ENTIDAD TERRITORIAL

Norte de Santander es un Departamento clave en la realidad de la Lepra en Colombia, mostrando consistentemente altas tasas de detección y número de casos, con municipios como Los Patios reportando los mayores números, principalmente casos multibacilares y con retraso diagnóstico, lo que genera discapacidad y evidencia la necesidad de fortalecer la detección temprana y la formación del personal de salud para un control efectivo de la enfermedad en el territorio.
Norte de Santander se ubica entre los Departamentos con mayor número de casos de lepra en Colombia, junto a Santander y Valle del Cauca, Cúcuta, Ocaña, Villa del Rosario, El Zulia, Abrego, La playa son los municipios con mayor reporte de casos, según estudios de caracterización. Predominan los pacientes masculinos, entre 41-59 años, y la mayoría tiene el régimen subsidiado de salud. Se observan altos porcentajes de casos multibacilares (lepromatosa), con más de cinco lesiones y un porcentaje significativo de casos que desarrollan discapacidad (Grado I y II). Existe un retraso importante en el diagnóstico, con una oportunidad promedio de 2.4 años, lo que contribuye a la discapacidad. Se requiere definir políticas específicas, mejorar la formación del personal de salud y priorizar la detección temprana, el tratamiento oportuno y la rehabilitación.

5.2. FORMAS DE CONFIGURACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

La configuración de los determinantes sociales en la lepra se da a través de la pobreza, el bajo nivel educativo, las malas condiciones de vivienda y hacinamiento, la falta de empleo y el estigma social, que limitan el acceso a servicios y generan diagnósticos tardíos, afectando la inmunidad y aumentando el riesgo de infección y discapacidad. Estos factores socioeconómicos y culturales crean un caldo de cultivo para el Mycobacterium leprae, manifestándose en el desarrollo de formas más graves y complicaciones.

Factores clave en la configuración determinantes sociales en Lepra:

- Condiciones Socioeconómicas: Bajo ingreso económico: Personas en pobreza tienen mayor riesgo, afectando nutrición y defensa inmunológica.
  Bajo nivel educativo: Analfabetismo y poca educación primaria, limitando acceso a información y servicios.
  No vínculo laboral: Falta de empleo (excluyendo jubilados/amas de casa).
  Condiciones de vivienda: Hacinamiento y malas condiciones favorecen la transmisión.
- Servicios de Salud: Detección tardía: Predomina la detección espontánea, no activa, lo que retrasa el tratamiento.
  Discapacidad al diagnóstico: Mayor grado de discapacidad al momento de buscar atención.
- Estilo de Vida y Comportamiento: Nutrición: Déficit nutricional, relacionado con la pobreza, debilita el sistema inmune.
- Factores Psicosociales y Culturales: Estigma social: Rechazo y actitudes negativas hacia pacientes, dificultando la detección y adherencia al tratamiento.

Redes sociales/apoyo: La falta de redes de apoyo impacta la capacidad de afrontar la enfermedad.
Estos determinantes actúan en conjunto: la pobreza lleva a vivir en hacinamiento, la falta de educación dificulta reconocer síntomas y buscar ayuda a tiempo, y el estigma perpetúa el ciclo, resultando en: Inmunidad deprimida por malnutrición y estrés, Diagnósticos en etapas, avanzadas, con mayor carga de enfermedad (formas multibacilares), Mayor riesgo de complicaciones y discapacidad.

Abordar la lepra requiere, por tanto, no solo tratamiento médico, sino también políticas públicas que ataquen la pobreza, mejoren la educación y combatan el estigma.

5.3. PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES

La lepra genera graves problemas sociales y necesidades como el estigma, la discriminación y la exclusión, que conducen a problemas de salud mental (vergüenza, ansiedad, depresión) y dificultan el acceso a la atención, perpetuando un ciclo de pobreza y discapacidad física (daño nervioso, desfiguración, pérdida de sensibilidad) que limita la participación social y la calidad de vida, afectando el bienestar económico y la integración familiar y comunitaria, requiriendo enfoques psicosociales integrales y educación para romper el ciclo.

Problemas Sociales Clave:

1. Estigma y Discriminación: La asociación histórica de la lepra con el pecado, la impureza y la maldición ha llevado a prejuicios y rechazo social, afectando la dignidad y los derechos de las personas afectadas.
2. Exclusión Social: Las personas con lepra a menudo son aisladas de sus familias y comunidades, lo que genera soledad y falta de apoyo.
3. Impacto en la Salud Mental: El estigma provoca vergüenza, ansiedad, depresión y problemas de autoestima, llevando a un ciclo de vulnerabilidad psicosocial.
4. Barreras en el Acceso a la Atención: El miedo al rechazo y la falta de información impiden buscar diagnóstico y tratamiento a tiempo, empeorando la enfermedad.
5. Discapacidad y Pobreza: Las deformidades físicas y la pérdida de función (nerviosa, motora) limitan la capacidad de trabajar y participar, atrapando a las personas en la pobreza.

Necesidades Sociales y de Salud:

1. Abordaje Integral: Se necesitan programas de salud que integren la detección y el tratamiento médico con apoyo psicosocial para atender el bienestar emocional y mental.
2. Educación y Sensibilización: Educar a las comunidades para romper mitos y reducir el estigma es crucial para la aceptación y la no discriminación.
3. Apoyo Psicológico: Intervenciones para fortalecer la salud mental y la resiliencia de los afectados y sus familias.
4. Rehabilitación y Medidas de Apoyo: Ayuda para manejar las discapacidades, incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y apoyo para la reinserción laboral y social.
5. Protección de Derechos: Eliminar leyes discriminatorias y garantizar los derechos civiles y sociales de las personas afectadas.
6. Mejora de Condiciones Socioeconómicas: Combatir la pobreza y mejorar las condiciones de vida en las comunidades vulnerables para prevenir y controlar la enfermedad.

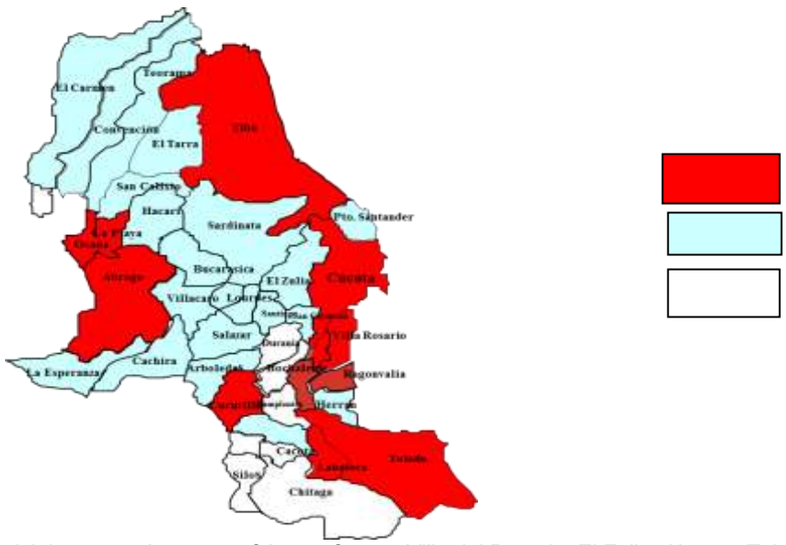
5.4. LOS PROCESOS QUE DETERMINEN LAS CONDICIONES DE INEQUIDAD

Las condiciones de inequidad de la lepra son profundas, ligadas a la pobreza, estigma, discriminación y falta de acceso a servicios, llevando a retrasos en diagnóstico y tratamiento, aislamiento social, violación de derechos y desafíos particulares para mujeres y niños, afectando desproporcionadamente a comunidades vulnerables con mala vivienda y saneamiento, a pesar de ser curable con antibióticos.

Factores Socioeconómicos y Ambientales:

- Pobreza y Condiciones Precarias: Afecta más a quienes viven en hacinamiento, desnutrición y con saneamiento deficiente, ya que son determinantes sociales de la salud.
- Vulnerabilidad: Se relaciona con la susceptibilidad inmunológica y las condiciones físicas, sociales y económicas desfavorables, según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
  Estigma y Discriminación (Violencia Estructural):
- Maldición y Pecado: Persisten creencias culturales y religiosas que ven la lepra como un castigo divino, generando rechazo y vergüenza.
- Violaciones de Derechos: La discriminación lleva a la negación de derechos civiles, políticos y sociales, incluyendo acceso a trabajo (manipulación de alimentos, educación), licencias profesionales y vivienda.
- Aislamiento: Históricamente y a veces aún hoy, se impone aislamiento y segregación, separando a las personas de sus familias y comunidades.

Escenarios de alta carga de la enfermedad



- Municipios con más casos: Cúcuta, Ocaña, Villa del Rosario, El Zulia, Abrego, Toledo, los Patios, La Playa
- Perfil de los casos: Mayoría de pacientes masculinos, en edades entre 41-59 años, y un alto porcentaje en el régimen subsidiado.
- Forma clínica: Predominan los casos de lepra multibacilar (MB) y lepromatosa, con lesiones múltiples, lo que indica una mayor carga bacteriana y riesgo de discapacidad.
- Discapacidad: Un porcentaje considerable de pacientes presenta discapacidad de grado I o II al momento del diagnóstico, señalando diagnósticos tardíos.

Aunque hay una tendencia nacional a la baja, Norte de Santander, ha sido históricamente un Departamento con altas tasas de detección, y en análisis recientes se ha visto una disminución en la notificación, pero sigue siendo un punto de vigilancia importante.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia que se realizara en pagos bimestral con los soportes de cada actividad según seguimiento que realiza el Programa y cumplimiento financiero según la matriz técnico financiera.
- **Administrativo**: Tiempo de duración: (6) seis meses con seguimientos bimestrales a disposición y se genera actas de soporte.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud del Programa de Lepra. Se verificará el cumplimiento de la calidad y oportunidad y completitud de las actividades y consecución de los logros propuestos desde el programa
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado del Programa. Indicadores de gestión y de resultado de obligatorio cumplimiento y específico del programa.
- **Parámetros de calidad:** Integralidad de la intervención: Caracterización social y ambiental del entorno hogar e información en salud (salud, educación, medios de vida, inclusión social y fortalecimiento comunitario), bajo un enfoque biopsicosocial y de curso de vida.
- Enfoque diferencial e inclusivo: Reconocimiento de las particularidades poblacionales, con aplicación de ajustes razonables y garantía de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal.
- Participación social y comunitaria: Vinculación activa de personas con discapacidad, cuidadores, familias y organizaciones comunitarias en todas las fases del proyecto.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer capacidades familiares y comunitarias para la inclusión social, el autocuidado y la prevención de discapacidad en personas afectadas por enfermedad de Hansen y sus convivientes, mediante estrategias de caracterización social y ambiental e información en salud y acciones colectivas en el entorno hogar en el municipio de La Esperanza durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar determinantes de riesgo en el entorno hogar, presaberes de las familias intervenidas mediante la intervención colectiva de caracterización.
- Promover el autocuidado y prevención de discapacidades en las personas afectadas por la enfermedad de Hansen y sus familias, mediante acciones educativas y comunitarias para la detección de barreras de acceso a los servicios de salud, rehabilitación, protección social y acciones intersectoriales.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso del desarrollo de la estrategia es necesario contar con la participación de talento humano en salud, el cual se sugiere estar conformado por los siguientes perfiles.

- Enfermería Profesional (1)
- Psicología y/o trabajo social (1)

Nota: será 1 equipo, constituido por 1 enfermera, 1 psicólogo y/o trabajador social quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para el municipio. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas caracterización e información en salud se debe tener como parámetro estandarizado para las actividades a desarrollar la ficha metodológica de caracterización y las orientaciones del Ministerio de Salud para la Información en salud para el entorno Hogar.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

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

- Identificación de riesgos presentes en las familias y eventos en salud, así como los conocimientos y actitudes de las mismas acorde a las temáticas aplicadas.

Información en salud:

- Conocimiento adquirido en las prácticas de autocuidado y reducción del riesgo de desarrollo de discapacidades asociadas a la enfermedad de Hansen en las familias de los municipios priorizados, conforme a los criterios técnicos y normativos vigentes.

11. METAS:

- Realizar la socialización del proceso de caracterización social y ambiental al 100% de las familias priorizadas programadas para la intervención durante la vigencia 2026.
- Realizar el 100% de las visitas domiciliarias programadas para la complementación y validación de la caracterización socioeconómica de pacientes y expacientes con enfermedad de Hansen y sus familias durante la vigencia 2026.
- Consolidar, procesar y analizar el 100% de la información recolectada durante la caracterización social y ambiental de las familias priorizadas intervenidas durante la vigencia 2026.
- Realizar el 100% de los encuentros participativos programados con expacientes y sus familias para el fortalecimiento del autocuidado y selección de estrategias IEC durante la vigencia 2026.
- Diseñar, producir y difundir el 100% de las piezas comunicativas programadas dirigidas a expacientes y convivientes durante la vigencia 2026.
- Realizar acciones de información y orientación sobre prácticas de autocuidado al 100% de las familias priorizadas programadas mediante visitas domiciliarias durante la vigencia 2026.
- Documentar el 100% de las experiencias informativas implementadas y los conocimientos adquiridos por la población intervenida durante la vigencia 2026.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

- Seguimiento mensual con el contratista de la Matriz Técnico Financiera.

- Llamada telefónica aleatoria a las familias intervenidas, la cual debe manifestar que recibió la atención, de lo contrario, se descontará financieramente del valor pactado.
- Visita de campo en el territorio

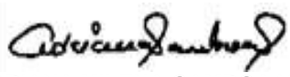
13. PRESUPUESTO:

Distribución financiera	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 60.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Caracterización social y ambiental en entornos de vida cotidiana	3
Información en Salud	4

15. RESPONSABLE PROGRAMA LEPRA:



ADRIANA MILENA GAMBOA VELASCO
Responsable del Programa de Lepra

SUBGRUPO 2. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

1. JUSTIFICACIÓN

Las coberturas críticas de vacunación identificadas en varios municipios del departamento representan un riesgo epidemiológico alto para la salud pública, debido a que favorecen la acumulación de población susceptible y la pérdida progresiva de la inmunidad colectiva requerida para prevenir brotes y reintroducciones de enfermedades inmunoprevenibles. La persistencia de brechas en biológicos trazadores compromete el control de eventos como sarampión, rubéola, difteria, tosferina y poliomielitis, especialmente en territorios con barreras de acceso, alta movilidad poblacional y condiciones socioeconómicas vulnerables. Esta situación incrementa la probabilidad de transmisión sostenida, aparición de casos importados y ocurrencia de brotes que pueden generar complicaciones graves, demanda adicional de servicios de salud y mayores costos operativos para las entidades territoriales.

2. MARCO NORMATIVO

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia se fundamenta en un conjunto de normas, lineamientos y disposiciones técnicas que orientan la organización, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de vacunación en el territorio nacional. Este marco normativo garantiza la protección del derecho fundamental a la salud y la prevención de enfermedades inmunoprevenibles durante el curso de vida.

En el ámbito internacional, el PAI se sustenta en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluyendo las metas de eliminación, control y erradicación de enfermedades como sarampión, rubéola, poliomielitis y tétanos neonatal. Estos organismos establecen recomendaciones técnicas que Colombia adopta para asegurar la estandarización de las prácticas de vacunación, la vigilancia epidemiológica y la calidad biológica de los inmunobiológicos.

A nivel nacional, Se fundamenta en los **Artículos 44, 48 y 49** de la Constitución Política, que elevan la salud a derecho fundamental (especialmente en niños y niñas) y la definen como un servicio público obligatorio a cargo del Estado, el desarrollo del PAI se rige principalmente por la Ley 9 de 1979, que establece las bases del sistema de protección sanitaria; Las acciones del presente programa se enmarcan en el componente de Intervenciones Colectivas, conforme a la Resolución 1597 de 2015, las cuales son de carácter estatal, gratuitas y obligatorias. Estas intervenciones buscan fortalecer la cultura de la prevención y la inmunización mediante estrategias de información y educación, garantizando que el departamento cumpla su rol de garante de la salud pública territorial establecido en la Ley 715 de 2001." La Ley 1122 de 2007 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconocen la salud como un derecho fundamental y asignan responsabilidades a los actores del sistema respecto a la prestación de servicios esenciales, entre ellos la vacunación. Así mismo, el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud) consolida las disposiciones relacionadas con la ejecución del PAI en el país.

El Ministerio de Salud y Protección Social define la estructura programática del PAI mediante lineamientos como el Plan Nacional de Vacunación, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031, la Resolución 3280 de 2018 sobre rutas integrales de atención en salud (RIAS), esta resolución es el corazón operativo. Define las **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)**, integrando la vacunación de forma obligatoria en cada etapa del "curso de vida" (desde la gestación hasta la vejez). Establece que la inmunización no es un evento aislado, sino parte de la valoración integral de cada paciente. y las Directrices Técnico-Administrativas del PAI, que regulan los esquemas de vacunación, la cadena de frío, la vigilancia de ESAVI, la gestión territorial, la microplanificación y las estrategias de intensificación.

Adicionalmente, la ejecución del PAI se articula con la **Resolución 3100 de 2019** (habilitación), resolución 1597 de las 2025 posteriores actualizaciones que regulan la prestación de servicios de vacunación, así como las disposiciones del Instituto Nacional de Salud relacionadas con la vigilancia epidemiológica de enfermedades inmunoprevenibles y la notificación en SIVIGILA.

Este conjunto de normas constituye el soporte jurídico y técnico del PAI y orienta la implementación de las acciones de vacunación en los departamentos y municipios, asegurando la calidad, accesibilidad y oportunidad de los servicios para garantizar la protección integral de la población.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

El Programa Ampliado de Inmunización en Norte de Santander evidencia una recuperación progresiva de las coberturas de vacunación durante el periodo 2021–2025 tras el impacto generado por la pandemia. Sin embargo, el departamento continúa enfrentando desafíos asociados a la movilidad poblacional, la dispersión geográfica y las desigualdades territoriales.

En este contexto, resulta fundamental continuar fortaleciendo las estrategias territoriales del PAI, con el fin de garantizar la protección efectiva de la población frente a enfermedades prevenibles por vacunación.

La presencia de coberturas críticas (por debajo del 95 % en biológicos trazadores del PAI) en varios municipios del departamento representa un riesgo epidemiológico alto, debido a que compromete la inmunidad colectiva necesaria para prevenir brotes, reemergencia y transmisión sostenida de enfermedades inmunoprevenibles.

Cuando existen brechas de vacunación, la población susceptible comienza a acumularse, especialmente en grupos de mayor riesgo como niños menores de 5 años, gestantes, población migrante, comunidades rurales dispersas y áreas con barreras de acceso. Esto genera una disminución de la protección comunitaria y aumenta la probabilidad de aparición de casos importados o autóctonos.

Así mismo el poco compromiso por los diferentes actores sociales entre estos la mayoría de las EAPB en temas de búsqueda activa demanda inducida y canalización de la población susceptible de vacunar y a la adherencia de las rutas integrales de atención en salud.
Las coberturas críticas facilitan:

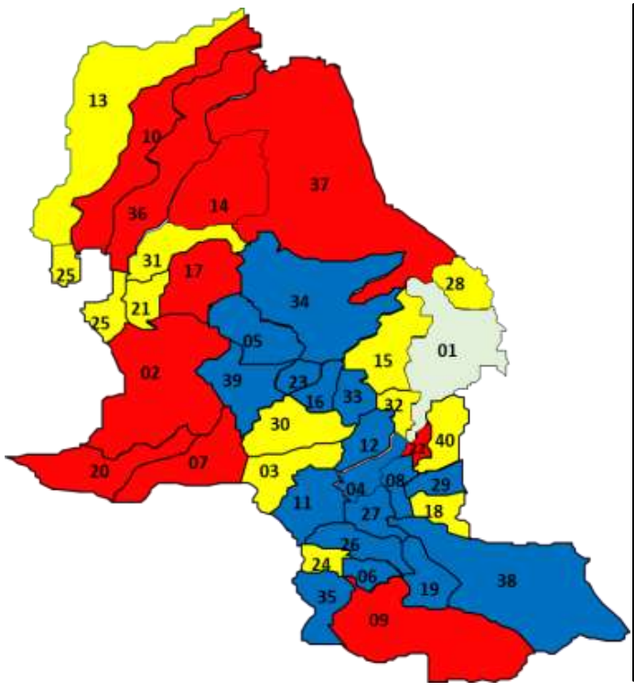
- Reaparición de enfermedades eliminadas o controladas:
  - Mayor riesgo de sarampión y rubéola, dado que son enfermedades altamente transmisibles y dependen de coberturas superiores al 95 % para evitar su reintroducción.
  - Riesgo de difteria, especialmente en municipios con esquemas incompletos en población mayor y migrante.
  - Riesgo de pertussis (tosferina), con impacto severo en lactantes

- Brotes de enfermedades inmunoprevenibles en poblaciones vulnerables
- Aumento de la carga de enfermedad y eventos graves
- Riesgo para la vigilancia epidemiológica
- Pérdida de la inmunidad de rebaño

Cuando las coberturas no alcanzan el umbral requerido:
- Se rompe la barrera de protección comunitaria.
- La transmisión se hace más probable incluso por casos importados.
- Las poblaciones sin vacunar quedan expuestas sin protección indirecta.

En relación a lo anterior se priorizan municipios con determinantes que afectan el cumplimiento de las coberturas departamental y que con base a las fuentes de información se tuvieron en cuenta lo siguientes criterios:

- Resultados de las coberturas vigencia 2024 su meta ideal 95%
- Resultados de las coberturas con corte al 30/10/2025 meta ideal 79%
- Monitor RIAS valoración integral infancia I trim. Vigencia 2025



CODIGO	MUNICIPIO	RESULTADO
2	Abrego	3
3	Arboledas	2
4	Bochalema	1,5
5	Bucarasica	1,5
6	Cacota	1,5
7	Cachira	3
8	Chinacota	1
9	Chitaga	3
10	Convencion	3
11	Cucutilla	1,5
12	Durania	1,5
13	El Carmen	2
14	El Tarra	3
15	El Zulia	2
16	Gramalote	1,5
17	Hacari	3
18	Herran	2,5
19	Labateca	1,5
20	La Esperanza	3
21	La Playa	2,5
22	Los Patios	3
23	Lourdes	1
24	Mutiscua	2
25	Ocaña	2
26	Pamplona	1,5
27	Pamplonita	1
28	Puerto Santander	2,5
29	Ragonvalia	1
30	Salazar	2,5
31	San Calixto	2,5
32	San Cayetano	2
33	Santiago	1,5
34	Sardinata	1,5
35	Silos	1
36	Teorama	3
37	Tibu	3
38	Toledo	1,5
39	Villa Caro	1,5
40	Villa Del Rosario	2

Con relación a los resultados observados y de acuerdo a la ponderación reflejadas en los diferentes municipios se prioriza la intervención por parte del ente departamental a través del contratista con los siguientes municipios y microterritorios.

MUNICIPIO	MICROTERRITORIO	ASENTAMIENTO
CÁCHIRA	VEGA DE ORO ESTOCOLMO	Rural
LA ESPERANZA	LOS PLANES TROMPEZÓN LA PEDREGOSA JURISDICCIÓN DE SAN PEDRO LEÓN XIII	Rural

4. DETERMINANTE SOCIAL

4.1. Determinantes demográficos y territoriales: Dispersión rural y difícil acceso municipios con población rural dispersa presentan mayores barreras para recibir esquemas completos y zonas con vías en mal estado, trochas o con riesgo de orden público afectan la continuidad del servicio.

Movilidad fronteriza, la frontera con Venezuela genera flujos permanentes de población migrante, pendular y transfronteriza con movilidad intermitente dificulta completar esquemas y mantener historial nominal, creando brechas de continuidad.

4.2. Determinantes socioeconómicos: Pobreza y desigualdades económicas, Desempleo y economía informal

4.3. Determinantes culturales y educativos: Creencias y percepciones erróneas, en algunos municipios hay resistencia cultural, especialmente hacia VPH en adolescentes, y nivel educativo menor comprensión del esquema completo y menor capacidad para interpretar síntomas posteriores a la vacunación.

4.4. Determinantes de acceso al sistema de salud, alta rotación de personal vacunador reduce la calidad del registro, la planificación territorial y la ejecución de rutas extramurales, y barreras administrativas, problemas de carnetización, afiliación o actualización de datos en el sistema generan retrasos y subregistro en PAIWEB o reporte tardío impide identificar brechas reales y actuar de manera oportuna.

4.5. Determinantes de seguridad y contexto social, zonas con presencia de grupos armados, migración forzada y desplazamiento interno

4.6. Inequidades específicas identificadas en el departamento como municipios con coberturas bajas, Inequidad por tipo de población como migrantes venezolanos con mayores retrasos en esquemas infantiles y gestacionales; Inequidad por género y ciclo vital como menor asistencia de gestantes a control prenatal afecta la vacunación Tdpa e influenza y Niños menores de 1 año en zonas rurales presentan mayor retraso acumulado.

5. RESULTADO EN SALUD:

El logro de coberturas útiles de vacunación en el departamento constituye un determinante fundamental para alcanzar los resultados en salud establecidos en la Resolución 3280 de 2018 y en el Plan de Acción en Salud (PAS). El fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones permite disminuir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles mediante la interrupción de la transmisión de agentes infecciosos en la comunidad, reduciendo la ocurrencia de casos nuevos de patologías como sarampión, rubéola, difteria, tétanos y meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, fiebre amarilla entre otras. Asimismo, el mantenimiento de coberturas iguales o superiores al 95% favorece el desarrollo de inmunidad colectiva, garantizando la protección indirecta de poblaciones vulnerables que no pueden ser vacunadas por condiciones médicas o por no haber alcanzado la edad mínima para la inmunización. En este contexto, la vacunación a lo largo del curso de vida primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y persona mayor, gestantes contribuye al control epidemiológico de enfermedades inmunoprevenibles y reduce el riesgo de introducción y propagación de casos importados, situación particularmente relevante en territorios de frontera como el departamento de Norte de Santander.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA: (No modificar)

- **Componente Financiero**: cumplimiento del 100% de los recursos asignados según lo concertado en los acuerdos y lo definido en el contrato interadministrativo.
- **Administrativo**: cumplimiento a las Intervención de Colectivas – PIC en los tiempos y duración de la contratación del mismo cumpliendo con los perfiles, recursos técnicos y tecnológicos para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores acatando los tiempos y actividades proyectadas en el cronograma.
- **Técnico**: se evaluará el avance de las coberturas útiles de vacunación de acuerdo a las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública y Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Junto con sus evidencias requeridas de acuerdo a las actividades (material de información, educación y comunicación, actas de reunión, microplanificación, mapeo geográfico, base de datos de población vacunada).
- **Resultados en salud**: se evaluará indicadores establecidos en cumplimiento del cronograma de actividades.
- **Parámetros de calidad:** se tendrán en cuenta los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la cobertura y oportunidad en el acceso de servicios de salud en las poblaciones rurales y dispersas priorizadas, a través del despliegue interdisciplinario y logístico requerido en los municipios de Cáchira y la Esperanza durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Priorizar la población dispersa con barreras de acceso a los servicios de salud mediante la ejecución de jornadas de Salud con atención integral
- Reducir barreras administrativas y sociales que afectan la vacunación en colectivos vulnerables

8. RECURSO HUMANO:

Para la ejecución de las acciones del **Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)** dentro el talento humano debe cumplir con perfiles técnicos específicos y requisitos normativos que aseguren la ejecución cumpliendo los atributos de calidad.

- 1 auxiliar de enfermería para cada municipio.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

La presente propuesta tiene como finalidad fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles mediante estrategias de Información y Comunicación, orientadas a la sensibilización comunitaria, el fortalecimiento del conocimiento en vacunación y la articulación intersectorial para el desarrollo de jornadas integrales de salud.

La estrategia busca generar espacios participativos con líderes comunitarios y población priorizada, promoviendo el acceso a información clara, accesible y pertinente sobre los riesgos asociados a enfermedades transmisibles, la importancia de la vacunación por cursos de vida y la desmitificación de falsas creencias relacionadas con las vacunas, en concordancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Pasos para la implementación

1. **Realización de encuentros participativos comunitarios**

Realización de encuentros participativos con líderes comunitarios para la socialización y comunicación de los temas relacionados con el riesgo de enfermedades transmisibles, e identificación y selección de la estrategia de IEC más pertinentes y efectivas para el entorno.

2. **Diseño y difusión de piezas comunicativas**

Seleccionar medios de comunicación accesibles como perifoneo, cartillas, afiches, redes sociales, visitas domiciliarias, charlas educativas y emisoras comunitarias.

- Diseño, producción y difusión de piezas comunicativas accesibles adaptadas a las necesidades, existencias y preferencias de la población priorizada.
- Elaborar materiales educativos claros, incluyentes y adaptados a las características culturales y lingüísticas de la población.
- Difundir mensajes orientados a:
  - Importancia de la vacunación por cursos de vida.
  - Prevención de enfermedades transmisibles.
  - Desmitificación de creencias erróneas sobre las vacunas.

3. Informar y orientar

Informar y orientar en riesgos asociados a Importancia de vacunación por cursos de vida, mitos relacionados con las vacunas, teniendo en cuenta el cumplimiento de los lineamientos definidos en las orientaciones del Ministerio de salud para la información en salud en el marco del PIC
Documentación de la experiencia informativa implementada y conocimiento adquiridos por la población intervenida.

4. Desarrollo de jornadas de salud y vacunación

- Coordinar jornadas integrales de salud con actores intersectoriales y comunitarios.
- Canalizar a la población susceptible para el inicio o completitud de esquemas de vacunación.
- Garantizar disponibilidad de talento humano idóneo, biológicos, insumos y logística necesaria para el adecuado desarrollo de las actividades

Tiempo de ejecución
La propuesta se desarrollará durante el periodo contractual establecido, de manera progresiva y articulada, a través de tres etapas operativas, permitiendo seguimiento continuo y ajustes según resultados parciales.

Resultados esperados en general

- Reducción de brechas territoriales y poblacionales en acceso a la vacunación.
- Incremento del conocimiento comunitario sobre enfermedades transmisibles y vacunación.
- Fortalecimiento de la participación comunitaria y corresponsabilidad social.
- Mejora en la identificación y captación de población con esquemas incompletos.
- Disminución del riesgo de enfermedades inmunoprevenibles.
- Incremento de coberturas de vacunación en biológicos priorizados.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

10.1. Información y educación

- Fortalecimiento de la participación comunitaria.
- Mayor articulación entre comunidad y sector salud.
- Identificación de estrategias de comunicación adaptadas al contexto territorial.
- Incremento del conocimiento de las personas y/o familias aprendidas sobre riesgos de enfermedades transmisibles.
- Piezas, videos, formularios, volantes diseñados.
- Incremento del conocimiento sobre beneficios y seguridad de las vacunas.
- Padres o familiares con disminución de mitos y con información de la importancia relacionados con la vacunación.
- Población que recibió charlas educativas.
- Encuestas adquiridas como resultado de la implementación.

10.2. En jornadas extramurales intensivas

- Población que acudió a las jornadas.
- Población captada con esquema incompletos o ausente
- Ampliación del acceso a servicios de vacunación

11. METAS:

- Dos (2) reuniones comunitarias con líderes comunales.
- 3 piezas publicitarias diseñadas
- 90% de los padres informados y orientados en riesgos a la vacuna y la importancia de la vacunación
- 1 documento elaborado
- 4 actores comunitarios e intersectoriales que participan en la coordinación de las jornadas
- Identificar el 90% de la población canalizada para el cumplimiento de esquemas de vacunación
- 1 auxiliar de enfermería por municipio
- Alcanzar un 100% de cumplimiento de las jornadas programadas.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

12.1 Información y educación.

- Vídeos de participación
- Evidencias fotográficas
- Listado de entrega de piezas diseñadas
- Pre test y post test
- Encuesta
- Evidencia de asistencia de los actores a través de actas de firmas, fotos
- Contrato laboral
- videos

12. 2 Jornadas extramurales intensivas

- videos que evidencien las jornadas
- revisión de niños vacunados en el PAIWEB
- Certificación del líder comunitario de jornada en el microterritorio

13. PRESUPUESTO:

Distribución financiera	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 50.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIONES DE ACTIVIDADES:

Por cada municipio se deberá cumplir con el número de actividades

INTERVENCIÓN COLECTIVA	ACTIVIDADES
Información en Salud.	185
JORNADAS DE SALUD	195

15. RESPONSABLE:

MYRIAM ALBA ARIAS
Responsable de PAI

FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO OFICIAL (Presupuesto discriminado por ítems).

Financiación: La financiación del presente proceso, será con cargo a los recursos del Presupuesto de Gastos e Inversión de la Vigencia Fiscal 2026 del INSTITUTO, discriminado en los siguientes rubros presupuestales:

DESCRIPCIÓN PRESUPUESTAL	VALOR
19.02.107 / 19051.10 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / LEPRA (PIC)	$ 60.000.000
19.02.110 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	$ 25.000.000
19.02.109 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PRIMERA INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	$ 25.000.000
TOTAL, PRESUPUESTO	$110.000.000

Presupuesto Oficial: El valor de esta Invitación Pública para este **GRUPO 8** es hasta por la suma de $ 110.000.000 (ciento diez millones de pesos M/cte.)., subordinados a las respectivas apropiaciones presupuestales, con cargo al presupuesto 2026, CDP # 776 de 28 de abril de 2026. Las ofertas que sobrepasen este presupuesto, serán inadmitidas.

FACTORES DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

Se fijan los siguientes criterios para la calificación de las propuestas que se reciban del presente proceso de Licitación Pública:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
EVALUACIÓN TÉCNICA	700
PRECIO DE LA PROPUESTA	300
TOTAL.....	**1000 PUNTOS**

EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 700 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del cumplimiento de los requerimientos y lineamientos técnicos definidos en estos pliegos y en los Estudios previos que hacen parte integral del presente proceso.

FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA	PUNTAJE MÁXIMO =

	700
- Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.	250
- Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas -PIC de manera territorializada y permanente.	150
- Evidenciar el compromiso para garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución, configurando exclusividad de los equipos básicos de salud a través de los cuales se deben ejecutar las intervenciones colectivas.	150
- Disponer de un área de trabajo con las condiciones necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalué los resultados de estas.	150
No presenta el 100% de los requerimientos y/o lineamientos técnicos descritos en los pliegos y estudios previos	0 (RECHAZADA)

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NOTA: Cuando el oferente obtenga cero (0) en este aspecto de evaluación, la propuesta será RECHAZADA, pues queda sobre entendido que NO reúne las condiciones técnicas que formula el pliego de condiciones, lo cual quedará consignado en el informe de evaluación correspondiente.

PRECIO DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 300 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del valor de la propuesta económica correspondiente al ANEXO TÉCNICO N°1 – ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES.

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{Propuesta de menor precio} \times 300}{\text{Valor de la propuesta en estudio}}$$

LOTE 9

SUBGRUPO 1 PROGRAMA DE LEPRA

1. JUSTIFICACIÓN

El 85% de las personas con discapacidad del Departamento enfrentan una compleja gama de situaciones: Pobreza, bajo nivel educativo, barreras Físicas y actitudinales, alto índice de NBI, difícil acceso a programas de capacitación continuada y por ende a restricción para el ingreso al mercado laboral, a la seguridad social y a programas de habilitación y rehabilitación, debilidad organizacional, segregación, entre otros.

La discapacidad de las personas es extremadamente variada, hay diferentes clases de deficiencias y las personas son afectadas en diferentes maneras algunas personas tienen una deficiencia, otras tienen deficiencias múltiples; algunas nacen con una deficiencia, mientras que otras pueden adquirir una deficiencia durante el transcurso de su vida. La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad describe a las personas con discapacidad como: quienes tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales de largo plazo.

El presente proyecto de Plan de Intervenciones Colectivas busca fortalecer las acciones de caracterización e información en salud dirigidas a pacientes y ex pacientes del programa de lepra, con el propósito de identificar oportunamente sus condiciones de salud, necesidades sociales y factores de riesgo asociados, promoviendo una atención integral y el seguimiento continuo. Asimismo, se pretende fomentar el acceso a información clara y pertinente sobre la enfermedad, el autocuidado, la adherencia al tratamiento, la prevención de discapacidades y la disminución del estigma social, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población intervenida y al fortalecimiento de las estrategias de salud pública orientadas al control y vigilancia de la lepra en la comunidad

En la actualidad Norte de Santander cuenta con 37.482 personas con discapacidad de las cuales, a la fecha del 31 de diciembre de 2024, 10.034 personas cuentan con el certificado de discapacidad en donde 5.732 presentan discapacidad física, 1.391 discapacidad visual, 1.046 discapacidad auditiva, 4.074 discapacidad múltiple; discapacidad intelectual 3.811, discapacidad psicosocial 3.096 y discapacidad sordo ceguera 19. *Fuente de información SISPRO – RLCPD,* corte de 31 de diciembre de 2024.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.
- Resolución 276 de 2019 Modifica la Resolución 3280 de 2018, amplia plazos para la implementación y progresividad de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal.
- Resolución 100 de 2024, por la cual se establece las disposiciones sobre la **Planeación Integral para la Salud**, derogando la Resolución 1536 de 2015.
- Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen: “Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen.
- Resolución 1597 del 30 de julio de 2025 por lo cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la gestión de salud pública y el plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de salud pública y la estrategia de Atención Primaria en salud (APS)

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

En el transcurso de la historia, la visión acerca de la discapacidad siempre ha sido referida en términos discriminatorio. Al paso de los años, esta visión fue transformándose, sin embargo, mantenía una perspectiva maligna sobre las personas "anómalas".

Para esto, la participación activa se vuelve una herramienta de acción dentro de un contexto social donde se acepta la diversidad, generando un medio social y físico más amigable y accesible, propicio para la integración de las personas con discapacidad. Desde este periodo también se reconoce que hay circunstancias que influyen en las condiciones y calidad de vida de las personas con discapacidad: la ignorancia, el abandono, la superstición, el miedo y sobre todo la indiferencia y la falta de sensibilidad de algunos sectores de la sociedad, son factores que a lo largo de la historia han aislado y retrasado el desarrollo de estas personas, impidiéndoles su integración.

En el caso de la lepra, es importante observar cómo se están implementando las estrategias de prevención y control, así como la respuesta de la comunidad y la percepción que tienen sobre la enfermedad. Además, se deben identificar barreras que puedan estar impidiendo el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado.
Por último, se evalúa la colaboración entre diferentes sectores, como gobierno, organizaciones no gubernamentales y la comunidad, para abordar la lepra de manera integral. Todo esto ayuda a crear un panorama claro que permita diseñar intervenciones efectivas y mejorar la salud pública en general.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

Los determinantes sociales en salud, como el acceso a la educación, la pobreza, la violencia de género, y la falta de políticas públicas efectivas, influyen de manera directa en las condiciones de salud de la población. Abordar estas situaciones desde un enfoque integral que considere la participación de la sociedad, las familias, las comunidades y el estado es fundamental se mencionan los determinantes identificados en la población objeto a intervenir.

1. **Acceso a la educación y conocimiento**
2. **Condiciones socioeconómicas**
3. **Acceso a servicios de salud**

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo de esta propuesta se requiere intervenir los hogares en el ámbito urbano y rural de los Municipios de Ocaña, Teorama, San Calixto y Hacarí identificando prácticas y riesgos presente en su entorno e informar, mediante las intervenciones colectivas de caracterización socioeconómica y de información en salud, Se proporcionará información clave sobre la enfermedad de Hansen, signos y síntomas, tratamiento, prevención de discapacidad, acceso a los programas de rehabilitación, prácticas de autocuidado. El resultado de impacto esperado es que 89 personas incluidos pacientes y expacientes de los Municipios de Ocaña, Teorama, San Calixto y Hacarí se caracterizan socioeconómicamente y evaluar las **condiciones de pobreza**, con **ingresos bajos o nulos**, **vulnerabilidad laboral** (desempleo), y a menudo en zonas con **hacinamiento y déficit nutricional**, lo que facilita la transmisión y progresión de la enfermedad, además de enfrentar una fuerte **discriminación** y **estigma** que limita su acceso a empleo, relaciones y bienestar general, perpetuando un ciclo de exclusión social y económica.

Adicionalmente las actividades de información en pacientes de lepra y comunidad son cruciales para empoderar, asegurar la adherencia al tratamiento, prevenir discapacidades, reducir el estigma y la discriminación y mejorar su calidad de vida, enseñándoles sobre la enfermedad, signos de alarma para buscar ayuda temprana, manejo de reacciones, autocuidado (como revisión de piel y nervios), y apoyo psicológico, integrando un enfoque integral biopsicosocial, a través de la conformación de redes comunitarias.

ENTIDAD TERRITORIAL

Norte de Santander es un Departamento clave en la realidad de la Lepra en Colombia, mostrando consistentemente altas tasas de detección y número de casos, con municipios de la Regional Emiro Quintero Cañizares como: Ocaña, Teorama, San Calixto y Hacarí, reportando los mayores números, principalmente casos multibacilares y con retraso diagnóstico, lo que genera discapacidad y evidencia la necesidad de fortalecer la detección temprana y la formación del personal de salud para un control efectivo de la enfermedad en el territorio.

Norte de Santander se ubica entre los Departamentos con mayor número de casos de lepra en Colombia, junto a Santander y Valle del Cauca, Cúcuta, Ocaña, Teorama, San Calixto, Hacarí Villa del Rosario y Abrego son los municipios con mayor reporte de casos, según estudios de caracterización. Predominan los pacientes masculinos, entre 41-59 años, y la mayoría tiene el régimen subsidiado de salud. Se observan altos porcentajes de casos multibacilares (lepromatosa), con más de cinco lesiones y un porcentaje significativo de casos que desarrollan discapacidad (Grado I y II). Existe un retraso importante en el diagnóstico, con una oportunidad promedio de 2.4 años, lo que contribuye a la discapacidad. Se requiere definir políticas específicas, mejorar la formación del personal de salud y priorizar la detección temprana, el tratamiento oportuno y la rehabilitación.

FORMAS DE CONFIGURACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

La configuración de los determinantes sociales en la lepra se da a través de la pobreza, el bajo nivel educativo, las malas condiciones de vivienda y hacinamiento, la falta de empleo y el estigma social, que limitan el acceso a servicios y generan diagnósticos tardíos, afectando la inmunidad y aumentando el riesgo de infección y discapacidad. Estos factores socioeconómicos y culturales crean un caldo de cultivo para el Mycobacterium leprae, manifestándose en el desarrollo de formas más graves y complicaciones.

Factores clave en la configuración determinantes sociales en Lepra:

- Socioeconómicas: Bajo ingreso económico: Personas en pobreza tienen mayor riesgo, afectando nutrición y defensa inmunológica. Bajo nivel educativo: Analfabetismo y poca educación primaria, limitando acceso a información y servicios. No vínculo laboral: Falta de empleo (excluyendo jubilados/amas de casa). Condiciones de vivienda: Hacinamiento y malas condiciones favorecen la transmisión.

- Salud: Detección tardía: Predomina la detección espontánea, no activa, lo que retrasa el tratamiento. Discapacidad al diagnóstico: Mayor grado de discapacidad al momento de buscar atención.
- Estilo de Vida y Comportamiento: Nutrición: Déficit nutricional, relacionado con la pobreza, debilita el sistema inmune.
- Factores Psicosociales y Culturales: Estigma social: Rechazo y actitudes negativas hacia pacientes, dificultando la detección y adherencia al tratamiento. Redes sociales/apoyo: La falta de redes de apoyo impacta la capacidad de afrontar la enfermedad.

Estos determinantes actúan en conjunto: la pobreza lleva a vivir en hacinamiento, la falta de educación dificulta reconocer síntomas y buscar ayuda a tiempo, y el estigma perpetúa el ciclo, resultando en: Inmunidad deprimida por malnutrición y estrés, Diagnósticos en etapas, avanzadas, con mayor carga de enfermedad (formas multibacilares), Mayor riesgo de complicaciones y discapacidad.

Abordar la lepra requiere, por tanto, no solo tratamiento médico, sino también políticas públicas que ataquen la pobreza, mejoren la educación y combatan el estigma.

PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES

La lepra genera graves problemas sociales y necesidades como el estigma, la discriminación y la exclusión, que conducen a problemas de salud mental (vergüenza, ansiedad, depresión) y dificultan el acceso a la atención, perpetuando un ciclo de pobreza y discapacidad física (daño nervioso, desfiguración, pérdida de sensibilidad) que limita la participación social y la calidad de vida, afectando el bienestar económico y la integración familiar y comunitaria, requiriendo enfoques psicosociales integrales y educación para romper el ciclo.

Problemas Sociales Clave:

1. Estigma y Discriminación: La asociación histórica de la lepra con el pecado, la impureza y la maldición ha llevado a prejuicios y rechazo social, afectando la dignidad y los derechos de las personas afectadas.
2. Exclusión Social: Las personas con lepra a menudo son aisladas de sus familias y comunidades, lo que genera soledad y falta de apoyo.
3. Impacto en la Salud Mental: El estigma provoca vergüenza, ansiedad, depresión y problemas de autoestima, llevando a un ciclo de vulnerabilidad psicosocial.
4. Barreras en el Acceso a la Atención: El miedo al rechazo y la falta de información impiden buscar diagnóstico y tratamiento a tiempo, empeorando la enfermedad.
5. Discapacidad y Pobreza: Las deformidades físicas y la pérdida de función (nerviosa, motora) limitan la capacidad de trabajar y participar, atrapando a las personas en la pobreza.

Necesidades Sociales y de Salud:

1. Abordaje Integral: Se necesitan programas de salud que integren la detección y el tratamiento médico con apoyo psicosocial para atender el bienestar emocional y mental.
2. Educación y Sensibilización: Educar a las comunidades para romper mitos y reducir el estigma es crucial para la aceptación y la no discriminación.
3. Apoyo Psicológico: Intervenciones para fortalecer la salud mental y la resiliencia de los afectados y sus familias.
4. Rehabilitación y Medidas de Apoyo: Ayuda para manejar las discapacidades, incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y apoyo para la reinserción laboral y social.
5. Protección de Derechos: Eliminar leyes discriminatorias y garantizar los derechos civiles y sociales de las personas afectadas.
6. Mejora de Condiciones Socioeconómicas: Combatir la pobreza y mejorar las condiciones de vida en las comunidades vulnerables para prevenir y controlar la enfermedad.

LOS PROCESOS QUE DETERMINEN LAS CONDICIONES DE INEQUIDAD

Las condiciones de inequidad de la lepra son profundas, ligadas a la pobreza, estigma, discriminación y falta de acceso a servicios, llevando a retrasos en diagnóstico y tratamiento, aislamiento social, violación de derechos y desafíos particulares para mujeres y niños, afectando desproporcionadamente a comunidades vulnerables con mala vivienda y saneamiento, a pesar de ser curable con antibióticos.

Factores Socioeconómicos y Ambientales:

- Pobreza y Condiciones Precarias: Afecta más a quienes viven en hacinamiento, desnutrición y con saneamiento deficiente, ya que son determinantes sociales de la salud.

- Vulnerabilidad: Se relaciona con la susceptibilidad inmunológica y las condiciones físicas, sociales y económicas desfavorables, según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
  Estigma y Discriminación (Violencia Estructural):
- Maldición y Pecado: Persisten creencias culturales y religiosas que ven la lepra como un castigo divino, generando rechazo y vergüenza.
- Violaciones de Derechos: La discriminación lleva a la negación de derechos civiles, políticos y sociales, incluyendo acceso a trabajo (manipulación de alimentos, educación), licencias profesionales y vivienda.
- Aislamiento: Históricamente y a veces aún hoy, se impone aislamiento y segregación, separando a las personas de sus familias y comunidades.
- **Escenarios de alta carga de la enfermedad**

- Los Municipios con más casos: Cúcuta, Ocaña, Villa del Rosario, Teorama, San Calixto Hacarí y Abrego.
- Perfil de los casos: Mayoría de pacientes masculinos, en edades entre 41-59 años, y un alto porcentaje en el régimen subsidiado.
- Forma clínica: Predominan los casos de lepra multibacilar (MB) y lepromatosa, con lesiones múltiples, lo que indica una mayor carga bacteriana y riesgo de discapacidad.
- Discapacidad: Un porcentaje considerable de pacientes presenta discapacidad de grado I o II al momento del diagnóstico, señalando diagnósticos tardíos.

Aunque hay una tendencia nacional a la baja, Norte de Santander, ha sido históricamente un Departamento con altas tasas de detección, y en análisis recientes se ha visto una disminución en la notificación, pero sigue siendo un punto de vigilancia importante.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia que se realizara en pagos bimestral con los soportes de cada actividad según seguimiento que realiza el Programa y cumplimiento financiero según la matriz técnico financiera.
- **Administrativo**: Tiempo de duración: (6) seis meses, con seguimientos bimestrales a disposición y se genera actas de soporte.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud del Programa de Lepra. Se verificará el cumplimiento de la calidad y oportunidad y completitud de las actividades y consecución de los logros propuestos desde el programa
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado del Programa. Indicadores de gestión y de resultado de obligatorio cumplimiento y específico del programa.

- **Parámetros de calidad:** Integralidad de la intervención: Caracterización e información en Salud (salud, educación, medios de vida, inclusión social y fortalecimiento comunitario), bajo un enfoque biopsicosocial y de curso de vida.
  Enfoque diferencial e inclusivo: Reconocimiento de las particularidades poblacionales, con aplicación de ajustes razonables y garantía de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal.
  Participación social y comunitaria: Vinculación activa de personas con discapacidad, cuidadores, familias y organizaciones comunitarias en todas las fases del proyecto.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer capacidades familiares y comunitarias para la inclusión social, el autocuidado y la prevención de discapacidad en personas afectadas por enfermedad de Hansen y sus convivientes, mediante estrategias de caracterización social y ambiental e información en salud y acciones colectivas en el entorno hogar en el municipio de Ocaña, Hacarí, Teorama, San Calixto durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar determinantes de riesgo en el entorno hogar, presaberes de las familias intervenidas mediante la intervención colectiva de caracterización.
- Promover el autocuidado y prevención de discapacidades en las personas afectadas por la enfermedad de Hansen y sus familias, mediante acciones educativas y comunitarias para la detección de barreras de acceso a los servicios de salud, rehabilitación, protección social y acciones intersectoriales.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso del desarrollo de la estrategia es necesario contar con la participación de talento humano en salud, el cual se sugiere estar conformado por los siguientes perfiles.

- Enfermería Profesional (1)
- Psicología y/o trabajo social (1)

Nota: será 1 equipo, constituido por 1 enfermera, 1 psicólogo y/o trabajador social quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para el municipio. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas caracterización e información en salud se debe tener como parámetro estandarizado para las actividades a desarrollar la ficha metodológica de caracterización y las orientaciones del Ministerio de Salud para la Información en salud para el entorno Hogar.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

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

- Identificación de riesgos presentes en las familias y eventos en salud, así como los conocimientos y actitudes de las mismas acorde a las temáticas aplicadas.

Información en salud:

- Conocimiento adquirido en las prácticas de autocuidado y reducción del riesgo de desarrollo de discapacidades asociadas a la enfermedad de Hansen en las familias de los municipios priorizados, conforme a los criterios técnicos y normativos vigentes.

11. METAS:

- Realizar la socialización del proceso de caracterización social y ambiental al 100% de las familias priorizadas programadas para la intervención durante la vigencia 2026.

- Realizar el 100% de las visitas domiciliarias programadas para la complementación y validación de la caracterización socioeconómica de pacientes y expacientes con enfermedad de Hansen y sus familias durante la vigencia 2026.
- Consolidar, procesar y analizar el 100% de la información recolectada durante la caracterización social y ambiental de las familias priorizadas intervenidas durante la vigencia 2026.
- Realizar el 100% de los encuentros participativos programados con expacientes y sus familias para el fortalecimiento del autocuidado y selección de estrategias IEC durante la vigencia 2026.
- Diseñar, producir y difundir el 100% de las piezas comunicativas programadas dirigidas a expacientes y convivientes durante la vigencia 2026.
- Realizar acciones de información y orientación sobre prácticas de autocuidado al 100% de las familias priorizadas programadas mediante visitas domiciliarias durante la vigencia 2026.
- Documentar el 100% de las experiencias informativas implementadas y los conocimientos adquiridos por la población intervenida durante la vigencia 2026.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

- Seguimiento mensual con el contratista de la Matriz Técnico Financiera.
- Llamada telefónica aleatoria a las familias intervenidas, la cual debe manifestar que recibió la atención, de lo contrario, se descontará financieramente del valor pactado.
- Visita de campo en el territorio

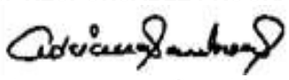
13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
CONTRATISTA	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
MUNICIPIO DE OCAÑA	$ 40.000.000
MUNICIPIO DE SAN CALIXTO	$ 25.000.000
MUNICIPIO DE TEORAMA	$ 32.400.000
MUNICIPIO DE HACARI	$ 25.000.000
TOTAL:	$ 122.400.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓNES COLECTIVAS Y ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Caracterización social y ambiental en entornos de vida cotidiana	3
Información en Salud	4

15. RESPONSABLE PROGRAMA LEPRA:



ADRIANA MILENA GAMBOA VELASCO
Responsable del Programa de Lepra

SUBGRUPO 2 PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

1. JUSTIFICACIÓN

Las coberturas críticas de vacunación identificadas en varios municipios del departamento representan un riesgo epidemiológico alto para la salud pública, debido a que favorecen la acumulación de población susceptible y la pérdida progresiva de la inmunidad colectiva requerida para prevenir brotes y reintroducciones de enfermedades inmunoprevenibles. La persistencia de brechas en biológicos trazadores compromete el control de eventos como sarampión, rubéola, difteria, tosferina y poliomielitis, especialmente en territorios con barreras de acceso, alta movilidad poblacional y condiciones socioeconómicas vulnerables. Esta situación incrementa la probabilidad de transmisión sostenida, aparición de casos importados y ocurrencia de brotes que pueden generar complicaciones graves, demanda adicional de servicios de salud y mayores costos operativos para las entidades territoriales.

2. MARCO NORMATIVO

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia se fundamenta en un conjunto de normas, lineamientos y disposiciones técnicas que orientan la organización, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de vacunación en el territorio nacional. Este marco normativo garantiza la protección del derecho fundamental a la salud y la prevención de enfermedades inmunoprevenibles durante el curso de vida.

En el ámbito internacional, el PAI se sustenta en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluyendo las metas de eliminación, control y erradicación de enfermedades como sarampión, rubéola, poliomielitis y tétanos neonatal. Estos organismos establecen recomendaciones técnicas que Colombia adopta para asegurar la estandarización de las prácticas de vacunación, la vigilancia epidemiológica y la calidad biológica de los inmunobiológicos.

A nivel nacional, Se fundamenta en los **Artículos 44, 48 y 49** de la Constitución Política, que elevan la salud a derecho fundamental (especialmente en niños y niñas) y la definen como un servicio público obligatorio a cargo del Estado, el desarrollo del PAI se rige principalmente por la Ley 9 de 1979, que establece las bases del sistema de protección sanitaria; Las acciones del presente programa se enmarcan en el componente de Intervenciones Colectivas, conforme a la Resolución 1597 de 2015, las cuales son de carácter estatal, gratuitas y obligatorias. Estas intervenciones buscan fortalecer la cultura de la prevención y la inmunización mediante estrategias de información y educación, garantizando que el departamento cumpla su rol de garante de la salud pública territorial establecido en la Ley 715 de 2001." La Ley 1122 de 2007 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconocen la salud como un derecho fundamental y asignan responsabilidades a los actores del sistema respecto a la prestación de servicios esenciales, entre ellos la vacunación. Así mismo, el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud) consolida las disposiciones relacionadas con la ejecución del PAI en el país.

El Ministerio de Salud y Protección Social define la estructura programática del PAI mediante lineamientos como el Plan Nacional de Vacunación, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031, la Resolución 3280 de 2018 sobre rutas integrales de atención en salud (RIAS), esta resolución es el corazón operativo. Define las **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)**, integrando la vacunación de forma obligatoria en cada etapa del "curso de vida" (desde la gestación hasta la vejez). Establece que la inmunización no es un evento aislado, sino parte de la valoración integral de cada paciente. y las Directrices Técnico-Administrativas del PAI, que regulan los esquemas de vacunación, la cadena de frío, la vigilancia de ESAVI, la gestión territorial, la microplanificación y las estrategias de intensificación.

Adicionalmente, la ejecución del PAI se articula con la **Resolución 3100 de 2019** (habilitación), resolución 1597 de las 2025 posteriores actualizaciones que regulan la prestación de servicios de vacunación, así como las disposiciones del Instituto Nacional de Salud relacionadas con la vigilancia epidemiológica de enfermedades inmunoprevenibles y la notificación en SIVIGILA.

Este conjunto de normas constituye el soporte jurídico y técnico del PAI y orienta la implementación de las acciones de vacunación en los departamentos y municipios, asegurando la calidad, accesibilidad y oportunidad de los servicios para garantizar la protección integral de la población.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Programa Ampliado de Inmunización en Norte de Santander evidencia una recuperación progresiva de las coberturas de vacunación durante el periodo 2021–2025 tras el impacto generado por la pandemia. Sin embargo, el departamento continúa enfrentando desafíos asociados a la movilidad poblacional, la dispersión geográfica y las desigualdades territoriales.

En este contexto, resulta fundamental continuar fortaleciendo las estrategias territoriales del PAI, con el fin de garantizar la protección efectiva de la población frente a enfermedades prevenibles por vacunación.

La presencia de coberturas críticas (por debajo del 95 % en biológicos trazadores del PAI) en varios municipios del departamento representa un riesgo epidemiológico alto, debido a que compromete la inmunidad colectiva necesaria para prevenir brotes, reemergencia y transmisión sostenida de enfermedades inmunoprevenibles.

Cuando existen brechas de vacunación, la población susceptible comienza a acumularse, especialmente en grupos de mayor riesgo como niños menores de 5 años, gestantes, población migrante, comunidades rurales dispersas y

áreas con barreras de acceso. Esto genera una disminución de la protección comunitaria y aumenta la probabilidad de aparición de casos importados o autóctonos.

Así mismo el poco compromiso por los diferentes actores sociales entre estos la mayoría de las EAPB en temas de búsqueda activa demanda inducida y canalización de la población susceptible de vacunar y a la adherencia de las rutas integrales de atención en salud.

Las coberturas críticas facilitan:

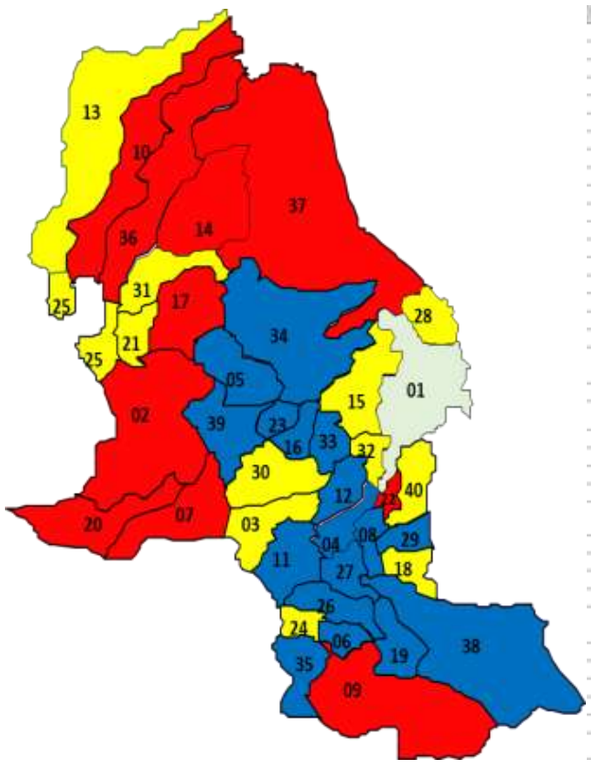
- Reaparición de enfermedades eliminadas o controladas:
- Mayor riesgo de sarampión y rubéola, dado que son enfermedades altamente transmisibles y dependen de coberturas superiores al 95 % para evitar su reintroducción.
- Riesgo de difteria, especialmente en municipios con esquemas incompletos en población mayor y migrante.
- Riesgo de pertussis (tosferina), con impacto severo en lactantes
- Brotes de enfermedades inmunoprevenibles en poblaciones vulnerables
- Aumento de la carga de enfermedad y eventos graves
- Riesgo para la vigilancia epidemiológica
- Pérdida de la inmunidad de rebaño

Cuando las coberturas no alcanzan el umbral requerido:

- Se rompe la barrera de protección comunitaria.
- La transmisión se hace más probable incluso por casos importados.
- Las poblaciones sin vacunar quedan expuestas sin protección indirecta.

En relación a lo anterior se priorizan municipios con determinantes que afectan el cumplimiento de las coberturas departamental y que con base a las fuentes de información se tuvieron en cuenta lo siguientes criterios:

- Resultados de las coberturas vigencia 2024 su meta ideal 95%
- Resultados de las coberturas con corte al 30/10/2025 meta ideal 79%
- Monitor RIAS valoración integral infancia I trim. Vigencia 2025



CODIGO	MUNICIPIO	RESULTADO
2	Abrego	1
3	Arboledas	2
4	Bochalema	1,5
5	Bucarasica	1,5
6	Cacota	1,5
7	Cachira	1
8	Chinacota	1
9	Chitaga	1
10	Convencion	1
11	Cucutilla	1,5
12	Durania	1,5
13	El Carmen	2
14	El Tarra	1
15	El Zulia	2
16	Gramalote	1,5
17	Hacari	1
18	Herran	2,5
19	Labateca	1,5
20	La Esperanza	1
21	La Playa	2,5
22	Los Patios	1
23	Lourdes	2
24	Mutiscua	2
25	Ocaña	2
26	Pamplona	1,5
27	Pamplonita	2
28	Puerto Santander	2,5
29	Ragonvalia	2
30	Salazar	2,5
31	San Calixto	2,5
32	San Cayetano	2
33	Santiago	1,5
34	Sardinata	1,5
35	Silos	2
36	Teorama	1
37	Tibu	1
38	Toledo	1,5
39	Villa Caro	1,5
40	Villa Del Rosario	2

Con relación a los resultados observados y de acuerdo a la ponderación reflejadas en los diferentes municipios se prioriza la intervención por parte del ente departamental a través del contratista con el siguiente municipio y microterritorios.

MUNICIPIO	MICROTERRITORIO	ASENTAMIENTO

SAN CALIXTO	SANTA CATALINA SAN IGNACIO VILLA NUEVA SAN JAVIER	Rural

4. DETERMINANTE SOCIAL

4.1. Determinantes demográficos y territoriales: Dispersión rural y difícil acceso municipios con población rural dispersa presentan mayores barreras para recibir esquemas completos y zonas con vías en mal estado, trochas o con riesgo de orden público afectan la continuidad del servicio.

Movilidad fronteriza, la frontera con Venezuela genera flujos permanentes de población migrante, pendular y transfronteriza con movilidad intermitente dificulta completar esquemas y mantener historial nominal, creando brechas de continuidad.

4.2. Determinantes socioeconómicos: Pobreza y desigualdades económicas, Desempleo y economía informal

4.3. Determinantes culturales y educativos: Creencias y percepciones erróneas, en algunos municipios hay resistencia cultural, especialmente hacia VPH en adolescentes, y nivel educativo menor comprensión del esquema completo y menor capacidad para interpretar síntomas posteriores a la vacunación.

4.4. Determinantes de acceso al sistema de salud, alta rotación de personal vacunador reduce la calidad del registro, la planificación territorial y la ejecución de rutas extramurales, y barreras administrativas, problemas de carnetización, afiliación o actualización de datos en el sistema generan retrasos y subregistro en PAIWEB o reporte tardío impide identificar brechas reales y actuar de manera oportuna.

4.5. Determinantes de seguridad y contexto social, zonas con presencia de grupos armados, migración forzada y desplazamiento interno

4.6. Inequidades específicas identificadas en el departamento como municipios con coberturas bajas, Inequidad por tipo de población como migrantes venezolanos con mayores retrasos en esquemas infantiles y gestacionales; Inequidad por género y ciclo vital como menor asistencia de gestantes a control prenatal afecta la vacunación Tdpa e influenza y Niños menores de 1 año en zonas rurales presentan mayor retraso acumulado.

5. RESULTADO EN SALUD:

El logro de coberturas útiles de vacunación en el departamento constituye un determinante fundamental para alcanzar los resultados en salud establecidos en la Resolución 3280 de 2018 y en el Plan de Acción en Salud (PAS). El fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones permite disminuir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles mediante la interrupción de la transmisión de agentes infecciosos en la comunidad, reduciendo la ocurrencia de casos nuevos de patologías como sarampión, rubéola, difteria, tétanos y meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, fiebre amarilla entre otras. Asimismo, el mantenimiento de coberturas iguales o superiores al 95% favorece el desarrollo de inmunidad colectiva, garantizando la protección indirecta de poblaciones vulnerables que no pueden ser vacunadas por condiciones médicas o por no haber alcanzado la edad mínima para la inmunización. En este contexto, la vacunación a lo largo del curso de vida primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y persona mayor, gestantes contribuye al control epidemiológico de enfermedades inmunoprevenibles y reduce el riesgo de introducción y propagación de casos importados, situación particularmente relevante en territorios de frontera como el departamento de Norte de Santander.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: cumplimiento del 100% de los recursos asignados según lo concertado en los acuerdos y lo definido en el contrato interadministrativo.
- **Administrativo**: cumplimiento a las Intervención de Colectivas – PIC en los tiempos y duración de la contratación del mismo cumpliendo con los perfiles, recursos técnicos y tecnológicos para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores acatando los tiempos y actividades proyectadas en el cronograma.

- **Técnico**: se evaluará el avance de las coberturas útiles de vacunación de acuerdo a las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública y Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Junto con sus evidencias requeridas de acuerdo a las actividades (material de información, educación y comunicación, actas de reunión, microplanificación, mapeo geográfico, base de datos de población vacunada).
- **Resultados en salud**: se evaluará indicadores establecidos en cumplimiento del cronograma de actividades.
- **Parámetros de calidad:** se tendrán en cuenta los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la cobertura y oportunidad en el acceso de servicios de salud en las poblaciones rurales y dispersas priorizadas, a través del despliegue interdisciplinario y logístico requerido en los municipios de San Calixto durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Priorizar la población dispersa con barreras de acceso a los servicios de salud mediante la ejecución de jornadas de Salud con atención integral
- Reducir barreras administrativas y sociales que afectan la vacunación en colectivos vulnerables

8. RECURSO HUMANO:

Para la ejecución de las acciones del **Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)** dentro el talento humano debe cumplir con perfiles técnicos específicos y requisitos normativos que aseguren la ejecución cumpliendo los atributos de calidad.

- 1 auxiliar de enfermería para cada municipio.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

La presente propuesta tiene como finalidad fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles mediante estrategias de Información y Comunicación, orientadas a la sensibilización comunitaria, el fortalecimiento del conocimiento en vacunación y la articulación intersectorial para el desarrollo de jornadas integrales de salud.

La estrategia busca generar espacios participativos con líderes comunitarios y población priorizada, promoviendo el acceso a información clara, accesible y pertinente sobre los riesgos asociados a enfermedades transmisibles, la importancia de la vacunación por cursos de vida y la desmitificación de falsas creencias relacionadas con las vacunas, en concordancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Pasos para la implementación

Realización de encuentros participativos comunitarios

Realización de encuentros participativos con líderes comunitarios para la socialización y comunicación de los temas relacionados con el riesgo de enfermedades transmisibles, e identificación y selección de la estrategia de IEC más pertinentes y efectivas para el entorno.

Diseño y difusión de piezas comunicativas

Seleccionar medios de comunicación accesibles como perifoneo, cartillas, afiches, redes sociales, visitas domiciliarias, charlas educativas y emisoras comunitarias.

- Diseño, producción y difusión de piezas comunicativas accesibles adaptadas a las necesidades, existencias y preferencias de la población priorizada.
- Elaborar materiales educativos claros, incluyentes y adaptados a las características culturales y lingüísticas de la población.
- Difundir mensajes orientados a:
  - Importancia de la vacunación por cursos de vida.

- Prevención de enfermedades transmisibles.
- Desmitificación de creencias erróneas sobre las vacunas.

Informar y orientar

Informar y orientar en riesgos asociados a Importancia de vacunación por cursos de vida, mitos relacionados con las vacunas, teniendo en cuenta el cumplimiento de los lineamientos definidos en las orientaciones del Ministerio de salud para la información en salud en el marco del PIC
Documentación de la experiencia informativa implementada y conocimiento adquiridos por la población intervenida.

Desarrollo de jornadas de salud y vacunación

- Coordinar jornadas integrales de salud con actores intersectoriales y comunitarios.
- Canalizar a la población susceptible para el inicio o completitud de esquemas de vacunación.
- Garantizar disponibilidad de talento humano idóneo, biológicos, insumos y logística necesaria para el adecuado desarrollo de las actividades

Tiempo de ejecución

La propuesta se desarrollará durante el periodo contractual establecido, de manera progresiva y articulada, a través de tres etapas operativas, permitiendo seguimiento continuo y ajustes según resultados parciales.

Resultados esperados en general

- Reducción de brechas territoriales y poblacionales en acceso a la vacunación.
- Incremento del conocimiento comunitario sobre enfermedades transmisibles y vacunación.
- Fortalecimiento de la participación comunitaria y corresponsabilidad social.
- Mejora en la identificación y captación de población con esquemas incompletos.
- Disminución del riesgo de enfermedades inmunoprevenibles.
- Incremento de coberturas de vacunación en biológicos priorizados.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

10.1. Información y educación

- Fortalecimiento de la participación comunitaria.
- Mayor articulación entre comunidad y sector salud.
- Identificación de estrategias de comunicación adaptadas al contexto territorial.
- Incremento del conocimiento de las personas y/o familias aprendidas sobre riesgos de enfermedades transmisibles.
- Piezas, videos, formularios, volantes diseñados.
- Incremento del conocimiento sobre beneficios y seguridad de las vacunas.
- Padres o familiares con disminución de mitos y con información de la importancia relacionados con la vacunación.
- Población que recibió charlas educativas.
- Encuestas adquiridas como resultado de la implementación.

10.2. En jornadas extramurales intensivas

- Población que acudió a las jornadas.
- Población captada con esquema incompletos o ausente
- Ampliación del acceso a servicios de vacunación

11. METAS:

- Dos (2) reuniones comunitarias con líderes comunales.
- 3 piezas publicitarias diseñadas
- 90% de los padres informados y orientados en riesgos a la vacuna y la importancia de la vacunación
- 1 documento elaborado
- 4 actores comunitarios e intersectoriales que participan en la coordinación de las jornadas
- Identificar el 90% de la población canalizada para el cumplimiento de esquemas de vacunación
- 1 auxiliar de enfermería por municipio
- Alcanzar un 100% de cumplimiento de las jornadas programadas.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:
12.1 Información y educación.

- Vídeos de participación
- Evidencias fotográficas
- Listado de entrega de piezas diseñadas
- Pre test y post test
- Encuesta
- Evidencia de asistencia de los actores a través de actas de firmas, fotos
- Contrato laboral
- videos

12. 2 Jornadas extramurales intensivas

- videos que evidencien las jornadas
- revisión de niños vacunados en el PAIWEB
- Certificación del líder comunitario de jornada en el microterritorio

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$ 30.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIONES DE ACTIVIDADES:

INTERVENCIÓN COLECTIVA	ACTIVIDADES
INFORMACIÓN EN SALUD	130
JORNADAS DE SALUD.	136

15. RESPONSABLE:

MYRIAM ALBA ARIAS
Responsable del PAI

SUBGRUPO 3 PROGRAMA DE NUTRICION

1. JUSTIFICACIÓN

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS EN LOS ENTORNOS COMUNITARIO Y HOGAR DURANTE LA VIGENCIA 2026, EN EL MARCO DE LA GARANTIA DEL DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ZONAS DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL, EN LOS MUNICIPIOS DE EL CARMEN Y CONVENCIÓN Y SUS MICROTERRITORIOS.

En el Departamento de Norte de Santander se evidencian problemas de malnutrición, tanto por exceso como por déficit. La tasa de mortalidad por desnutrición y/o asociada a la desnutrición en menores de 5 años ha venido presentando un comportamiento decreciente en los últimos cinco (5), pasando desde la vigencia 2019 en el orden de 9,6 por cada 100.000 menores de 5 años, representado por trece (13) casos, hasta la vigencia 2025 en donde se logró una tasa de 0.0 casos de mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años. Lo antes mencionado, en el marco del logro del ODS No. 02 denominado “Hambre Cero”.

En este sentido, la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años El análisis de la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en el departamento de Norte de Santander evidencia un total de 668 casos en una población de 116.984 niños y niñas de 0 a 4 años, lo que corresponde a una prevalencia departamental de 0,57

por cada 100 menores. Al revisar el comportamiento por municipios en orden descendente de prevalencia, se observa que los territorios con mayor afectación presentan valores significativamente superiores al promedio departamental.

El municipio con mayor prevalencia es Tibú, con 85 casos y una prevalencia de 1,38, seguido por Teorama con 20 casos y 1,24. Posteriormente se ubican Chitagá con 10 casos (0,98) y La Esperanza con 12 casos (0,97). Continúa Pamplonita con 4 casos (0,93) y La Playa con 6 casos (0,86). En el siguiente grupo se encuentran Sardinata con 18 casos (0,80), Cucutilla con 4 casos (0,78), Hacarí con 9 casos (0,77) y Ábrego con 21 casos (0,76). Con prevalencias cercanas a 0,69, aparecen Ragonvalia con 3 casos (0,69) y El Zulia con 17 casos (0,69). Luego se ubican Mutiscua con 2 casos (0,65), Toledo con 8 casos (0,64) y El Tarra con 20 casos (0,62).

En un rango cercano al promedio departamental se encuentran Pamplona con 16 casos (0,55) y Cúcuta con 270 casos (0,55), destacándose este último por concentrar el mayor número absoluto de casos, debido principalmente a su mayor tamaño poblacional. Les siguen Convención con 9 casos (0,53) y Puerto Santander con 4 casos (0,49). Posteriormente se identifican San Cayetano con 3 casos (0,44), Cácota con 1 caso (0,42) y Ocaña con 41 casos (0,42). Continúan Villa del Rosario con 34 casos (0,41) y Villa Caro con 2 casos (0,41), seguidos de Bucarasica con 3 casos (0,40). Con prevalencias inferiores a 0,40, se encuentran Chinácota con 5 casos (0,37), Los Patios con 23 casos (0,36) y El Carmen con 5 casos (0,36). Luego aparecen San Calixto con 5 casos (0,35) y Silos con 2 casos (0,34). En niveles más bajos se ubican Arboledas con 2 casos (0,27) y Lourdes con 1 caso (0,27).

En términos generales, el comportamiento de la prevalencia muestra mayor concentración del riesgo en municipios de la subregión del Catatumbo y algunos territorios rurales, donde las condiciones socioeconómicas, el acceso a servicios de salud y las condiciones de seguridad alimentaria pueden influir en la presencia de desnutrición infantil. A su vez, aunque Cúcuta presenta una prevalencia cercana al promedio departamental, concentra el mayor número de casos, lo cual resalta la importancia de fortalecer las intervenciones nutricionales tanto en municipios con alta prevalencia como en aquellos con gran carga de casos. Lo anterior muestra el comportamiento del evento de desnutrición aguda en el departamento, terminando la vigencia con un reporte total de 607 casos, de los cuales los más afectados son niños menores de 2 años, edad en la cual la lactancia materna exclusiva y complementaria es un factor protector de gran importancia, que juega un papel primordial en los determinantes de la salud.

En este contexto, aproximadamente el 70% de los niños y niñas notificados como desnutrición aguda en menores de 5 años en el departamento, corresponden a menores de 2 años, en donde la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna es una prioridad de desarrollo de cualquier país o región. Su logro o no tiene implicaciones de orden social, económico y ambiental de gran magnitud y en plazos de tiempos distintos. La extracción manual realizada con las manos es más efectiva, económica, menos traumática, menos dolorosa, tiene la ventaja de no requerir equipo extra, eliminando la necesidad de limpiar y la posibilidad del crecimiento de las bacterias. Es una destreza aprendida, su eficacia aumenta con la práctica, de aquí la importancia de crear entornos propicios para proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna como un medio que beneficia a la madre y al niño que se encuentra en condiciones de salud que le impidan estar juntos en caso de hospitalización y/o otra situación.

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

Diferentes estudios reconocen las propiedades y beneficios de la leche materna, existiendo un contrasentido al observar las cifras de lactancia materna exclusiva del país que pasaron de 2.2 meses en 2005 a 1.8 meses en 2010. Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional- ENSIN. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), la tasa nacional de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad, muestra una tendencia decreciente, reflejada en los siguiente datos: en el 2005 la tasa fue del 46,9, en el 2010 del 42,8 y en el 2015 del 36,1. De otra parte, el diagnóstico nutricional vigencia 2019, en el Norte de Santander muestra que la duración media

en meses de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses para el departamento es de 2,8 meses y 7.4 meses en la lactancia materna continua, comportamiento de indicadores que muestra una disminución muy marcada en deterioro de la lactancia materna. Bajando en el 2020 a 1.9 en la lactancia materna exclusiva y la continua a 7.6, está última con un ligero incremento. Para el 2021, el comportamiento del indicador continúa en detrimento, quedando en 1.8 para la lactancia materna exclusiva y en 4.5 meses para la complementaria.

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

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

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

También es importante establecer acciones colectivas direccionadas desde la Entidad Territorial Departamental en Salud, que permitan el fortalecimiento de la seguridad alimentaria y nutricional, precisando que, la Ley 2294 del 2024 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida” y teniendo en cuenta las orientaciones técnicas establecidas en el precitado plan, específicamente las relacionadas con la garantía al derecho humano a la alimentación como tercera transformación propuesta, hacia el camino de una gobernanza interinstitucional entre el estado y la sociedad, con la articulación de políticas y programas, y que en su propuesta plantea 3 pilares fundamentales para el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) No. 02 denominado “Hambre Cero”, las cuales se listan a continuación; I) Disponibilidad, en referencia al aumento de la productividad para garantizar una oferta sostenible y suficiente de alimentos, II) Acceso, relacionado con la capacidad de pago de los hogares y el suministro físico de los alimentos para facilitar su llegada a toda la población, III) Adecuación, la cual implica la promoción de una alimentación saludable que responda a las necesidades nutricionales para el desarrollo físico, mental y social de la población, reconociendo saberes y experiencias ancestrales de los territorios.

Por consiguiente, desde la Entidad Territorial en Salud de Orden Departamental, desarrollamos acciones contempladas en el tercer pilar de la transformación denominado “Adecuación”, mediante el fortalecimiento de capacidades de los actores en salud del SGSSS, promoviendo prácticas alimentarias saludables y sostenibles y fomentando la lactancia materna exclusiva y complementaria como el mayor acto de soberanía alimentaria desde el nacimiento de los niños en nuestro departamento, fortaleciendo al talento humano en referencia a los lineamientos direccionados desde el Ministerio de Salud y Protección Social para el tratamiento a la desnutrición aguda, procesos de inspección vigilancia y control en los actores del sistema, como también el desarrollo de procesos de articulación intersectorial contemplados en la Resolución 2350 del 2020 y que son responsabilidad de todos los actores del SGSSS.

2. MARCO NORMATIVO

NORMA	OBJETO DE LA NORMA
Resolución 1597 de 2025	Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan

	Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)
Ley 2244 de 2022	Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo departo, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado
Decreto 1397 de 1992	Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones
Ley 1823 de 2017	"Por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de La familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones
Resolución 2350 de 2020	Por la cual se adopta el 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, y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2465 de 2016	Establece los criterios para la evaluación y clasificación del estado nutricional en la población colombiana.
Resolución 2674 de 2013	Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.
Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021–2023	Define estrategias nacionales para promover la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, en el marco de la promoción de la salud materno e infantil.
Resolución 2492 de 2022	Establece el etiquetado nutricional frontal de advertencia en alimentos procesados.
Resolución 2423 de 2018	Por la cual se establecen los parámetros técnicos para la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral
Ley 2306 de 2023	Por medio de la cual se promueve la protección de la maternidad y la primera infancia, se crean incentivos y normas para la construcción de áreas que permitan la lactancia materna en el espacio público y se dictan otras disposiciones
Resolución 1188 de 2025	Por la cual se establecen los parámetros para la creación y operación en condiciones de higiene, salubridad y dotación adecuada de las Áreas de Lactancia Materna en Espacio Público y se dictan otras disposiciones
Ley 2458 de 2025	Por medio de la cual se establecen medidas orientadas a fortalecer la comunidad lactante, la promoción de la lactancia materna en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.
Ley 2294 de 2023	Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida.
Resolución 0115 del 2026	"Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 2350 del 2020, relacionada con Desnutrición aguda.

Fuente: Elaboración propia.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

En el Departamento de Norte de Santander se evidencian problemas de malnutrición, tanto por exceso como por déficit. La tasa de mortalidad por desnutrición y/o asociada a la desnutrición en menores de 5 años que paso en el año 2018 del 9.44 (12 casos) al 21.0 (27 casos) en el 2019 (Cúcuta 2, Los Patios 1, Pamplona 3, Teorama 1, Tibú 7 y 13 procedentes de Venezuela),presentando un incremento notorio, llegando a ocupar en el 2019 el segundo lugar a nivel nacional y una notificación de casos de mortalidad por y asociada a desnutrición en el 2020 de 5 casos con una tasa de 3,6 (Cúcuta 1, Villa del Rosario 2, Tibú 1 y Venezuela 1) y para el 2021, bajó a 2.9 con 4 casos (Tibú 1, Cúcuta 1, Los Patios 1 y Convención 1) (Fuente: SIVIGILA), en este orden de ideas, para el año 2022 se presentaron 5 casos (Cúcuta 2, El Tarra 1, Tibú 1, Toledo 1, Venezuela 1). No obstante, que la mortalidad por desnutrición aguda en el departamento muestra un comportamiento descendente. A continuación, en la imagen No. 01, se evidencia el comportamiento de los reportes de desnutrición aguda moderada y severa durante la vigencia 2024 en el departamento de Norte de Santander, precisando que durante la vigencia 2025 a semana epidemiológica No. 51, no se han presentado casos de mortalidad por Desnutrición Aguda Moderada y Severa en menores de 5 años en el Departamento Norte de Santander.

A continuación, en la Imagen No. 02. Se evidencia la gráfica relacionada con el número de muertes por desnutrición según año de notificación desde la vigencia 2017 hasta la vigencia 2024

Imagen No. 02. Número de muertes por desnutrición aguda en menores de 5 años. Según año de notificación desde el 2017 hasta el 2024.

Fuente: SIVIGILA

A continuación, en la imagen No. 3 se logra evidenciar el comportamiento de la notificación de casos en comparativa de las vigencias anteriores, con la vigencia 2025, evidenciando un incremento en el orden del 6% positivo en el número de reporte de casos en comparativa con el mismo periodo de tiempo de la vigencia 2024.

Imagen No. 03. Comportamiento de la notificación de casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, vigencias anteriores vs vigencia 2025 en el Departamento Norte de Santander

Fuente: SIVIGILA.

Con base en lo antes expuesto, se presentó una disminución de la tasa prevalencia de desnutrición aguda por cada 100 menores de 5 años en el Departamento Norte de Santander, pasando de una tasa de 0,59 x cada 100 menores de 5 años para la vigencia 2023, a una tasa de 0,54 x cada 100 menores de años. Sin embargo, se logra evidenciar que desde la vigencia 2017 esta tasa ha venido incrementando de manera sustancial, y a partir de la vigencia 2021, se ha logrado contener. Como se evidencia en la tabla No. 04

Imagen No. 04. Prevalencia de Desnutrición Aguda Moderada y severa en el Departamento Norte de Santander, Semana Epidemiológica No. 43.

Fuente: SIVIGILA.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

En referencia a los múltiples determinantes sociales en salud, en referencia con Salud Nutricional y prevención de la Desnutrición Aguda Moderada o Severa en Menores de 5 años, el sistema de salud será a su vez un determinante social intermedio. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar. Desde esta perspectiva, los factores estructurales están asociados a la dimensión de los medios económicos, y en consecuencia a los ejes de disponibilidad y acceso y los intermedios están asociados a las dimensiones de la calidad de vida de la SAN: consumo y aprovechamiento biológico. La inocuidad, se concibe como el conjunto de características que aseguran que el alimento sea apto para el consumo humano, siendo un atributo presente a lo largo de la cadena alimentaria. Estos determinantes se ven reflejados en el estado nutricional de los diferentes grupos poblacionales, el cual podrá ser adecuado o podrá reflejar problemáticas nutricionales relacionadas tanto con el déficit como el exceso.

Imagen No.05 Determinantes sociales de la desnutrición y malnutrición.

Fuente: SISVAN Norte de Santander.

5. RESULTADO EN SALUD:

- Contribuir mejorar el estado nutricional de la población materno infantil y fortalecer la lactancia materna exclusiva y complementaria en los micro territorios de los municipios seleccionados
- Contener parcialmente las tasas y prevalencia de niños y niñas menores de 5 con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa en los micro territorios de los municipios seleccionados
- Contener la tasa de mortalidad evitable por y asociada a la desnutrición aguda en menores de 5 años.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: Ejecución del 100% de los recursos asignados con los soportes solicitados en cada una de las actividades PIC Departamental, de acuerdo con la Matriz Técnico Financiera (MTF).
- **Administrativo**: El PIC está diseñado para su ejecución durante el 2026, sugiriendo un perfil profesional de la salud, afines con áreas de Salud Nutricional y exiliar de enfermería capacitado en el tema. Se debe garantizar continuidad, y los soportes legales de seguridad social en salud

- **Técnico**: La Ejecución del PIC de Departamental será evaluada de acuerdo con los lineamientos nacionales y normatividad relacionada con Salud Nutricional, en cada una de las actividades desarrolladas por los ejecutores las cuales se encuentran contempladas en la MTF.
- **Resultados en salud**:
  Contribuir mejorar el estado nutricional de la población materno infantil y fortalecer la lactancia materna exclusiva y complementaria en los micro territorios de los municipios seleccionados
  Contener parcialmente las tasas y prevalencia de niños y niñas menores de 5 con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa en los micro territorios de los municipios seleccionados
  Contener la tasa de mortalidad evitable por y asociada a la desnutrición aguda en menores de 5 años.
- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la Resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fomentar el autocuidado individual y colectivo a través de las redes sociales de micro territorios priorizados para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación, durante la vigencia 2026, en los municipios de El Carmen y Convención

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar espacios de construcción de saberes y generación de respuestas comunitarias que promuevan prácticas sociales y de salud para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida, mediante la implementación de la intervención colectiva de conformación y fortalecimiento de redes comunitarias.

- Afianzar las capacidades de las familias y comunidades en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida mediante la implementación de la intervención colectiva de información en salud.

8. RECURSO HUMANO:

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

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

ACTIVIDAD: CONFORMACIÓN DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL MARCO DEL PIC.

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

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

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

- Identificar los posibles actores o miembros de la red (Instituciones, redes existentes, organizaciones, grupos, familias, personas) en razón de sus competencias y funciones, o por su afectación en relación con la situación, evento o riesgo que se abordará a través de la red.
- Realizar proceso de sensibilización sobre la situación, evento o riesgo a intervenir o gestionar con los actores identificados (foros, conferencias, información, procesos de formación, entre otros).
- Definir la participación de los actores en la red con base en tres aspectos fundamentales; I) Intereses comunes en relación con la situación, evento o riesgo, II) Posición de apoyo u oposición en relación con su abordaje o gestión, III) Influencia o importancia (Capacidad de incidir en la situación, problema o riesgo).

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

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

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

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

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

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

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

h. Evalué el desempeño de la red:
- En relación con los resultados de sus proyectos en la comunidad donde los implementen: para esto se hace una verificación y evaluación de los indicadores incluidos en el proyecto. También se puede evaluar la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad a través de encuestas, entrevistas, etc.
- En su estructura e interacciones como red. Para esto se puede hacer un análisis de las estructuras que se derivan de las relaciones de la red, lo cual permite conocer el verdadero rol que cada uno desempeña, en

términos de su centralidad, intermediación, apertura, entre otros aspectos. De igual manera analizar el tipo de relaciones que conforman la red, para conocer aspectos como la intensidad y la frecuencia de los contactos, el carácter proactivo o reactivo de los mismos, entre otros.

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

ACTIVIDAD DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD:

La información en salud se define como "Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud, que contribuyan a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud"

La información en salud, más que la simple transmisión unidireccional de datos o mensajes es una acción estratégica para el desarrollo humano que debe generar un clima cultural apropiado para la promoción de salud y calidad de vida y aportar a la construcción de otras formas de comprender la salud.

Finalidades de la información en salud La información en salud busca aumentar el conocimiento sobre un tema e incidir en las formas de sentipensar que apunten a:

1. Persuadir de realizar una determinada conducta (ej.: utilizar condón en las relaciones sexuales; lavarse las manos; etc.) o disuadir de hacerla (ej.: no manejar cuando se ha consumido alcohol o drogas). Se trata de la información que procura que los sujetos hagan algo con el fin de fortalecer o mejorar la salud o de hacer conciencia de la problemática para generar reflexión que se traduzca en cambio de prácticas.
2. Anticipar que los sujetos adopten comportamientos que afecten su salud; ejemplo: evitar que los jóvenes inicien el consumo de drogas (implica trabajar desde la primera infancia en aspectos como la autonomía, el autoconcepto, la autovaloración, entre otros). Debe ser una estrategia constante e implementarse con suficiente antelación al momento en que podrían suscitarse los hechos, porque los resultados se verán a mediano o largo plazo.
3. Promocionar los derechos - con énfasis en el derecho a la salud y las acciones de autocuidado y cuidado de la salud de la familia, la comunidad y su entorno; así como, promover la participación -especialmente de los que usualmente no han sido considerados como interlocutores válidos3 y proponer los escenarios para dicha participación y para la movilización social. Con base en la información en salud se promueve que los ciudadanos puedan posicionar en las agendas gubernamentales, del sector privado o de las organizaciones sociales, los temas que le aporten a la garantía de los derechos, entre ellos el derecho a la salud.
4. Reforzar comportamientos o saberes favorables para promover y mantener la salud, que a través de la evidencia han demostrado resultados positivos en distintos contextos.
5. Cambiar representaciones de sí, de los otros, de lo otro que permitan cuestionar lo que se ha establecido como si fuera natural y es injusto o inequitativo o inconveniente para la salud.

¿A QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN LE ESTAMOS APUNTANDO?

Se puede decir que a aquella que reconozca los comportamientos y creencias arraigados en la población sujeto -que afectan la salud y la calidad de vida-, con el fin de determinar cómo podría persuadírseles de actuar de forma diferente a favor de la salud. Lo anterior, implica reconocer las opiniones, saberes, valoraciones o prejuicios que las personas tiene sobre un tema o problema y captar su atención aportando información para ampliar el conocimiento sobre éstos, cambiar la perspectiva desde la cual los ven, y generar una actitud orientada hacia mantener y promover la salud y predisponer a la acción4 En general le estamos apuntando a la información en salud, que;

1. Reconoce y parte de los comportamientos, actitudes, sentimientos, creencias, saberes y prácticas de las personas, las familias y las comunidades, y se construye a partir de la información epidemiológica local, para aportar a configurar determinados saberes y valores sobre los problemas de calidad de vida y salud.
2. Reconoce y parte de la cultura, de la psicología, de las características educativas y del momento del curso de vida de los sujetos a quienes se va a dirigir la información, así como del contexto territorial6 en el que viven.
3. Reconoce y confía en la capacidad de cambio de las personas, para lo cual es necesario aportar información que no genere oposición, sino ir paso a paso, partiendo de la forma en que actúan en sus vidas actualmente.

4. Construye mensajes que sean sencillos, comprensibles y actualizados: “las personas adoptan más fácilmente un comportamiento si éste es “divertido, fácil y popular”, si reduce barreras y si refuerza costumbres sociales

PROCESO PARA IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD

Para implementar la intervención de Información en salud, se sugiere realizar lo siguiente:

a. Definir el segmento de población al que se va a dirigir la información (a qué personas, familias comunidades y en qué entornos –hogar, educativo,
b. laboral, etc.-, se va a dirigir el proceso). Conocer a los sujetos a quienes se dirigirá la información (cómo actúan en los diferentes entornos, qué les interesa, qué saben, qué no saben, cómo construyen sus saberes, cuál es su nivel de participación, qué disponibilidad de información existe en el medio, qué iniciativas relacionadas existen, que mueve sus sentimientos...) 11 y saber qué conciencia del riesgo tienen, qué gravedad perciben respecto de una situación o comportamiento, qué beneficios perciben respecto de las creencias actuales y respecto de un posible cambio, y qué barreras se perciben para tomar la decisión de cambiar (ej.: temores, creencias sociales que les impiden adoptar alguna medida de salud, seguimiento de ciertas pautas culturales o religiosas que imponen determinados comportamientos no necesariamente favorables a la salud…)
c. Conocer las necesidades de información de la población sujeto13 (esto implica responder a la pregunta ¿qué se requiere?: que cambie de comportamiento, que actúe en favor de otro o de la naturaleza, que adopte una cierta actitud, o que se reconozcan los servicios a que tiene derecho o los avances del sector, entre otros) Conocer el contexto (territorial, económico, social, político, cultural, etc.)
d. Entender y definir el problema de salud a ser abordado: sus causas, severidad y consecuencias que está produciendo, determinando los factores que inhiben o facilitan los cambios (sociales, culturales, económicos, etc.)
e. Conocer los resultados de otras campañas, jornadas especiales de salud o estrategias informativas (preferiblemente de las que se hayan o estén desarrollando en el mismo territorio).
f. Definir el tipo de mensaje y la forma en que llegaría mejor a la población sujeto. En su difusión es importante combinar: medios de comunicación masiva, interpersonal, redes sociales, sistemas alternativos (los que sustituyen al habla), etc. En este sentido el mensaje debe diseñarse con base o en función del medio o los medios que se seleccionen para la difusión.
g. Delimitar el objetivo a corto y mediano plazo y determinar los efectos o lo que se pretende lograr; son ejemplo de objetivos operativos: comprender nuevos conceptos, adoptar un comportamiento, cambiar de opinión sobre un tema, obtener una ganancia por una forma de actuar saludable15. Estos deben incorporarse en el Plan Territorial de Salud. =
h. Establecer un plan de medios (seleccionar los vehículos publicitarios): medios de comunicación, sitios estratégicos, coberturas, audiencias a impactar, frecuencia de exposición al mensaje.
i. Definir cómo se va a promocionar la información: relaciones públicas, contacto personal, entre otros.
j. Realizar un pilotaje y hacer las modificaciones antes de lanzar todo el proceso (cambiar lo que no fue comprendido, recordado y aceptado socioculturalmente).
k. 12. Buscar aliados (saber si hay otras organizaciones que también están difundiendo mensajes similares, cómo, a quiénes y qué resultados están obteniendo; y contactar a otros aliados que aún no estén participando de la estrategia informativa. Ejemplo: empresas que estén dispuestas a aportar al
l. proceso de acuerdo con sus acciones de responsabilidad social, o con la participación de organizaciones de base o de los mismos sujetos de la información)
m. 13. Consolidar una relación constante con los sujetos de la información (permite saber qué tanto se está comprendiendo el mensaje y qué efectos está teniendo).
n. 14. Hacer un plan operativo (y un plan B) para que el proceso informativo sea sostenible.
o. Sistematizar o por lo menos documentar la experiencia informativa implementada.
p. Seguir y evaluar las acciones y establecer planes de mejoramiento.
q. Establecer necesidades futuras de información de acuerdo con lo encontrado en la evaluación.
r. Publicar los resultados.
s. Rediseñar el programa

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

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Conformación y fortalecimiento de redes comunitarias:

- Organizaciones comunitarias con capacidad para la orientación y adopción de autocuidado individual y colectivo para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida.

Información en Salud:

- Familias con conocimientos en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva y complementaria en las mujeres en período de gestación durante el curso de vida.

11. METAS:

- Los Municipios seleccionados y sus micro territorios cuentan con el 100% de las redes de apoyo comunitario conformada y fortalecida para la lactancia materna exclusiva y complementaria y alimentación saludable.
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en lactancia materna exclusiva y complementaria y alimentación saludable.
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en alimentación saludable y buenas prácticas de manufactura, consumo de agua potable
- Mujeres, adultos y adolescentes pertenecientes al 100% de los hogares informados en detección de signos y síntomas de desnutrición
- Niños, niñas, menores de 5 años con detección del riesgo de muerte por desnutrición a los servicios de salud y Equipos Básicos de Salud (EBS).

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Los soportes aportados por el contratista, serán sometidos a verificación para evidenciar la veracidad de los mismos, mediante llamadas telefónicas, visitas, revisión detallada, corroboración de la información consignada, con diferentes medios.

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$ 100.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS Y ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
I30205 CONFORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE REDES FAMILIARES, COMUNITARIAS Y SOCIALES PARA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	8 (UNA RED POR MICROTERRITORIO SIN RED, SI YA EXISTE RED ACTUALIZACIÓN)
I10605 INFORMACIÓN EN SALUD	550

15. RESPONSABLE:

LILIANA ELENA RODRIGUEZ PELAEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
NUTRICION IDS.

SUBGRUPO 4 SALUD Y AMBITO LABORAL

1. JUSTIFICACIÓN

Las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC- de Norte de Santander. Para la vigencia 2025, se formularon bajo las siguientes consideraciones: El Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) – el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) basado en APS, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)-Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS), que se constituyen

en herramientas globales a considerar para el desarrollo de las acciones de Gestión la Salud Pública y las Intervenciones Colectivas. Así como la normativa vigente que regula la planeación, contratación, seguimiento y evaluación de las intervenciones de salud pública colectiva.

El PIC está orientado a la ejecución de sus intervenciones en el marco de las metas establecidas en el Plan de territorial de salud 2024-2026, con enfoque en la Atención Primaria en Salud – APS y de determinantes sociales con perspectiva territorial, con el fin de promover la salud, disminuir las vulnerabilidades, proteger y conservar la vida, dando respuestas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones en salud de la población, bajo la estrategia Entornos Laborales Saludables.

Las Intervenciones de Salud Pública Colectiva, se desarrollan a través de las Empresas Sociales del Estado pertenecientes al Departamento de Norte de Santander, quienes ejecutaran las intervenciones en los entornos de vida (hogar, institucional, educativo, comunitario) en los municipios priorizados.

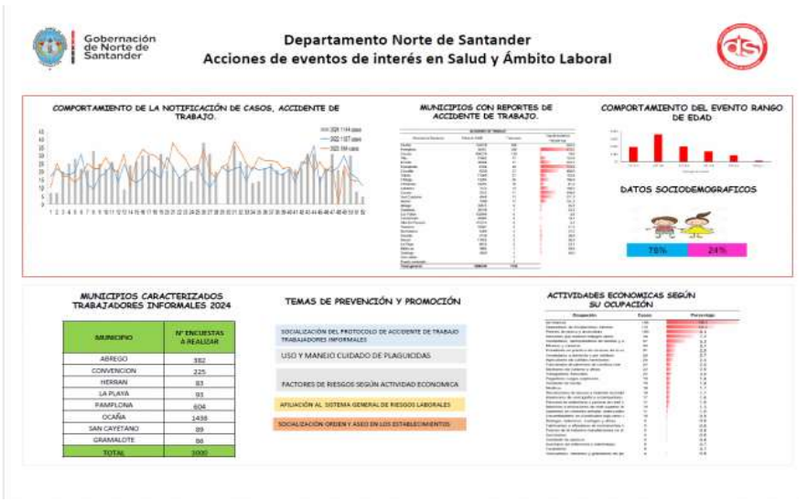
Según el Plan Decenal de Salud Pública y en el cumplimiento a la meta de resultado, desarrollar en los municipios de Teorama y San Calixto. Actividades de promoción y prevención en salud ocupacional con población trabajadora informal, en el marco de la estrategia de entornos laborales saludables, durante el cuatrienio se debe abordar 32 municipios de Norte de Santander, para dar cumplimiento al plan de intervenciones colectivas PIC.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.
- Resolución 1597 de 2025 “Por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)”.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)



Fuente: SIVIGILA vigencia 2024

4. DETERMINANTE SOCIAL.

La vida y el trabajo de las personas, además de su calidad de vida, la cual otorga capacidad de actuación en un contexto específico. Los principales determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de la población trabajadora informal mayor de 15 de años son las malas prácticas de autocuidado.

- **Educación:** El nivel de escolaridad es un factor que determina la informalidad laboral.
- Ingreso: Los bajos salarios y la baja productividad son factores que determinan la informalidad laboral.
- **Entornos sociales:** Las características de las relaciones sociales generan riesgos potenciales que afectan la salud.
- **Entornos físicos:** El acceso a servicios públicos básicos, transporte, vías y contaminación ambiental son determinantes clave de la salud.
- **Seguridad social:** El empleo informal carece de seguridad social, como el acceso a los servicios de salud.

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo de esta propuesta se requiere fortalecer el análisis de las condiciones de salud y trabajo de la población de la Economía Popular y Comunitaria, con Prácticas de cuidado de su salud en el trabajo y de los entornos, personas con detección de riesgos en su salud, abordado en redes o agremiaciones en el ámbito rural (incluyendo rural disperso) de cada municipio priorizado, identificando prácticas y riesgos presente en su entorno e informar y alertar la necesidad de la adopción, mediante las intervenciones colectivas de caracterización social – ambiental y de información en salud. El resultado de impacto esperado es que las personas, familias y comunidades adquieran prácticas informadas para el cuidado y protección de los entornos. Este proceso y productos alcanzados será verificado de manera presencial por el ente territorial, garantizando que el conocimiento recibido por trabajadores informales sea asimilado para posteriormente implementarlo adecuadamente, asegurando un impacto positivo y duradero en la comunidad.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero:** ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará por parte de los referentes y/o líder del programa salud pública, en donde se describa los pagos de acuerdo con la concertación realizada, este será el insumo para el acuerdo intersectorial.
- **Administrativo:** continuidad del Plan de Intervención de Colectivas - PIC tiempos y duración de la contratación del PIC: cumplimiento de perfiles y recursos técnicos y tecnológicos. para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores, lo cual será soportado mediante contratos, actas de inicio, informes de actividades, actas de supervisión y actas de liquidación.
- **Técnico:** coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Las actividades planteadas se alinean con los objetivos, ejes estratégicos y líneas operativas definidos en el PTS, y se operacionalizan a través del PAS,

permitiendo una ejecución articulada, pertinente y orientada al logro de resultados en salud, conforme a la realidad situacional identificada en los micro territorios priorizados.

- **Resultados en salud:** cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas. La descripción técnica del proyecto evidencia la articulación entre el PTS y el PDSP, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y fortalecimiento de entornos laborales que contribuyen a la reducción de la exposición a factores de riesgo, especialmente en población priorizada, garantizando la trazabilidad entre planeación, ejecución y resultados.
- **Parámetros de calidad:** Las acciones desarrolladas en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas cumplirán con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 del presente acto administrativo, con especial énfasis en los principios de oportunidad, seguridad y coordinación. La oportunidad se garantizará mediante la programación y ejecución de las actividades dentro de los tiempos establecidos para la vigencia.
  La seguridad se asegurará a través del cumplimiento de protocolos técnicos, normativos y de bioseguridad durante el desarrollo de las intervenciones.
  La coordinación se fortalecerá mediante la articulación entre los actores institucionales, el talento humano ejecutor y los sectores intersectoriales identificados, asegurando una implementación organizada, eficiente y acorde con las necesidades del territorio. El cumplimiento de estos parámetros será verificado a través de informes técnicos, actas de seguimiento, registros de asistencia, soportes fotográficos y demás evidencias exigidas en los procesos de auditoría y evaluación.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer conocimientos en la prevención de riesgos presentes en el entorno laboral de los trabajadores informales priorizados en los municipios de Teorama y San Calixto durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar determinantes de riesgo y condiciones laborales de los trabajadores informales mediante la implementación de la intervención colectiva de caracterización social y ambiental.
- Advertir a los trabajadores informales intervenidos sobre la prevención riesgos derivados del trabajo y opciones para su adecuada gestión, mediante la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso de caracterización social y ambiental y el desarrollo de la estrategia de información en salud es necesario contar con la participación de talento humano en salud, es de aclarar que para cada municipio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles.

- Ingeniero Ambiental (1)
- Técnico en Seguridad y Salud en el Trabajo. (1)

Nota: Cada equipo básico en salud estará constituido por Ingeniero Ambiental (1), Técnico en Seguridad y Salud en el Trabajo. (1) en salud y serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para cada micro - territorio de cada municipio priorizado. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas en el ámbito urbano, rural se priorizaron micro - territorios, teniendo en cuenta zonas rurales dispersas, con el objetivo de generar conocimiento mediante intervenciones colectivas de caracterización social y ambiental en salud, así misma información en salud. La propuesta se desarrollará, para contribuir al mejoramiento de la calidad de las condiciones de salud en el trabajo de la población trabajadora informal vulnerable de la economía, que permita el desarrollo o fortalecimiento de capacidades, habilidades y prácticas en los trabajadores para el cuidado de salud, generar condiciones trabajo e higiénico- sanitarias adecuadas.

La caracterización social y ambiental del entorno laboral, se realizará, mediante la aplicación de "Instrumento para la Caracterización de las Condiciones Individuales de los Trabajadores de la Economía Popular y Comunitaria y de su Entorno de Trabajo" con sus dos partes; Condiciones Individuales y Condiciones del Lugar de Trabajo, en población informal, donde se van a identificar inicialmente ámbitos laborales informales, implementará en los municipios priorizados, mediante el desarrollo de las intervenciones colectivas PIC.

El resultado esperado en la población es lograr informar sobre mitigar los factores de riesgo con la finalidad de generar en una segunda intervención la autogestión, el cual se hará con un enfoque integral y biopsicosocial, teniendo en cuenta el cuidado y la protección integral de los diferentes participantes que harán parte de las intervenciones colectivas entorno laboral. Finalmente, se verificará el impacto y la información dada a los diferentes trabajadores informales, mediante visitas realizadas por parte del ente territorial, con el fin de asegurar la implementación de la estrategia Entorno Laboral.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Caracterización social y ambiental del entorno laboral

- Trabajadores informales con determinantes de riesgo y condiciones laborales identificadas.

Información en salud

- Trabajadores informales con conocimientos sobre la prevención de riesgos derivados del trabajo y las opciones para su adecuada gestión.

11. METAS:

Caracterización social y ambiental del entorno laboral

- 100% de los trabajadores informales priorizados en cada municipio, con la aplicación herramientas de caracterización para identificar factores de riesgo.

Información en salud.

- 100% de los trabajadores informales priorizados en cada municipio sensibilizadas sobre, Uso de los elementos de protección personal, Uso y manejo seguro de plaguicidas y sustancias químicas y Estilos de vida y condiciones de trabajo saludables.
- Presentar propuestas de intervención en el 100% de los municipios priorizados.
- Garantizar la socialización de los resultados con las administraciones municipales y trabajadores informales.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Métodos de seguimiento técnico, utilizando instrumentos de recolección de información de periodicidad mensual bajo el liderazgo del coordinador de PIC de la ESE, para llevar el control de lo evaluando, el cumplimiento y el impacto de lo propuesto.

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$80.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÒN	Nº DE ACTIVIDADES
CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y AMBIENTAL CON ÉNFASIS EN LA INFORMALIDAD	**200**
INFORMACIÓN EN SALUD	$80.000.000

15. RESPONSABLE:

Hiram Reyes O.

MIRYAM REYES ORTEGA
Coordinadora de Salud y ámbito Laboral

SUBGRUPO 5 SALUD AMBIENTAL

1. JUSTIFICACIÓN:

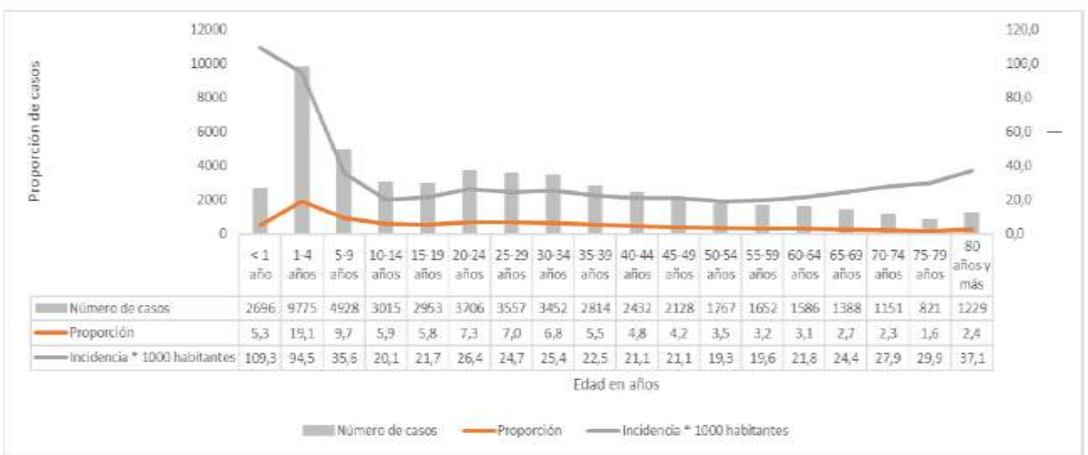
Según el Plan Decenal de Salud Pública y en cumplimiento de la meta de resultado: desarrollar en los municipios de Teorama y San Calixto, Norte de Santander la promoción de hábitos de vida saludables para la reducción de factores de riesgo, en el marco de la Estrategia de Entornos Hogar y Comunitario.

La estrategia se justifica por su alineación con el Plan de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud, promoviendo Entornos Saludables en el 80% de los municipios del departamento, conforme a la Ley 715 de 2001. Considerando que el deterioro ambiental y los estilos de vida poco saludables incrementan el riesgo de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), afectando especialmente a poblaciones vulnerables.

A corte noviembre de 2025, Norte de Santander reportó 51.050 casos de EDA, con mayor incidencia en menores de 5 años.

Normativas como la Constitución Política (Art. 79), la Resolución 518 de 2015 y la Ley 1361 de 2009 respaldan la necesidad de esta estrategia para mejorar la salud pública, reducir riesgos y promover entornos saludables.

Casos e incidencia de Morbilidad EDA por 1.000 habitantes, según grupo de edad, Norte de Santander
Fuente: Boletín Epidemiológico - Semana epidemiologia 1 a 44 a corte de noviembre de 2025.



	< 1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	50-54 años	55-59 años	60-64 años	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80 años y más
Número de casos	2696	9775	4928	3015	2953	3706	3557	3452	2814	2432	2128	1767	1652	1586	1388	1151	821	1229
Proporción	5,3	19,1	9,7	5,9	5,8	7,3	7,0	6,8	5,5	4,8	4,2	3,5	3,2	3,1	2,7	2,3	1,6	2,4
Incidencia * 1000 habitantes	109,3	94,5	35,6	20,1	21,7	26,4	24,7	25,4	22,5	21,1	21,1	19,3	19,6	21,8	24,4	27,9	29,9	37,1

Incidencia morbilidad por EDA por municipio de procedencia, Norte de Santander
Fuente: Boletín Epidemiológico - Semana epidemiologia 1 a 44 a corte de noviembre de 2025.

Municipio	Población DANE 2025	Número de casos	Proporción	Incidencia *1000 hab
SANTIAGO	3.901	360	0,7	92,3
EL ZULIA	30.948	1736	3,4	56,1
LOURDES	4.555	202	0,4	44,3
DURANIA	5.220	228	0,4	43,7
CHINACOTA	19.976	867	1,7	43,4
PAMPLONA	57.176	2333	4,6	40,8
OCAÑA	135.990	5389	10,6	39,6
SAN CAYETANO	8.128	318	0,6	39,1
CUCUTA	815.891	28051	54,9	34,4
PUERTO SANTANDER	9.935	327	0,6	32,9
SARDINATA	29.146	947	1,9	32,5
TIBU	62.474	1940	3,8	31,1
TOLEDO	17.811	499	1,0	28,0
CUCUTILLA	9.336	225	0,4	24,1
SALAZAR	11.733	255	0,5	21,7
CACOTA	3.206	69	0,1	21,5
RAGONVALIA	6.792	139	0,3	20,5
LOS PATIOS	104.287	2051	4,0	19,7
VILLA CARO	5.778	113	0,2	19,6
CHITAGA	13.374	255	0,5	19,1
CONVENCION	21.297	404	0,8	19,0
EL TARRA	23.617	407	0,8	17,2
LA ESPERANZA	13.189	213	0,4	16,1
ABREGO	36.177	576	1,1	15,9
LABATECA	7.226	108	0,2	14,9
VILLA DEL ROSARIO	116.757	1732	3,4	14,8
CACHIRA	12.568	186	0,4	14,8
MUTISCUA	4.876	71	0,1	14,6
EL CARMEN	15.178	185	0,4	12,2
PAMPLONITA	6.282	74	0,1	11,8
ARBOLEDAS	11.081	119	0,2	10,7
TEORAMA	18.839	191	0,4	10,1
GRAMALOTE	8.399	82	0,2	9,8
BOCHALEMA	9.436	87	0,2	9,2
HACARI	11.624	78	0,2	6,7
HERRAN	7.905	53	0,1	6,7
LA PLAYA	8.786	57	0,1	6,5
BUCARASICA	7.307	45	0,1	6,2
SILOS	7.153	38	0,1	5,3
SAN CALIXTO	14.618	40	0,1	2,7
Norte de Santander	**1.717.992**	**51050**	**100**	**29,7**

Municipio	***Incidencia * 1000 Hab de EDA*** *Fuente: Boletín Epidemiológico - Semana epidemiologia 1 a 44 a corte de noviembre de 2025.*	***Casos***
Teorama	*10,1*	*191*
San Calixto	*2.7*	*40*

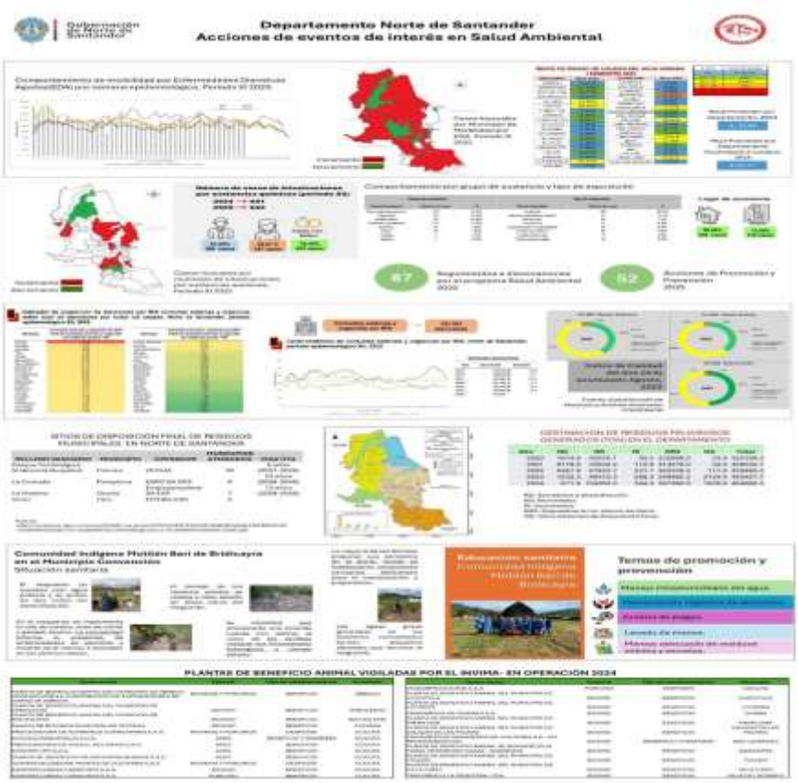
2. MARCO NORMATIVO:

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- La Ley 1361 de 2009 de Protección Integral a la Familia, Política Nacional de Educación Ambiental, entre otras; así como de los enfoques, de derechos, diferencial, poblacional - territorial, modelo de determinantes sociales, curso de vida; y de estrategias como, Atención Primaria en Salud – APS, de salud familiar y comunitaria, estrategias como Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable – Estrategia CERS, vivienda y escuelas saludables y educación ambiental y marcos teóricos como Desarrollo Sostenible y Desarrollo humano y Calidad de vida.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 295 del 2023 Por la cual se modifica los artículos 3, 8, 11, 14,16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas y las condiciones para la ejecución.

- El Lineamiento Nacional de Entornos Saludables LNES, tiene el propósito de dar lineamientos marco a los sectores nacionales y a los entes territoriales, para promover intervenciones, actividades y/o acciones en los entornos que aporten al desarrollo sostenible, al desarrollo humano y a la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, mediante intervenciones integrales enmarcadas en procesos articulados sectorial e intersectorialmente, con participación activa de los diferentes actores sociales.
- Resolución 1597 de 2025: Se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la GSP y el PIC, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la Estrategia de Atención Primaria en Salud APS.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL



Fuente: Programa de Salud Ambiental Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, vigencia 2025.

4. DETERMINANTE SOCIAL:

A partir del análisis integrado del diagnóstico de salud ambiental departamental y los resultados del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024 de los municipios de Teorama y San Calixto, se identifican núcleos problemáticos asociados a determinantes sociales de la salud que inciden de manera directa en la ocurrencia de eventos de interés en salud pública, particularmente Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y alteraciones del estado nutricional en población infantil.

1. Deficiencias en el acceso a agua segura para consumo humano

En los microterritorios priorizados persiste el consumo de agua proveniente de fuentes superficiales o sistemas sin tratamiento adecuado, lo cual se refleja en los índices de riesgo de la calidad del agua (IRCA) y en la presencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA). En el municipio de **Teorama**, específicamente en los corregimientos de **San Pablo**, **La Cecilia** y el **Asentamiento Indígena Natubayibari**, la inequidad en la distribución de agua potable y la falta de infraestructura de potabilización constituyen determinantes estructurales que incrementan la exposición a patógenos. Por su parte, en **San Calixto**, los microterritorios de **San Juan**, **Quebrada Grande** y **Mediaguita** enfrentan riesgos similares debido a la dependencia de drenajes naturales que, en épocas de alta precipitación, presentan susceptibilidad de contaminación y represamiento, comprometiendo la calidad del recurso en el punto de consumo.

2. Manejo inadecuado de residuos sólidos y excretas

El diagnóstico evidencia prácticas inadecuadas de disposición de residuos sólidos y excretas, incluyendo la disposición a cielo abierto y un manejo intradomiciliario deficiente. Esta situación es crítica en las zonas rurales de **Teorama**, como **San Pablo** y **La Cecilia**, y especialmente en el **Asentamiento Indígena Natubayibari**, donde la carencia de sistemas básicos de saneamiento favorece la contaminación del suelo y las fuentes hídricas. En **San Calixto**, la ubicación de comunidades como **San Juan** y **Quebrada Grande** en zonas de ladera o cerca de pequeños drenajes agrava el riesgo ambiental, actuando como un determinante que facilita la transmisión de enfermedades infecciosas y afecta desproporcionadamente a los menores de cinco años.

3. Condiciones de higiene insuficientes en el entorno domiciliario
Se identifican prácticas limitadas de higiene, manipulación de alimentos y lavado de manos, asociadas a las barreras de acceso a agua segura y a procesos insuficientes de educación sanitaria. En microterritorios como **La Cecilia** (Teorama) y **Mediaguita** (San Calixto), estas condiciones inciden directamente en la persistencia de EDA e IRA, reforzando el ciclo entre la pobreza rural y la enfermedad. El ASIS subraya que los agentes causales se encuentran en el hogar y el entorno inmediato, lo que exige reforzar las acciones de promoción de la salud en estas comunidades específicas.

4. Inequidades territoriales y barreras de acceso a servicios básicos
Los documentos ASIS ponen en evidencia profundas inequidades territoriales. En **Teorama**, la dispersión geográfica y las particularidades del **Asentamiento Indígena Natubayibari** generan barreras de acceso geográfico que limitan la cobertura de servicios esenciales. En **San Calixto**, la población de **San Juan**, **Quebrada Grande** y **Mediaguita** enfrenta un determinante de accesibilidad crítico, dado que la oferta de servicios de salud se concentra mayoritariamente en el casco urbano, dejando a la zona rural dispersa en una situación de mayor vulnerabilidad. Estas brechas explican la mayor susceptibilidad de estos microterritorios frente a eventos de salud pública prevenibles.

5. Impacto diferencial en población infantil y riesgo nutricional
Los núcleos problemáticos afectan de manera diferenciada a la infancia en ambos municipios. En **San Calixto**, se reporta un riesgo latente por desnutrición aguda en menores de cinco años (18 casos en 2023), lo que evidencia la vulnerabilidad en zonas como **Mediaguita**. En **Teorama**, la interacción entre el saneamiento deficiente y la falta de agua segura en **San Pablo** y **La Cecilia** eleva las tasas de morbilidad infantil, mientras que en el **Asentamiento Indígena Natubayibari** las principales causas de atención se concentran en síntomas y hallazgos anormales relacionados con las precarias condiciones de vida. La persistencia de estas condiciones compromete el desarrollo integral y la supervivencia infantil en estos territorios.

5. RESULTADO EN SALUD:

De acuerdo con los resultados del ASIS 2024 de los municipios de **Teorama** y **San Calixto**, los microterritorios de **San Pablo, La Cecilia** y el **Asentamiento Indígena Natubayibari** (Teorama), así como **San Juan, Quebrada Grande** y **Mediaguita** (San Calixto), presentan condiciones de vulnerabilidad asociadas a deficiencias en saneamiento básico, acceso limitado a agua segura, manejo inadecuado de residuos sólidos y excretas, y prácticas insuficientes de higiene. Estos determinantes sociales incrementan la exposición de la población a Enfermedades Diarreicas Agudas (**EDA**), Infecciones Respiratorias Agudas (**IRA**) y eventos relacionados con la malnutrición.

El ASIS evidencia que estas problemáticas se encuentran relacionadas con profundas inequidades territoriales. En **Teorama**, la dispersión de los corregimientos y las particularidades socioculturales del **Asentamiento Indígena Natubayibari** limitan el acceso a infraestructura de servicios públicos, lo que se refleja en una alta carga de morbilidad por causas ambientales. En **San Calixto**, la configuración geográfica de **San Juan, Quebrada Grande** y **Mediaguita** genera barreras de acceso a servicios básicos y de salud, exacerbando los riesgos sanitarios en áreas de difícil gestión. Estas condiciones afectan de manera diferencial a la población infantil, evidenciándose casos de **desnutrición aguda** en menores de cinco años en San Calixto y riesgos de morbi-mortalidad asociados a condiciones del entorno en Teorama.

En ambos municipios, la limitada calidad del agua para consumo humano (con índices de riesgo **IRCA** significativos), la disposición inadecuada de residuos y la ausencia de sistemas de potabilización eficientes, especialmente en las zonas rurales y el asentamiento indígena, favorecen la persistencia de enfermedades de origen hídrico. Frente a esta situación, se reconoce la necesidad de una intervención intersectorial que involucre a las entidades territoriales, autoridades ambientales, juntas administradoras de acueductos y, de manera fundamental, a las autoridades tradicionales del pueblo Barí, con el fin de mejorar las condiciones del hogar mediante prácticas de higiene, manejo

seguro del agua y adecuada disposición de excretas, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil de manera sostenible.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará **por** parte de los referentes y/o líder del programa salud pública, en donde se describa los pagos de acuerdo con la concertación realizada, este será el insumo para el acuerdo intersectorial.
- **Administrativo**: continuidad del Plan de Intervención de Colectivas - PIC tiempos y duración de la contratación del PIC: cumplimiento de perfiles y recursos técnicos y tecnológicos. para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores, lo cual será soportado mediante contratos, actas de inicio, informes de actividades, actas de supervisión y actas de liquidación.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Las actividades planteadas se alinean con los objetivos, ejes estratégicos y líneas operativas definidos en el PTS, y se operacionalizan a través del PAS, permitiendo una ejecución articulada, pertinente y orientada al logro de resultados en salud, conforme a la realidad situacional identificada en los micro territorios priorizados.
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas. La descripción técnica del proyecto evidencia la **articulación entre el PTS y el PDSP**, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y fortalecimiento de entornos saludables, que contribuyen a la reducción de la exposición a factores de riesgo asociados a las enfermedades diarreicas agudas (EDAS), especialmente en población priorizada, garantizando la trazabilidad entre planeación, ejecución y resultados.
- **Parámetros de calidad:** Las acciones desarrolladas en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas cumplirán con los **atributos de calidad establecidos en el artículo 16 del presente acto administrativo**, con especial énfasis en los principios de **oportunidad, seguridad y coordinación**. La **oportunidad** se garantizará mediante la programación y ejecución de las actividades dentro de los tiempos establecidos para la vigencia.
  La **seguridad** se asegurará a través del cumplimiento de protocolos técnicos, normativos y de bioseguridad durante el desarrollo de las intervenciones.
  La **coordinación** se fortalecerá mediante la articulación entre los actores institucionales, el talento humano ejecutor y los sectores intersectoriales identificados, asegurando una implementación organizada, eficiente y acorde con las necesidades del territorio. El cumplimiento de estos parámetros será verificado a través de informes técnicos, actas de seguimiento, registros de asistencia, soportes fotográficos y demás evidencias exigidas en los procesos de auditoría y evaluación.

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar conocimientos en salud ambiental a familias y comunidades conforme a los riesgos identificados en los entornos hogar y comunitario mediante la implementación de intervenciones colectivas en los municipios de Teorama y San Calixto durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias mediante la implementación de la intervención colectiva de caracterización social y ambiental en el entorno hogar.
- Identificar determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias mediante la implementación de la intervención colectiva de caracterización social y ambiental en el entorno comunitario.
- Orientar a las familias intervenidas sobre la prevención de riesgos ambientales con el adecuado manejo de aguas, residuos, excretas y control de plagas mediante la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO

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

- Un (1) profesional en el área ambiental.
- Un (1) profesional en psicología y/o trabajo social.
- Un (1) tecnólogo y/o técnico en el área social o ambiental.

NOTA: Cada equipo básico en salud estará conformado (1) profesional en el área ambiental, (1) profesional en psicología y/o trabajo social y (1) tecnólogo y/o técnico en el área social o ambiental; serán quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para cada micro territorio de los municipios priorizados. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Para el desarrollo de esta estrategia de intervenciones colectivas en el ámbito rural, se priorizará a líderes y sus familias, incluyendo zonas rurales dispersas, con el objetivo de generar conocimiento mediante estrategias de caracterización social y ambiental en salud, así mismo información en salud, las cuales se realizarán encuestas, entrevistas y talleres educativos enfocados en el fortalecimiento de hábitos de vida saludable, sobre el manejo adecuado de agua a nivel intradomiciliario, la correcta disposición de residuos y excretas, el control de plagas y la implementación de hábitos de higiene y condiciones sanitarias, fomentando entornos más saludables para que las familias puedan adoptar y mantener estas prácticas en su vida cotidiana. El resultado esperado es una población con prácticas para el cuidado y protección de los entornos, tanto físicos como emocionales, logrando una mayor adopción de prácticas saludables, identificando las problemáticas relacionadas con la higiene, el saneamiento básico de la vivienda y su entorno.

INTERVENCIONES:

Caracterización del entorno comunitario

- **Caracterización social y ambiental del entorno comunitario:** A través de la aplicación de la "Guía Metodológica para la Caracterización Social y Ambiental del Entorno Comunitario", se buscará identificar las condiciones sociales y ambientales que puedan ser factores de riesgo, con énfasis en hábitos de vida saludable. Se incluirá un análisis de las condiciones de riesgo y las prácticas de autocuidado en la vivienda. Este diagnóstico permitirá identificar las necesidades de intervención en torno a estos temas.

Caracterización del entorno hogar

- **Caracterización social y ambiental del entorno hogar:** A través de la aplicación de la "Guía Metodológica para la Caracterización Social y Ambiental del Entorno Hogar", se buscará identificar las condiciones sociales y ambientales que puedan ser factores de riesgo, con énfasis en hábitos de vida saludable. Se incluirá un análisis de las condiciones de riesgo y las prácticas de autocuidado en la vivienda. Este diagnóstico permitirá identificar las necesidades de intervención en torno a estos temas.

- **Diagnóstico social y ambiental:** Se realizará un diagnóstico integral que cubra aspectos sociales, ambientales y de salud, con enfoque en la identificación de factores de riesgo biológicos y ambientales relacionados con saneamiento básico y prácticas de autocuidado. Este diagnóstico servirá para orientar las acciones informativas dirigidas a la prevención de estos problemas y la promoción hábitos de vida saludable en el entorno hogar.

Información en salud ambiental

Formación, diagnóstico y evaluación de capacidades: Se desarrollan talleres presenciales participativos sobre calidad del agua, saneamiento básico, residuos sólidos y prevención de enfermedades. Antes de iniciar, se identifican saberes previos mediante entrevistas o relatos para definir una línea base. Luego se evalúan los conocimientos adquiridos y se verifican cambios en prácticas de autocuidado. Con base en los riesgos detectados, se articula con el ente territorial para canalizar a las familias hacia servicios de salud.

Socialización, resultados y sostenibilidad: Se presentan los resultados a nivel local con evidencia de aprendizajes y cambios en los hogares. Se miden indicadores como permanencia mínima del 60 por ciento, formulación de proyectos comunitarios, implementación de acciones colectivas y construcción de una agenda

pública. Finalmente, se define un plan de continuidad avalado por comunidad y autoridades, que asegure la sostenibilidad de las acciones en salud ambiental.

10. PRODUCTOS O LOGROS

Caracterización del entorno comunitario

- Familias y comunidades con determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias identificadas en entorno comunitario.

Caracterización del entorno hogar

- Familias con determinantes de riesgo y condiciones de salud ambientales y sanitarias identificadas en su entorno hogar.

Información en salud ambiental

- Familias capacitadas en prácticas de vivienda saludable y prevención de riesgos sanitarios.

11. METAS

Caracterización del entorno comunitario

- Municipio con caracterización social y ambiental aplicada, utilizando el instrumento de caracterización del MSPS para evaluar las condiciones sociales y ambientales en el entorno hogar, con el fin de implementar la estrategia, promoviendo prácticas de saneamiento, acceso a agua segura y gestión adecuada de residuos para la prevención de enfermedades ambientales.

Caracterización del entorno hogar

- 100% de familias sensibilizados en el municipio para desarrollo de la estrategia.
- Número de hogares intervenidos promoviendo la adopción de hábitos saludables.

Información en salud ambiental

- Presentar propuestas de intervención en el 100% del municipio priorizados.
- Socializar la estrategia con actores comunitarios e institucionales, garantizando su participación activa en la identificación y mitigación de riesgos.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

El seguimiento técnico se desarrollará con periodicidad mensual, a través de la revisión y análisis de los instrumentos de recolección de información implementados para la ejecución de las actividades, así como del software Epicollect donde se realiza la caracterización de la población objeto, con el fin de verificar la calidad y oportunidad del registro, la cobertura alcanzada, la adecuada focalización de los grupos priorizados y la coherencia entre la planeación y la intervención ejecutada. Simultáneamente, se efectuará la revisión técnica de los informes mensuales remitidos por las ESE's, incluyendo el análisis de metas programadas versus metas ejecutadas, soportes documentales (listados de asistencia, actas, registros fotográficos y formatos diligenciados), indicadores de producto y resultado, dificultades presentadas y acciones de mejora propuestas, permitiendo identificar desviaciones, establecer correctivos oportunos y evaluar el nivel de cumplimiento contractual y el impacto de las acciones desarrolladas en el periodo evaluado.

13. PRESUPUESTO

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$ 100.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCION	NUMERO DE ACTIVIDADES
Caracterización del entorno hogar	200
Caracterización del entorno comunitario	2
Información en salud ambiental	18

15. RESPONSABLE

Miryam Reyes O.

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

FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO OFICIAL (Presupuesto discriminado por ítems).

Financiación: La financiación del presente proceso, será con cargo a los recursos del Presupuesto de Gastos e Inversión de la Vigencia Fiscal 2026 del INSTITUTO, discriminado en los siguientes rubros presupuestales:

DESCRIPCIÓN PRESUPUESTAL	VALOR
19.02.113 / 19051.06 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - ADULTEZ / AMBITO LABORAL (PIC)	$ 80.000.000
19.02.107 / 19051.01 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / AMBIENTE (PIC)	$ 100.000.000
19.02.110 / 19051.04 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - INFANCIA / NUTRICIÓN (PIC)	$ 216.130.000
19.02.109 / 19051.04 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PRIMERA INFANCIA / NUTRICIÓN (PIC)	$ 23.870.000
19.02.110 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	$ 15.000.000
19.02.109 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PRIMERA INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	$ 15.000.000
19.02.107 / 19051.10 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / LEPRA (PIC)	$ 122.400.000
TOTAL, PRESUPUESTO	$ 572.400.000

Presupuesto Oficial: El valor de esta Invitación Pública para este **GRUPO 10** es hasta por la suma de $572.400.000 (Quinientos setenta y dos millones cuatrocientos mil pesos M/cte.)., subordinados a las respectivas apropiaciones presupuestales, con cargo al presupuesto 2026, CDP # 777 de 28 de abril de 2026. Las ofertas que sobrepasen este presupuesto, serán inadmitidas.

FACTORES DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

Se fijan los siguientes criterios para la calificación de las propuestas que se reciban del presente proceso de Licitación Pública:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
EVALUACIÓN TÉCNICA	700
PRECIO DE LA PROPUESTA	300
TOTAL.....	**1000 PUNTOS**

EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 700 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del cumplimiento de los requerimientos y lineamientos técnicos definidos en estos pliegos y en los Estudios previos que hacen parte integral del presente proceso.

FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA	PUNTAJE MÁXIMO = 700
- Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.	250
- Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas -PIC de manera territorializada y permanente.	150
- Evidenciar el compromiso para garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución, configurando	150

exclusividad de los equipos básicos de salud a través de los cuales se deben ejecutar las intervenciones colectivas.	
- Disponer de un área de trabajo con las condiciones necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalué los resultados de estas.	150
No presenta el 100% de los requerimientos y/o lineamientos técnicos descritos en los pliegos y estudios previos	0 (RECHAZADA)

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NOTA: Cuando el oferente obtenga cero (0) en este aspecto de evaluación, la propuesta será RECHAZADA, pues queda sobre entendido que NO reúne las condiciones técnicas que formula el pliego de condiciones, lo cual quedará consignado en el informe de evaluación correspondiente.

PRECIO DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 300 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del valor de la propuesta económica correspondiente al ANEXO TÉCNICO N°1 – ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES.

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{Propuesta de menor precio} \times 300}{\text{Valor de la propuesta en estudio}}$$

LOTE 10.

SUBGRUPO 1. PROGRAMA DEPARTAMENTA DE PREVENCIÓN Y CONTROL CONTRA LA TUBERCULOSIS

1. JUSTIFICACIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado un informe sobre la Tuberculosis que revela que en 2023 aproximadamente 8,2 millones de personas fueron diagnosticadas de TB por primera vez, la cifra más alta registrada desde que la OMS iniciara el seguimiento mundial de la tuberculosis en 1995. Ello representa un aumento considerable frente a los 7,5 millones notificados en 2022, lo que sitúa a la tuberculosis nuevamente como la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en 2023, por encima de la COVID-19. La Tuberculosis es la principal causa de muerte de personas con VIH y también un importante contribuyente a la resistencia a los antimicrobianos. (OMS).

Las tasas de incidencia en las poblaciones priorizadas muestran una tendencia al incremento se identifica un aumento estadísticamente significativo entre los años 2020 y 2024, especialmente en menores de 15 años y en la población indígena. Según el análisis de los comportamientos inusuales en población privada de la libertad, se observa un incremento estadísticamente significativo a semana 11 de 2025, en las entidades de Santander, Boyacá, Caldas, Casanare, Huila, Guajira, Meta, **Norte de Santander**, Bogotá D.C., Santa Marta D.E., Tolima y Valle del Cauca. La desnutrición se identifica como la comorbilidad de mayor riesgo, junto al VIH, las entidades territoriales de Antioquia, Cali, Bogotá D.C., Santander, **Norte de Santander**, Risaralda, Valle del Cauca, Tolima y Barranquilla quienes notificaron los mayores porcentajes de desnutrición asociados a la tuberculosis en 2024.

La Resolución 0227 del 20 de febrero del 2020, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, establece la búsqueda comunitaria en poblaciones de riesgo en el departamento, especialmente en población indígena, migrantes, diabéticos, personas expuestas la sílice, entre otras.

El departamento Norte de Santander cuenta con una población de 1.709.570, de los cuales 155.459 corresponde a población menor de 5 años, (vigencia 2024), cuya población está distribuida por municipios y estos se encuentran organizados por ámbitos Territoriales: Urbano, Rural y Rural disperso.

En el marco de la estrategia mundial para poner fin a la tuberculosis, el Ministerio de Salud y Protección Social busca promover y dar seguimiento a los acuerdos suscritos en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas de 2023,

de la cual hizo parte Colombia. El boletín de prensa No. 036-2025 del 24 de marzo del 2025, aborda aspectos necesarios para acelerar la implementación de estos acuerdos como:

Incremento en la búsqueda e inicio de tratamiento preventivo (TPT) para las personas de grupos de riesgo (contacto estrecho, personas que viven con VIH, personas candidatas a trasplante, personas en diálisis, personas con tratamientos inmunosupresores, entre otros), incentivando el uso de la terapia preventiva corta.

El Plan de intervenciones colectivas, se considera un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud (POS) y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud ya que comprende un conjunto de intervenciones colectivas y acciones individuales de alta externalidad que genera beneficio colectivo. De acuerdo, a lo definido en la resolución 1597 de 2025 y 3280 de 2018 estas acciones son desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y aporta el desarrollo humano y sostenible cuando se enmarca en las líneas estratégicas de promoción de la salud para la potencialidad en la comunidad y gestión del riesgo individual para la evitabilidad.

El objetivo del tamizaje (o búsqueda activa de casos de TB) es detectar la enfermedad por TB de forma temprana, con el fin de minimizar los retrasos evitables en el diagnóstico e inicio del tratamiento de la TB, reduciendo así el riesgo de resultados desfavorables del tratamiento, secuelas de salud y consecuencias sociales y económicas adversas de la TB para las personas y sus familias. Además, el tamizaje disminuye la transmisión de la TB en el hogar, el lugar de trabajo, la escuela y otros entornos comunitarios, al aislar a las personas con enfermedad activa y acortar el periodo de contagiosidad. También se reduce la incidencia de infección por TB y, por consiguiente, la incidencia y prevalencia de TB activa.

Detectar la TB solo en las personas que acuden a los establecimientos de salud no es suficiente para detectar a todas las personas con enfermedad por TB. Esta brecha en la detección de casos, sobre todo en algunos grupos vulnerables, y la persistencia de retrasos en el diagnóstico con la consecuente transmisión continua en la comunidad, ponen de relieve la necesidad de una estrategia más activa de detección temprana de la TB. Esta situación justifica el tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en los grupos en riesgo y en algunos grupos de la población.

La Estrategia Fin de la TB, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluye el tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en los grupos en alto riesgo como un componente central de su primer pilar, para garantizar el diagnóstico temprano de todas las personas con esta enfermedad. En el 2021, la OMS actualizó las directrices sobre el tamizaje de la TB del 2013 con el objeto de ayudar a los países a aplicar este componente programático fundamental.

La integración de radiografía de tórax digital, análisis asistido por inteligencia artificial (IA) y diagnóstico molecular rápido constituye una estrategia sinérgica de alto impacto para acelerar el fin de la tuberculosis, al incrementar la detección temprana y la precisión diagnostica en entornos de alta transmisión y poblaciones vulnerables. La radiografía digital permite un cribado masivo no invasivo, identificando alteraciones radiológicas sugestivas de TB incluso en individuos asintomáticos; su análisis mediante sistemas CAD (Computer-Aided Detection) basados en IA optimiza la priorización de casos sospechosos, reduciendo la carga de trabajo y minimizando la dependencia de radiólogos en terreno.

El tamizaje debe llegar a las personas que corren el mayor riesgo de presentar TB activa, incluidos los grupos y las comunidades en riesgo alto con una prevalencia alta de TB. La TB amenaza la salud no solo de una persona afectada, sino también de sus comunidades y de la población en general.

El Programa Departamental de Tuberculosis da frente a las acciones de captación de casos presuntivos en poblaciones vulnerables (personas expuestas a sílice en minas de carbón), con base en las orientaciones del PIC establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, tomando el tamizaje como estrategia de alta externalidad ya que genera un impacto importante de reducción del riesgo individual y colectivos facilitando la detección temprana y el inicio oportuno de tratamiento al confirmar el evento.

En este documento se sintetizan definiciones, paso a paso y recomendaciones con base a la normatividad vigente a fin de que sea insumo principal para el desarrollo de esta estrategia en marco del contrato del Plan de Intervenciones Colectiva

Cuadro 1.1. Recomendaciones de las directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 2: tamizaje: tamizaje sistemático de la tuberculosis, 2021

	Tamizaje de la TB en grupos destinatarios específicos
1	El tamizaje sistemático de la TB se puede realizar en la población general en zonas con una prevalencia de TB estimada de 0,5% o más. *(recomendación actualizada: recomendación condicional, evidencia de certeza baja).*
2	El tamizaje sistemático de la TB se puede realizar en grupos de la población que tienen factores de riesgo estructurales de contraer la TB. Estos incluyen comunidades urbanas desfavorecidas, personas sin hogar, comunidades en zonas remotas o aisladas, poblaciones indígenas, migrantes, refugiados, desplazados internos y otros grupos vulnerables o marginados con acceso limitado a la atención de salud. *(recomendación existente: recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja).*
3	Es necesario realizar el tamizaje sistemático de la TB en las personas con infección por el VIH, en cada visita a un establecimiento de salud. *(recomendación existente: recomendación firme, evidencia de certeza muy baja).*
4	Es necesario realizar el tamizaje sistemático de la TB en los contactos del hogar y otros contactos estrechos de las personas con TB activa. *(recomendación actualizada: recomendación firme, evidencia de certeza moderada).*
5	Se debe realizar el tamizaje sistemático de la TB en las cárceles y los centros penitenciarios. *(recomendación actualizada: recomendación firme, evidencia de certeza muy baja).*
6	Se debe realizar el tamizaje sistemático de la TB en los trabajadores actuales y antiguos expuestos a la sílice. *(recomendación existente: recomendación firme, evidencia de certeza baja).*
7	En entornos donde la prevalencia de TB es de 100 por 100 000 habitantes o más en la población general, se puede realizar un tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en las personas con un factor de riesgo para TB que buscan atención de salud o que ya la reciben. *(recomendación existente: recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja).*
8	Las personas con una lesión fibrótica en la radiografía de tórax, que no han recibido tratamiento, pueden someterse a un tamizaje sistemático de la enfermedad por TB. *(recomendación existente: recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja).*

2. MARCO NORMATIVO

- Estrategia EB154/106 de diciembre de 2023. Avances en la aplicación de la Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015. Estrategia Fin a la Tuberculosis. OMS
- Manual Operativo de la OMS sobre la Tuberculosis. Módulo 2, Tamizaje Sistemático de la Tuberculosis, Versión oficial en español de la obra original en inglés WHO operational handbook on tuberculosis. Module 2: screening - systematic screening for tuberculosis disease © Organización Mundial de la Salud, 2021 ISBN: 978-92-4-002261-4 (versión electrónica)
- Resolución 1035 de 2022. Estableció el Plan Decenal de Salud Pública- Por el cual se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que incluyó las metas de "A 2031, se logra el 90% de tratamiento exitoso en pacientes con tuberculosis", y "A 2031, se logra reducir el 50% la tasa de mortalidad por 100mil habitantes, causada por la tuberculosis en Colombia"
- Resolución 227 de 2020, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis
- Resolución CE156.R2 Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Tuberculosis OMS
- Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social
- Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los Lineamientos técnicos y Operativos de la Ruta de Mantenimiento Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud
- Resolución 1597 de 2025, por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

Según el informe de evento de TB del INS a periodo epidemiológico IV del 2025, la tasa de incidencia a nivel nacional es de los 11,23 casos por 100.000 habitantes, con un total de 6.677 casos, Norte de Santander reporta una tasa de

incidencia de 13,56 por 100.000 habitantes, aportando el 3,8% del total de los casos y dentro de los departamentos con mayor carga de la enfermedad. Para Tuberculosis latente según base departamental de IDS para el 2024 un total de 113 personas iniciaron Terapia Preventiva para TB, a corte de 30 de mayo de 2025 han iniciado TPT un total de 26 personas.

Distribución geográfica de casos de tuberculosis años 2024 – SE 40 2025

Municipio	Casos 2024	%	Casos 2025 SE 40	%
Cúcuta	586	69%	481	68%
Villa del Rosario	71	8%	37	5%
Los Patios	37	4%	28	4%
Tibú	35	4%	21	3%
Ocaña	26	2%	17	2%
Pamplona	13	1,5%	16	2%
Toledo	8	1%	4	1%
Puerto Santander	7	1%	1	0,1%
El Zulia	7	1%	5	1%
Convención	7	1%	4	1%
Sardinata	4	1%	5	1%
Bochalema	4	1%	2	0,3%
El Carmen	4	1%	5	1%
El Tarra	4	1%	2	0,3%

Fuente: SIVIGILA – Programa Dptal TB

Casos TB en grupos poblacionales por municipio, Semana 48 de 2025

Municipio	Habitante de vivienda no formal	Migrante	Población carcelaria	Indígena
San José de Cúcuta	20	50	188	0
Villa del Rosario	3	7	1	0
Los Patios	1	6	0	0
Tibú	0	5	0	14
Pamplona	0	1	14	0
Ocaña	0	3	0	0
El Carmen	0	0	0	8
El Zulia	0	3	0	0
Sardinata	0	0	0	0
Teorama	0	1	0	3
Ábrego	0	0	0	0
Durania	0	1	0	0
El Tarra	0	0	0	0
Gramalote	0	0	0	0
La Esperanza	0	0	0	0
Puerto Santander	0	1	0	0
Toledo	0	0	0	3

Fuente: SIVIGILA – Programa Dptal TB

4. DETERMINANTE SOCIAL.

En el departamento existen diferentes tipos de determinantes que impactan la incidencia de Tuberculosis, dentro de los determinantes socioeconómicos se encuentran los recursos económicos insuficientes, desempleo, condiciones de hacinamiento; como determinantes comunitarios se destacan la gran cantidad de habitantes de calle y migrantes sin cobertura del SGSSS, coinfección TB- VIH, junto a la desnutrición, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, EPOC, consumo de sustancias psicoactivas, barreras administrativas y desconocimiento de la enfermedad, que se traducen en un diagnóstico tardío y falta de adherencia al tratamiento.

5. RESULTADO EN SALUD:

Los resultados en salud esperados son:

Reducir la mortalidad por Tuberculosis en el Departamento
Reducir la incidencia de Tuberculosis activa en el Departamento

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará de acuerdo a lo ejecutado presentado por el ejecutor en guía de la **matriz técnico financiera**, y definido por la forma de pago que quede inmerso dentro del contrato.
- **Administrativo**: Se requiere de un grupo básico para la ejecución del PIC Departamental, **se tomará como guía la matriz técnico financiera**.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. De acuerdo con nuestras necesidades de cumplimiento de las metas dentro del plan territorial y plan de acción en salud se requiere la ejecución de estas acciones. **se tomará como guía la matriz técnico financiera**
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas. Conforme al cumplimiento de las metas de salud y necesidades del Departamento.
- **Parámetros de calidad:** las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la Resolución 1597 del 2025.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar conocimientos en salud a los trabajadores de las minas de carbón conforme a los riesgos identificados en su entorno mediante la implementación de intervenciones colectivas en el municipio de El Zulia durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar eventos de alta externalidad en población trabajadora de las minas, mediante la intervención colectiva de Tamizaje
- Alertar a los trabajadores de las minas intervenidas sobre signos y síntoma de la Tuberculosis mediante la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO:

Para el desarrollo de la estrategia de tamizaje sistemático es necesario contar con la participación de talento humano en salud, es de aclarar que para cada municipio se debe contar un grupo de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles. médico,1 bacteriólogo 1 auxiliar de enfermería

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas en el ámbito rural y rural disperso, se priorizaron micro - territorios, teniendo en cuenta zonas donde existan minas de carbón, con el objetivo brindar información en salud, y tamizaje por síntomas, canalización para tamizaje radiológico y bacteriológico de tuberculosis.

El resultado esperado en la población es lograr informar sobre prácticas saludables para la prevención de

tuberculosis con la finalidad de generar una autogestión del riesgo propio, el cual se hará con un enfoque integral y biopsicosocial, teniendo en cuenta el cuidado y la protección integral de los diferentes participantes que harán parte de las intervenciones colectivas entorno hogar.

LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS SE DESARROLLARÁ EN TRES ETAPAS:

Etapa 1: Mesas de concertación**.**

- Concertación con Gerentes, responsables del SGSST de las minas, EAPBs, IPS, para definir los trabajadores a tamizar, las EAPB de cada trabajador, establecer fechas y horarios para las intervenciones, responsable del SSST que actuará como enlace con la ESE.

- Construcción de ruta con EAPB, directorio y mapeo de actores. Se debe realizar concertación con cada EAPB para definir la red prestadora, establecer acuerdos que garanticen el cumplimiento de los procedimientos para la confirmación o diagnóstico de la tuberculosis.

Etapa 2: Información en salud sobre signos y síntoma de la Tuberculosis, centrada en los siguientes temas:

- Qué es la Tuberculosis
- Cómo se transmite
- Cómo se diagnostica
- Tratamiento
- Detección temprana y tratamiento: Se trabajará en la sensibilización sobre la importancia de la detección temprana de signos de este evento de interés en salud pública.

Etapa 3: Tamizaje sistemático para tuberculosis

- Encuesta de tamización: se debe realizar la encuesta en trabajadores expuestos a sílice, identificación de casos presuntivos de Tuberculosis.
- Personas identificadas como caso presuntivo, se deben canalizar a sus IPS de atención para realizar tamizaje audiológico, y de ser necesario prueba molecular.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

Información en salud: Personas con conocimiento adquirido en la prevención de enfermedades infecciosas transmitidas por vía aérea y contacto.

Tamizaje: Personas y comunidades con acceso a la identificación de la enfermedad de tuberculosis, contribuyendo a la interrupción de su transmisión y control.

11. METAS:

- Canalizar hacia tamizaje radiológico y bacteriológicamente el 100% de los trabajadores expuestos a sílice canalizados mediante tamizaje clínico.
- Verificar el inicio tratamiento al 100% de los trabajadores expuestos a sílice conformados mediante prueba molécula positiva.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

La verificación se hará mediante actas de reunión mensuales en las cuales se revisarán los soportes descritos en el numeral 1, acorde a las actividades realizadas y al avance de ejecución.

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 70.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Información en salud	10
Tamizaje	150

15. RESPONSABLE:

ASTRID ARAQUE MOGOLLÓN
P.U Responsable Programa Departamental Tuberculosis

SUBGRUPO 2. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

1. JUSTIFICACIÓN

Las coberturas críticas de vacunación identificadas en varios municipios del departamento representan un riesgo epidemiológico alto para la salud pública, debido a que favorecen la acumulación de población susceptible y la pérdida progresiva de la inmunidad colectiva requerida para prevenir brotes y reintroducciones de enfermedades inmunoprevenibles. La persistencia de brechas en biológicos trazadores compromete el control de eventos como sarampión, rubéola, difteria, tosferina y poliomielitis, especialmente en territorios con barreras de acceso, alta movilidad poblacional y condiciones socioeconómicas vulnerables. Esta situación incrementa la probabilidad de transmisión sostenida, aparición de casos importados y ocurrencia de brotes que pueden generar complicaciones graves, demanda adicional de servicios de salud y mayores costos operativos para las entidades territoriales.

2. MARCO NORMATIVO

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia se fundamenta en un conjunto de normas, lineamientos y disposiciones técnicas que orientan la organización, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de vacunación en el territorio nacional. Este marco normativo garantiza la protección del derecho fundamental a la salud y la prevención de enfermedades inmunoprevenibles durante el curso de vida.

En el ámbito internacional, el PAI se sustenta en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluyendo las metas de eliminación, control y erradicación de enfermedades como sarampión, rubéola, poliomielitis y tétanos neonatal. Estos organismos establecen recomendaciones técnicas que Colombia adopta para asegurar la estandarización de las prácticas de vacunación, la vigilancia epidemiológica y la calidad biológica de los inmunobiológicos.

A nivel nacional, Se fundamenta en los **Artículos 44, 48 y 49** de la Constitución Política, que elevan la salud a derecho fundamental (especialmente en niños y niñas) y la definen como un servicio público obligatorio a cargo del Estado, el desarrollo del PAI se rige principalmente por la Ley 9 de 1979, que establece las bases del sistema de protección sanitaria; Las acciones del presente programa se enmarcan en el componente de Intervenciones Colectivas, conforme a la Resolución 1597 de 2015, las cuales son de carácter estatal, gratuitas y obligatorias. Estas intervenciones buscan fortalecer la cultura de la prevención y la inmunización mediante estrategias de información y educación, garantizando que el departamento cumpla su rol de garante de la salud pública territorial establecido en la Ley 715 de 2001." La Ley 1122 de 2007 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que reconocen la salud como un derecho fundamental y asignan responsabilidades a los actores del sistema respecto a la prestación de servicios esenciales, entre ellos la vacunación. Así mismo, el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud) consolida las disposiciones relacionadas con la ejecución del PAI en el país.

El Ministerio de Salud y Protección Social define la estructura programática del PAI mediante lineamientos como el Plan Nacional de Vacunación, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031, la Resolución 3280 de 2018 sobre rutas integrales de atención en salud (RIAS), esta resolución es el corazón operativo. Define las **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)**, integrando la vacunación de forma obligatoria en cada etapa del "curso de vida" (desde la gestación hasta la vejez). Establece que la inmunización no es un evento aislado, sino parte de la valoración integral de cada paciente. y las Directrices Técnico-Administrativas del PAI, que regulan los esquemas de vacunación, la cadena de frío, la vigilancia de ESAVI, la gestión territorial, la microplanificación y las estrategias de intensificación.

Adicionalmente, la ejecución del PAI se articula con la **Resolución 3100 de 2019** (habilitación), resolución 1597 de las 2025 posteriores actualizaciones que regulan la prestación de servicios de vacunación, así como las

disposiciones del Instituto Nacional de Salud relacionadas con la vigilancia epidemiológica de enfermedades inmunoprevenibles y la notificación en SIVIGILA.

Este conjunto de normas constituye el soporte jurídico y técnico del PAI y orienta la implementación de las acciones de vacunación en los departamentos y municipios, asegurando la calidad, accesibilidad y oportunidad de los servicios para garantizar la protección integral de la población.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

El Programa Ampliado de Inmunización en Norte de Santander evidencia una recuperación progresiva de las coberturas de vacunación durante el periodo 2021–2025 tras el impacto generado por la pandemia. Sin embargo, el departamento continúa enfrentando desafíos asociados a la movilidad poblacional, la dispersión geográfica y las desigualdades territoriales.

En este contexto, resulta fundamental continuar fortaleciendo las estrategias territoriales del PAI, con el fin de garantizar la protección efectiva de la población frente a enfermedades prevenibles por vacunación.

La presencia de coberturas críticas (por debajo del 95 % en biológicos trazadores del PAI) en varios municipios del departamento representa un riesgo epidemiológico alto, debido a que compromete la inmunidad colectiva necesaria para prevenir brotes, reemergencia y transmisión sostenida de enfermedades inmunoprevenibles.

Cuando existen brechas de vacunación, la población susceptible comienza a acumularse, especialmente en grupos de mayor riesgo como niños menores de 5 años, gestantes, población migrante, comunidades rurales dispersas y áreas con barreras de acceso. Esto genera una disminución de la protección comunitaria y aumenta la probabilidad de aparición de casos importados o autóctonos.

Así mismo el poco compromiso por los diferentes actores sociales entre estos la mayoría de las EAPB en temas de búsqueda activa demanda inducida y canalización de la población susceptible de vacunar y a la adherencia de las rutas integrales de atención en salud.

Las coberturas críticas facilitan:

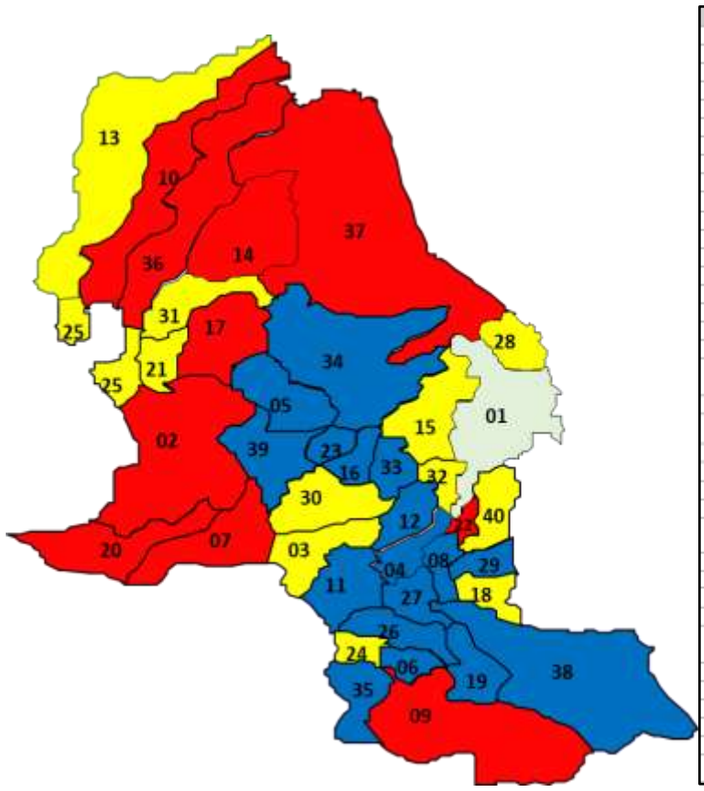
- Reaparición de enfermedades eliminadas o controladas:
- Mayor riesgo de sarampión y rubéola, dado que son enfermedades altamente transmisibles y dependen de coberturas superiores al 95 % para evitar su reintroducción.
- Riesgo de difteria, especialmente en municipios con esquemas incompletos en población mayor y migrante.
- Riesgo de pertussis (tosferina), con impacto severo en lactantes
- Brotes de enfermedades inmunoprevenibles en poblaciones vulnerables
- Aumento de la carga de enfermedad y eventos graves
- Riesgo para la vigilancia epidemiológica
- Pérdida de la inmunidad de rebaño

Cuando las coberturas no alcanzan el umbral requerido:

- Se rompe la barrera de protección comunitaria.
- La transmisión se hace más probable incluso por casos importados.
- Las poblaciones sin vacunar quedan expuestas sin protección indirecta.

En relación a lo anterior se priorizan municipios con determinantes que afectan el cumplimiento de las coberturas departamental y que con base a las fuentes de información se tuvieron en cuenta lo siguientes criterios:

- Resultados de las coberturas vigencia 2024 su meta ideal 95%
- Resultados de las coberturas con corte al 30/10/2025 meta ideal 79%
- Monitor RIAS valoración integral infancia I trim. Vigencia 2025



CODIGO	MUNICIPIO	RESULTADO
2	Abrego	3
3	Arboledas	2
4	Bochalema	1,5
5	Bucarasica	1,5
6	Cacota	1,5
7	Cachira	3
8	Chinacota	1
9	Chitaga	3
10	Convencion	3
11	Cucutilla	1,5
12	Durania	1,5
13	El Carmen	2
14	El Tarra	3
15	El Zulia	2
16	Gramalote	1,5
17	Hacari	3
18	Herran	2,5
19	Labateca	1,5
20	La Esperanza	3
21	La Playa	2,5
22	Los Patios	3
23	Lourdes	1
24	Mutiscua	2
25	Ocaña	2
26	Pamplona	1,5
27	Pamplonita	1
28	Puerto Santander	2,5
29	Ragonvalia	1
30	Salazar	2,5
31	San Calixto	2,5
32	San Cayetano	2
33	Santiago	1,5
34	Sardinata	1,5
35	Silos	1
36	Teorama	3
37	Tibu	3
38	Toledo	1,5
39	Villa Caro	1,5
40	Villa Del Rosario	2

Con relación a los resultados observados y de acuerdo a la ponderación reflejada en los diferentes municipios se prioriza la intervención por parte del ente departamental a través del contratista con los siguientes municipios y microterritorios.

MUNICIPIO	MICROTERRITORIO	ASENTAMIENTO
EL ZULIA	LA Y CHACARRA LA COLORADA JORDAN	Rural

4. DETERMINANTE SOCIAL

4.1. Determinantes demográficos y territoriales: Dispersión rural y difícil acceso municipios con población rural dispersa presentan mayores barreras para recibir esquemas completos y zonas con vías en mal estado, trochas o con riesgo de orden público afectan la continuidad del servicio.

Movilidad fronteriza, la frontera con Venezuela genera flujos permanentes de población migrante, pendular y transfronteriza con movilidad intermitente dificulta completar esquemas y mantener historial nominal, creando brechas de continuidad.

4.2. Determinantes socioeconómicos: Pobreza y desigualdades económicas, Desempleo y economía informal

4.3. Determinantes culturales y educativos: Creencias y percepciones erróneas, en algunos municipios hay resistencia cultural, especialmente hacia VPH en adolescentes, y nivel educativo menor comprensión del esquema completo y menor capacidad para interpretar síntomas posteriores a la vacunación.

4.4. Determinantes de acceso al sistema de salud, alta rotación de personal vacunador reduce la calidad del registro, la planificación territorial y la ejecución de rutas extramurales, y barreras administrativas, problemas de carnetización, afiliación o actualización de datos en el sistema generan retrasos y subregistro en PAIWEB o reporte tardío impide identificar brechas reales y actuar de manera oportuna.

4.5. Determinantes de seguridad y contexto social, zonas con presencia de grupos armados, migración forzada y desplazamiento interno

4.6. Inequidades específicas identificadas en el departamento como municipios con coberturas bajas, Inequidad por tipo de población como migrantes venezolanos con mayores retrasos en esquemas infantiles y gestacionales; Inequidad por género y ciclo vital como menor asistencia de gestantes a control prenatal afecta la vacunación Tdpa e influenza y Niños menores de 1 año en zonas rurales presentan mayor retraso acumulado.

5. RESULTADO EN SALUD:

El logro de coberturas útiles de vacunación en el departamento constituye un determinante fundamental para alcanzar los resultados en salud establecidos en la Resolución 3280 de 2018 y en el Plan de Acción en Salud (PAS). El fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones permite disminuir la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles mediante la interrupción de la transmisión de agentes infecciosos en la comunidad, reduciendo la ocurrencia de casos nuevos de patologías como sarampión, rubéola, difteria, tétanos y meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, fiebre amarilla entre otras. Asimismo, el mantenimiento de coberturas iguales o superiores al 95% favorece el desarrollo de inmunidad colectiva, garantizando la protección indirecta de poblaciones vulnerables que no pueden ser vacunadas por condiciones médicas o por no haber alcanzado la edad mínima para la inmunización. En este contexto, la vacunación a lo largo del curso de vida primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y persona mayor, gestantes contribuye al control epidemiológico de enfermedades inmunoprevenibles y reduce el riesgo de introducción y propagación de casos importados, situación particularmente relevante en territorios de frontera como el departamento de Norte de Santander.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA: (No modificar)

- **Componente Financiero**: cumplimiento del 100% de los recursos asignados según lo concertado en los acuerdos y lo definido en el contrato interadministrativo.
- **Administrativo**: cumplimiento a las Intervención de Colectivas – PIC en los tiempos y duración de la contratación del mismo cumpliendo con los perfiles, recursos técnicos y tecnológicos para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores acatando los tiempos y actividades proyectadas en el cronograma.
- **Técnico**: se evaluará el avance de las coberturas útiles de vacunación de acuerdo a las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública y Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. Junto con sus evidencias requeridas de acuerdo a las actividades (material de información, educación y comunicación, actas de reunión, microplanificación, mapeo geográfico, base de datos de población vacunada).
- **Resultados en salud**: se evaluará indicadores establecidos en cumplimiento del cronograma de actividades.
- **Parámetros de calidad:** se tendrán en cuenta los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 de la resolución 1597 del 2025

.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la cobertura y oportunidad en el acceso de servicios de salud en las poblaciones rurales y dispersas priorizadas, a través del despliegue interdisciplinario y logístico requerido en los municipios del Zulia durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Priorizar la población dispersa con barreras de acceso a los servicios de salud mediante la ejecución de jornadas de Salud con atención integral
- Reducir barreras administrativas y sociales que afectan la vacunación en colectivos vulnerables

8. RECURSO HUMANO:

Para la ejecución de las acciones del **Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)** dentro el talento humano debe cumplir con perfiles técnicos específicos y requisitos normativos que aseguren la ejecución cumpliendo los atributos de calidad: 1 auxiliar de enfermería.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

La presente propuesta tiene como finalidad fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles mediante estrategias de Información y Comunicación, orientadas a la sensibilización comunitaria, el fortalecimiento del conocimiento en vacunación y la articulación intersectorial para el desarrollo de jornadas integrales de salud.

La estrategia busca generar espacios participativos con líderes comunitarios y población priorizada, promoviendo el acceso a información clara, accesible y pertinente sobre los riesgos asociados a enfermedades transmisibles, la importancia de la vacunación por cursos de vida y la desmitificación de falsas creencias relacionadas con las vacunas, en concordancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Pasos para la implementación

Realización de encuentros participativos comunitarios

Realización de encuentros participativos con líderes comunitarios para la socialización y comunicación de los temas relacionados con el riesgo de enfermedades transmisibles, e identificación y selección de la estrategia de IEC más pertinentes y efectivas para el entorno.

Diseño y difusión de piezas comunicativas

Seleccionar medios de comunicación accesibles como perifoneo, cartillas, afiches, redes sociales, visitas domiciliarias, charlas educativas y emisoras comunitarias.

- Diseño, producción y difusión de piezas comunicativas accesibles adaptadas a las necesidades, existencias y preferencias de la población priorizada.
- Elaborar materiales educativos claros, incluyentes y adaptados a las características culturales y lingüísticas de la población.
- Difundir mensajes orientados a:
  - Importancia de la vacunación por cursos de vida.
  - Prevención de enfermedades transmisibles.
  - Desmitificación de creencias erróneas sobre las vacunas.

Informar y orientar

Informar y orientar en riesgos asociados a Importancia de vacunación por cursos de vida, mitos relacionados con las vacunas, teniendo en cuenta el cumplimiento de los lineamientos definidos en las orientaciones del Ministerio de salud para la información en salud en el marco del PIC
Documentación de la experiencia informativa implementada y conocimiento adquiridos por la población intervenida.

Desarrollo de jornadas de salud y vacunación

- Coordinar jornadas integrales de salud con actores intersectoriales y comunitarios.
- Canalizar a la población susceptible para el inicio o completitud de esquemas de vacunación.
- Garantizar disponibilidad de talento humano idóneo, biológicos, insumos y logística necesaria para el adecuado desarrollo de las actividades

Tiempo de ejecución
La propuesta se desarrollará durante el periodo contractual establecido, de manera progresiva y articulada, a través de tres etapas operativas, permitiendo seguimiento continuo y ajustes según resultados parciales.

Resultados esperados en general

- Reducción de brechas territoriales y poblacionales en acceso a la vacunación.
- Incremento del conocimiento comunitario sobre enfermedades transmisibles y vacunación.
- Fortalecimiento de la participación comunitaria y corresponsabilidad social.
- Mejora en la identificación y captación de población con esquemas incompletos.
- Disminución del riesgo de enfermedades inmunoprevenibles.
- Incremento de coberturas de vacunación en biológicos priorizados.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

10.1. Información y educación

- Fortalecimiento de la participación comunitaria.
- Mayor articulación entre comunidad y sector salud.
- Identificación de estrategias de comunicación adaptadas al contexto territorial.
- Incremento del conocimiento de las personas y/o familias aprendidas sobre riesgos de enfermedades transmisibles.
- Piezas, videos, formularios, volantes diseñados.
- Incremento del conocimiento sobre beneficios y seguridad de las vacunas.
- Padres o familiares con disminución de mitos y con información de la importancia relacionados con la vacunación.
- Población que recibió charlas educativas.
- Encuestas adquiridas como resultado de la implementación.

10.2. En jornadas extramurales intensivas

- Población que acudió a las jornadas.
- Población captada con esquema incompletos o ausente
- Ampliación del acceso a servicios de vacunación

11. METAS:

- Dos (2) reuniones comunitarias con líderes comunales.
- 3 piezas publicitarias diseñadas
- 90% de los padres informados y orientados en riesgos a la vacuna y la importancia de la vacunación
- documento elaborado
- 4 actores comunitarios e intersectoriales que participan en la coordinación de las jornadas
- Identificar el 90% de la población canalizada para el cumplimiento de esquemas de vacunación
- auxiliar de enfermería por municipio
- Alcanzar un 100% de cumplimiento de las jornadas programadas.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

12.1 Información y educación.

- Vídeos de participación
- Evidencias fotográficas
- Listado de entrega de piezas diseñadas
- Pre test y post test
- Encuesta
- Evidencia de asistencia de los actores a través de actas de firmas, fotos
- Contrato laboral
- videos

12. 2 Jornadas extramurales intensivas

- videos que evidencien las jornadas
- revisión de niños vacunados en el PAIWEB
- Certificación del líder comunitario de jornada en el microterritorio

13. PRESUPUESTO:

Distribución financiera	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 30.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIONES DE ACTIVIDADES:

INTERVENCIÓN COLECTIVA	ACTIVIDADES
Información en Salud	112
JORNADAS DE SALUD	118

15. RESPONSABLE:

MYRIAM ALBA ARIAS
Responsable de PAI

SUBGRUPO 3. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN POR VECTORES

1. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con el lineamiento nacional, la enfermedad de Chagas continúa siendo una enfermedad endemo-epidémica desatendida, con transmisión vectorial, oral, congénita y transfusional.

Norte de Santander se encuentra dentro de las zonas priorizadas debido a Presencia de municipios con antecedentes de infestación por triatominos, en especial en la región del Catatumbo, zona rural dispersa y con viviendas con condiciones propicias para la colonización del vector, con Alta proporción de población rural, lo que incrementa la exposición al vector y Circulación histórica de *Rhodnius prolixus* y otras especies secundarias y Riesgo persistente de transmisión congénita, asociado a la falta de tamizaje universal en gestantes, resaltando que más de 9 millones de personas en Colombia están en riesgo de transmisión vectorial, con especial concentración en departamentos como Norte de Santander, teniendo en cuenta lo anterior el comportamiento epidemiológico de la Enfermedad de Chagas es el siguiente:

A la semana epidemiológica 44 de 2025, con corte al 1 de noviembre, en el departamento de Norte de Santander no se ha confirmado ningún caso de enfermedad de Chagas agudo ni casos de transmisión congénita; durante el período se notificaron 63 casos, de los cuales el 93,7% (59) corresponden a Chagas crónico, el 6,3% (4) permanecen en estudio por posible transmisión congénita y 8 casos se registraron en mujeres gestantes con diagnóstico de Chagas crónico, observándose además una tendencia descendente sostenida frente a los años previos (69 casos en 2023, 64 en 2024 y 63 en 2025), con un comportamiento que muestra ausencia de transmisión activa aguda, pero con un perfil de riesgo persistente asociado a la exposición intradomiciliaria en zonas rurales dispersas y en municipios del Catatumbo, donde el mecanismo de transmisión predominante continúa siendo el vectorial (92,1%), seguido de la vía oral (1,6%) sin registros por transfusión ni accidentes de laboratorio, afectando principalmente a mujeres (57,1%), residentes en cabeceras municipales (46%) y afiliadas al régimen subsidiado (66,7%).

2. MARCO NORMATIVO VIGENTE EN COLOMBIA

- Resolución 3280 de 2018. Adopta las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), aplicables para la atención de eventos como el Chagas.
- Resolución 3518 de 2006. Crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), clave para el reporte de casos de Chagas.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

En el departamento Norte de Santander, cuenta con registros de triatominos (R. prolixus) desde el año 1960 según estudios publicados por (Ucros H. Distribución de los triatominae en Colombia. Rev Fac Med Bogotá 1960; 28:181-9); al igual que otras especies en importancia como E. mucronatus, T. dimidiata, P. geniculatus, R. pallescens, R. pictipes y R. robustus.

En el año 1999 el ministerio de Salud en el desarrollo del Plan para el diseño del Programa Nacional de Control a través del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Universidad Industrial de Santander, se realizó

un estudio en el departamento Norte de Santander que permitió establecer los niveles de riesgo para la infección por Trypanosoma cruzi en las diferentes áreas del departamento. Con el CINTROP, fueron visitados 32 de los 40 municipios existentes, el departamento fue calificado de alto riesgo para Chagas, se clasificaron 13 municipios como de alto riesgo, 8 de mediano y 11 de bajo. Dentro de este estudio, se tomaron 1.192 muestras a escolares entre 7 y 16 años de 125 veredas distintas con un porcentaje de positividad del 6%, con variaciones importantes entre los diferentes municipios, igualmente la identificación de presencia de especies de triatominos.

En los años 2011-2012, Médicos Sin Fronteras Holanda, con su lema en la Región del Catatumbo Norte de Santander "Haciendo Visible lo Invisible" y teniendo en cuenta los siguientes antecedentes:

ANTECEDENTES	INFORMACIÓN
Casos Agudos	1992: primer brote de Chagas agudo reportado en Colombia, origen en Tibú (NdS) Entre 2008 y 2010, 10 brotes reportados en Colombia por el INS con 53 casos y 10 muertes[7].
Encuestas de Seroprevalencia	1998: población general 7% 1999: población general 5% 2000: escolares (7-16 años) de 125 veredas en NdS, prevalencia 6%[8]. 2000-2004: banco de sangre en NdS prevalencia 2.6%, en los bancos de sangre en Colombia varía entre 0.44% y 2.3%[9].
Situación Entomológica	2000-2004: De 9.366 viviendas visitadas en 12 municipios de NdS, 3.79% infestadas con triatomineos, 22.5% caracterizadas como ranchos, 36.5% como viviendas en buenas condiciones y 41% como intermedias[7].
Control vectorial	1996-2000: 5% de las viviendas en alto riesgo rociadas en NdS, la media nacional de casas infestadas que fueron rociadas fue del 22%[7].

[7] vigilancia de Chagas agudo de posible transmisión oral en Colombia Zulma M. Cucunubá.
[8] situación actual de la enfermedad de Chagas en el departamento Norte de Santander e intervenciones de control realizadas en los años 2002-2004.

Con el fin de, Reducir la morbi-mortalidad causada por la enfermedad de Chagas mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno a pacientes entre 9 meses y 18 años, a la población Barí y a los convivientes de los casos positivos, haciendo énfasis en la educación a la población en riesgo y apoyo al control vectorial en la zona del Catatumbo (Norte de Santander), donde MSF-OCA presta habitualmente sus actividades asistenciales.

Con este proyecto MSF en los municipios de Tibú, El Tarra, Convención, Teorama; parte alta de la Región del Catatumbo donde reside en importancia Indígenas Motilón BARI, Se tomaron 2.251 muestras entre 9meses y 5 años 525(25%) con 1 positivo (0.18%), 6 a 18 años 1203(58%) con 1 positivo (0.08%) y mayores de 19 años 395(17%) con 58 positivos. (Chagas en el Catatumbo, Norte de Santander. Colombia, MSF, 2011-2012.

En el mes de agosto del año 2010 en el municipio de Moniquirá, se materializó y consolido la ruta para el proceso de certificación internacional de interrupción de T. Cruzi por Rhodnius prolixus en tres municipios de Boyacá inicialmente y otros 5 municipios de los departamentos de Arauca, Casanare y Santander, mediante una planeación conjunta liderada por el Ministerio de la Protección Social hoy día Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud y concertada con las entidades territoriales de salud del orden departamental y municipal, las autoridades departamentales y municipales, los Centros de Investigación, la Universidad Industrial de Santander, la Universidad de los Andes y la comunidad y con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, se socializó y promovió la construcción e implementación de la Estrategia de Gestión Integrada como ruta trazadora de las acciones de prevención, vigilancia y control de la enfermedad de Chagas como herramienta e iniciativa fundamental para la ejecución de las actividades intervenciones y procedimientos inherentes al plan de certificación de la enfermedad de Chagas.

Entre el 2016 y 2019 tres (3) municipios fueron certificados internacionalmente en el departamento Norte de Santander y de acuerdo al Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2032, el departamento realiza el compromiso de la interrupción de la transmisión en 6 municipios del departamento Norte de Santander y la recertificación de los primeros 3 municipios con presencia del vector, El Zulia, San Cayetano y Santiago.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

Información en salud
Mejora del conocimiento sobre la enfermedad de Chagas, formas de transmisión, reconocimiento del vector y prácticas de prevención en el hogar.

Condiciones de vivienda y entorno
Mejoras en hábitos de limpieza, orden y adecuación del entorno a través de la información en salud lo que reduce los factores de riesgo intradomiciliarios asociados a la presencia del vector.

Acceso a servicios de salud
Incremento en el acceso a diagnóstico oportuno (con pruebas rápidas) y a la atención integral mediante la canalización de casos positivos para enfermedad de Chagas.

Detección temprana y control de enfermedades
Disminución del subdiagnóstico y del riesgo de complicaciones mediante identificación precoz en población infantil.

Entorno social y participación comunitaria
Fortalecimiento del rol de la comunidad, familias y actores locales en la prevención y control de la enfermedad.

Gestión institucional y articulación intersectorial
Mejora en la coordinación entre autoridades de salud, IPS y líderes comunitarios para la toma de decisiones basadas en resultados.

Equidad en salud
Reducción de brechas en población rural dispersa (veredas) mediante intervenciones dirigidas a grupos vulnerables como niños y mujeres en edad fértil.

5. RESULTADO EN SALUD:

Reducción del riesgo de transmisión y de la carga de enfermedad asociada a la Enfermedad de Chagas en la población de las veredas priorizadas, mediante el fortalecimiento de la educación en salud orientada a la adopción de prácticas preventivas en el entorno domiciliario, la mejora en el reconocimiento del vector y de los factores de riesgo, así como el incremento en la detección temprana de casos en población menor de 15 años, especialmente en menores de 5 años.

Adicionalmente, se espera mejorar el acceso oportuno a los servicios de salud a través de la realización de pruebas diagnósticas y la canalización efectiva de los casos positivos a la ruta integral de atención, garantizando el inicio de manejo adecuado y seguimiento. Estas acciones contribuyen a la disminución de complicaciones a mediano y largo plazo, al fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y a la reducción de inequidades en salud en población rural dispersa, impactando positivamente las condiciones de vida y salud de las comunidades intervenidas.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

Componente técnico:
Criterios de evaluación:

- Cumplimiento de los lineamientos del programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y del PSPIC.
- Ejecución de las actividades programadas (información en salud, toma de prueba rápida, canalización y socialización).
- Cobertura de la población objetivo según metas establecidas.
- Calidad en la aplicación de pruebas diagnósticas y seguimiento de casos positivos.

Soportes requeridos:

- Listados de asistencia firmados de las jornadas de información en salud.
- Registros fotográficos y actas de las actividades realizadas.
- Bases de datos de población intervenida.
- Resultados de pruebas rápidas (formatos, reportes de resultados).
- Registros de canalización a la ruta integral de atención en salud.
- Actas de reuniones de socialización con autoridades y comunidad.
- Informes técnicos de ejecución.

Componente administrativo:

Criterios de evaluación:
- Cumplimiento del cronograma de actividades.
- Gestión del talento humano asignado.
- Organización, archivo y trazabilidad de la información.
- Cumplimiento de procesos y procedimientos establecidos.

Soportes requeridos:
- Cronograma de actividades.
- Contratos y/o actas del talento humano vinculado.
- Reportes de avance del proyecto.

Componente financiero:
Criterios de evaluación:
- Ejecución adecuada de los recursos asignados.
- Coherencia entre actividades ejecutadas y recursos utilizados.

Soportes requeridos:
- Informes financieros y de ejecución presupuestal.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar conocimientos en salud a las personas priorizadas conforme a los riesgos identificados en su entorno mediante la implementación de intervenciones colectivas en el municipio de El Zulia durante la vigencia 2026

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar eventos de alta externalidad en población priorizada la realización de pruebas moleculares para la identificación del Trypanosoma cruzi.
- Alertar a los Padres de familia y menores de 15 años sobre factores de riesgo, trasmisión y prevención de la enfermedad de Chagas mediante la implementación de la intervención colectiva de Información en Salud.

8. RECURSO HUMANO:

- Profesional Bacteriólogo previamente capacitado en toma de muestra y lectura de pruebas rápidas para Chagas y conocimiento sobre la eco epidemiologia y transmisión de la Enfermedad de Chagas. (mínimo 2 profesionales).
- Auxiliar de Enfermería, previamente capacitado en toma de muestra y lectura de pruebas rápidas para Chagas y conocimiento sobre la eco epidemiologia y transmisión de la Enfermedad de Chagas. (mínimo 2 auxiliares).

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La presente propuesta de intervención colectiva se implementará en el municipio de Tibú, en micro territorios priorizados del área urbana, rural y rural dispersa, con el propósito de fortalecer la promoción de la salud, la prevención, la detección temprana y la atención oportuna de la Enfermedad de Chagas.

ACTIVIDADES:

Actividad 1: Información y orientación sobre la Enfermedad de Chagas

Se desarrollarán acciones de información y educación en salud en el entorno hogar, dirigidas a 2.500 personas (padres de familia, menores y mujeres en edad fértil), en las veredas priorizadas.
Los contenidos abordados incluyen:
- Generalidades de la Enfermedad de Chagas
- Mecanismos de transmisión
- Reconocimiento del vector (pito)
- Factores de riesgo en la vivienda
- Medidas de prevención en el entorno hogar

Estas actividades se desarrollarán mediante:

- Visitas domiciliarias con acciones de información en salud en el entorno hogar
- Entrega de material educativo (volantes)

Todo el proceso se ejecutará conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud para la información en salud en el marco del PSPIC.

Actividad 2: Realización de pruebas rápidas para anticuerpos anti Trypanosoma cruzi
Se realizará la aplicación de pruebas rápidas para la detección de anticuerpos contra *Trypanosoma cruzi* en 600 menores de 10 meses a 15 años, con énfasis en menores de 5 años.
El procedimiento incluye:

- Sensibilización previa al menor, padres de familia o adulto responsable.
- Diligenciamiento de consentimiento informado
- Diligenciamiento de la ficha de identificación de paciente para diagnóstico de Chagas.
- Toma de muestra y realización de pruebas rápidas para anticuerpos anti Trypanosoma cruzi
- Entrega y registro de resultados

Los datos serán consolidados en una base de datos que permitirá el seguimiento de cobertura y resultados.
Los menores con resultado positivo serán canalizados a la ruta integral de atención en salud, garantizando su acceso a diagnóstico confirmatorio, tratamiento y seguimiento.
Las acciones incluyen:

- Notificación de casos
- Articulación con EAPB según afiliación
- Gestión de remisión a servicios de salud
- Seguimiento a la atención

Actividad 4: Socialización de resultados a autoridades municipales
Se desarrollarán 14 espacios de socialización con actores municipales, incluyendo sector salud, autoridades locales y líderes comunitarios.
En estos espacios se presentarán:

- Resultados de cobertura
- Casos identificados
- Análisis de la intervención
- Recomendaciones.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

- Población priorizada con condiciones de salud detectadas para la canalización y atención de RIAS.
- Padres de familia y menores de 15 años informados sobre factores asociados, formas de contagio y medidas de protección frente a la enfermedad de Chagas.

11. METAS:

- Garantizar que el 100% de las familias (padres de familia, menores y mujeres en edad fértil) informadas fortalezcan sus conocimientos sobre la Enfermedad de Chagas, incluyendo identificación del vector, formas de transmisión y medidas de prevención en el entorno hogar.
- Lograr la detección temprana del 100% de los casos esperados de Enfermedad de Chagas en la población menor de 15 años residentes en los micro territorios priorizados.
- Garantizar que el 100% de los menores identificados como positivos para Enfermedad de Chagas sean canalizados oportunamente a la ruta integral de atención en salud

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

ACTIVIDAD	TIPO DE SOPORTE	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Informar y orientar sobre la Enfermedad de Chagas	• Listados de asistencia firmados • Actas con registro fotográfico • Evidencia de material educativo entregado	• Verificación telefónica aleatoria a asistentes registrados en los listados • Cruce de información entre listados, actas y registros fotográficos • Validación de fechas, lugares y número de participantes • Revisión de coherencia entre cantidad de material entregado y población reportada

ACTIVIDAD	TIPO DE SOPORTE	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Realizar prueba rápida para detección de *Trypanosoma cruzi*	• Informes de avance • Consentimientos informados • Fichas de identificación • Base de datos de resultados	• Auditoría de calidad de registros (consistencia entre base de datos y fichas físicas) • Verificación aleatoria de usuarios tamizados (llamadas o visitas) • Validación de resultados • Revisión de trazabilidad de las pruebas rápidas
Canalización de casos positivos a la ruta de atención	• Actas de reunión con EAPB • Soportes de remisión y gestión	• Verificación con EAPB de la recepción de los casos canalizados • Seguimiento aleatorio a usuarios para confirmar acceso a servicios de salud
Socialización de resultados con actores municipales	• Actas de reunión • Listados de asistencia • Evidencia fotográfica	• Verificación de participación de actores clave (firmas y cargos) • Validación cruzada entre actas, fotos y listados • Confirmación con entidades participantes (llamadas o correos) • Revisión de coherencia entre resultados presentados y reportes técnicos

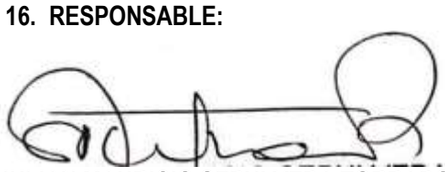
13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**Asignación financiera**
Contratista	$ 125.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES:

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN COLECTIVA	ACTIVIDAD
Información en salud	500
Prevención y Control de las enfermedades transmitidas por Vectores	613

16. RESPONSABLE:



JULIAN MAURICIO SEPULVEDA TORRADO
PU. Responsable Programa Control de Vectores IDS.

FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO OFICIAL (Presupuesto discriminado por ítems).

Financiación: La financiación del presente proceso, será con cargo a los recursos del Presupuesto de Gastos e Inversión de la Vigencia Fiscal 2026 del INSTITUTO, discriminado en los siguientes rubros presupuestales:

DESCRIPCIÓN PRESUPUESTAL	VALOR
19.02.107 / 19051.09 OT. SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / TUBERCULOSIS (PIC)	70.000.000

19.02.110 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	15.000.000
19.02.109 / 19051.08 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - PRIMERA INFANCIA / INMUNOPREVENIBLES (PIC)	15.000.000
19.02.107 / 19051.12 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / ETV (PIC)	125.000.000

Presupuesto Oficial: El valor de esta Invitación Pública para este **GRUPO 1** es hasta por la suma de $225.000.000 (Doscientos veinticinco millones de pesos M/cte.)., subordinados a las respectivas apropiaciones presupuestales, con cargo al presupuesto 2026, CDP # 778 de 28 de abril de 2026. Las ofertas que sobrepasen este presupuesto, serán inadmitidas.

FACTORES DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

Se fijan los siguientes criterios para la calificación de las propuestas que se reciban del presente proceso de Licitación Pública:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
EVALUACIÓN TÉCNICA	70
PRECIO DE LA PROPUESTA	30
TOTAL.....	**1000 PUNTOS**

EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 700 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del cumplimiento de los requerimientos y lineamientos técnicos definidos en estos pliegos y en los Estudios previos que hacen parte integral del presente proceso.

FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA	PUNTAJE MÁXIMO = 70
Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.	25
Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas -PIC de manera territorializada y permanente.	15
Evidenciar el compromiso para garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución, configurando exclusividad de los equipos básicos de salud a través de los cuales se deben ejecutar las intervenciones colectivas.	15
Disponer de un área de trabajo con las condiciones necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalué los resultados de estas.	15
No presenta el 100% de los requerimientos y/o lineamientos técnicos descritos en los pliegos y estudios previos	(RECHAZADA)

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NOTA: Cuando el oferente obtenga cero (0) en este aspecto de evaluación, la propuesta será RECHAZADA, pues queda sobre entendido que NO reúne las condiciones técnicas que formula el pliego de condiciones, lo cual quedará consignado en el informe de evaluación correspondiente.

PRECIO DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 300 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del valor de la propuesta económica correspondiente al ANEXO TÉCNICO N°1 – ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES.

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{Propuesta de menor precio} \times 300}{\text{Valor de la propuesta en estudio}}$$

LOTE 11

SUBGRUPO 1. PROGRAMA DE LEPRA

1. JUSTIFICACIÓN

El 85% de las personas con discapacidad del Departamento enfrentan una compleja gama de situaciones: Pobreza, bajo nivel educativo, barreras Físicas y actitudinales, alto índice de NBI, difícil acceso a programas de capacitación continuada y por ende a restricción para el ingreso al mercado laboral, a la seguridad social y a programas de habilitación y rehabilitación, debilidad organizacional, segregación, entre otros.

La discapacidad de las personas es extremadamente variada, hay diferentes clases de deficiencias y las personas son afectadas en diferentes maneras algunas personas tienen una deficiencia, otras tienen deficiencias múltiples; algunas nacen con una deficiencia, mientras que otras pueden adquirir una deficiencia durante el transcurso de su vida. La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad describe a las personas con discapacidad como: quienes tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales de largo plazo.[4]

El presente proyecto de Plan de Intervenciones Colectivas busca fortalecer las acciones de caracterización e información en salud dirigidas a pacientes y ex pacientes del programa de lepra, con el propósito de identificar oportunamente sus condiciones de salud, necesidades sociales y factores de riesgo asociados, promoviendo una atención integral y el seguimiento continuo. Asimismo, se pretende fomentar el acceso a información clara y pertinente sobre la enfermedad, el autocuidado, la adherencia al tratamiento, la prevención de discapacidades y la disminución del estigma social, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población intervenida y al fortalecimiento de las estrategias de salud pública orientadas al control y vigilancia de la lepra en la comunidad

En la actualidad Norte de Santander cuenta con 37.482 personas con discapacidad de las cuales, a la fecha del 31 de diciembre de 2024, 10.034 personas cuentan con el certificado de discapacidad en donde 5.732 presentan discapacidad física, 1.391 discapacidad visual, 1.046 discapacidad auditiva, 4.074 discapacidad múltiple; discapacidad intelectual 3.811, discapacidad psicosocial 3.096 y discapacidad sordo ceguera 19. *Fuente de información SISPRO – RLCPD,* corte de 31 de diciembre de 2024.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.
- Resolución 276 de 2019 Modifica la Resolución 3280 de 2018, amplia plazos para la implementación y progresividad de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal.
- Resolución 100 de 2024, por la cual se establece las disposiciones sobre la **Planeación Integral para la Salud**, derogando la Resolución 1536 de 2015.
- Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen: “Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen.

- Resolución 1597 del 30 de julio de 2025 por lo cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la gestión de salud pública y el plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de salud pública y la estrategia de Atención Primaria en salud (APS)

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

En el transcurso de la historia, la visión acerca de la discapacidad siempre ha sido referida en términos discriminatorio. Al paso de los años, esta visión fue transformándose, sin embargo, mantenía una perspectiva maligna sobre las personas "anómalas".

Para esto, la participación activa se vuelve una herramienta de acción dentro de un contexto social donde se acepta la diversidad, generando un medio social y físico más amigable y accesible, propicio para la integración de las personas con discapacidad. Desde este periodo también se reconoce que hay circunstancias que influyen en las condiciones y calidad de vida de las personas con discapacidad: la ignorancia, el abandono, la superstición, el miedo y sobre todo la indiferencia y la falta de sensibilidad de algunos sectores de la sociedad, son factores que a lo largo de la historia han aislado y retrasado el desarrollo de estas personas, impidiéndoles su integración.

Por último, se evalúa la colaboración entre diferentes sectores, como gobierno, organizaciones no gubernamentales y la comunidad, para abordar la lepra de manera integral. Todo esto ayuda a crear un panorama claro que permita diseñar intervenciones efectivas y mejorar la salud pública en general.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

Los determinantes sociales en salud, como el acceso a la educación, la pobreza, la violencia de género, y la falta de políticas públicas efectivas, influyen de manera directa en las condiciones de salud de la población. Abordar estas situaciones desde un enfoque integral que considere la participación de la sociedad, las familias, las comunidades y el estado es fundamental se mencionan los determinantes identificados en la población objeto a intervenir.

1. **Acceso a la educación y conocimiento**
2. **Condiciones socioeconómicas**
3. **Acceso a servicios de salud**

5. RESULTADO EN SALUD:

Para el desarrollo de esta propuesta se requiere intervenir los hogares en el ámbito urbano y rural del Municipio de La Playa, identificando prácticas y riesgos presente en su entorno e informar, mediante las intervenciones colectivas de caracterización socioeconómica y de información en salud, Se proporcionará información clave sobre la enfermedad de Hansen, signos y síntomas, tratamiento, prevención de discapacidad, acceso a los programas de rehabilitación, prácticas de autocuidado. El resultado de impacto esperado es que 9 pacientes, expacientes del Municipio de La Playa, se caracterizan socioeconómicamente y evaluar las **condiciones de pobreza**, con **ingresos bajos o nulos**, **vulnerabilidad laboral** (desempleo), y a menudo en zonas con **hacinamiento y déficit nutricional**, lo que facilita la transmisión y progresión de la enfermedad, además de enfrentar una fuerte **discriminación** y **estigma** que limita su acceso a empleo, relaciones y bienestar general, perpetuando un ciclo de exclusión social y económica.

Adicionalmente las actividades de información en pacientes de lepra y comunidad son cruciales para empoderar, asegurar la adherencia al tratamiento, prevenir discapacidades, reducir el estigma y la discriminación y mejorar su calidad de vida, enseñándoles sobre la enfermedad, signos de alarma para buscar ayuda temprana, manejo de reacciones, autocuidado (como revisión de piel y nervios), y apoyo psicológico, integrando un enfoque integral biopsicosocial, a través de la conformación de redes comunitarias.

ENTIDAD TERRITORIAL

Norte de Santander es un Departamento clave en la realidad de la Lepra en Colombia, mostrando consistentemente altas tasas de detección y número de casos, con municipios como Los Patios reportando los mayores números, principalmente casos multibacilares y con retraso diagnóstico, lo que genera discapacidad y evidencia la necesidad de fortalecer la detección temprana y la formación del personal de salud para un control efectivo de la enfermedad en el territorio.

Norte de Santander se ubica entre los Departamentos con mayor número de casos de lepra en Colombia, junto a Santander y Valle del Cauca, Cúcuta, Ocaña, Villa del Rosario, El Zulia, Abrego, La playa son los municipios con mayor reporte de casos, según estudios de caracterización. Predominan los pacientes masculinos, entre 41-59 años, y la mayoría tiene el régimen subsidiado de salud. Se observan altos porcentajes de casos multibacilares (lepromatosa), con más de cinco lesiones y un porcentaje significativo de casos que desarrollan discapacidad (Grado I y II). Existe un retraso importante en el diagnóstico, con una oportunidad promedio de 2.4 años, lo que contribuye a la discapacidad. Se requiere definir políticas específicas, mejorar la formación del personal de salud y priorizar la detección temprana, el tratamiento oportuno y la rehabilitación.

FORMAS DE CONFIGURACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

La configuración de los determinantes sociales en la lepra se da a través de la pobreza, el bajo nivel educativo, las malas condiciones de vivienda y hacinamiento, la falta de empleo y el estigma social, que limitan el acceso a servicios y generan diagnósticos tardíos, afectando la inmunidad y aumentando el riesgo de infección y discapacidad. Estos factores socioeconómicos y culturales crean un caldo de cultivo para el Mycobacterium leprae, manifestándose en el desarrollo de formas más graves y complicaciones.

Factores clave en la configuración determinantes sociales en Lepra:

- Condiciones Socioeconómicas: Bajo ingreso económico: Personas en pobreza tienen mayor riesgo, afectando nutrición y defensa inmunológica.
- Bajo nivel educativo: Analfabetismo y poca educación primaria, limitando acceso a información y servicios.
- No vínculo laboral: Falta de empleo (excluyendo jubilados/amas de casa).
- Condiciones de vivienda: Hacinamiento y malas condiciones favorecen la transmisión.
- Servicios de Salud: Detección tardía: Predomina la detección espontánea, no activa, lo que retrasa el tratamiento.
- Discapacidad al diagnóstico: Mayor grado de discapacidad al momento de buscar atención.
- Estilo de Vida y Comportamiento: Nutrición: Déficit nutricional, relacionado con la pobreza, debilita el sistema inmune.
- Factores Psicosociales y Culturales: Estigma social: Rechazo y actitudes negativas hacia pacientes, dificultando la detección y adherencia al tratamiento.
- Redes sociales/apoyo: La falta de redes de apoyo impacta la capacidad de afrontar la enfermedad.
- Estos determinantes actúan en conjunto: la pobreza lleva a vivir en hacinamiento, la falta de educación dificulta reconocer síntomas y buscar ayuda a tiempo, y el estigma perpetúa el ciclo, resultando en: Inmunidad deprimida por malnutrición y estrés, Diagnósticos en etapas, avanzadas, con mayor carga de enfermedad (formas multibacilares), Mayor riesgo de complicaciones y discapacidad.

Abordar la lepra requiere, por tanto, no solo tratamiento médico, sino también políticas públicas que ataquen la pobreza, mejoren la educación y combatan el estigma.

PROBLEMAS Y NECESIDADES SOCIALES

La lepra genera graves problemas sociales y necesidades como el estigma, la discriminación y la exclusión, que conducen a problemas de salud mental (vergüenza, ansiedad, depresión) y dificultan el acceso a la atención, perpetuando un ciclo de pobreza y discapacidad física (daño nervioso, desfiguración, pérdida de sensibilidad) que limita la participación social y la calidad de vida, afectando el bienestar económico y la integración familiar y comunitaria, requiriendo enfoques psicosociales integrales y educación para romper el ciclo.

Problemas Sociales Clave:

- Estigma y Discriminación: La asociación histórica de la lepra con el pecado, la impureza y la maldición ha llevado a prejuicios y rechazo social, afectando la dignidad y los derechos de las personas afectadas.
- Exclusión Social: Las personas con lepra a menudo son aisladas de sus familias y comunidades, lo que genera soledad y falta de apoyo.
- Impacto en la Salud Mental: El estigma provoca vergüenza, ansiedad, depresión y problemas de autoestima, llevando a un ciclo de vulnerabilidad psicosocial.
- Barreras en el Acceso a la Atención: El miedo al rechazo y la falta de información impiden buscar diagnóstico y tratamiento a tiempo, empeorando la enfermedad.
- Discapacidad y Pobreza: Las deformidades físicas y la pérdida de función (nerviosa, motora) limitan la capacidad de trabajar y participar, atrapando a las personas en la pobreza.

- Necesidades Sociales y de Salud:
- Abordaje Integral: Se necesitan programas de salud que integren la detección y el tratamiento médico con apoyo psicosocial para atender el bienestar emocional y mental.
- Educación y Sensibilización: Educar a las comunidades para romper mitos y reducir el estigma es crucial para la aceptación y la no discriminación.
- Apoyo Psicológico: Intervenciones para fortalecer la salud mental y la resiliencia de los afectados y sus familias.
- Rehabilitación y Medidas de Apoyo: Ayuda para manejar las discapacidades, incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y apoyo para la reinserción laboral y social.
- Protección de Derechos: Eliminar leyes discriminatorias y garantizar los derechos civiles y sociales de las personas afectadas.
- Mejora de Condiciones Socioeconómicas: Combatir la pobreza y mejorar las condiciones de vida en las comunidades vulnerables para prevenir y controlar la enfermedad.

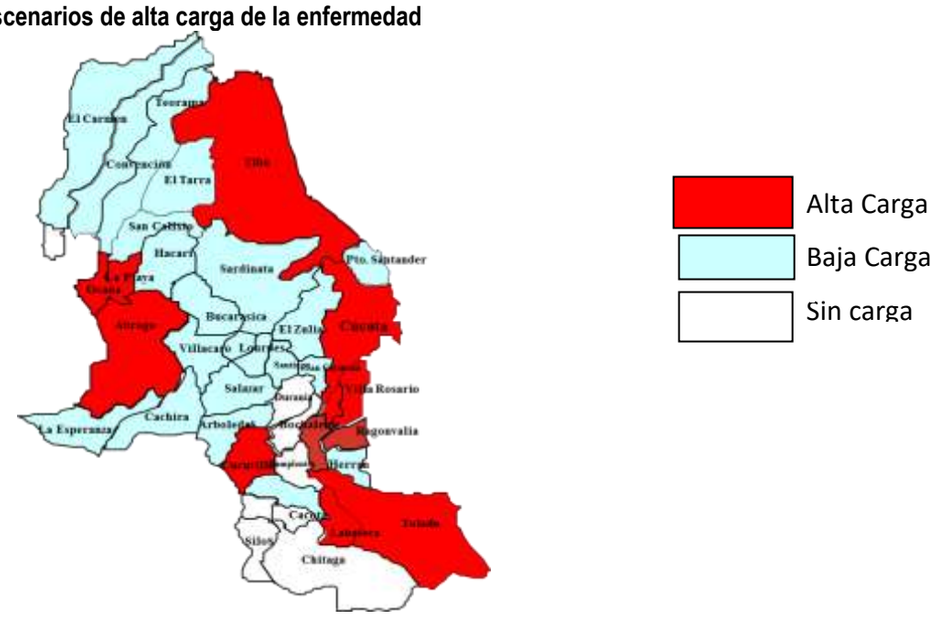
LOS PROCESOS QUE DETERMINEN LAS CONDICIONES DE INEQUIDAD

Las condiciones de inequidad de la lepra son profundas, ligadas a la pobreza, estigma, discriminación y falta de acceso a servicios, llevando a retrasos en diagnóstico y tratamiento, aislamiento social, violación de derechos y desafíos particulares para mujeres y niños, afectando desproporcionadamente a comunidades vulnerables con mala vivienda y saneamiento, a pesar de ser curable con antibióticos.

Factores Socioeconómicos y Ambientales:

- Pobreza y Condiciones Precarias: Afecta más a quienes viven en hacinamiento, desnutrición y con saneamiento deficiente, ya que son determinantes sociales de la salud.
- Vulnerabilidad: Se relaciona con la susceptibilidad inmunológica y las condiciones físicas, sociales y económicas desfavorables, según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
- Estigma y Discriminación (Violencia Estructural):
- Maldición y Pecado: Persisten creencias culturales y religiosas que ven la lepra como un castigo divino, generando rechazo y vergüenza.
- Violaciones de Derechos: La discriminación lleva a la negación de derechos civiles, políticos y sociales, incluyendo acceso a trabajo (manipulación de alimentos, educación), licencias profesionales y vivienda.
- Aislamiento: Históricamente y a veces aún hoy, se impone aislamiento y segregación, separando a las personas de sus familias y comunidades.

Escenarios de alta carga de la enfermedad



Municipios con más casos: Cúcuta, Ocaña, Villa del Rosario, El Zulia, Abrego, Toledo, los Patios, La Playa

- Perfil de los casos: Mayoría de pacientes masculinos, en edades entre 41-59 años, y un alto porcentaje en el régimen subsidiado.

- Forma clínica: Predominan los casos de lepra multibacilar (MB) y lepromatosa, con lesiones múltiples, lo que indica una mayor carga bacteriana y riesgo de discapacidad.
- Discapacidad: Un porcentaje considerable de pacientes presenta discapacidad de grado I o II al momento del diagnóstico, señalando diagnósticos tardíos.
- Aunque hay una tendencia nacional a la baja, Norte de Santander, ha sido históricamente un Departamento con altas tasas de detección, y en análisis recientes se ha visto una disminución en la notificación, pero sigue siendo un punto de vigilancia importante.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORIA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia que se realizara en pagos bimestral con los soportes de cada actividad según seguimiento que realiza el Programa y cumplimiento financiero según la matriz técnico financiera.
- **Administrativo**: Tiempo de duración: (6) seis meses, con seguimientos bimestrales a disposición y se genera actas de soporte.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud del Programa de Lepra. Se verificará el cumplimiento de la calidad y oportunidad y completitud de las actividades y consecución de los logros propuestos desde el programa
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado del Programa. Indicadores de gestión y de resultado de obligatorio cumplimiento y específico del programa.
- **Parámetros de calidad:** Integralidad de la intervención: Caracterización social y ambiental del entorno hogar e información en salud (salud, educación, medios de vida, inclusión social y fortalecimiento comunitario), bajo un enfoque biopsicosocial y de curso de vida.
  Enfoque diferencial e inclusivo: Reconocimiento de las particularidades poblacionales, con aplicación de ajustes razonables y garantía de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal.
  Participación social y comunitaria: Vinculación activa de personas con discapacidad, cuidadores, familias y organizaciones comunitarias en todas las fases del proyecto.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer capacidades familiares y comunitarias para la inclusión social, el autocuidado y la prevención de discapacidad en personas afectadas por enfermedad de Hansen y sus convivientes, mediante estrategias de caracterización social y ambiental e información en salud y acciones colectivas en el entorno hogar en el municipio de La Playa durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar determinantes de riesgo en el entorno hogar, presaberes de las familias intervenidas mediante la intervención colectiva de caracterización.
- Promover el autocuidado y prevención de discapacidades en las personas afectadas por la enfermedad de Hansen y sus familias, mediante acciones educativas y comunitarias para la detección de barreras de acceso a los servicios de salud, rehabilitación, protección social y acciones intersectoriales.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso del desarrollo de la estrategia es necesario contar con la participación de talento humano en salud, el cual se sugiere estar conformado por los siguientes perfiles.

- Enfermería Profesional (1)
- Psicología y/o trabajo social (1)

Nota: será 1 equipo, constituido por 1 enfermera, 1 psicólogo y/o trabajador social quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para el municipio. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas caracterización e información en salud se debe tener como parámetro estandarizado para las actividades a desarrollar la ficha metodológica de caracterización y las orientaciones del Ministerio de Salud para la Información en salud para el entorno Hogar.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

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

Identificación de riesgos presentes en las familias y eventos en salud, así como los conocimientos y actitudes de las mismas acorde a las temáticas aplicadas.

Información en salud:

Conocimiento adquirido en las prácticas de autocuidado y reducción del riesgo de desarrollo de discapacidades asociadas a la enfermedad de Hansen en las familias de los municipios priorizados, conforme a los criterios técnicos y normativos vigentes.

11. METAS:

- Realizar la socialización del proceso de caracterización social y ambiental al 100% de las familias priorizadas programadas para la intervención durante la vigencia 2026.
- Realizar el 100% de las visitas domiciliarias programadas para la complementación y validación de la caracterización socioeconómica de pacientes y expacientes con enfermedad de Hansen y sus familias durante la vigencia 2026.
- Consolidar, procesar y analizar el 100% de la información recolectada durante la caracterización social y ambiental de las familias priorizadas intervenidas durante la vigencia 2026.
- Realizar el 100% de los encuentros participativos programados con expacientes y sus familias para el fortalecimiento del autocuidado y selección de estrategias IEC durante la vigencia 2026.
- Diseñar, producir y difundir el 100% de las piezas comunicativas programadas dirigidas a expacientes y convivientes durante la vigencia 2026.
- Realizar acciones de información y orientación sobre prácticas de autocuidado al 100% de las familias priorizadas programadas mediante visitas domiciliarias durante la vigencia 2026.
- Documentar el 100% de las experiencias informativas implementadas y los conocimientos adquiridos por la población intervenida durante la vigencia 2026.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

- Seguimiento mensual con el contratista de la Matriz Técnico Financiera.
- Llamada telefónica aleatoria a las familias intervenidas, la cual debe manifestar que recibió la atención, de lo contrario, se descontará financieramente del valor pactado.
- Visita de campo en el territorio

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**Asignación financiera**
CONTRATISTA	$ 50.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓNES COLECTIVAS Y ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Caracterización social y ambiental en entornos de vida cotidiana	3
Información en Salud	4

15. RESPONSABLE PROGRAMA LEPRA:

ADRIANA MILENA GAMBOA VELASCO
Responsable del Programa de Lepra

FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO OFICIAL (Presupuesto discriminado por ítems).

Financiación: La financiación del presente proceso, será con cargo a los recursos del Presupuesto de Gastos e Inversión de la Vigencia Fiscal 2026 del INSTITUTO, discriminado en los siguientes rubros presupuestales:

DESCRIPCIÓN PRESUPUESTAL	VALOR
19.02.107 / 19051.10 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / LEPRA (PIC)	$50.000.000

Presupuesto Oficial: El valor de esta Invitación Pública para este **LOTE 11** es hasta por la suma de $50.000.000 (Cincuenta millones de pesos M/cte.)., subordinados a las respectivas apropiaciones presupuestales, con cargo al presupuesto 2026, CDP # 779 de 28 de abril de 2026. Las ofertas que sobrepasen este presupuesto, serán inadmitidas.

FACTORES DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

Se fijan los siguientes criterios para la calificación de las propuestas que se reciban del presente proceso de Licitación Pública:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
EVALUACIÓN TÉCNICA	70
PRECIO DE LA PROPUESTA	30
TOTAL.....	**100 PUNTOS**

EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 70 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del cumplimiento de los requerimientos y lineamientos técnicos definidos en estos pliegos y en los Estudios previos que hacen parte integral del presente proceso.

FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA	PUNTAJE MÁXIMO = 70
- Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.	25
- Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas -PIC de manera territorializada y permanente.	15
- Evidenciar el compromiso para garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución, configurando exclusividad de los equipos básicos de salud a través de los cuales se deben ejecutar las intervenciones colectivas.	15
- Disponer de un área de trabajo con las condiciones necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalué los resultados de estas.	15
No presenta el 100% de los requerimientos y/o lineamientos técnicos descritos en los pliegos y estudios previos	0 (RECHAZADA)

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NOTA: Cuando el oferente obtenga cero (0) en este aspecto de evaluación, la propuesta será RECHAZADA, pues queda sobre entendido que NO reúne las condiciones técnicas que formula el pliego de condiciones, lo cual quedará consignado en el informe de evaluación correspondiente.

PRECIO DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 30 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del valor de la propuesta económica correspondiente al ANEXO TÉCNICO N°1 – ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES.

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{Propuesta de menor precio} \times 30}{\text{Valor de la propuesta en estudio}}$$

LOTE 12.

SUBGRUPO 1. SALUD MENTAL Y CONVIENCIA

1. JUSTIFICACIÓN

En el Departamento de Norte de Santander persisten problemáticas críticas en salud mental y convivencia social, entre ellas el consumo de sustancias psicoactivas (SUSTANCIAS PSICOACTIVAS-SPA), el incremento de los intentos de suicidio y la violencia de género. Estas situaciones afectan de manera significativa el bienestar individual, familiar y comunitario, y demandan respuestas integrales, oportunas y con enfoque territorial.

De acuerdo con los registros de Estadísticas Vitales del DANE y del Observatorio de Salud del IDS, en los años 2023 y 2024 se evidencia un incremento en las tasas de mortalidad por suicidios, homicidios y trastornos mentales y del comportamiento, afectando principalmente a la población masculina. En el periodo epidemiológico XI de 2025, con corte al 1 de noviembre, el sistema de vigilancia SIVIGILA reportó 1.032 casos de intento de suicidio, lo que representa un aumento frente al mismo periodo de 2024 (1.009 casos). Aunque el mayor número de intentos corresponde a mujeres (61,4%), la situación en hombres sigue siendo preocupante, especialmente en el grupo etario de 18 a 28 años, donde se presenta la mayor prevalencia.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, el SIVIGILA reporta 1.393 casos a corte del periodo epidemiológico XIII del 01 de diciembre de 2025, de los cuales el 69,92% corresponde a hombres, principalmente entre los 18 y 28 años y los 29 a 59 años, lo que evidencia un patrón de riesgo sostenido en población joven y adulta. De igual manera, la violencia de género continúa siendo un problema prioritario en el departamento: para el 1 de noviembre de 2025 se registraron 4.148 casos, predominando la violencia física (1.576 casos), con las mujeres como principales víctimas (2.950 casos).

Este panorama refleja la necesidad urgente de fortalecer las acciones de prevención, atención temprana, acompañamiento emocional y promoción de la convivencia en los territorios. En respuesta a esta situación, el presente proyecto se justifica plenamente, puesto que propone la puesta en marcha de dispositivos de base comunitaria – Centros de Escucha, concebidos como eSustancias psicoactivas-SPAcios seguros y accesibles para:

- Prevenir y abordar el consumo de sustancias psicoactivas mediante estrategias diferenciales, comunitarias y centradas en la reducción de riesgos y daños.
- Promover el manejo adecuado de las emociones, el fortalecimiento de habilidades para la vida y la crianza positiva, contribuyendo a ambientes familiares protectores.
- Prevenir el intento de suicidio mediante detección temprana, escucha activa y orientación oportuna.
- Fomentar la convivencia sana, la resolución pacífica de conflictos y la protección de los derechos, especialmente de mujeres, jóvenes y poblaciones en situación de vulnerabilidad.
- La implementación de estos dispositivos desde el Programa de Salud Mental permitirá ampliar la capacidad institucional de respuesta en los municipios, fortalecer las redes de apoyo comunitario, acercar la oferta de salud mental a la población y generar escenarios de acompañamiento psicosocial que atiendan las necesidades reales del territorio.

En consecuencia, este proyecto se constituye en una estrategia clave para enfrentar las problemáticas actuales de salud mental en Norte de Santander, promoviendo comunidades más saludables, resilientes y cohesionadas, y avanzando hacia la garantía del derecho a la salud mental para toda la población.

2. MARCO NORMATIVO

Desde el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, se pone en evidencia la prioridad del Estado Social de Derecho por la atención de la salud y la garantía a todas las personas en el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

La ley 1616 de 2013 define la salud mental como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

La Resolución 4886 de 2018, que tiene por objeto "Adoptar la Política Nacional de salud Mental", como respuesta a una creciente problemática social que busca reducir los trastornos mentales en la salud del país y sus consecuencias en el desarrollo social. Además, de promover la importancia de que este trastorno sea promovido como un derecho individual, familiar y colectivo.

La resolución 1597 de 2025, dicta las disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC)".define el PIC como un plan complementario al plan obligatorio de salud (POS) y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud definidas en la presente resolución, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el plan decenal de salud pública (PDSP).

Así mismo en el anexo técnico precisa la conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales que incluyen: a) La organización comunitaria que permita la comprensión de sus realidades y a partir de esto, generar objetivos comunes y procesos de transformación que mejoren su calidad de vida; b) Participación en los escenarios de construcción, implementación y seguimiento a las políticas, planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales; c) El desarrollo de intervenciones con y para las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes destinadas a desarrollar capacidades, comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida; d) Desarrollo de eSustancias psicoactivas-SPAcios y procesos de interacción entre las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes para la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental a nivel territorial; e) ESustancias psicoactivas-SPAcios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas sociales y de salud durante el curso de vida; f) Evaluación del proceso de conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitaria.

La resolución 3280 de 2018, adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.

La resolución 2626 de 2019, Modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.

La resolución 276 de 2019, modifica parcialmente a la Resolución 3280 de 2018, ampliando plazos para la implementación y progresividad de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal.

La Ordenanza N°00027 de Diciembre 12 de 2019 de la Gobernación de Norte de Santander, crea la Política Publica Departamental de Salud Mental, con el objetivo principal de establecer lineamientos, orientaciones, ejes y estrategias encaminados a contribuir en el favorecimiento de las condiciones en salud mental, el desarrollo de las oportunidades y capacidades de la población para el disfrute de la vida y el despliegue de las potencialidades individuales y colectivas hacia el fortalecimiento de la convivencia y el desarrollo humano y social. Además, dicha Política posee unas metas, así:

*Esfera: Promoción de la salud mental y la convivencia:

a. A 2029 el 100% de los Municipios adoptan y adaptan la política departamental de salud mental conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos desde el Ministerio de Salud Y protección Social y el Departamento.
b. A 2029 aumentar en un 5% la percepción de satisfacción de los parques o sitios públicos con respecto a mantenimiento, infraestructura, ruido, basuras e iluminación.
c. A 2029 mantener en 180 por 100.000 habitantes la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar.
d. A 2029 aumentar al 40% el promedio de la toma de decisiones conjunta con la pareja sobre asuntos específicos del hogar.
e. A 2029, aumentar a 30% el involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados.

*Esfera: Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia

a. A 2029 contener en 6,8 por 100,000 habitantes la tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto infringidas intencionalmente
b. A 2029 contener en 1 por 100,000 habitantes la tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento.
c. A 2029 disminuir a 175,6 por 100.000 habitantes la tasa de violencia interpersonal.

*Esfera: Prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas

a. Mantener por debajo de 5.5% la prevalencia año del consumo de marihuana en la población escolar.
b. Aumentar a 15.5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas.
c. Aumentar a 15.5 años la edad promedio de inicio de consumo de alcohol.
d. Contener en 2,82 la prevalencia del consumo de SUSTANCIAS PSICOACTIVAS-SPA ilícitas de 12 a 65 años de edad
e. El 100% de los Municipios demostraran la operativización de los planes de control de la oferta de drogas y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas por cada vigencia, conforme a las líneas de acción de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas

El Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, el cual tiene seis 6) ejes estratégicos o rutas de gestión de la Salud Pública, los cuales tienen como marco la garantía del derecho a la salud, el enfoque diferencial de derechos y diversidad, el desarrollo humano sostenible, y los determinantes sociales de la salud. Estas grandes líneas de acción son, Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública, Determinantes sociales de la salud, Atención primaria en salud, Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias, Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria y Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+.

El Plan de desarrollo “Norte, Territorio de Paz” 2024-2027, se estructura en cuatro líneas estratégicas fundamentales. La primera: Desarrollo Económico, Sostenible y Competitivo promueve el desarrollo empresarial y el emprendimiento, el turismo, la innovación y la tecnología, además de abordar la infraestructura para la competitividad y la ampliación de servicios como gas, electrificación, agua potable y saneamiento básico. La segunda: Inclusión y Protección Social se centra en la prestación de servicios sociales como salud, educación, cultura, recreación, deporte y vivienda, con una atención especial a las necesidades específicas de diferentes grupos etarios y poblacionales para asegurar políticas y programas inclusivos y equitativos. La tercera: Seguridad y Paz además de las acciones tradicionales de seguridad y convivencia ciudadana, introduce una perspectiva de seguridad multidimensional que incluye la seguridad ambiental y del agua, y la gestión del riesgo de desastres. La cuarta línea: Buen Gobierno se enfoca en construir una plataforma de gobierno robusta basada en los principios de tranSustancias psicoactivas-SPArencia, gobernanza y participación ciudadana abarcando aspectos de planificación, hacienda pública, defensa jurídica y servicios administrativos para mejorar la eficiencia y tranSustancias psicoactivas-SPArencia en la gestión pública.

Igualmente, dentro del Plan Territorial de Salud “GOBERNANZA PARA LA SALUD, NORTE TERRITORIO DE PAZ” 2024-2027, logrado mediante diversos procesos de participación y concertación en las diferentes regiones del departamento, se define la actuación estructurada y armónica entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida, como es el deber ser de la planeación estratégica y particularmente de la metodología PASE diseñada para la elaboración de los Planes Territoriales de Salud, bajo el entendido de dar continuidad a los procesos y experiencias exitosas para la transformación de la visión de la salud y su transectorialidad, pretendiendo fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades del Departamento Norte de Santander, las oportunidades para identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, por ello dentro de los resultados esperados, se encuentra alcanzar territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia, lo cual se enfatiza en la salud mental

mediante la Implementación de programas de mediación y resolución de conflictos en comunidades para promover la paz y mejorar los resultados de salud en Norte de Santander.

La resolución 295 del 2023, modifica los artículos 3, 8, 11, 14,16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas y las condiciones para la ejecución.

La resolución 100 de 2024, establece las disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud, derogando la Resolución 1536 de 2015.

En lo referente al **marco normativo obligatorio del PIC para la vigencia 2025–2026**, la Resolución 1597 de 2025 constituye la norma fundamental, dado que establece el marco técnico-operativo del PIC, define las intervenciones colectivas obligatorias, los criterios de priorización, los mecanismos de articulación con planes territoriales y los parámetros de formulación y seguimiento. La Resolución 2641 de 2024 complementa dicho marco al definir los CUPS obligatorios para el reporte de actividades del PIC, especialmente relevantes para acciones de información, educación y comunicación (IEC), tamizajes, canalización, acompañamiento psicosocial y fortalecimiento comunitario.

La Circular 021 de 2024 establece la relación técnica y operativa entre el PIC y el Acuerdo de Voluntades, señalando la forma en que deben articularse las responsabilidades de las entidades territoriales y los compromisos de los operadores. Por su parte, el Decreto 441 de 2022 regula la contratación, nota técnica, mecanismos de pago y seguimiento para la ejecución del PIC, apoyándose en las notas técnicas asociadas al mismo decreto, las cuales determinan los requisitos de formulación, estructura de costos y productos verificables que deben cumplir los proyectos. Los Lineamientos Técnicos Oficiales del PIC, vigentes para 2023–2026, complementan el marco indicando orientaciones específicas para centros de escucha, primeros auxilios psicológicos, tamizajes de riesgo psicosocial, estrategias IEC, rehabilitación basada en la comunidad, conformación de redes sociales y comunitarias y acciones diferenciadas según el curso de vida y entornos.

En cuanto a la articulación con los instrumentos de planeación, la presente intervención se justifica desde los determinantes identificados en el ASIS departamental 2023–2024, que evidencian incrementos en las violencias intrafamiliares, prevalencias significativas de síntomas depresivos y ansiedad en adolescentes y mujeres, escasa cohesión social, débil involucramiento comunitario y barreras de acceso a servicios de salud mental en zonas rurales. Estos elementos determinan la necesidad de priorizar intervenciones colectivas orientadas al fortalecimiento comunitario, la convivencia, la detección temprana y la articulación con redes institucionales.

De acuerdo con el Plan Territorial de Salud (PTS) 2024–2027, el proyecto responde directamente al objetivo estratégico de salud mental orientado a fortalecer la convivencia pacífica, el bienestar emocional y el acceso a intervenciones en todos los municipios del departamento. Asimismo, se integra con los ejes de Salud Mental y Convivencia, Atención Primaria en Salud y Gestión de la Promoción y Prevención. En coherencia con el Plan de Acción en Salud (PAS), la propuesta corresponde a las líneas operativas de intervenciones colectivas en salud mental, fortalecimiento de capacidades psicosociales y estrategias intersectoriales para la prevención de violencias.

Con relación al Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, la intervención contribuye al fortalecimiento de los determinantes sociales de la salud, la gobernanza y participación social, la APS y la promoción de entornos protectores y convivencia pacífica. Finalmente, en cuanto al PIC 2025–2026, la intervención se enmarca plenamente en los componentes definidos por la
Resolución 1597 de 2025, incluyendo gestión del riesgo en salud mental, tamizajes psicosociales, fortalecimiento de redes de apoyo, acciones de IEC, canalización a RIAS e intervenciones comunitarias orientadas al bienestar emocional y la convivencia.

Igualmente, con los Municipios priorizados que corresponden a SALAZAR DE LAS PALMAS, BOCHALEMA, CHINÁCOTA, EL ZULIA, PAMPLONA Y DURANIA, ya se hizo contacto y acercamientos sobre la estrategia de salud mental, generando I ACTAS DE CONCERTACIÓN como parte del proceso de planeación y coordinación con el Municipio, así:

MUNICIPIOS	FECHA DE ACTA DE CONCERTACIÓN
CHINÁCOTA	**27 DE NOVIEMBRE DE 2025**
BOCHALEMA	**27 DE NOVIEMBRE DE 2025**
EL ZULIA	**27 DE NOVIEMBRE DE 2025**

SALAZAR DE LAS PALMAS	**28 DE NOVIEMBRE DE 2025**
PAMPLONA	**28 DE NOVIEMBRE DE 2025**
DURANIA	**18 DE DICIEMBRE DE 2025**
Documentos que están disponibles como parte de archivos oficiales según los criterios de gestión documental de la Entidad	

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

Durante vigencias anteriores, los municipios del departamento de Norte de Santander adelantaron un conjunto amplio de acciones colectivas orientadas a la promoción de la salud mental, la gestión del riesgo psicosocial y el fortalecimiento de entornos protectores. Estas actividades fueron ejecutadas por las Empresas Sociales del Estado en los distintos territorios y respondieron a los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública y del Programa de Intervenciones Colectivas, priorizando ciclos de vida desde la primera infancia hasta la vejez y abarcando los entornos hogar, comunitario, educativo e institucional. Las intervenciones realizadas incluyeron estrategias de información, educación y comunicación en salud; conformación y fortalecimiento de redes familiares y comunitarias; caracterización social y ambiental; tamizajes en salud mental mediante instrumentos SRQ, RQC, ASSIST y AUDIT; y la implementación de zonas de orientación y centros de escucha en múltiples municipios, ajustándose a las necesidades específicas de cada territorio.

A lo largo del departamento se registraron avances significativos en la identificación de riesgos psicosociales, detección temprana de posibles trastornos mentales y canalización hacia los servicios de salud. En el año 2024, Municipios como Cúcuta, Los Patios y Ocaña realizaron tamizajes masivos en población infantil, adolescente y adulta, mientras que en zonas rurales y dispersas se priorizó la caracterización social y ambiental como insumo para comprender las condiciones de vida y los factores de vulnerabilidad. Asimismo, se desarrollaron procesos educativos orientados al manejo de emociones, la toma de decisiones, el fortalecimiento de habilidades para la vida, la convivencia social y la prevención de violencias, suicidio y consumo de sustancias psicoactivas. En municipios como Convención, La Playa de Belén y otros del Catatumbo, se impulsaron campañas específicas dirigidas a adolescentes y jóvenes, reconociendo que estos grupos presentan necesidades particulares frente a la violencia, el proyecto de vida y el riesgo de conducta suicida.

Las coberturas alcanzadas durante el 2024 evidencian un esfuerzo territorial considerable. Algunos municipios intervinieron entre 200 y 500 beneficiarios, mientras otros, como Pamplona, Tibú y Ocaña, desarrollaron acciones con poblaciones superiores a las 4.000 y hasta 6.000 personas, incluyendo hogares rurales dispersos, instituciones educativas urbanas, asentamientos migrantes y comunidades indígenas Barí. Este alcance permitió no solo sensibilizar a la población, sino también recoger información valiosa sobre riesgos psicosociales, consumo de sustancias, presencias de violencias y barreras de acceso a los servicios de salud mental, consolidando una base de conocimiento importante para la planeación futura.

De acuerdo con lo anterior, la información generada durante el 2024 y lo transcurrido del año 2025 resalta la necesidad de fortalecer y ampliar las intervenciones colectivas para el 2026, garantizando procesos permanentes de educación emocional, acompañamiento psicosocial, tamizaje temprano, prevención de violencias, reducción de riesgos asociados al consumo de sustancias y consolidación de entornos protectores. Estos elementos constituyen la fundamentación para la formulación para la vigencia 2026 del PIC de Salud Mental, asegurando su coherencia con las necesidades reales del territorio y con las prioridades de salud pública del Departamento Norte de Santander.

4. DETERMINANTE SOCIAL.

Mortalidad

La mortalidad asociada a la salud mental en Norte de Santander presenta un patrón estrechamente vinculado con determinantes sociales, económicos, territoriales y culturales que han marcado históricamente el comportamiento de los eventos de mayor impacto, tales como los suicidios, los homicidios, las muertes asociadas a trastornos mentales y del comportamiento, el consumo de sustancias psicoactivas y la epilepsia. El análisis de las series estadísticas disponibles evidencia que la mortalidad en salud mental no es solo resultado de condiciones clínicas individuales, sino de un entramado estructural que incluye desigualdades sociales, violencias, pobreza, ruralidad dispersa, conflicto armado, limitaciones en el acceso a servicios especializados, y dinámicas recientes como la movilidad humana y el deterioro de los entornos comunitarios.

Entre 2005 y 2020, el ASIS departamental registró 517 defunciones asociadas directamente a la salud mental, de las cuales 159 correspondieron a trastornos mentales, 20 a consumo de sustancias psicoactivas y 338 a epilepsia, con un notable incremento hacia el 2020 (84 fallecimientos, 34 mujeres y 50 hombres). Estos datos muestran una persistencia en el peso de las condiciones neurológicas y mentales, particularmente en hombres, señalando desigualdades en el acceso al diagnóstico oportuno, adherencia terapéutica, continuidad del tratamiento y disponibilidad de servicios de salud mental en municipios rurales y apartados. En el caso del consumo de SUSTANCIAS PSICOACTIVAS-SPA, aunque las cifras absolutas son menores, las muertes se concentran mayoritariamente en población masculina, lo cual es coherente con los patrones de consumo problemático, mayor exposición a contextos de riesgo y vínculo entre consumo, violencia y exclusión social.

Las cifras más recientes (2020–2024) evidencian que la mortalidad por suicidios y homicidios continúa asociada a determinantes estructurales. La tasa de mortalidad por suicidio se ha mantenido elevada y estable en los últimos años, pasando de 5,4 por 100.000 habitantes en 2020 a 6,7 en 2023 y permaneciendo en 6,7 en 2024. Esta dinámica sugiere que las condiciones psicosociales adversas, la presencia de depresión no tratada, la precariedad económica y la falta de redes de apoyo se han mantenido como factores de riesgo constantes. La brecha por sexo es especialmente relevante: los hombres presentan tasas entre cuatro y cinco veces mayores que las mujeres, lo cual refleja patrones culturales de masculinidad rígida, estigmatización de la búsqueda de ayuda y mayor uso de métodos letales.

En el caso de los homicidios, las tasas en hombres continúan siendo extremadamente altas, alcanzando 53,2 muertes por 100.000 habitantes en 2024, mientras que en las mujeres la tasa oscila entre 2,8 y 6,1. Esta diferencia está asociada a determinantes estructurales como la persistencia del conflicto armado en algunos territorios, la presencia de economías ilegales, el control territorial por grupos armados, la pobreza, el desempleo juvenil y la limitada presencia institucional en áreas rurales dispersas. Las mujeres, por su parte, enfrentan determinantes diferenciados relacionados con violencias basadas en género, abuso sexual, violencia intrafamiliar y barreras económicas y culturales para acceder a apoyo oportuno. De esta manera, los homicidios no solo representan un evento fatal, sino un indicador social que refleja la fragilidad del tejido comunitario, la debilidad de las redes de convivencia y la exposición prolongada a ciclos de violencia.

Los trastornos mentales y del comportamiento, aunque con tasas más bajas de mortalidad, muestran incrementos significativos en hombres en los últimos años (pasando de 2,6 en 2020 a 2,9 en 2024). Esto puede interpretarse como una consecuencia acumulada de múltiples determinantes: dificultades económicas persistentes, desempleo, barreras para la atención especializada, consumo problemático de sustancias, estigma frente a la enfermedad mental y aislamiento social. En las mujeres, aunque las tasas han fluctuado, siguen mostrando incrementos en momentos de crisis social y económica, como se observó en 2023, cuando la tasa aumentó a 2,3 por 100.000 habitantes.

A nivel territorial, Norte de Santander muestra inequidades marcadas determinadas por la ruralidad dispersa, la distancia geográfica hacia centros urbanos con servicios especializados, la migración proveniente de Venezuela, las brechas socioeconómicas en municipios del Catatumbo y el déficit de infraestructura en salud mental. Estas condiciones actúan como determinantes que influyen tanto en la aparición como en la agravación de trastornos mentales, incidiendo directamente en la mortalidad. Las zonas con mayor presencia de desplazamiento, conflictividad y pobreza multidimensional presentan también mayores tasas de violencia interpersonal y suicidios, lo cual evidencia la relación entre factores estructurales y resultados fatales en salud mental.

Finalmente, las condiciones familiares y comunitarias como la desintegración de redes de apoyo, el deterioro de la convivencia, la exposición a violencia intrafamiliar, la falta de oportunidades educativas y laborales, y el consumo de SUSTANCIAS PSICOACTIVAS-SPA desde edades tempranas funcionan como determinantes inmediatos que aumentan la vulnerabilidad de niños, adolescentes y jóvenes, quienes representan una población especialmente afectada por el riesgo de conducta suicida y los hechos violentos. Esto confirma que la mortalidad en salud mental en el departamento no puede entenderse únicamente desde la perspectiva clínica, sino como el resultado de múltiples determinantes sociales que requieren intervenciones intersectoriales, sostenidas y articuladas, tal como lo proyecta el PIC 2026.

Morbilidad

La morbilidad asociada a la salud mental en Norte de Santander presenta un comportamiento sostenido y creciente, determinado principalmente por trastornos mentales y del comportamiento, los cuales se mantienen como la principal causa de atención en todos los ciclos vitales entre 2009 y 2021, alcanzando en este último año cerca de 317.443

atenciones. Estos trastornos representan entre el 59% y el 94% de las consultas según el momento del curso de vida, lo que evidencia un alto impacto de factores sociales como la inestabilidad económica, la violencia intrafamiliar y comunitaria, la deserción escolar, el estrés laboral, el deterioro del tejido social y el incremento de problemáticas psicosociales en entornos familiares y comunitarios. Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas muestran un comportamiento destacado en la juventud, donde alcanzan el 34,5% de las atenciones en 2021, reflejando determinantes como la disponibilidad de sustancias, la presión de pares, el desempleo, la falta de proyectos de vida y la presencia de economías ilícitas en el territorio. La epilepsia, aunque presenta una tendencia general a la disminución en algunos ciclos vitales, sigue siendo una causa relevante de atención en salud mental, especialmente en zonas rurales con acceso limitado a servicios especializados (ASIS Departamental de Norte de Santander 2022). La información reciente del SIVIGILA refuerza estas tendencias: en 2025 se reportaron 1.032 casos de intento de suicidio, evidenciando un incremento respecto al año anterior y mostrando mayor afectación en jóvenes de 18 a 28 años, lo cual se relaciona con factores como conflictos familiares, consumo de sustancias, violencia y precariedad económica. Asimismo, se notificaron 1.393 casos de consumo de SUSTANCIAS PSICOACTIVAS-SPA y 4.148 casos de violencia de género, problemáticas que actúan como determinantes directos en el deterioro de la salud mental de la población. En conjunto, la morbilidad en salud mental en el departamento está fuertemente influenciada por determinantes estructurales como la pobreza, el conflicto armado y la movilidad humana; determinantes intermedios como las condiciones de vida, empleo y convivencia; y determinantes individuales como la exposición a violencia, el consumo de SUSTANCIAS PSICOACTIVAS-SPA y la falta de acceso oportuno a servicios de atención, lo que refuerza la necesidad de intervenciones colectivas integrales y sostenidas para el PIC 2026.

Determinantes sociales e inequidades en salud

La situación en el Departamento Norte de Santander, no se aleja de la radiografía del resto de Colombia, en cuanto a salud mental, el consumo de sustancias Psicoactivas junto con el intento de suicidio y la violencia intrafamiliar persisten en el tiempo, lo cual hace una prioridad su abordaje. Para lograrlo es necesaria la promoción de salud, la protección específica de los grupos de riesgo, el diagnóstico precoz y la identificación de las condiciones desencadenantes.

Además, teniendo en cuenta las características de nuestro Departamento como necesidades básicas insatisfechas, situación de pobreza, tasa de empleo baja con alternativas de ocupación informal que restringe acceso a los beneficios de la seguridad social, presencia de cultivos ilícitos y conflicto armado junto con factores atribuibles a las complejas condiciones de inequidad que se encuentran en la región, así como otros factores desencadenantes, también se pueden enunciar:
La vulnerabilidad de la población frente a factores de riesgo sociales, físicos o mental generados por la necesidad de aceptación social,

- Pautas de crianza inadecuadas.
- Exposición a diversas problemáticas sociales
- Uso de tiempo libre inadecuado.
- Desconocimiento de los riesgos de consumo de sustancias psicoactivas
- Débiles mecanismos para afrontar crisis emocionales
- Familias disfuncionales con ausentismo de figuras de autoridad.
- Dificultades para reconocer habilidades y establecer proyecto de vida.

5. RESULTADO EN SALUD:

El análisis de situación de salud del Departamento de Norte de Santander evidencia que los problemas de salud mental se encuentran profundamente asociados a determinantes sociales estructurales, tales como pobreza, conflicto armado, desigualdad en el acceso a servicios básicos y limitaciones en la oferta de servicios de atención primaria. El ASIS 2024 señala que el 54% de los municipios presentan necesidades básicas insatisfechas en algún grado, mientras que la cobertura de servicios públicos esenciales, aunque superior al promedio nacional en alcantarillado (71.09%) y con un IRCA favorable (3.50), mantiene brechas importantes en zonas rurales donde persisten limitaciones de acceso al agua mejorada (13.5%) y eliminación adecuada de excretas (9%)

Estas desigualdades territoriales condicionan la exposición a factores de riesgo psicosocial, incrementan la vulnerabilidad y reducen las oportunidades de acceso efectivo a servicios de promoción y prevención en salud mental.

En cuanto a la situación específica de salud mental, el ASIS 2024 documenta que la morbilidad atendida en salud mental mantuvo una tendencia creciente entre 2010 y 2023, siendo los trastornos mentales y del comportamiento los de mayor prevalencia, con incremento sostenido en todos los ciclos de vida. A esto se suma que el intento de suicidio se ubica entre los principales eventos de interés en salud pública, junto con dengue, agresiones rábicas y malaria, reflejando el deterioro del bienestar emocional, especialmente en población joven y adulta

La persistencia de afectaciones emocionales y del comportamiento se evidencia en la concentración de atenciones en jóvenes de 18 a 28 años, quienes además presentan los mayores niveles de consumo de sustancias psicoactivas.

El panorama departamental se complejiza con factores sociales de riesgo que inciden directamente en la salud mental. Con corte a 2024, Norte de Santander registra 435.867 víctimas del conflicto armado, con mayor concentración en Tibú (21%), Cúcuta (13%) y El Tarra (8%) (ASIS NORTE DE SANTANDER, 2024). Asimismo, la población migrante continúa enfrentando barreras económicas, sociales y normativas para el acceso al sistema de salud, lo cual se constituye en un determinante crítico de inequidad y un factor de carga adicional para los servicios asistenciales y comunitarios.

Estos determinantes se entrelazan con el comportamiento reciente de los eventos de vigilancia: durante 2025, el SIVIGILA reportó 1.032 intentos de suicidio, con incremento frente a 2024; el 69,92% de los 1.393 casos de consumo de sustancias psicoactivas se concentra en hombres jóvenes y adultos, y la violencia de género alcanzó 4.148 casos, predominantemente afectando a mujeres. Estas cifras confirman la persistencia de factores de riesgo psicosocial, violencia y consumo problemático en la población.

En este contexto, la propuesta del PIC 2026 orientada a la implementación de dispositivos de base comunitaria: centros de escucha, representa un cambio positivo esperado, alineado con los parámetros de promoción, gestión del riesgo y acción comunitaria establecidos en la Resolución 3280 de 2018. Se proyecta que estas intervenciones contribuyan a:

Incrementar las oportunidades de apoyo emocional temprano, mediante eSustancias psicoactivas-SPAcios accesibles para la escucha activa, el reconocimiento y el acompañamiento.

Reducir la exposición a factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas, mediante procesos locales de identificación, orientación y movilización social.
Disminuir la incidencia de crisis emocionales y conductas autolesivas, a través del fortalecimiento de redes de soporte y la activación efectiva de rutas de atención.
Promover entornos protectores, especialmente en microterritorios afectados por conflicto, pobreza, migración o violencia de género.

Aumentar la participación comunitaria, fortaleciendo la autonomía, la cohesión social y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud mental.

En síntesis, el cambio positivo esperado se fundamenta en avanzar desde un modelo de atención centrado en la respuesta asistencial hacia un modelo preventivo, comunitario e intersectorial, capaz de disminuir desigualdades, fortalecer capacidades colectivas y mejorar el bienestar emocional de las comunidades priorizadas.

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: Ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Contando con los referentes de salud pública según el objetivo del proyecto para el seguimiento y control abarcando la revisión de los informes para pagos, según se detalle contractualmente en concordancia con los acuerdos de voluntades.
- **Administrativo**: Respecto a la continuidad del Plan de Intervención de Colectivas – PIC, se ejercerán las acciones en el marco del manual de supervisión de la Entidad para el cumplimiento de los tiempos y metodología del PIC: cumplimiento de perfiles y recursos técnicos y tecnológicos. para la ejecución de acciones por parte del talento humano y pagos a los ejecutores.
- **Técnico**: El proyecto tiene coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud – TS, en el Plan de Desarrollo Departamental y el Plan Decenal de Salud 2021-2031 y el Plan de Acción en Salud – PAS.
- **Resultados en salud**: Este proyecto aporta al cumplimiento de las metas de resultado establecidas en el

Plan Territorial de Salud - PTS y que dan respuesta los ejes, líneas operativas y metas del Plan de Decenal de Salud Pública - PDSP y demás políticas.

- **Parámetros de calidad:** La ejecución del proyecto abarcará las acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas deben cumplir con los atributos de calidad establecidos en el artículo 16 del presente acto administrativo.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar dispositivos de base comunitaria- centros de escucha en seis Municipios priorizados (Bochalema, Chinácota, el Zulia, Salazar de las Palmas, Pamplona y Durania) para la prevención y abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, así como la promoción del manejo de emociones para la convivencia sana, la crianza positiva y la prevención del intento del suicidio en la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar el análisis de la situación de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, para la identificación de sus determinantes sociales y enfoque de los riesgos.
- Desarrollar una metodología para la identificación y caracterización de la zona a intervenir, que incluya mapeo y georeferenciación local, que abarque lo resultante del análisis de situación de salud, las dinámicas y estilos de vida, sectores y tipo de población para lograr tipificación del sector que resulte prioritario abordar por Municipios participantes.
- Promover los procesos sociales de soporte y desarrollo para la salud mental y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas de manera conjunta con la comunidad abarcando la canalización a la institucionalidad para el abordaje de los casos según los riesgos, así como promover los grupos de apoyo mutuo.

8. RECURSO HUMANO:

Resulta obligatorio dar cumplimiento a los requerimientos de la Resolución 295 de 2023 del MSPS, en especial sus Artículos 3 y 6, este último que Modifica el artículo 18 de la Resolución 518 de 2015, el cual queda así: “Criterios para la. ejecución del PIC. La entidad territorial y la institución con la cual se contrate el PIC”, donde se deberán observar diversos criterios durante su ejecución: de los cuales se enfatiza “18.1. Definir el perfil del talento humano que ejecutará las intervenciones colectivas, garantizando la conformación de equipos básicos de salud, de conformidad con lo se hace necesario que el proyecto cuente con un grupo humano idóneo para el desarrollo del mismo, con formación y experiencia en producción, organización y difusión de mensajes para anticipar, persuadir, orientar y promocionar información con los participantes, que propicien la toma de decisiones en salud y abordaje grupal para lograr cambios en la convivencia en el entorno familiar”.

Por ello, los profesionales, técnicos, auxiliares y pares comunitarios relacionados con las ciencias de la Salud y/o humanas y/o sociales y/o administrativas y/o afines, deben especificarse desde el planteamiento de esta propuesta de salud mental dado que permitirán colegir el buen desarrollo de la metodología requerida en los Municipios priorizados.

Desprendido de lo anterior, se amerita que queden claramente definidos dentro del presupuesto para el despliegue metodológico de la estrategia, además de lo que implica en cuanto a elementos e insumos de soporte y costos indirectos el disponer de un grupo humano idóneo para el desarrollo de la estrategia dentro de los costos directos, para el pleno desarrollo de las actividades.

Con base en lo anterior, resaltando que en general, para los gastos directos e indirectos en la ejecución de esta estrategia de salud mental, se presentarán en cada informe técnico financiero con las debidas constancias sobre los gastos directos e indirectos, la completitud del equipo de salud ejecutor y de los aportes de seguridad social expedido por la revisora fiscal o quien haga sus veces desde la ESE. El presupuesto que se requiere para el cumplimiento de este proceso implica reflejar los gastos específicos de los equipos básicos de salud, que estarán conformados así:

PERFILES DE LOS EQUIPOS DE SALUD Y COSTOS INDIRECTOS (Tabla de equipos básicos como anexo de la propuesta desde la ESE ejecutora)		
ROL POR EQUIPOS BÁSICOS DE LA ESTRATEGIA:	**PERFILES DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD**	**No. DE EQUIPOS BÁSICOS**

Coordinación general y Metodológica de la estrategia	1 profesional en Ciencias de la salud, sociales y/o humanas. Responsable de la planeación, ejecución y monitoreo de la estrategia.	**6**
Profesionales de apoyo metodológico en la coordinación de la estrategia	3 profesionales en áreas de la salud, ciencias humanas y/o sociales. Apoyo a la coordinación metodológica en el análisis y desarrollo de capacidades desde la gestión del enfoque comunitario y de redes de la estrategia.	
Soportes procedimentales de despliegue de la estrategia.	3 técnicos y/o con algún nivel de estudios profesionales en cualquiera de los campos del conocimiento para reSustancias psicoactivas-SPAldar la ruta metodológica de la estrategia, en la recolección, organización y sistematización de reportes, documentos, semaforización de compromisos, insumos y productos.	
Profesionales operativos (seguimiento y acompañamiento)	6 profesionales de ciencias de la salud, sociales y/o humanas, con aptitudes para manejo de acciones de salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas. Habilidades de campo para recorridos y trato con las comunidades.	
Profesionales gestores (y de apoyo a punto(s) fijo(s)y recorridos)	6 profesionales en Ciencias sociales o humanas (Psicología y/o, Trabajo Social). Con habilidades de contacto y manejo de las comunidades.	
Pares comunitarios: Operadores de base comunitaria:	12 roles de pares comunitarios para apoyar los procesos de relacionamiento con el dispositivo comunitario. Se asignarán por Municipio según proyección de cobertura.	
COSTOS DIRECTOS EN EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD	**$ 658.500.000**	
TOTAL, COSTOS ESTRATEGIA	**$ 745.000.000**	

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

El presente proyecto se desarrollará siguiendo la metodología de las orientaciones de información en salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC- del Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC- todo en concordancia con la Resolución 3280 de 2018.

En consecuencia, se desarrollará adherida a las recomendaciones técnicas de acción comunitaria en salud como un mecanismo que se desarrolla en coordinación y con el empoderamiento de la comunidad.

Dentro de este proyecto las acciones hacia la promoción de la salud con énfasis en la salud mental, la prevención del riesgo asociado a los problemas y trastornos en salud mental y al consumo de Sustancias Psicoactivas – SUSTANCIAS PSICOACTIVAS-SPA – buscan fomentar la inclusión social, constituyendo así oportunidades de acogida y encuentro, y desarrollan procesos de escucha activa, reconocimiento, aceptación, mediación, orientación, acompañamiento, capacitación y canalización o derivación de las personas en vulnerabilidad social, propiciando vinculación y/o creación de redes de apoyo, transformación de condiciones y generación de opciones saludables de vida a través de una ejecución de la estrategia por seis (6) meses.

ACTIVIDADES:

FASE PRELIMINAR Y DE PROFUNDIZACIÓN EN LA PROBLEMÁTICA DEL TERRITORIO

Dentro de esta fase se tendrá presente las siguientes actividades:

1.1. Desarrollo de reunión de apertura del proceso entre Ente Territorial (IDS) y la ESE-Verificación de cumplimiento de condiciones técnico administrativas incluyendo el talento humano y encuadre técnico para contar con el equipo interdisciplinario para la creación, implementación o fortalecimiento de los dispositivos comunitarios, con perfiles

sociales y de salud, que cuenten con capacitación o desarrollo de capacidades comunitarias relacionadas con la estrategia.-Validación del plan de trabajo con su cronograma.

1.2. Realizar análisis de situación de salud en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas por cada Municipio priorizado, logrando la caracterización, exploración de intereses y necesidades en relación con la problemática del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas-SUSTANCIAS PSICOACTIVAS-SPA u otros eventos en salud mental.

1.3. Una reunión de diálogos -por Municipio-para la coordinación interinstitucional e intersectorial (oficinas y otros sectores e instituciones para socializar el proyecto y construir alianzas para las intervenciones), levantamiento de acuerdos y compromisos por Municipio objeto de esta iniciativa.

FASE DE IMPLEMENTACIÓN

Dentro de esta fase se tendrán presentes a su vez, unas subfases necesarias para la implementación de estos dispositivos comunitarios, presentando a continuación la descripción de actividades que deberán lograrse de manera paralela en cada Municipio objeto del proyecto, así:

SUBFASE DE ALISTAMIENTO:

Disponibilidad del equipo de trabajo mixto (profesionales, técnicos y comunidad) conformado para desarrollo de la estrategia.

Actividades:

2.1.1. Identificación de actores institucionales y no institucionales como insumo social para la planificación de acciones, para reconocer en el contexto de la población y territorio focalizado, con quienes se cuenta para promover su involucramiento activo que apoye el diagnóstico del funcionamiento de los Dispositivos Comunitarios.

2.1.2. Diseño y adaptación de instrumentos para el análisis de la información, orientadas por criterios asociados con: análisis de la comunidad, identificando sus potencialidades y debilidades en materia de consumo.

2.1.3. Lograr una reunión de sensibilización y presentación de la estrategia con la alcaldía de cada Municipio, secretaria de Salud (o quien haga sus veces) y otros actores potenciales relacionados con la estrategia.

2.1.4. Abogacía con la secretaria de Salud de cada Municipio (o quien haga sus veces) para que viabilicen mínimo a dos (2) funcionarios de salud pública para que apoyen y sean enlaces del desarrollo del proceso.

2.1.5. Dos (2) Reuniones presenciales según sectores que resulten en el momento de cronograma con algún funcionario por salud pública, con actores formales y no formales de tres sectores referenciados por la Secretaria de Salud y/o Secretaria de Gobierno o quien haga sus veces de cada Municipio para avanzar en el proceso de identificación de la zona a intervenir, teniendo en cuenta dinámicas y estilos de consumo, sectores y tipo de población reportados desde Sector salud de cada Municipio y de información de líderes sociales.

2.1.6. Reuniones con actores claves de cada Municipio para la recolección y análisis de Datos sociodemográficos de cada sector priorizado con el equipo y los líderes de opinión- 1 por Municipio.

2.1.7. Revisión documental para la recolección y análisis de Datos sociodemográficos del territorio priorizado de cada Municipio con cada equipo y los líderes de opinión.

2.1.8. Levantamiento de línea de base y caracterización a través de la cual se identifiquen la(s) situación/es de riesgo y consumo considerando variables poblacionales, culturales y territoriales (diferenciales). Y establecer unos escenarios esperados en contraste con los escenarios caracterizados en torno a perfil y dinámicas locales frente a salud mental por cada Municipio.

2.1.9. En el marco de contexto local, socializar las respuestas estratégicas para la atención a personas con trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas para la atención en caso de detectar casos sospechosos.

2.1.10. Desarrollar sistematización de la información resultante según metodologías aplicadas a la Investigación de campo que sirvan de referencia para el trabajo de analítico basado en los datos cuantitativos y cualitativos que permitirán determinar la zona de intervención en esta etapa de la estrategia por cada Municipio.

2.2. SUBFASE DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL COMUNITARIO Y DE DESARROLLO DE CAPACIDADES:

Un diagnóstico comunitario y propuesta para la implementación de la estrategia en el territorio resultante por cada Municipio.

Actividades:

2.2.1. Lograr una (1) reunión de presentación del sector priorizado con la alcaldía, secretaria de Salud y/o coordinación de salud pública – o quien haga sus veces en salud- y otros actores claves de cada Municipio, alcanzando acuerdos de voluntades para apoyo operativo.
2.2.2. Dos (2) reuniones para inducción del equipo operativo y enlace de cada Municipio, frente al desarrollo del proyecto y el marco de política pública Departamental de salud mental, Política de Drogas "sembrando vida, desterramos el narcotráfico", marco conceptual y metodológico de la propuesta, el diligenciamiento de formatos estandarizados para la estrategia como Hojas de primer contacto (HPC), elaboración de diarios de campo y el SIDIES (Sistema de Diagnóstico Estratégico) apoyados en modelo ECO2.

2.2.3. Tres (3) sesiones de formación por cada Municipio, para inducir en la estrategia de Dispositivos comunitarios, propendiendo el desarrollo de capacidades en términos del desarrollo de capacidades conceptuales, técnicas y operativas del talento humano. Cada sesión dirigida así; 1 a la institucionalidad, 1 a la comunidad y organizaciones sociales y 1 a los equipos técnicos territoriales en salud que cumplan el rol de liderazgo, asesoría, acompañamiento y seguimiento.

2.2.4. Identificación de actores sociales presentes en el territorio priorizado-1 por Municipio-.

2.2.5. Una (1) reunión con actores claves comunitarios para la identificación de acciones propuestas por parte de líderes de opinión y actores sociales para intervenir las problemáticas existentes del sector priorizado, una en cada Municipio.

2.2.6. Reconocimiento de acciones realizadas para intervenir los problemas identificados de consumo de Sustancias psicoactivas -SPA, convivencia, trastornos afectivos y mentales y problemáticas asociadas del sector priorizado.

2.2.7. Un documento diagnóstico situacional de esta fase, que incluya un mapa social de problemas y potencialidades del territorio frente al desarrollo del proyecto del sector priorizado incluido que incluya matriz DOFA-debilidades, oportunidades, fortaleza y amenazas- frente a sustancias psicoactivas -SPA.

2.3. SUBFASE DE IDENTIFICACIÓN DE RED SUBJETIVA Y DE RED OPERATIVA Y FORTALECIMIENTO DE RED OPERATIVA DE DISPOSITIVOS COMUNITARIOS EN CADA MUNICIPIO:

Un inventario de las redes sociales de la comunidad, identificadas y comprometidas con la estrategia en cada territorio que resulte priorizado por el Municipio.
Actividades:

2.3.1. Construir la red subjetiva comunitaria en cada territorio seleccionado por Municipio.

2.3.2. Identificar los líderes de opinión presentes en el territorio y generar con ellos una estrategia que permita el trabajo sobre los temas críticos de la comunidad.

2.3.3. Identificar la red operativa de la comunidad y articular los recursos y potencialidades con que cuentan para ayudar a la comunidad frente a los temas críticos, mediante desarrollo de proceso metodológico de dispositivos comunitarios.

2.3.4. Identificación de los recursos comunitarios que pueden ser importantes para el desarrollo de acciones (personas, proyectos, programas, grupos, organizaciones) por Municipio e Identificación los recursos institucionales presentes en cada territorio (servicios de salud, educación, recreación, tratamiento, rehabilitación, cultura, formación para el trabajo, generación de empleo, gremios, etc.) por Municipio

2.3.5. Definición de una estrategia de manejo de la red de recursos (visitas, reuniones virtuales, comunicación virtual, informes periódicos)

2.3.6. Una mesa de trabajo con el equipo operativo y gestor para lograr la nivelación en avances, situación local y alcances de punto fijo y abierto con el equipo de apoyo comunitario en dicho punto fijo, enfatizando el avance del proyecto en el marco de política pública Departamental de salud mental, la Política de drogas, marco conceptual y metodológico de la estrategia, el diligenciamiento de formatos estandarizados para la estrategia como Hojas de primer contacto (HPC), elaboración de diarios de campo y el SIDIES (Sistema de Diagnóstico Estratégico) apoyados en modelo ECO2, unificando las capacidades en términos del desarrollo de capacidades conceptuales, técnicas y operativas del talento humano. -1 reunión por EBS por Municipio-.

2.3.7. Revisión, análisis, definición de contenidos, diseño e impresión tipográfica de los boletines orientadores para aportar a la reducción del estigma, discriminación y la exclusión social ante eventos de salud mental mediante 1 reunión con todo el grupo ejecutor de la estrategia por la ESE, Debiendo generar dos enfoques de boletines: un enfoque para fomentar acciones de reducción del estigma y prevención de la exclusión social ante eventos de salud y otro enfoque para fomentar la sensibilización sobre la importancia de la ayuda y orientaciones sobre identificación y canalización de eventos de salud. La impresión de los boletines deberá ser de 2000 unidades, lo cual, se distribuirá así: 1000 reducción del estigma y prevención de la exclusión social y 1000 para para fomentar la sensibilización sobre la importancia de la ayuda a eventos de salud.

SUBFASE DE DESPLIEGUE OPERATIVO: ACCIONAMIENTO DE PLANES

Acciones definidas para la experimentación práctica con la articulación de la red de recursos locales en cada territorio por Municipio resultante del proceso de alistamiento.
Actividades:

2.4.1. Lograr el diseño y elaboración de un plan de trabajo para la creación de dispositivos comunitarios, concertado participativamente con la comunidad, según la definición y caracterización de cada territorio y la población focalizada por cada Municipio, que deberá contener acciones estratégicas relacionadas con:

- Información en salud (Implica la información pertinente y calificada sobre promoción de la salud mental, su cuidado y atención, la identificación oportuna, la prevención y el abordaje inicial de problemas, trastornos y del consumo de sustancias psicoactivas).
- Educación para la salud (Implica acciones intencionadas, sistemáticas, secuenciales que configuran acciones educativas orientados al desarrollo de capacidades, en temas relacionados con el fomento y mantenimiento de la salud y en la comunidad, al fortalecimiento de la organización, la acción colectiva, la cooperación y solidaridad, la planeación participativa, entre otras).
- Comunicación en salud (Implica un apoyo para los procesos de desarrollo y aprendizaje, proceso dialógico y de construcción conjunta, reconociendo y adecuando el lenguaje a las particularidades territoriales y poblacionales)
- Fortalecimiento de redes y creación de apoyo en procesos del cuidado de la salud, la promoción, la prevención y la reducción del daño.
- Gestión de casos, que implica desde la identificación de necesidades, la canalización, el acompañamiento – seguimiento.

2.4.2. Seis (6) Reuniones -una (1) por Municipio, para la socialización sobre los alcances para la creación del dispositivo comunitario a actores claves locales extendiendo al sector priorizado.

2.4.3. Definición con el equipo operativo mixto a través de las estrategias de trabajo en calle.

2.4.4. Contar con un punto fijo y abierto por Municipio, el cual deberá estar disponible en jornadas concertadas con comunidades (al menos 3 días a la semana por 4 horas mínimamente, por 16 semanas). El punto tendrá la disponibilidad para canalizar, orientar, informar y derivar según situaciones que resulten a las comunidades. Dicho punto deberá disponer de un profesional y un par comunitario para atención a población del sector para detectar las prioridades, necesidades, intereses y demanda de la comunidad abarcando orientación y canalización según resulte clasificación caso (o ningún riesgo o riesgo bajo o medio. o alto), realizando documentación respectiva de gestión según jornada.

2.4.5. Lograr los recorridos de calle, con la aplicación de técnicas de acercamientos, primeros contactos, evaluación de problemas y necesidades de canalización, uso de instrumentos, fomentar acciones de reducción del estigma y prevención de la exclusión social ante eventos de salud mental junto con la distribución de los boletines orientadores; mediante 6 recorridos en la semana durante 16 semanas, debiendo lograr 576 momentos de recorridos de calle en total (entre los 6 Municipios). Mediante la labor de los EBS según el documento Propuesta para la estrategia.

2.4.6. Entrega y distribución de boletines para aportar a la reducción del estigma, discriminación y la exclusión social ante eventos de salud mental para entregar en las reuniones, procesos de formación, eventos masivos, puntos fijos y recorridos de calle, habitantes de los sectores de los centros de Escucha y aledaños

2.4.7. Identificación de necesidades (Identificación y detección temprana) Abarcando los reportes de Identificación de necesidades (Identificación y detección temprana) mediante 6 recorridos a la semana durante 16 semanas, debiendo lograr 576 momentos de recorridos de calle en total (entre los 6 Municipios). Mediante la labor de los EBS -Recurso Humano descrito como anexo del documento técnico de la Propuesta para Plan de Intervenciones Colectivas presentado.

2.4.8. Dentro de las acciones de valoración y detección del riesgo de la población en salud mental y consumo de consumo de sustancias psicoactivas, lograr la aplicación de pruebas de tamización para la detección de riesgos en salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas (Dispuestas en las rutas de Promoción y mantenimiento de la salud y la ruta de riesgo en salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas), lograr la valoración de otros riesgos de salud y psicosociales asociados. al menos aplicaciones de alguna prueba de tamización al 50% de habitantes abordados en algunos de los 576 momentos de recorridos. Mediante la labor de los EBS -Recurso Humano descrito como anexo del documento técnico de la Propuesta para Plan de Intervenciones Colectivas presentado.

2.4.9. Disponibilidad para abordar el 100% de los casos con contacto, según resulten identificados así:

- Riesgo Bajo (atención con información general para promover la salud mental y prevenir el consumo de sustancias psicoactivas).
- Riesgo Medio (Entrevista motivacional complementando con primeros auxilios psicológicos- intervención breve)
- Riesgo Alto (primeros auxilios psicológicos - intervención breve, la gestión de caso y canalización)

Durante los 6 recorridos en la semana durante 16 semanas -entre los 6 Municipios-.

2.4.10. Lograr, en casos de riesgo alto, las actividades de Canalización a servicios (de salud, legales, educativos, registro e identificación) en el proceso de inclusión social de los beneficiarios.

2.4.11. Fortalecer las capacidades de la red operativa para la apropiación de la estrategia. Mediante 6 momentos – 1 por Municipio-.

2.4.12. Gestión para el fortalecimiento y/o generación de grupos de apoyo y de ayuda mutua. logrando:

- Con base en la información lograda desde la actividad 2.1.1. sobre la Identificación de actores institucionales y no institucionales, analizar y priorizar aquellos con más liderazgo, capacidad de ayuda, disponibilidad y conocimiento de la zona, generando una base de datos de para contactarlos y lograr su vinculación a espacios orientadores sobre redes de apoyo locales
- Desarrollar dos (02) espacios formativos por Municipio (12 en total) sobre lo resultante en situación y los eventos de salud mental más relevantes en las comunidades dando orientaciones en la identificación, acompañamiento y seguimiento a los eventos y la importancia de los grupos de apoyo y de ayuda mutua.

FASE DE ANÁLISIS ADMINISTRATIVO:

Dentro de esta fase se tendrá presente el análisis de información recogida.

Actividades:

3.1. Participar y apoyar activamente las iniciativas que se le definan, en el marco del mes de la salud mental desde el Consejo departamental de salud mental de Norte de Santander y, que le serán informadas mediante comunicación oficial desde el Instituto Departamental de Salud, en su calidad de secretaria técnica del Consejo departamental de salud mental. Para lo cual deberá disponer de recursos de despliegue indirecto y directo con el grupo de trabajo de

la estrategia. Deberán contar con constancia de conformidad por la referente de salud mental de la entidad contratante.

3.2 Un (1) documento con conclusiones de las actividades desarrolladas y las recomendaciones para la implementación sostenible de dispositivo comunitario debe incluir ubicación geográfica de la zona, recursos, redes, rutas, la descripción de las debilidades y fortalezas, por cada Municipio.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

10.1 PRODUCTO FASE PRELIMINAR Y DE PROFUNDIZACIÓN EN LA PROBLEMÁTICA EN EL TERRITORIO

Un documento que dé cuenta de las actividades realizadas en la fase preliminar y de alistamiento con sus respectivos soportes: Inclusión de los recursos, ajuste y actualización del plan de trabajo si se llega a requerir, incluidas fechas de procesos contractuales y de contratación. Información recopilada y analizada (información cualitativa y cuantitativa) a partir del análisis de los Determinantes que inciden en la situación identificada en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, con la población participante según corresponda. Las acciones de socialización e inclusión en el proyecto de la sociedad civil e instituciones.

10.2. PRODUCTOS DE LA FASE DE ALISTAMIENTO

- Un (1) Documento Técnico con la sistematización de la información resultante según metodologías aplicadas a la Investigación de campo que sirvan de referencia para el trabajo de analítico basado en los datos cuantitativos y cualitativos que permitirán determinar la zona de intervención en esta etapa de la estrategia por cada Municipio.
- Un documento técnico que dé cuenta de diseño del plan de monitoreo y seguimiento de las acciones a implementar, con los respectivos soportes. Este documento también debe dar cuenta de los avances en el desarrollo de las acciones y actividades realizadas en el marco de la implementación del proyecto, junto con todos los formatos de soporte contemplados en el mismo. (ej. Presentaciones power point, listados de asistencia, registro fotográfico, materiales desarrollados, etc.).

10.2.1. PRODUCTOS DE LA SUBFASE DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL COMUNITARIO Y DE DESARROLLO DE CAPACIDADES:

- Tres (3) matrices instruccionales, una por cada sesión de formación por grupos de interés (1 a la institucionalidad, 1 a la comunidad y organizaciones sociales y 1 a los equipos técnicos territoriales en salud que cumplan el rol de liderazgo, asesoría, acompañamiento y seguimiento) para inducir en la estrategia de Dispositivos comunitarios—centro de escucha-, propendiendo el desarrollo de capacidades en términos del desarrollo de capacidades conceptuales, técnicas y operativas del talento humano.

- Un (1) documento diagnóstico situacional de esta subfase, que incluya un mapa social de problemas y potencialidades del territorio frente al desarrollo del proyecto del sector priorizado incluido que incluya matriz DOFA frente a SUSTANCIAS PSICOACTIVAS-SPA (En su Contenido debe presentar por secciones separadas lo de cada Municipio).

PRODUCTOS DE LA SUBFASE DE IDENTIFICACIÓN DE RED SUBJETIVA Y DE RED OPERATIVA Y FORTALECIMIENTO DE RED OPERATIVA DE DISPOSITIVOS COMUNITARIOS EN CADA MUNICIPIO:

- Seis (6) Redes subjetivas comunitarias en cada territorio seleccionado, Una por Municipio.
- Diseño de dos (2) estilos de boletines orientadores: uno para fomentar acciones de reducción del estigma y prevención de la exclusión social ante eventos de salud y otro para fomentar la sensibilización conexando a orientaciones sobre canalización de eventos de salud.

PRODUCTOS DE LA DE LA FASE DE ANÁLISIS ADMINISTRATIVO (FASE DE EVALUACIÓN Y FASE DE ANÁLISIS DE POTENCIALIDADES Y POSIBILIDADES DE SOSTENIBILIDAD):

- Una (1) Constancia de conformidad por la referente de salud mental de la entidad contratante, de la participación y apoyo activo en las iniciativas que se le definieron, en el marco del mes de la salud mental, con los recursos de despliegue indirecto y directo con el grupo de trabajo de la estrategia. Deberán contar

con constancia de conformidad por la referente de salud mental de la entidad contratante.

- Un (1) documento con conclusiones de las actividades desarrolladas y las recomendaciones para la implementación sostenible de dispositivo comunitario debe incluir ubicación geográfica de la zona, recursos, redes, rutas, la descripción de las debilidades y fortalezas, por cada Municipio. Así como resultados finales del proceso, detallando:
  - La medición final de los posibles efectos de la línea de trabajo implementada y la estrategia.
  - Las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades identificadas; además, presentar los elementos que favorecen el desarrollo de proyectos de este tipo y con la metodología aplicada para su realización o adaptación posterior. También exponer los posibles compromisos asumidos por las instituciones y comunidad participante para la sostenibilidad de las buenas prácticas identificadas. Se anexarán los soportes respectivos.

11. METAS:

Deberán lograrse las siguientes metas en el marco de la metodología:

FASE PRELIMINAR Y DE PROFUNDIZACIÓN EN LA PROBLEMÁTICA DEL TERRITORIO

100% de documentos de caracterización, exploración de intereses y necesidades en relación con la problemática del riesgo de consumo de SUSTANCIAS PSICOACTIVAS-SPA u otros eventos en salud mental por cada Municipio.

FICHA TÉCNICA: Indicador: Documento de caracterización elaborado por municipio

ITEM	Descripción
Nombre del indicador	Porcentaje de documentos de caracterización y análisis preliminar elaborados por municipio
Fórmula	(Número de documentos de caracterización elaborados / Total de municipios priorizados) × 100
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Línea base	0% (no existen documentos antes del inicio del proyecto)
Meta 2026	100% (6/6 municipios)
Fuente de información	Informe técnico Fase 1, soportes, actas, análisis preliminar
Frecuencia de medición	Mensual / al cierre de fase
Tipo	Gestión
Responsable	Equipo técnico PIC – ESE / Coordinación proyecto

2. FASE DE IMPLEMENTACIÓN

SUBFASE DE ALISTAMIENTO:

100% de disponibilidad del equipo de trabajo mixto (profesionales, técnicos y comunidades) para desarrollo de la estrategia.

2.1.1. FICHA TÉCNICA: Disponibilidad del equipo mixto operativo por municipio

ITEM	Descripción
Nombre del indicador	Porcentaje de disponibilidad del equipo mixto operativo conformado
Fórmula	(Número de equipos conformados / Total de municipios priorizados) × 100
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Línea base	0%

ITEM	Descripción
Meta 2026	100% (6/6 equipos conformados)
Fuente	Actas de conformación del equipo, listados de talento humano, soportes de vinculación
Frecuencia	Mensual
Tipo	Resultado
Responsable	Coordinación técnica – ESE

2.2. SUBFASE DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL COMUNITARIO Y DE DESARROLLO DE CAPACIDADES:

- 100% de Informes técnicos con el levantamiento de línea de base y caracterización a través de la cual se identifiquen la situación/es de riesgo y consumo considerando variables poblacionales, culturales y territoriales (Por Municipio).
- Un (1) Documento diagnóstico situacional de la Fase de diagnóstico situacional comunitario y de desarrollo de capacidades, que incluya un mapa social de problemas y potencialidades del territorio frente al desarrollo del proyecto del sector priorizado que incluya matriz DOFA frente a SUSTANCIAS PSICOACTIVAS-SPA (Desagregado por Municipio).

2.2.1. FICHA TÉCNICA: Informes técnicos de línea base y diagnósticos situacionales elaborados

ITEM	Descripción
Nombre del indicador	Porcentaje de informes técnicos de línea base y diagnósticos situacionales entregados
Fórmula	(Número de informes diagnósticos elaborados / Total municipios priorizados) × 100
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Línea base	0%
Meta 2026	100% (6 diagnósticos)
Fuente	Documentos técnicos, matrices DOFA, mapa social, actas
Frecuencia	Bimestral
Tipo	Gestión
Responsable	Equipo de análisis – ESE

2.3. SUBFASE DE IDENTIFICACIÓN DE RED SUBJETIVA Y DE RED OPERATIVA Y FORTALECIMIENTO DE RED OPERATIVA DE DISPOSITIVOS COMUNITARIOS EN CADA MUNICIPIO:

- 100% de desarrollo de las sesiones de formación programadas por cada Municipio, para inducir en la estrategia de Dispositivos comunitarios, propendiendo el desarrollo de capacidades en términos del desarrollo de capacidades conceptuales, técnicas y operativas del talento humano (Cada sesión dirigida así; 1 a la institucionalidad, 1 a la comunidad y organizaciones sociales y 1 a los equipos técnicos territoriales en salud que cumplan el rol de liderazgo, asesoría, acompañamiento y seguimiento.
- 100% de los boletines orientadores planeados diseñados: uno fomentar acciones de reducción del estigma y prevención de la exclusión social ante eventos de salud y otro para fomentar la sensibilización conexando a orientaciones sobre canalización de eventos de salud.

2.3.1. FICHA TÉCNICA: Redes subjetivas y operativas fortalecidas por municipio

ITEM	Descripción
Nombre del indicador	Porcentaje de redes subjetivas y operativas identificadas y fortalecidas
Fórmula	(Redes fortalecidas / Total redes proyectadas por municipio) × 100
Unidad	Porcentaje (%)
Línea base	0%
Meta 2026	100% (al menos 1 red subjetiva + 1 operativa por municipio)
Fuente	Actas, mapas de red, instrumentos SIDIES, diarios de campo
Frecuencia	Bimestral
Tipo	Resultado
Responsable	Gestor comunitario – Equipo operativo

2.4. SUBFASE DE DESPLIEGUE OPERATIVO: ACCIONAMIENTO DE PLANES

- 100% de gestión a los casos que implica desde la identificación de necesidades, la canalización, el

acompañamiento – seguimiento (por Municipio).

- 100% de socializaciones sobre los alcances para la creación del dispositivo comunitario a actores claves presentes en cada sector priorizado (por Municipio).
- 100% de ejecución de los recorridos de calle programados (Por Municipio)
- 100% de líderes comunitarios relacionados disponen de orientaciones en la identificación, acompañamiento y seguimiento a los eventos y la importancia de los grupos de apoyo y de ayuda mutua

2.4.1. FICHA TÉCNICA: Recorridos de calle ejecutados según cronograma

ITEM	Descripción
Nombre del indicador	Porcentaje de recorridos de calle ejecutados
Fórmula	(Número de recorridos ejecutados / Número de recorridos programados) × 100
Unidad	Porcentaje (%)
Línea base	0 recorridos
Meta 2026	100% (576 recorridos totales)
Fuente	Registro diario de recorridos, HPC, SIDIES, listados
Frecuencia	Semanal
Tipo	Resultado
Responsable	Equipo de campo – ESE

3. FASE DE ANÁLISIS ADMINISTRATIVO: EVALUACIÓN Y FASE DE ANÁLISIS DE POTENCIALIDADES Y POSIBILIDADES DE SOSTENIBILIDAD

100% de reconocimiento de los resultados logrados documentados mediante informe oficial.

3.1. FICHA TÉCNICA: Informe final de evaluación y sostenibilidad entregado

ITEM	Descripción
Nombre del indicador	Porcentaje de informes finales de evaluación entregados
Fórmula	(Informes finales entregados / Total informes programados) × 100
Unidad	Porcentaje (%)
Línea base	0 informes
Meta 2026	100% (1 informe consolidado)
Fuente	Informe final, soportes técnicos, anexos
Frecuencia	Una vez al cierre del proyecto
Tipo	Gestión
Responsable	Coordinación general del proyecto

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Los medios de verificación corresponden a los soportes documentales y evidencias que permiten validar el cumplimiento de las actividades ejecutadas y el logro de los resultados del proyecto.

El seguimiento técnico se realizará mediante la implementación de métodos sistemáticos de monitoreo, utilizando instrumentos de recolección de información con periodicidad mensual, bajo el liderazgo del coordinador del PIC de la ESE.

Dentro de los métodos de seguimiento se contemplan el registro y análisis de la información recolectada, la revisión de avances frente a las metas establecidas y la evaluación del cumplimiento e impacto de las acciones desarrolladas. Para ello, se utilizarán instrumentos como formatos de seguimiento, listas de asistencia, actas de reunión, registros fotográficos, informes técnicos, bases de datos y reportes de ejecución, los cuales permitirán evidenciar de manera objetiva el desarrollo del proyecto.

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$745,000,000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	NÚMERO DE ACTIVIDADES
Zonas de orientación y centros de escucha	1000

15. RESPONSABLE:

ALIX KARINE PEREZ MARTINEZ
P.E Responsable Dimensión Convivencia Social y Salud Mental
Instituto Departamental de Salud

FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO OFICIAL (Presupuesto discriminado por ítems).

Financiación: La financiación del presente proceso, será con cargo a los recursos del Presupuesto de Gastos e Inversión de la Vigencia Fiscal 2026 del INSTITUTO, discriminado en los siguientes rubros presupuestales:

DESCRIPCIÓN PRESUPUESTAL	VALOR
19.02.111 / 19051.03 SPE4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - ADOLESCENCIA / MENTAL (PIC).	$330.000.000
19.02.112 / 19051.03 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - JUVENTUD / MENTAL (PIC)	$310.000.000
19.02.107 / 19051.03 SP - E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD - FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / MENTAL (PIC)	$105.000.000

Presupuesto Oficial: El valor de esta Invitación Pública para este **GRUPO 1** es hasta por la suma de $745,000,000 (**siete mil cuatrocientos cincuenta millones** mil pesos M/cte.)., subordinados a las respectivas apropiaciones presupuestales, con cargo al presupuesto 2026, CDP # 780 de 28 de abril de 2026. Las ofertas que sobrepasen este presupuesto, serán inadmitidas.

FACTORES DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

Se fijan los siguientes criterios para la calificación de las propuestas que se reciban del presente proceso de Licitación Pública:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
EVALUACIÓN TÉCNICA	700
PRECIO DE LA PROPUESTA	300
TOTAL.....	**1000 PUNTOS**

EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 700 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del cumplimiento de los requerimientos y lineamientos técnicos definidos en estos pliegos y en los Estudios previos que hacen parte integral del presente proceso.

FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA	PUNTAJE MÁXIMO = 700
Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.	250
Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas -PIC de manera territorializada y permanente.	150
Evidenciar el compromiso para garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución, configurando exclusividad de los equipos básicos de salud a través de los cuales se deben ejecutar las intervenciones colectivas.	150
Disponer de un área de trabajo con las condiciones necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalué los resultados de estas.	150
No presenta el 100% de los requerimientos y/o lineamientos técnicos descritos en los pliegos y estudios previos	(RECHAZADA)

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NOTA: Cuando el oferente obtenga cero (0) en este aspecto de evaluación, la propuesta será RECHAZADA, pues queda sobre entendido que NO reúne las condiciones técnicas que formula el pliego de condiciones, lo cual quedará consignado en el informe de evaluación correspondiente.

PRECIO DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 300 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del valor de la propuesta económica correspondiente al ANEXO TÉCNICO N°1 – ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES.

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{Propuesta de menor precio} \times 300}{\text{Valor de la propuesta en estudio}}$$

LOTE 13

SUBGRUPO 1. PROGRAMA POBLACIONES VULNERABLES-SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

1. JUSTIFICACIÓN

La ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) departamental para la vigencia 2026 en el municipio de Los Patios, Norte de Santander, se fundamenta en los lineamientos de la Resolución 1597 de 2025, la cual reglamenta la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y operativiza la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), en armonía con los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

En cumplimiento de este marco normativo, el proyecto se estructura a partir de la estrategia de Caracterización Territorial y Poblacional, ejecutada mediante el despliegue de los Equipos Básicos de Salud (EBS) en los micro territorios priorizados. Este proceso de caracterización trasciende la captación pasiva de datos; se constituye como una herramienta técnica y pedagógica, de diálogo multilateral, que recopila información en tiempo real sobre los determinantes sociales de la salud que afectan a las personas con discapacidad, sus cuidadores y familias.

Sustentado que la propuesta reconoce las prácticas, valores y conocimientos previos de esta población, promoviendo la autonomía, la autogestión y la transformación positiva de sus entornos. La información recolectada a través de las fichas de caracterización familiar se consolidará de manera sistemática para alimentar el Análisis de Situación de Salud (ASIS) municipal, garantizando la trazabilidad, calidad y la toma de decisiones basada en evidencia, conforme a las directrices de los sistemas de información oficial del Ministerio de Salud y Protección Social.

Finalmente, articulado con las prioridades de la estrategia nacional para la garantía de una sexualidad y maternidad segura, el PIC orientará sus intervenciones colectivas a mitigar los riesgos en salud sexual y reproductiva de la población con discapacidad, cuidadores y sus familias. Mediante acciones de educación para la salud y canalización efectiva, se garantizará el acceso oportuno y la vinculación activa de los usuarios a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), específicamente a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Materno Perinatal, optimizando los indicadores de cobertura, equidad y calidad en el sistema de salud territorial.

2. MARCO NORMATIVO

A continuación, se señalan las principales normas que fundamentan los contenidos y operación de este documento:

- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas, periodo 2015-2030, los cuales constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. Estas acciones se encuentran consignadas en 17 objetivos y 169 metas que hacen parte de las agendas de las naciones que pertenecen a dicha organización.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

- Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Ley Estatutaria 1618 de 2013: Garantía de derechos de personas con discapacidad.
- Resolución 1597 de 2025 por la cual se establecen disposiciones para la gestión territorial integral de la salud pública incluida la Gestión en Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecieron las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 Modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS – y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE y entre las herramientas para la línea de acción de salud pública se previeron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS. Entre otros, establece las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las personas tomando en cuenta el entorno en que se desarrollan. Modelo de Atención Integral Territorial, MAITE.
- Resolución 276 de 2019 Modifica la Resolución 3280 de 2018, amplia plazos para la implementación y progresividad de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal.
- Resolución 295 del 2023 Por la cual se modifica los artículos 3, 8, 11, 14,16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas y las condiciones para la ejecución.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (Antecedentes)

Los datos epidemiológicos evidencian la necesidad. En Norte de Santander los eventos de mayor carga continúan concentrándose en problemáticas asociadas a sífilis gestacional, VIH, embarazo en adolescentes, mortalidad materna, Morbilidad Materna Extrema, VBG y Mortalidad Materno Perinatal. Estas condiciones no solo expresan desigualdades en salud, sino que reflejan la interacción de determinantes estructurales, institucionales y socioculturales que influyen de manera directa en los desenlaces de salud sexual y reproductiva.

En sífilis gestacional, el departamento mantiene un número elevado de casos, especialmente en municipios con mayor densidad poblacional, alta movilidad humana y flujos migratorios. La persistencia de este evento sugiere brechas en tamizaje oportuno, trazabilidad de casos y tratamiento integral tanto para gestantes como para sus parejas sexuales.

Respecto al VIH, se observa un patrón similar, con mayor incidencia en zonas urbanas y periurbanas. Los hallazgos sugieren deficiencias en la captación temprana, tamizaje durante el control prenatal y continuidad de la atención para gestantes seropositivas y en demás población en general.

El embarazo en adolescentes continúa siendo un problema crítico, especialmente en territorios rurales, dispersos y con barreras geográficas de acceso. La persistencia de este evento está vinculada con factores sociales como violencia basada en género, baja escolaridad, limitaciones en educación integral en sexualidad y acceso restringido a métodos anticonceptivos.

En relación con la Mortalidad Materna, aunque el número de casos es menor en comparación con otros indicadores, sigue constituyendo un evento centinela que revela fallas en la oportunidad de la atención, en la identificación temprana de riesgos y en la resolución adecuada de emergencias obstétricas. Este comportamiento reafirma la necesidad de fortalecer la Ruta Materno Perinatal en todos sus niveles.

Respecto a las Violencias Basadas en Género en el departamento continúan mostrando un comportamiento elevado y sostenido, asociado a determinantes estructurales, fallas en la articulación institucional y factores culturales profundamente arraigados. Este panorama resalta la necesidad de fortalecer la prevención primaria, mejorar la capacidad de respuesta territorial, garantizar la activación efectiva de la ruta y promover acciones comunitarias sostenidas que transformen las dinámicas que perpetúan la violencia.

Finalmente, las diferencias observadas en IVE y acceso a servicios evidencian una capacidad de respuesta desigual entre instituciones y municipios, especialmente en zonas rurales y de frontera. Persisten barreras para la garantía del derecho, que incluyen disponibilidad limitada de servicios, trabas administrativas y desconocimiento por parte de la población.

En conjunto, el comportamiento general de los indicadores reafirma la influencia de determinantes estructurales —como pobreza, conflicto, barreras geográficas y migración— junto con determinantes institucionales (capacidad resolutiva, oportunidad en el acceso) y factores culturales (baja percepción de riesgo, limitaciones educativas). Estas interacciones siguen condicionando las brechas identificadas y deben orientar la toma de decisiones, la priorización territorial y el fortalecimiento de intervenciones intersectoriales en salud sexual y reproductiva.

En cuanto al análisis de la morbilidad por eventos de notificación obligatoria enmarcado para el programa de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, en el departamento de Norte de Santander durante el período 2007-2023 evidencia patrones epidemiológicos significativos que reflejan tanto avances en salud pública como áreas críticas que requieren intervenciones focalizadas.

Entre los eventos notificados con mayor relevancia, se observa un incremento sostenido en las anomalías congénitas, las cuales han experimentado un aumento desde los 8 casos registrados en 2010 hasta alcanzar los 400 casos en 2023. Este crecimiento podría estar asociado a múltiples factores etiológicos, incluyendo variables ambientales, genéticas y sociales, así como a mejoras en la capacidad diagnóstica y los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Asimismo, la morbilidad materna extrema ha mostrado una tendencia ascendente desde el inicio de su registro en 2012, pasando de 239 casos a 559 en 2023. Este fenómeno pone en evidencia desafíos persistentes en la atención prenatal, el acceso oportuno a servicios especializados y la calidad de la atención obstétrica en el departamento.

En este contexto, el incremento sostenido de la morbilidad materna extrema no solo refleja brechas estructurales en la atención en salud, sino que también resalta la necesidad de intervenciones territoriales focalizadas que aborden determinantes específicos en poblaciones vulnerables. Por ello, el Plan de Intervenciones Colectivas en el municipio de Los Patios se sustenta en la caracterización de 1.331 personas con discapacidad (802 hombres y 529 mujeres) identificadas mediante el RLCPD-SISPRO (2020-2025), cuya concentración del 99.1% en la zona urbana garantiza la viabilidad operativa para fortalecer el desarrollo de capacidades en los micro territorios priorizados. Bajo este diagnóstico, la intervención se orienta de manera imperativa a la adopción de prácticas de autocuidado para una sexualidad y maternidad segura, abordando la necesidad de derribar barreras informativas y actitudinales que históricamente han limitado el ejercicio de derechos en esta población, sus cuidadores y familias. Mediante la focalización en hogares que no han recibido intervenciones previas, el PIC busca estandarizar competencias técnicas y pedagógicas que promuevan la autonomía reproductiva, la prevención de riesgos y el cuidado integral, asegurando que la gestión de la salud pública responda a la realidad geoespacial y demográfica del municipio de Los Patios conforme a los lineamientos de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

De acuerdo al diagnóstico, se confirma la viabilidad técnica para la ejecución del PIC en los micro territorios concertados, dado que la disponibilidad de datos actualizados y la densidad poblacional urbana permiten una intervención focalizada, eficiente y con alta capacidad de impacto sobre los indicadores de salud sexual y reproductiva en el municipio de Los Patios.

Indicadores Materno-Infantiles

El análisis comparativo de los indicadores materno-infantiles revela fluctuaciones relevantes en la salud perinatal y materna:

La razón de mortalidad materna en Norte de Santander se ha mantenido en un rango variable entre 39,1 y 89,6 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. A nivel nacional, esta tasa ha oscilado entre 45,3 y 83,2, lo que indica que, en determinados años, el departamento ha superado los promedios nacionales, evidenciando disparidades regionales en la atención obstétrica.

En términos de mortalidad neonatal, el departamento mostró una leve tendencia descendente, reduciéndose de 7,3 a 6,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque esta tendencia es positiva, los datos se mantienen en niveles comparables con el promedio nacional, que osciló entre 6,7 y 7,3 por cada 1.000 nacidos vivos.

Eventos de Interés en Salud Pública

En cuanto a los eventos prioritarios para la salud pública, destacan aquellos con alta carga de morbilidad y riesgo epidemiológico: Agresiones potencialmente transmisoras de rabia, Enfermedades transmitidas por vectores como el dengue y la malaria, también se encuentran eventos como Intentos de suicidio y Varicela.

Particularmente preocupante es la creciente prevalencia de sífilis y VIH, enfermedades infecciosas cuya transmisión se ha visto influenciada por el fenómeno migratorio en la región. La sífilis gestacional ha experimentado un alarmante aumento, pasando de 76 casos en 2007 a 537 en 2023, mientras que la sífilis congénita subió de 43 a 119 casos en el mismo período.

En relación con la infección por VIH, la tasa de incidencia notificada en Norte de Santander se situó en 25,55 por cada 100.000 habitantes, inferior a la media nacional (28,38), con una diferencia relativa de 0,9001 (IC95%: 0,6108-1,3265). Sin embargo, es relevante destacar el éxito del departamento al lograr la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, un hito significativo en la salud pública regional.

Desigualdades Sociales y Determinantes de la Salud

En el ámbito de la equidad de género, se observan brechas significativas en el acceso a servicios de salud y educación. Las mujeres enfrentan niveles elevados de discriminación y violencia de género, con una tasa de 216,60 por cada 100.000 habitantes, mientras que la violencia intrafamiliar alcanza los 27,76 por cada 100.000 habitantes, reflejando la persistencia de entornos inseguros para las mujeres y las familias en la región.

Asimismo, la población OSIGD continúa enfrentando discriminación y estigmatización, afectando su acceso a servicios básicos como salud, educación y empleo. La ausencia de datos estadísticos precisos sobre esta comunidad limita la capacidad de diseñar e implementar políticas públicas inclusivas y efectivas. A pesar de ello, se han logrado avances significativos en el reconocimiento de derechos y la visibilizarían de la diversidad sexual en el contexto colombiano.

Logros y Desafíos en Salud Pública

El departamento presenta avances notables en áreas estratégicas de intervención, incluyendo: La prevención del consumo de sustancias psicoactivas, el manejo integral del VIH/SIDA, la reducción de la violencia intrafamiliar y la violencia de género. No obstante, persisten desafíos críticos en la promoción de estilos de vida saludables. Se ha identificado un bajo consumo de frutas y verduras en la población, situándose por debajo del promedio.

Con lo referido anteriormente es de resaltar que el análisis epidemiológico de Norte de Santander entre 2007 y 2023 resalta importantes logros en salud pública, especialmente en la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la reducción de la mortalidad neonatal. Sin embargo, persisten retos significativos relacionados con la morbilidad materna extrema, las enfermedades transmisibles y las desigualdades sociales que afectan la salud poblacional.

Se hace imperativo continuar fortaleciendo las políticas públicas basadas en un enfoque de determinantes sociales de la salud, así como promover intervenciones integrales y colectivas que aborden los factores estructurales que perpetúan las inequidades sanitarias en el departamento.

4. DETERMINANTE SOCIAL. Núcleos problemáticos detectados en el diagnóstico del territorio.

Morbilidad

La morbilidad en el departamento muestra un incremento sostenido en los eventos relacionados con el programa de sexualidad derechos sexuales y reproductivos, durante el periodo epidemiológico 01–44 del año 2025 se notificaron 263 casos de hepatitis B, C y Delta en Norte de Santander, cifra similar a la del 2024 y superior a la del 2023, lo que demuestra una tendencia ascendente y persistencia del evento en el departamento. El análisis muestra que los principales mecanismos de transmisión fueron la vía sexual y la parenteral, seguidos de la transmisión horizontal y, en menor proporción, la materno-infantil.

La mayor afectación se presenta en personas entre años 29 y 59, grupo que concentra más del 60% de los casos, con una distribución equilibrada por sexo. Predomina la afiliación al régimen subsidiado (75%), lo que evidencia condiciones de vulnerabilidad social y barreras de acceso a servicios de salud. Territorialmente, los municipios de

Cúcuta, Villa del Rosario, Ocaña, Tibú, Hacarí y El Tarra registran las cifras más altas, destacando el Catatumbo como zona crítica por su limita, en cuanto al VIH se notificaron 604 casos de VIH/Sida en Norte de Santander, mostrando una disminución del 14% frente a 2024, pero manteniendo una transmisión elevada, con una tasa de incidencia de 35,2 casos por 100.000 habitantes. El comportamiento temporal evidencia circulación endémica y sostenida durante todo el año. El mecanismo de transmisión sexual domina con el 99% de los casos, lo que indica que el evento continúa altamente asociado a prácticas sexuales sin protección. La mayor afectación corresponde a hombres (76%), principalmente entre 29 y 59 años, seguidos del grupo de 18 a 28 años, lo que refleja una epidemia concentrada en población joven-adulta y económicamente activa. A nivel territorial, Cúcuta concentra el 62% de los casos, Villa Caro, seguida de Ocaña, Villa del Rosario y Los Patios. La zona de frontera presenta alta incidencia, influenciada por movilidad, migración y dinámicas sociales. Se reportan 145 casos en población venezolana, lo que confirma el impacto de la migración en el comportamiento del evento.

Seguidamente para los casos de sífilis congénita hay una incidencia de 2,2 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque esta cifra representa una reducción frente a 2024 y una disminución significativa respecto a 2023, el evento continúa evidenciando transmisión activa y fallas en la prevención de la sífilis gestacional. El 100% de los casos tenía madres previamente notificadas con sífilis gestacional, lo que demuestra que la principal brecha no está en la detección, sino en la oportunidad y completitud del tratamiento durante el embarazo. Adicionalmente, un 24% de las madres fue diagnosticado en el parto o puerperio, lo que implica pérdida total de la ventana preventiva. La mayor parte de los casos se concentra en zonas urbanas (80%), especialmente Cúcuta, Villa del Rosario, aunque las incidencias más altas se observan en municipios del Catatumbo como Tibú, Ocaña y Sardinata, donde existen mayores barreras de acceso. Se evidencia una afectación similar entre madres colombianas (23 casos) y venezolanas (23 casos), lo que confirma el impacto de la migración y la movilidad transfronteriza en el comportamiento del evento.

En cuanto a la Sífilis Gestacional en Norte de Santander, con una razón de prevalencia de 20,2 por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque se observa una ligera disminución respecto a 2024, el evento se mantiene alto y persistente, evidenciando transmisión sostenida. La mayor afectación se presenta en mujeres entre 29 y 59 años (65,8%), seguidas del grupo de 18 a 28 años. Un dato crítico es que más del 85% de las gestantes pertenece al régimen subsidiado o no está asegurada, lo que refleja vulnerabilidad social y barreras en el acceso al control prenatal oportuno. En cuanto a nacionalidad, se reportan 258 gestantes colombianas y 156 venezolanas, confirmando el impacto de la migración en el comportamiento del evento. Territorialmente, Cúcuta concentra 235 casos, pero las tasas más altas se registran en municipios del Catatumbo como Tibú, Puerto Santander, Teorama y El Tarra, donde existen mayores dificultades de acceso a servicios de salud y seguimiento prenatal.

En cuanto a las condiciones maternas perinatales, las complicaciones relacionadas con la salud materna siguen dominando con un 84,49% de los casos en 2023, mientras que las complicaciones perinatales aumentaron levemente al 15,51%, lo que indica una mayor atención a la salud neonatal.

Mortalidad

La mortalidad en salud sexual y reproductiva constituye un indicador crítico del desempeño del sistema de salud y de las condiciones sociales que influyen en el acceso y la calidad de los servicios. En este ámbito, la mortalidad materna sigue siendo uno de los eventos más sensibles, reflejando complicaciones obstétricas que no fueron prevenidas o tratadas de manera oportuna, y que en muchos casos están asociadas a causas evitables como hemorragias, trastornos hipertensivos, infecciones y barreras en la atención. Asimismo, la mortalidad perinatal, asociada a infecciones de transmisión sexual y las muertes relacionadas con embarazos no intencionales evidencian desigualdades persistentes y brechas en educación, planificación y cuidado integral. El análisis de estos eventos resulta fundamental para fortalecer la vigilancia, orientar intervenciones poblacionales y mejorar la respuesta institucional, con el fin de disminuir riesgos y avanzar en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

En relación con la Mortalidad Materna, aunque el número de casos es menor en comparación con otros indicadores, sigue constituyendo un evento centinela que revela fallas en la oportunidad de la atención, en la identificación temprana de riesgos y en la resolución adecuada de emergencias obstétricas. Este comportamiento reafirma la necesidad de fortalecer la Ruta Materno Perinatal en todos sus niveles. Para la vigencia 2025 se llevan 10 muertes maternas registradas en los municipios de Cúcuta, El Carmen, El Tarra, Gramalote, Tibú, Ocaña, Pamplonita y Abrego.

En materia de comportamiento de la Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía se han reportado 128 casos en Norte de Santander a corte de la semana 48 epidemiológica. Este evento refleja tanto las condiciones de salud de la gestante

como la oportunidad y eficacia de la atención durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal temprano. Las principales causas incluyen complicaciones obstétricas no atendidas adecuadamente, prematuridad, asfixia perinatal, infecciones y malformaciones congénitas, muchas de ellas prevenibles mediante un control prenatal oportuno, vigilancia del riesgo, atención institucional del parto y cuidados neonatales de calidad. Su análisis permite identificar brechas en acceso, continuidad del cuidado y capacidad resolutiva de los servicios, orientando intervenciones para reducir riesgos y mejorar los resultados en salud materna y neonatal.

Determinantes sociales e inequidades en salud

Los determinantes sociales en salud representan el conjunto de condiciones estructurales y cotidianas que influyen en el bienestar de las personas y en la forma en que se distribuyen la salud, la enfermedad y la muerte en un territorio. En Norte de Santander, estos determinantes se expresan de manera diferenciada según el contexto urbano, rural y rural disperso, marcados por factores como la situación socioeconómica, la migración, la informalidad laboral, la seguridad alimentaria, la infraestructura sanitaria y las barreras geográficas presentes en municipios como Tibú, El Tarra, Sardinata, Teorama, San Calixto, Convención y La Playa. Aspectos como los bajos niveles educativos, el limitado acceso a servicios básicos en zonas rurales, la presencia histórica del conflicto armado, la movilidad humana en la frontera, las condiciones de vivienda, la desigualdad de género y las dificultades en el aseguramiento y la continuidad del servicio inciden directamente en la capacidad de la población para acceder a una atención oportuna y de calidad.
Asimismo, factores culturales, dinámicas comunitarias, creencias, roles de género y redes de apoyo influyen en la percepción del riesgo, la búsqueda de atención y la adherencia a prácticas de autocuidado, especialmente en temas como salud sexual y reproductiva, embarazo adolescente, prevención de enfermedades transmisibles y control de enfermedades crónicas. En municipios fronterizos y rurales se observan mayores barreras para el acceso a controles prenatales, métodos anticonceptivos, seguimiento de enfermedades y servicios especializados, lo que profundiza brechas entre grupos poblacionales.

El análisis de los determinantes sociales en Norte de Santander evidencia que la salud no depende únicamente del sistema sanitario, sino de oportunidades estructurales que determinan la calidad de vida, la exposición al riesgo y la capacidad de respuesta de las familias y comunidades. Por ello, su abordaje requiere intervenciones integrales, intersectoriales y comunitarias que permitan reducir inequidades históricas, mejorar las condiciones de vida, fortalecer entornos protectores, garantizar el acceso efectivo a los servicios y avanzar en el ejercicio pleno del derecho a la salud para toda la población del departamento.

Las inequidades en salud en Norte de Santander representan diferencias persistentes y evitables que afectan de manera desproporcionada a diversos grupos de población, reflejando desigualdades estructurales asociadas a condiciones sociales, económicas, culturales, geográficas y de género. Estas inequidades se hacen visibles en brechas en el acceso a servicios de salud, en la oportunidad y calidad de la atención, en la carga de enfermedad y en los resultados sanitarios entre municipios urbanos como Cúcuta, Villa del Rosario y Los Patios, y territorios rurales y rurales dispersos como Tibú, El Tarra, Convención, Teorama, San Calixto, Sardinata, La Playa y Hacarí. Factores como la pobreza, el desempleo, la informalidad laboral, la inseguridad alimentaria, las limitaciones en movilidad, la dispersión territorial, la presencia histórica del conflicto armado y el impacto continuo de la migración en la frontera inciden directamente en la capacidad de la población para prevenir enfermedades, acceder a servicios oportunos y mantener condiciones de vida saludables.

Asimismo, las inequidades se profundizan por barreras de tipo administrativo, cultural y educativo que afectan especialmente a mujeres, adolescentes, población migrante, comunidades rurales, víctimas del conflicto y grupos en condición de vulnerabilidad. Estas barreras generan menor acceso a controles prenatales, mayor riesgo de complicaciones obstétricas, limitaciones en el acceso a métodos anticonceptivos, baja adherencia a programas de prevención de enfermedades crónicas, menor cobertura en vacunación y dificultades para el diagnóstico temprano de enfermedades transmisibles y no transmisibles. En el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, estas inequidades se manifiestan en tasas diferenciadas de embarazo adolescente, mayor incidencia de ITS, dificultades para garantizar el control prenatal oportuno, variaciones en la disponibilidad de servicios y disparidades en la atención entre áreas urbanas y rurales.

El análisis de estas inequidades permite evidenciar que los resultados en salud no dependen únicamente del sistema de atención, sino de las condiciones sociales que facilitan o limitan las oportunidades de bienestar. Por ello, su reducción requiere intervenciones colectivas e intersectoriales que aborden las causas estructurales, fortalezcan la oferta de servicios, mejoren la capacidad de respuesta municipal y promuevan la participación comunitaria. Solo mediante acciones integrales que reduzcan brechas históricas, se avance en la equidad territorial y se garantice el

acceso oportuno y de calidad, será posible mejorar los indicadores de salud y asegurar el ejercicio pleno del derecho a la salud para todas las poblaciones en Norte de Santander.

5. RESULTADO EN SALUD:

La implementación de las intervenciones colectivas en el departamento de Norte de Santander y en cada uno de sus municipios ha permitido fortalecer de manera significativa los procesos de promoción de la salud, gestión del riesgo y detección temprana establecidos en la Resolución 3280 de 2018, generando resultados medibles en los diferentes indicadores de salud pública. A través del trabajo articulado con las administraciones municipales, equipos PIC, actores comunitarios y sectores aliados, se han desarrollado acciones que impactan directamente las condiciones de vida y los determinantes sociales de la población en territorios urbanos y rurales, incluyendo Villa del Rosario, Los Patios, Ocaña, Pamplona, Pamplonita, Tibú, El Tarra, Sardinata, Convención, Ábrego, Hacarí, Teorama, Puerto Santander y Salazar

Estas acciones colectivas, basadas en procesos de caracterización, información en salud y educación comunitarios e intersectoriales, han permitido fortalecer competencias individuales y colectivas en hábitos y estilos de vida saludables, mejorar la identificación y mitigación de factores de riesgo, incrementar la participación comunitaria organizada y fortalecer la demanda informada hacia los servicios de salud. Gracias a ello, se evidencia un aumento en las coberturas de vacunación, una mayor adherencia a los programas de salud sexual y reproductiva, un mejor acceso a servicios de control prenatal, así como avances en la vigilancia de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

En materia de salud materna, las intervenciones colectivas han contribuido a aumentar la captación temprana de gestantes, promover el cumplimiento de los controles prenatales, fomentar hábitos maternos saludables y facilitar el seguimiento a señales de alarma, lo cual incide positivamente en la reducción de riesgos obstétricos, Morbilidad Materna Extrema (MME) y complicaciones durante el embarazo, parto y posparto. De igual manera, se han impulsado acciones para el fortalecimiento del acceso a métodos anticonceptivos, asesoría en planificación familiar, educación sexual integral y acompañamiento a grupos prioritarios, como adolescentes, población migrante, víctimas del conflicto y comunidades rurales dispersas.

Además, la labor territorial ha permitido avanzar en la reducción de brechas de acceso y en la mejora de la oportunidad del servicio, mediante jornadas comunitarias, alianzas estratégicas con instituciones educativas, participación activa de líderes comunitarios y la articulación con actores locales para llegar a zonas de difícil acceso. Estas estrategias han favorecido el incremento de la demanda informada, el empoderamiento de mujeres y jóvenes sobre su salud sexual y reproductiva, así como el fortalecimiento de capacidades en talento humano y equipos municipales.

En conjunto, los resultados obtenidos reflejan el impacto positivo de las intervenciones colectivas en SSR en Norte de Santander, mejorando coberturas, fortaleciendo la educación para la salud y contribuyendo al cumplimiento de las metas de salud pública, al tiempo que se consolidan entornos más protectores, informados y favorables para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos en toda la población.

Asimismo, la intervención focalizada en zonas de difícil acceso y municipios con presencia de población en condición de vulnerabilidad ha contribuido a cerrar brechas en acceso, mejorar la oportunidad en la atención y facilitar la articulación entre el nivel municipal y departamental. Estos esfuerzos se reflejan en la reducción de barreras geográficas, culturales y administrativas para la población, y en la mejora progresiva de indicadores como la captación temprana de gestantes, la reducción de complicaciones obstétricas, el fortalecimiento de la detección temprana de cáncer, el aumento en la cobertura de planificación familiar, el seguimiento a población infantil y el mejoramiento de prácticas de cuidado en salud.

De manera integral, los resultados alcanzados en Norte de Santander evidencian la efectividad de las intervenciones colectivas como una herramienta fundamental para avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas en la Resolución 3280 de 2018. El despliegue territorial de estas acciones ha permitido fortalecer la capacidad institucional, mejorar la calidad de los procesos, optimizar el uso de recursos y consolidar una respuesta más coordinada y sostenible para mejorar los niveles de salud de la población, contribuyendo al bienestar general, la equidad en el acceso y la garantía de los derechos en salud.

Basados en lo anterior se definen los siguientes resultados en salud establecidos en la resolución 3280 del 2018:
Resultados intermedios:

- Personas que ejercen sus derechos en SSR, prevención de violencias, derechos de las personas con discapacidad, autocuidado del cuidador y riesgos en salud priorizados

Indicador

- Proporción de Personas que ejercen sus derechos en SSR, prevención de violencias, derechos de las personas con discapacidad, autocuidado del cuidador y riesgos en salud priorizados

6. CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA AUDITORÍA Y EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA:

- **Componente Financiero**: ejecución del 100% de los recursos asignados a través del Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública en la vigencia. Se desarrollará de acuerdo a lo ejecutado presentado por el ejecutor en guía de la matriz técnico financiera, y definido por la forma de pago que quede inmerso dentro del contrato.
- **Administrativo**: Tiempo de duración: Hasta 31 de diciembre del 2026 con seguimientos mensuales a disposición y se genera actas de soporte.
- **Técnico**: coherencia con el Análisis de Situación en Salud - ASIS y las acciones planteadas en el Plan Territorial de Salud - TS y el Plan de Acción en Salud - PAS. De acuerdo con nuestras necesidades de cumplimiento de las metas dentro del plan territorial y plan de acción en salud se requiere la ejecución de estas acciones sujetas al programa de sexualidad, derechos reproductivos y poblaciones vulnerables.
- **Resultados en salud**: cumplimiento de las metas de resultado del Programa. Indicadores de gestión y de resultado de obligatorio cumplimiento y específico del programa.
- **Parámetros de calidad:**
  Integralidad de la intervención: Articulación de los componentes de la estrategia de información en salud, bajo un enfoque integral en salud.
  Participación social y comunitaria: Vinculación activa de personas con discapacidad, cuidadores y sus familias en todas las fases del proyecto.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

Proporcionar conocimientos en salud ambiental a familias conforme a los riesgos identificados en el entorno hogar mediante la implementación de intervenciones colectivas en el municipio de Los Patios durante la vigencia 2026.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y analizar los riesgos y factores protectores ambientales presentes en el entorno hogar de las familias priorizadas del municipio de Los Patios, mediante la implementación de la caracterización social y ambiental que permita reconocer las condiciones que afectan la salud individual y familiar.
- Advertir de las familias priorizadas sobre los riesgos ambientales identificados en el entorno hogar, mediante el desarrollo de la intervención colectiva información en salud orientada a la promoción de prácticas saludables.

8. RECURSO HUMANO:

Para el proceso de caracterización e información en salud, es necesario contar con la participación de talento humano en salud, es de aclarar que en el micro territorio se debe contar dos grupos de profesionales el cual estará conformado por los siguientes perfiles.

Total, de equipos básicos en salud: 2 (dos)

Perfiles a contratar en cada equipo básico:
- Enfermera profesional con experiencia en desarrollo de acciones comunitarias (1)
- Psicólogo y/o Trabajadores Sociales con experiencia en desarrollo de acciones comunitarias (1)
- Fisioterapeuta y/o fonoaudiólogo experiencia en desarrollo de acciones comunitarias (1)
- Auxiliares de enfermería con experiencia de acciones comunitarias (1)

Nota: Los profesionales contratados serán un total 8 (ocho), quienes desarrollarán todas las actividades que garanticen los productos contractuales programados para el municipio. Por lo cual es importante la idoneidad de los profesionales para alcanzar los productos contratados.
Así mismo cada equipo deberá de intervenir 75 hogares para un total de 150 hogares en la vigencia.

9. METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Para el desarrollo de esta propuesta de intervenciones colectivas en el ámbito urbano, se priorizó un micro territorio, con el objetivo de promover capacidades en la adopción de prácticas de autocuidado en salud sexual, reproductiva y pautas de cuidado inclusivo en personas con discapacidad, cuidadores y sus familias de 150 hogares priorizados en el municipio de Los Patios, Norte de Santander, mediante el despliegue territorial de un proceso de caracterización e información en salud adaptadas con criterios de accesibilidad universal, mediante estrategias de caracterización social y ambiental en salud, así mismo información en salud, las cuales se realizarán encuestas, entrevistas y espacios enfocados a promover la gestión integral del riesgo y el logro de los resultados del Plan Territorial de Salud.

El resultado esperado en la población es lograr informar sobre prácticas saludables y generar autogestión del riesgo propio, el cual se hará con un enfoque diferencial e integral y biopsicosocial. Finalmente, se verificará el impacto y la información dada a los diferentes hogares, mediante visitas realizadas por parte del ente territorial, con el fin de asegurar la implementación de la intervención.

10. PRODUCTOS O LOGROS:

- Personas y familias con los riesgos y factores protectores ambientales presentes en el entorno hogar identificados para el favoreciendo de su gestión.
- Personas y familias con conocimientos sobre prácticas protectoras que contribuyan a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el mejoramiento de las condiciones ambientales del territorio.

11. METAS:

a. Realizar el abordaje previo en el 100% de los hogares priorizados, logrando la aceptación y concertación efectiva de visitas, mediante el uso de medios accesibles y adecuados a las condiciones de la población.
b. Aplicar el instrumento de caracterización en el 100% de los 150 hogares priorizados, garantizando que al menos el 95% de los registros cumplan criterios de calidad del dato (completitud, consistencia y validación).
c. Tabular y analizar el 100% de la información recolectada, generando al menos un informe técnico consolidado con hallazgos, priorización de problemáticas y recomendaciones para la toma de decisiones en salud pública.
d. Realizar el 100% de los espacios de socialización programados, garantizando la participación de actores comunitarios e institucionales y la divulgación del informe en al menos dos medios accesibles (página web institucional y otros canales).
e. Ejecutar el 100% de los espacios de socialización programados, garantizando que al menos el 90% cumplan con criterios de calidad (accesibilidad comunicativa, enfoque diferencial, participación efectiva e inclusión de contenidos priorizados), con participación de comunidad, EAPB, IPS y actores locales.
f. Realizar el 100% de los encuentros participativos programados, logrando acuerdos de priorización en el 100% de los espacios, con participación representativa de personas con discapacidad, cuidadores, familias y otros actores comunitarios, garantizando criterios de accesibilidad y enfoque diferencial.
g. Diseñar, producir y difundir el 100% de las piezas comunicativas programadas, garantizando que al menos el 90% cumplan criterios de calidad (accesibilidad, pertinencia cultural, enfoque diferencial e inclusión de contenidos priorizados), dirigidas a personas con discapacidad, cuidadores y sus familias durante la vigencia.
h. Realizar el pilotaje en el 10% de los hogares priorizados, garantizando la representatividad de la diversidad poblacional (tipo de discapacidad, cuidadores jóvenes, cuidadores adultos mayores y ciclos vitales como gestantes y adolescentes), e implementar ajustes en al menos el 90% de los hallazgos identificados antes de la implementación total.
i. Intervenir el 100% de los hogares priorizados, garantizando que al menos el 90% de las intervenciones cumplan criterios de calidad (accesibilidad, enfoque diferencial, pertinencia cultural y abordaje integral de contenidos priorizados).
j. Realizar el 100% de los procesos de concertación programados, logrando el aval formal de al menos el 90% de los actores clave (comunidad, EAPB, IPS, ente territorial y actores intersectoriales) sobre los parámetros de continuidad de la intervención para la siguiente vigencia.
k. Documentar el 100% de las experiencias priorizadas, garantizando la participación de al menos el 80% de

los grupos poblacionales definidos (personas con discapacidad, cuidadores, familias y diferentes ciclos vitales), cumpliendo criterios de calidad narrativa, ética, consentimiento y accesibilidad.

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La verificación se realizará a través de:

- Actas de seguimiento de manera mensual
- Listas de asistencia
- Revisar los productos según lo establecido en cada intervención del proyecto
- Visita a los territorios intervenidos

13. PRESUPUESTO:

DISTRIBUCIÓN FINANCIERA	
OPERADOR	**ASIGNACIÓN FINANCIERA**
CONTRATISTA	$ 270.000.000

14. RESUMEN DE INTERVENCIÓN DE ACTIVIDADES

INTERVENCION	NUMERO DE ACTIVIDADES
Caracterización socio ambiental y demográfica	4
Información en salud	7

15. RESPONSABLE:

Angélica M. Jácome C

Angelica María Jácome Carrascal
Responsable Programa Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.

Edwin O. Lozano C.

Edwin Orlando Lozano Cobaria
Apoyo del Programa de Poblaciones Vulnerables

FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO OFICIAL (Presupuesto discriminado por ítems).

Financiación: La financiación del presente proceso, será con cargo a los recursos del Presupuesto de Gastos e Inversión de la Vigencia Fiscal 2026 del INSTITUTO, discriminado en los siguientes rubros presupuestales:

DESCRIPCIÓN PRESUPUESTAL	VALOR
19.02.108 / 19051.05 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD-POBLACION MATERNA-PERINATAL / SASER (PIC)	$45.000.000
19.02.111 / 19051.05 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD-ADOLESCENCIA / SASER (PIC)	$45.000.000
19.02.107 / 19051.07 SP E4-L3-CUIDADO DE LA SALUD-FAMILIAS, COLECTIVOS Y COMUNIDADES / VULNERABLES (PIC)	$180.000.000
VALOR PRESUPUESTO	$270.000.000

Presupuesto Oficial: El valor de esta Invitación Pública para este **GRUPO 13** es hasta por la suma de $270.000.000 (Doscientos setenta millones de pesos M/cte.)., subordinados a las respectivas apropiaciones presupuestales, con cargo al presupuesto 2026, CDP # 781 de 28 de abril de 2026. Las ofertas que sobrepasen este presupuesto, serán inadmitidas.

FACTORES DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

Se fijan los siguientes criterios para la calificación de las propuestas que se reciban del presente proceso de Licitación Pública:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
EVALUACIÓN TÉCNICA	70
PRECIO DE LA PROPUESTA	30

TOTAL.....	**100 PUNTOS**

EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 70 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del cumplimiento de los requerimientos y lineamientos técnicos definidos en estos pliegos y en los Estudios previos que hacen parte integral del presente proceso.

FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA	**PUNTAJE MÁXIMO = 70**
- Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar, salvo que se trate de Empresas Sociales del Estado recién creadas.	25
- Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas -PIC de manera territorializada y permanente.	15
- Evidenciar el compromiso para garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución, configurando exclusividad de los equipos básicos de salud a través de los cuales se deben ejecutar las intervenciones colectivas.	15
- Disponer de un área de trabajo con las condiciones necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalué los resultados de estas.	15
No presenta el 100% de los requerimientos y/o lineamientos técnicos descritos en los pliegos y estudios previos	0 (RECHAZADA)

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NOTA: Cuando el oferente obtenga cero (0) en este aspecto de evaluación, la propuesta será RECHAZADA, pues queda sobre entendido que NO reúne las condiciones técnicas que formula el pliego de condiciones, lo cual quedará consignado en el informe de evaluación correspondiente.

PRECIO DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 30 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del valor de la propuesta económica correspondiente al ANEXO TÉCNICO N°1 – ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES.

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{Propuesta de menor precio} \times 30}{\text{Valor de la propuesta en estudio}}$$

El INSTITUTO requiere entonces contratar el desarrollo de las acciones descritas en estos estudios previos, conforme las acciones que se encuentran contempladas dentro del Plan Territorial de Salud Pública 2022-2031.

Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y sus decretos reglamentarios, en especial el Decreto Compilatorio 1082 de 2015 y demás normas concordantes o complementarias. Para aquellos aspectos no regulados en las normas anteriores, se aplicarán las normas comerciales y civiles pertinentes, así como las reglas previstas en este pliego de condiciones, o en las adendas que se expidan durante el desarrollo de este proceso. También tendrán aplicación las normas legales que se dicten sobre la materia durante el desarrollo de esta contratación y que deban empezar a regir durante la vigencia de la misma, con las excepciones que al respecto se determinen y las que se desprendan de las normas generales sobre vigencia de normas.

El artículo 2, Numeral 1 de la Ley 1150 de 2007 concordante con el artículo 30 de la Ley 80 de 1993, establece: *"De las modalidades de selección. La escogencia del contratista se efectuará con arreglo a las modalidades de selección de licitación pública, selección abreviada, concurso de méritos y contratación directa, con base en las siguientes reglas: 1. Licitación pública. La escogencia del contratista se efectuará por regla general a través de licitación pública, con las excepciones que se señalan en los numerales 2, 3 y 4 del presente artículo. Cuando la entidad estatal así lo determine, la oferta en un proceso de la licitación pública podrá ser presentada total o parcialmente de manera dinámica mediante subasta inversa, en las condiciones que fije el reglamento."*

Conforme al valor del presupuesto asignado, la modalidad de selección del contratista se efectuará mediante LICITACIÓN PÚBLICA, siguiendo las normas establecidas en el Estatuto Contractual acorde con la tabla de contratación de la vigencia, establecida según el movimiento del presupuesto de ingresos y gastos.

Igualmente, en cumplimiento a lo establecido en el artículo 2.2.1.1.2.2.2 del Decreto 1082 de 2015, la Entidad debe determinar la oferta más favorable para el caso de licitación teniendo en cuenta: "a) La ponderación de los elementos de calidad y precio soportados en puntajes o fórmulas; o b) La ponderación de los elementos de calidad y precio que representen la mejor relación de costo-beneficio.".

Para el caso del proceso que aquí se justifica, la entidad determinará la oferta más favorable teniendo en cuenta la ponderación.
Se hace necesario entonces contratar con una persona jurídica que demuestre contar con la capacidad, idoneidad y experiencia, las acciones descritas en estos estudios, las cuales son financiadas con recursos correspondientes al Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C.) de Salud Pública.

1.5. DESCRIPCIÓN GENERAL.

El INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER requiere contratar el desarrollo de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas, descritas en los estudios previos, para lograr el cumplimiento de las metas previstas en los Programas Prioritarias del PDSP incluidas en el PTS, teniendo como fundamente lo establecido en la Resolución Minsalud No. 1597 de 2025 y Resolución 3280 de 2018, específicamente lo relacionado con el Plan de Intervenciones Colectivas.

1.6. REQUISITOS GENERALES PARA PARTICIPAR.

Los interesados en participar, deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Ser persona jurídica nacional.
2. No encontrarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de que tratan los artículos 8º y 9º de la Ley 80 de 1993 y demás normas legales pertinentes.
3. Acreditar los pagos de aporte a la Seguridad Social y Parafiscales, de conformidad con las normas legales vigentes.
4. No encontrarse reportado en el Boletín de responsables Fiscales de la Contraloría General de la República.
5. No registrar antecedentes disciplinarios.
6. Contar con la capacidad técnica, administrativa y financiera necesaria para la ejecución de las acciones descritas y certificar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar.

1.7. OBLIGACIONES DEL FUTURO CONTRATISTA.

El proponente deberá tener en cuenta que, en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato, deberá cumplir mínimo con las siguientes obligaciones y especificaciones técnicas:

1. Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, de manera territorializada y permanente, que acreditar experiencia en salud pública.
2. Contar, durante toda la ejecución del contrato, con personal idóneo para ejecutar las acciones descritas de forma exclusiva para la conformación de Equipos Básicos del Plan de Intervenciones Colectivas.
3. Ejecutar las acciones conforme se encuentran descritas en los estudios previos, anexos técnicos, acuerdo de voluntades y en los demás documentos incluido el contrato.
4. Aceptar los procedimientos administrativos que determine la entidad para la ejecución del contrato.
5. Garantizar los pagos de seguridad social integral del personal que tendrá a sus servicios.
6. Acreditar los pagos de aporte a la Seguridad Social y Parafiscales, de conformidad con las normas legales vigentes y certificarlos.
7. Todas las obligaciones que dispone la Resolución 1597 de 2025 para los ejecutores del Departamento en el marco la ejecución de intervenciones de Salud Pública – PIC.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

Las instituciones contratadas para la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas tendrán las siguientes responsabilidades en el marco de la implementación, monitoreo y evaluación de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública:

1. Ejecutar y responder directamente por el desarrollo de las actividades contratadas, según lo establecido en el anexo técnico que hace parte de la presente resolución y la Resolución 3280 de 2018 o la norma que la modifique o sustituya.

2. Garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo acordado, configurando los equipos básicos de salud, a través de los cuales se deben articular las intervenciones colectivas e individuales además de lo previsto en el numeral 20.1 del artículo 20 de la resolución 1597 de 2025 para la ejecución de las intervenciones contratadas.

3. Ejecutar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas con activa participación social, apoyándose y articulándose con grupos, organizaciones y redes sociales y comunitarias; organismos no gubernamentales o de base comunitaria con experiencia en temas de salud.

4. Ejecutar las intervenciones colectivas asegurando que el lugar donde se realicen cumpla con condiciones óptimas de capacidad, accesibilidad, amplitud, comodidad, iluminación, limpieza y ventilación.

5. Disponer de áreas de trabajo con las condiciones físicas y sanitarias necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalúe los resultados de estas.

6. Elaborar e implementar un procedimiento para la documentación de las acciones a desarrollar en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC.

7. Presentar a la entidad territorial los informes y soportes sobre ejecución técnica y financiera, con la periodicidad que se acuerde, de manera conjunta, entre las partes o cuando cualquier ente de control o autoridad competente lo requiera. Se deberán incluir los soportes de los costos directos e indirectos.

8. Manejar los recursos destinados para el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC en una cuenta bancada exclusiva hasta la firma de la liquidación del convenio o contrato. Los recursos allí depositados solo podrán ser utilizados para el pago de los bienes o servicios que se requieran para la ejecución de las intervenciones contratadas.

9. Garantizar el desarrollo de procesos de veeduría ciudadana en la ejecución de las intervenciones colectivas y documentar e implementar un proceso para la rendición de cuentas.

10. Participar en los espacios de análisis y de trabajo convocados por la entidad territorial contratante.

11. Las Empresas contratadas para la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, implementarán un plan de fortalecimiento institucional del primer nivel en el marco de la Atención Primaria en Salud, en coordinación con las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, o las entidades que hagan sus veces, con el fin de asegurar el cumplimiento de las obligaciones pactadas.

12. La entidad o institución que sean contratadas para la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC deberán dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 y Resolución 2336 de 2023 o las normas que lo modifiquen o deroguen.

Parágrafo. Las entidades promotoras de salud o quien haga sus veces, conforme con los principios de complementariedad y concurrencia, coordinarán con la entidad territorial y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas que las actividades incluidas en el Plan de Beneficios en Salud se realicen de manera complementaria y articulada con el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y apunten al logro de los resultados en salud del territorio en el marco de la Atención Primaria en Salud.

1.8. RELACIÓN LABORAL.

El contrato de prestación de servicios que se suscriba, no genera relación ni vínculo contractual alguno entre las partes, salvo la obligación de hacer por parte del uno y de pagar tal servicio por parte del otro. Ni generará vínculo alguno entre el IDS y los dependientes o colaboradores del contratista, quien mantendrá indemne al Instituto ante cualquier vicisitud derivada de la ejecución del contrato, sin perjuicio de lo que se disponga sobre garantías.

1.9. REQUISITOS TÉCNICOS MÍNIMOS.

Las condiciones técnicas mínimas para el cumplimiento del presente proceso de contratación so, n:

a) Capacidad: Persona jurídica, legalmente constituida para desarrollar el objeto contractual - Empresas Sociales del Estado o las Entidades que hagan sus veces ubicadas en el departamento, garantizando en su implementación la territorialización y permanencia de las acciones, según los territorios descritos en cada uno de los lotes.
b) Conocimiento y competencias para desarrollar las actividades objeto del futuro contrato, contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar.
c) Disponer de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas -PIC de manera territorializada y permanente.
d) Implementar la ejecución a través de Equipos Básicos de Salud, que desarrollen las acciones colectivas establecidas en la normativa vigente, en los diferentes entornos de la vida cotidiana, según propuesta, anexo técnico y acuerdo de voluntades en cada uno de los lotes, los cuáles serán exclusivos para la ejecución en el marco de las acciones PIC y deberán vincularse de manera inmediata a la suscripción del contrato y firma del acta de inicio.
e) Acreditación del Talento Humano: El personal propuesto para la ejecución del objeto contractual deberá presentar los documentos que vigilen el ejercicio de su profesión. Para el personal profesional de las áreas de la salud, se exigirá obligatoriamente la inscripción en el RETHUS. Para los profesionales de disciplinas distintas a la salud, se exigirá únicamente la Tarjeta Profesional o matrícula correspondiente, quedando expresamente exceptuados del registro RETHUS.

Nota: Deberá garantizarse la disponibilidad de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución

1.10. DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN NECESARIOS.

1. Propuesta técnica y económica detallada, suscrita por el proponente o por el representante legal del proponente que contenga la aceptación de los anexos técnicos, acuerdo de voluntades y todos los demás documentos que hacen parte integral de este proceso.
2. Copia de la cédula de ciudadanía del representante legal.
3. Acta de Posesión del Representante Legal
4. Copia actualizada del RUT.
5. Certificado de antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales vigentes a la fecha de cierre de la presentación de la oferta, del representante legal de la persona jurídica proponente.
6. Certificado del Sistema de Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC, vigentes a la fecha de cierre de la presentación de la oferta, del representante legal de la persona jurídica proponente.
7. Acreditación de los pagos de seguridad social y parafiscales, aportando las planillas correspondientes.
8. Certificación de cumplimiento de las normas del SG-SST. El proponente podrá acreditar el cumplimiento de la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) mediante la presentación de cualquiera de los siguientes documentos vigentes, de conformidad con el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019:
    - Certificación de cumplimiento o estado de la implementación emitida por la respectiva Administradora de Riesgos Laborales (ARL), con una fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendario anteriores al cierre del proceso.
    - Copia del reporte de la última autoevaluación de Estándares Mínimos cargada y registrada en la plataforma del Ministerio del Trabajo.
    - Certificación de cumplimiento suscrita conjuntamente por el Representante Legal del proponente y el profesional responsable del diseño/ejecución del SG-SST, adjuntando la copia de la licencia vigente de este último.

1.11. DETALLE DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS:

Se detallan en cada uno de los lotes, así como en los estudios previos, anexos técnicos correspondiente, acuerdos de voluntades y en general en las especificaciones dispuestas en la resolución No. 1597 de 2025.

Las instituciones contratadas para la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas tendrán las siguientes responsabilidades en el marco de la implementación, monitoreo y evaluación de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública

- Ejecutar y responder directamente por el desarrollo de las actividades contratadas, según lo establecido en el anexo técnico que hace parte de la presente resolución y la Resolución 3280 de 2018 o la norma que la modifique o sustituya.

- Garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo acordado, configurando los equipos básicos de salud, a través de los cuales se deben articular las intervenciones colectivas e individuales' además de lo previsto en el numeral 20.1 del artículo 20 de la Resolución No. 1597 de 2025 para la ejecución de las intervenciones contratadas, de manera inmediata a la suscripción y acta de inicio de los contratos resultantes por cada lote, los cuales serán exclusivos para la ejecución en el marco de las acciones PIC.

- Ejecutar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas con activa participación social, apoyándose y articulándose en grupos, organizaciones y redes sociales y comunitarias; organismos no gubernamentales o de base comunitaria con experiencia en temas de salud.

- Ejecutar las intervenciones colectivas asegurando que el lugar donde se realicen cumpla con condiciones óptimas de capacidad, accesibilidad, amplitud, comodidad, iluminación, limpieza y ventilación.

- Disponer de áreas de trabajo con las condiciones físicas y sanitarias necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalúe los resultados de estas.

- Elaborar e implementar un procedimiento para la documentación de las acciones a desarrollar en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC.

- Presentar a la entidad territorial los informes y soportes sobre ejecución técnica y financiera, con la periodicidad que se acuerde, de manera conjunta, entre las partes o cuando cualquier ente de control o autoridad competente lo requiera. Se deberán incluir los soportes de los costos directos e indirectos.

- Manejar los recursos destinados para el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC en una cuenta bancada exclusiva hasta la firma de la liquidación del convenio o contrato. Los recursos allí depositados solo podrán ser utilizados para el pago de los bienes o servicios que se requieran para la ejecución de las intervenciones contratadas.

- Garantizar el desarrollo de procesos de veeduría ciudadana en la ejecución de las intervenciones colectivas y documentar e implementar un proceso para la rendición de cuentas.

- Participar en los espacios de análisis y de trabajo convocados por la entidad territorial contratante.

NOTA: - Las Empresas Contratadas para la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, implementarán un plan de fortalecimiento institucional del primer nivel en el marco de la Atención Primaria en Salud, en coordinación con las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, o las entidades que hagan sus veces, con el fin de asegurar el cumplimiento de las obligaciones pactadas.

- Las Empresas o la entidad que haga sus veces, y demás instituciones que sean contratadas para la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC deberán dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022 y Resolución 2336 de 2023 o las normas que lo modifiquen o deroguen.

- Las entidades promotoras de salud o quien haga sus veces, conforme con los principios de complementariedad y concurrencia, coordinarán con la entidad territorial y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas que las actividades incluidas en el Plan de Beneficios en Salud se realicen de manera complementaria y articulada con el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y apunten al logro de los resultados en salud del territorio en el marco de la Atención Primaria en Salud.

1.12. PROHIBICIONES DEL GASTO CON RECURSOS SGP-PIC.

⇒ El talento humano que desarrolla actividades, intervenciones o procedimientos que son financiados con la Unidad De Pago Por Capitación -UPC.

⇒ Servicios y tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios en Salud.

⇒ Adquisición de dispositivos y equipos biomédicos para población con discapacidad, tales como prótesis, órtesis. aparatos y ayudas ortopédicas, entre otros.

⇒ Producción, organización y difusión de información que no esté relacionada con la priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud contenidos en el Análisis de Situación de Salud del territorio y que no generen impacto en las estrategias de promoción y prevención.

⇒ Impresión de objetos promocionales o informativos (agendas, calendarios, camisetas, gorras, botones, prendedores, lapiceros, llaveros, abanicos, vallas, pasacalles, pendones o volantes).

⇒ Intervenciones que son competencia de otros sectores administrativos (educación, deporte, ambiente, entre otros) o actores, por ejemplo, compra y/o entrega de aumentos.

1.13. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO.

Conforme al objeto y descripciones, se trata de un Contrato de Prestación de Servicios, según las formas a título enunciativas contempladas en el artículo 32 de la Ley 80 de 1993. El contrato de prestación de servicios, jurídicamente es un contrato de prestación de servicios, así se establece en el Código Civil en sus artículos 1542 y 1544· Artículo 1544 del Código Civil: "*En el arrendamiento de obras o servicios, una de las partes se obliga a ejecutar una obra o a prestar un servicio por un precio cierto.",* regulado por las Leyes 80 de 1993, 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015.

1.14. RÉGIMEN JURÍDICO APLICABLE.

Las acciones objeto del presente proceso de contratación, se encuentran contempladas dentro del Plan Territorial de Salud Pública acorde a lo establecido en la Resolución Minsalud N° 1597 de 2025, Anexo Técnico de la Resolución 3280 de 2018 que define la ejecución de recursos del Plan de Intervenciones Colectivas. Para garantizar la aplicación de los principios de transparencia, publicidad y pluralidad en la participación, el proceso de contratación respectivo se desarrollará por invitación pública mediante Licitación Pública.

Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y sus decretos reglamentarios, en especial el Decreto Compilatorio 1082 de 2015 y demás normas concordantes o complementarias. Para aquellos aspectos no regulados en las normas anteriores, se aplicarán las normas comerciales y civiles pertinentes, así como las reglas previstas en este pliego de condiciones, o en las adendas que se expidan durante el desarrollo de este proceso. También tendrán aplicación las normas legales que se dicten sobre la materia durante el desarrollo de esta contratación y que deban empezar a regir durante la vigencia de la misma, con las excepciones que al respecto se determinen y las que se desprendan de las normas generales sobre vigencia de normas.

El artículo 2, Numeral 1 de la Ley 1150 de 2007 concordante con el artículo 30 de la Ley 80 de 1993, establece: "De las modalidades de selección. La escogencia del contratista se efectuará con arreglo a las modalidades de selección de licitación pública, selección abreviada, concurso de méritos y contratación directa, con base en las siguientes reglas: 1. Licitación pública. La escogencia del contratista se efectuará por regla general a través de licitación pública, con las excepciones que se señalan en los numerales 2, 3 y 4 del presente artículo. Cuando la entidad estatal así lo determine, la oferta en un proceso de la licitación pública podrá ser presentada total o parcialmente de manera dinámica mediante subasta inversa, en las condiciones que fije el reglamento."

Conforme al valor del presupuesto asignado, la modalidad de selección del contratista se efectuará mediante LICITACIÓN PÚBLICA, siguiendo las normas establecidas en el Estatuto Contractual acorde con la tabla de contratación de la vigencia, establecida según el movimiento del presupuesto de ingresos y gastos.

Igualmente, en cumplimiento a lo establecido en el artículo 2.2.1.1.2.2.2 del Decreto 1082 de 2015, la Entidad debe determinar la oferta más favorable para el caso de licitación teniendo en cuenta: "a) La ponderación de los elementos de calidad y precio soportados en puntajes o fórmulas; o b) La ponderación de los elementos de calidad y precio que representen la mejor relación de costo-beneficio.".

Así mismo se tiene en cuenta lo establecido en la Resolución No.1739 de mayo 21 de 2014, Manual de Contratación del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, en su numeral 7.9.1.1. reza de manera literal: que la licitación pública corresponde a la modalidad de selección objetiva de los contratistas del Instituto Departamental de Salud que debe adelantarse como regla general, mientras que las otras modalidades de selección como la selección abreviada, el concurso de méritos y la contratación directa se aplican como excepción.

Esta modalidad de selección de la oferta más favorable a la entidad es más rigurosa en función de elementos tales como la cuantía y el tipo o naturaleza del contrato o el objeto de los bienes y servicios requeridos.

La licitación pública debe aplicarse cuando no exista una causal expresamente señalada en la ley que permita el uso de las modalidades de selección abreviada, concurso de méritos y contratación directa.

1.15. RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.

El régimen jurídico aplicable al presente proceso de Licitación Pública será el contenido en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, y en especial lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015, el presente pliego de condiciones, las leyes civiles y comerciales y demás disposiciones legales vigentes que adicionen, complementen o regulen la materia.

La modalidad de selección de la oferta más favorable escogida por la entidad, una vez verificado el objeto a contratar, la cuantía

del proceso y conforme lo señalado en los correspondientes estudios y documentos previos y en la ley, es la Licitación Pública motivo por el cual los procedimientos del presente proceso se regirán y ceñirán a lo reglamentado para esta modalidad en el Decreto 1082 de 2015.

El presente documento define los términos y condiciones a los que se sujetara el proceso de selección para la escogencia del contratista, así como el objeto del contrato, su regulación jurídica, los derechos y obligaciones de las partes, la determinación y ponderación de los factores objetivos de selección y la celebración del contrato que se pretende suscribir.

Las inhabilidades son prohibiciones para concurrir a los procedimientos de selección y para contratar con el Estado, que se derivan: i) de la existencia de comportamientos reprochables o de sanciones anteriormente impuestas, ii) de vínculos personales relativos al parentesco o al estado civil o iii) de una actividad u oficio que se desempeñó en el pasado. De otro lado, las incompatibilidades, según un sector de la doctrina, son prohibiciones para participar en los procedimientos de selección y para celebrar contratos estatales, fundadas en la presencia de una calidad que ostenta el sujeto interesado en realizar alguna de dichas actividades, que no puede coexistir con su calidad de proponente o contratista del Estado. En todo caso, a pesar de la existencia de distintos criterios para diferenciar las inhabilidades de las incompatibilidades, de la presencia de ellas se derivan las mismas consecuencias jurídicas, esto es, la limitación de la capacidad contractual. De manera que la presencia de ellas impide que se puedan celebrar contratos con el Estado o participar en procedimientos de selección de las entidades estatales, por lo que de cualquiera de ellas se derivan los mismos efectos jurídicos.

Por ello, quienes pretendan participar del proceso de contratación que aquí se detalla, no podrán estar incursos en causales de inhabilidad, incompatibilidad o prohibiciones legales, lo cual quedará definido con la suscripción y firma del ANEXO correspondiente a tal condición por parte de los oferentes, lo cual se tomará bajo gravedad de juramento.

1.16. ENTIDAD CONTRATANTE.

El INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL NORTE DE SANTANDER, en adelante **EL INSTITUTO,** es un establecimiento público, del orden departamental adscrito a la Gobernación del Departamento Norte de Santander, creado mediante Ordenanza N°018 del 18 de julio de 2003, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera, con sede principal en la ciudad de Cúcuta, pero con jurisdicción en todo el territorio del Departamento.

1.17. DOMICILIO Y CORRESPONDENCIA DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.

Para efectos de correspondencia y trámite, el domicilio oficial del INSTITUTO es el siguiente:

Dirección: Av. 0 calle 10 Esquina, 3 Piso, Ed. Rosetal, Cúcuta **Teléfonos:** 5892105, Ext. 114.
Dependencia: Grupo de Recursos Físicos **Fax:** 3336025249
Email: secop@ids.gov.co **Página web:** **www.colombiacompra.gov.co**

1.18. NECESIDADES DEL SERVICIO.

Las acciones objeto de esta contratación, se encuentran enmarcados dentro de las metas de las Dimensiones Prioritarias del PDSP, concordante con el PTS y el Plan de Desarrollo Departamental vigente.

1.19. FINANCIACIÓN Y PRESUPUESTO OFICIAL

Financiación: La financiación del presente proceso, será con cargo a los recursos del Presupuesto de Gastos e Inversión de la Vigencia Fiscal 2025 del INSTITUTO, discriminados en los certificados de disponibilidad Presupuestal así:

	LOTE	VALOR	CDP	FECHA
1	Lote 1	$ 665.000.000	769	28/04/2026
2	Lote 2	$ 90.000.000	770	28/04/2026
3	Lote 3	$ 270.000.000	771	28/04/2026
4	Lote 4	$ 270.000.000	772	28/04/2026
5	Lote 5	$ 393.500.000	773	28/04/2026
6	Lote 6	$ 1.563.700.000	774	28/04/2026
7	Lote 7	$ 570.000.000	775	28/04/2026
8	Lote 8	$ 110.000.000	776	28/04/2026
9	Lote 9	$ 572.400.000	777	28/04/2026
10	Lote 10	$ 225.000.000	778	28/04/2026

11	Lote 11	$	50.000.000	779	28/04/2026
12	Lote 12	$	745.000.000	780	28/04/2026
13	Lote 13	$	270.000.000	781	28/04/2026

Los anteriores certificados de disponibilidad presupuesta, respaldan el presente proceso, expedidos por quien ejerce las funciones de jefe de Presupuesto en el INSTITUTO.

Presupuesto Oficial: El valor de la apropiación presupuestal destinada para este proceso de contratación pública es hasta por la suma de CINCO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($5.794.600.000) MONEDA CORRIENTE, subordinados a las respectivas apropiaciones presupuéstales, con cargo al presupuesto de gastos de la vigencia. Este valor constituye por lo tanto el Presupuesto Oficial del proceso. Las ofertas que sobrepasen este presupuesto serán inadmitidas.

1.20. PARTICIPACIÓN Y VEEDURÍAS CIUDADANAS.

En cumplimiento de lo dispuesto en las Leyes 80 de 1993, artículo 60 y Ley 850 de 2003, se convoca públicamente a las veedurías ciudadanas que estén interesadas en realizar control social al presente proceso de contratación, con el fin de que formulen, de considerarlo procedente, las recomendaciones escritas que consideren necesarias para buscar la eficiencia institucional, señalándoles que puedan intervenir en todas las audiencias que se realicen dentro del proceso de selección.

1.21. PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS.

Los proponentes deberán entregar sus propuestas de acuerdo a lo que establece Colombia Compra Eficiente, en la sección habilitada para el recibo de los sobres electrónicos y los documentos anexos en la plataforma SECOP II.

La propuesta de cada interesado en ofertarle al IDS se hará a través de sobre electrónico, el cual debe ser diligenciado y llenado a cabalidad conforme a las condiciones y requisitos señalados en el Pliego, el cual se debe publicar en el portal transaccional de Colombia Compra Eficiente “SECOP II”.

La propuesta debe presentarse dentro del término establecido en el cronograma del proceso contenido en el acto administrativo que ordena su apertura, en original, escrita en cualquier medio mecánico, en español, sin enmendaduras, tachones ni borrones.

Los proponentes deben adjuntar todos los documentos exigidos en el pliego de condiciones en las secciones correspondientes.

Para este efecto, los proponentes deberán examinar cuidadosamente el pliego de condiciones e informarse de todas las exigencias, circunstancias y costos que tengan incidencia de cualquier manera en la oferta y el contrato.

La propuesta deberá tener una vigencia mínima de (90) días contados a partir de la fecha de cierre del presente proceso.

Conforme las normas de Contratación Estatal, no procederá la declaratoria de desierta del proceso de selección cuando sólo se presente una propuesta hábil y ésta pueda ser considerada como favorable para el IDS, acorde con los criterios legales de selección objetiva.

1.22. CONSULTA Y OBSERVACIONES AL PROYECTO DE PLIEGOS.

Los oferentes interesados en consultar y realizar observaciones al proyecto de Pliego de Condiciones, lo podrán hacer en las fechas establecidas en el Cronograma a través de Internet en la página Web del Portal Único de Contratación Estatal del SECOP II: www.colombiacompra.gov.co en la Sección “Mensajes”. Las observaciones recibidas serán analizadas por la entidad, y en caso de considerarlas pertinentes y válidas, las acatará e incluirá en el texto definitivo de los términos de referencia.

Para que la observación al proyecto de pliegos sea válida, es requisito indispensable lo siguiente:

1. Que sea presentada en la Sección “Mensajes” en SECOP II, donde pueda detallarse claramente el nombre completo de la empresa a la que representa, el logo o imagen corporativa si tiene, el número de identificación tributaria (N.I.T.) del interesado, así como el domicilio principal y el teléfono de contacto, evitando con ello suplantaciones o anónimos que pretendan favorecer a terceros.
2. Que quien firma el documento de observaciones se identifique con el nombre completo, número de cédula y cargo o vínculo con la empresa oferente interesada.

1.23. TÉRMINO PARA REALIZAR OBSERVACIONES AL PROYECTO DE PLIEGO DE CONDICIONES.

Dentro del plazo establecido en el cronograma oficial y con el objeto de precisar el contenido y alcance de los prepliegos, los interesados podrán formular consultas y/o observaciones mediante escrito presentado únicamente a través del SECOP II.

Las observaciones presentadas serán analizadas por la entidad y las que sean consideradas relevantes, oportunas, jurídica y técnicamente sustentadas, serán incluidas dentro del Pliego de Condiciones Definitivo. Las observaciones que no cumplan con los requisitos señalados en el numeral anterior no serán tenidas en cuenta.

1.24. FECHA DE APERTURA DEL PROCESO.

Ver cronograma oficial.

El presente proceso de selección inicia formalmente en la fecha de expedición del acto administrativo de que trata el artículo 2.2.1.1.2.1.5. del Decreto 1082 de 2015, fecha que coincidirá con el de su publicación en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP – PORTAL ÚNICO DE CONTRATACIÓN). www.colombiacompra.gov.co.

1.25. CONSULTA DE LOS PLIEGOS DE CONDICIONES DEFINITIVOS.

Los interesados en la presente Convocatoria Pública, pueden consultar el Pliego de Condiciones Definitivo en las fechas establecidas en el Cronograma Oficial en el Portal Único de Contratación Estatal del SECOP: **www.colombiacompra.gov.co**.

1.26. AUDIENCIA Y PROCEDIMIENTO PARA ACLARACIÓN DE LOS PLIEGOS DEFINITIVOS.

A solicitud de cualquiera de las personas interesadas y dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la inserción de LOS PLIEGOS DE CONDICIONES DEFINITIVOS en la página del SECOP II www.colombiacompra.gov.co, se celebrará una audiencia virtual con el objeto de precisar el contenido y alcance de los PLIEGOS y para resolver las dudas que los diferentes proponentes tengan acerca de las condiciones previstas. A la audiencia podrán asistir de manera virtual, los proponentes o su representante autorizado, mediante poder y se efectuara con la asistencia del director del INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE SANTANDER y de los miembros del Comité Técnico de Evaluación designados para el presente proceso. De la audiencia se levantará un acta suscrita correspondiente.

Como resultado de lo debatido en la Audiencia y cuando resulte conveniente, el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER expedirá las modificaciones pertinentes siempre mediante adendas y prorrogará, si fuere necesario, ampliando el plazo de la presentación de propuestas.

Si el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER estima conveniente efectuar aclaraciones o modificaciones a los presentes PLIEGOS DE CONDICIONES, lo hará de oficio, y/o con base en las consultas o solicitudes que se formulen. Esto lo hará solo mediante ADENDAS suscritas por el director de la entidad, los cuales se publicarán en la página Web del Portal Único de Contratación Estatal www.colombiacompra.gov.co – SECOP II.

Las modificaciones al Pliego de Condiciones se adoptarán mediante adendas que harán parte de los mismos, hasta el día señalado en el cronograma del proceso de selección, numeradas y aprobadas por el ordenador del gasto, para que los proponentes cuenten con el tiempo suficiente para ajustar las modificaciones contenidas en ellas y serán publicadas en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP) a través del Portal Único de Contratación www.colombiacompra.gov.co - SECOP II. (Artículo 2.2.1.1.2.2.1. del Decreto 1082 de 2015).

Toda la información sobre preguntas, respuestas, adendas y oficios a los documentos de la Convocatoria Pública suministrados a los proponentes antes de la fecha de cierre de la Convocatoria Pública, deben ser tomados en cuenta en las propuestas y harán parte de los documentos del mismo.

Los PLIEGOS DE CONDICIONES Definitivos, las adendas y aclaraciones mencionados anteriormente, formaran parte integral del contrato o contratos que se suscriban.

NOTA: No habrá lugar a la audiencia de alcance de los pliegos definitivos, si no hay solicitud por parte de alguna de las personas interesadas en participar.

1.27. SITIO DE LA AUDIENCIA.

Virtual, según cronograma.

1.28. PLAZO PARA MANIFESTAR LA INTENCIÓN DE PARTICIPAR EN EL PROCESO DE SELECCIÓN.

Los interesados presentarán las propuestas de esta Selección, en la fecha y hora establecida dentro del cronograma oficial, únicamente a través del Portal del SECOP II de www.colombiacompra.gov.co.

Cada una de las partes que componen la oferta, se diligenciará teniendo en cuenta las instrucciones y formatos contenidos en las condiciones mínimas, sin efectuar cambios en su redacción original y conservando el orden establecido. Si el proponente quisiera adicionar alguna explicación o aclaración, deberá hacerla en carta separada y consignarla dentro de anexo correspondiente.

Todos los gastos que impliquen la preparación y presentación de la propuesta son por cuenta del proponente.

1.29. SORTEO DE OFERENTES.

En la fecha y hora establecida dentro del cronograma de la presente convocatoria pública y sí el número de interesados en participar es superior a diez (10) por LOTE, se realizará el sorteo de consolidación de oferentes, para determinar dentro de este LOTE, un número de hasta diez (10) proponentes quienes podrán presentar oferta. Este sorteo se hará virtual o presencial según se acuerde entre el IDS y los oferentes.

La entidad asignará a cada posible proponente un número, y en presencia de todos los asistentes se introducirán papeletas en esa misma numeración en una bolsa, de la que se extraerán las diez (10) primeras que corresponderán a aquellos que estarán habilitados para presentar propuestas en el presente proceso de selección. De dicha audiencia se dejará constancia en la respectiva acta, que se publicará en el portal Único de Contratación www.colombiacompra.gov.co – SECOP II, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.2.20. del Decreto 1082 de 2015.

Si el número de interesados es inferior a 10, por cada lote no será necesario celebrar audiencia alguna.

1.30. PARTICIPANTES DE LA CONVOCATORIA PÚBLICA.

En el presente proceso de CONTRATACIÓN PÚBLICA, podrán participar en forma independiente las personas jurídicas, nacionales que acrediten la Capacidad, el Recurso Humano, el soporte financiero y los recursos Físicos suficientes para garantizar la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas, objeto del presente proceso selectivo, las cuales se deben hallar legalmente constituidas y acreditando experiencia en el campo del objeto contractual antes de la fecha de apertura de la presente SELECCIÓN.

1.31. REQUISITOS Y CONDICIONES BÁSICAS NECESARIAS DE PARTICIPACIÓN:

1. Ser persona jurídica legalmente constituida.
2. Hoja de vida de la función pública de la persona jurídica y el representante legal.
3. Certificación de la capacidad jurídica del representante legal.
4. No encontrarse incurso en causales de inhabilidad, incompatibilidad o prohibiciones legales vigentes.
5. Presentar la propuesta directamente o por persona legalmente autorizada para el efecto, de acuerdo con la ley.
6. Acreditar el pago de los aportes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y parafiscales.
7. Su objeto social debe permitir la realización de las actividades objeto del contrato resultante de este proceso de selección.
8. Acreditar y presentar el portafolio de servicios.
9. Contar con Registro Único Tributario – RUT vigente.
10. Certificado de antecedentes fiscales.
11. Certificado de antecedentes disciplinarios.
12. Certificado de medidas correctivas y policiales del representante legal.
13. Declaración del representante legal de no hallarse incurso en causales de inhabilidad o incompatibilidad de conformidad a la Ley 80 de 1993.
14. Certificación Bancaria exclusiva para el manejo de recursos PIC.
15. Certificación de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretenden contratar (Como mínimo de dos años).

1.32. PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS.

Los interesados presentarán las propuestas de esta Selección, en la fecha y hora establecida dentro del cronograma oficial, únicamente a través del Portal del SECOP II de www.colombiacompra.gov.co.

Cada una de las partes que componen la oferta, se diligenciará teniendo en cuenta las instrucciones y formatos contenidos en las condiciones mínimas, sin efectuar cambios en su redacción original y conservando el orden establecido. Si el proponente quisiera adicionar alguna explicación o aclaración, deberá hacerla en carta separada y consignarla dentro de anexo correspondiente.

Todos los gastos que impliquen la preparación y presentación de la propuesta son por cuenta del proponente.

1.33. CIERRE DEL PROCESO DE SELECCIÓN.

Se realizará en la fecha señalada en el cronograma, conforme a lo establecido en el cronograma y en portal del SECOP II, fecha en la que se da por concluido el plazo de presentación de propuestas.

El portal del SECOP II genera el acta de cierre del proceso y apertura de sobres (propuestas) correspondiente, lo cual deberá realizar en la fecha y hora previamente acordada.

1.34. CRITERIOS DE DESEMPATE.

En el evento de presentarse empate entre dos o más de los proponentes, la Entidad procederá al desempate según las siguientes reglas:

Artículo 2.2.1.2.4.2.17. Factores de desempate y acreditación. (Adicionado por el artículo 3 del Decreto 1860 del 24 de diciembre de 2021). En caso de empate en el puntaje total de dos o más ofertas en los Procesos de Contratación realizados con cargo a recursos públicos, en los Procesos de Contratación realizados por las Entidades Estatales indistintamente de su régimen de contratación, así como los celebrados por los Procesos de Contratación de los patrimonios autónomos constituidos por Entidades Estatales, el IDS utilizará las reglas allí enunciadas de forma sucesiva y excluyente para seleccionar al oferente favorecido, respetando en todo caso las obligaciones contenidas en los Acuerdos Comerciales vigentes, especialmente en materia de trato nacional.

1.35. FORMA DE PAGO.

El valor del contrato que se suscriba, en cada uno de los lotes, se cancelará de manera bimestral acorde a lo suscrito en los acuerdos de voluntades dispuesto en los anexos del presente proceso, cumpliendo lo señalado por cada por cada programa en los lotes correspondientes, teniendo en cuenta el avance de ejecución de las estrategias y actividades planteadas, hasta agotar el presupuesto oficial del Contrato.

Los pagos estarán sujetos a la presentación de los siguientes documentos: **a.** Certificación, Acta o Constancia de cumplimiento expedida por los responsables de cada proyecto, según obre en el anexo técnico del contrato y en informe que haga constar el avance de ejecución técnico, financiera y demás detalles correspondientes al pago**. b.** Acta de actividades e informe de actividades. **c.** La factura de venta con los respectivos CUPS. **d.** Certificación expedida por el Representante Legal, Contador o Revisor Fiscal, en la que se manifieste que el contratista, se encuentra al día en los pagos de seguridad social y parafiscales del periodo a cobrar. En todo caso, todos los desembolsos estarán sujetos a la disponibilidad del PAC (Programación Anual Mensualizado de Caja).

1.36. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

El plazo de ejecución de las acciones que aquí se describen, es de seis (6) meses desde la fecha de perfeccionamiento de cada uno de los Contratos, en todo caso hasta antes del 30 de diciembre de 2026.

1.37. DE LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS EN LA CONVOCATORIA.

De conformidad con lo establecido en la ley 850 de 2003, EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER convoca a las veedurías ciudadanas establecidas de conformidad con la ley, a desarrollar su actividad durante todas las etapas de la contratación, pudiendo hacer recomendaciones escritas y oportunas ante las entidades determinadas en dicha disposición y ejerciendo libremente su acción veedora.

1.38. LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN.

Los Proponentes pueden voluntariamente suscribir el compromiso anticorrupción contenido en documento Anexo, en el cual manifiestan su apoyo irrestricto a los esfuerzos del Estado colombiano contra la corrupción. Si se comprueba el incumplimiento del Proponente, sus empleados, representantes, asesores o de cualquier otra persona que en el Proceso de Contratación actúe en su nombre, es causal suficiente para el rechazo de la Oferta o para la terminación anticipada del contrato, si el incumplimiento ocurre con posterioridad a la adjudicación del mismo, sin perjuicio de que tal incumplimiento tenga consecuencias adicionales.

En el evento de conocerse casos especiales de corrupción en las Entidades del Estado, se debe reportar el hecho al Programa Presidencial "Lucha Contra la Corrupción" a través de alguno de los siguientes medios: Teléfono desde Bogotá: 5607556 - Teléfono desde fuera de Bogotá: 018000/913040 - Fax: 5658671. Correo electrónico, en la dirección: webmaster@anticorrupción.gov.co; al sitio de denuncias del Programa, en la página web www.anticorrupción.gov.co; correspondencia o personalmente, en la dirección Carrera 8 No. 7-27, Bogotá D.C.

Todo lo anterior, sin perjuicio de denunciar el hecho ante las autoridades competentes. En todas las actuaciones derivadas de las estipulaciones del presente pliego de condiciones y el contrato que forma parte del mismo, el proponente obrará con la transparencia y la moralidad que la Constitución Política y las Leyes consagran.

1.39. DILIGENCIA DEBIDA E INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO Y EL CONTRATO. PUBLICIDAD A TRAVÉS DEL SECOP.

Por la sola presentación de la propuesta se considera que el proponente ha realizado el examen completo de todos los aspectos que inciden y determinan la presentación de la misma.

El Proyecto de Pliego y el Pliego de Condiciones Definitivo del presente proceso de selección se podrá consultar en el SECOP en la página web: www.colombiacompra.gov.co, junto con los estudios y documentos previos. Así mismo se podrán consultar en el LOTE de Recursos Físicos del INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD, ubicado en la Avenida 0, calle 10 esquina, Edificio Rosetal, Oficina 311 de la ciudad de Cúcuta.

La exactitud, confiabilidad o integridad de la información que tenga a bien consultar el proponente, se encuentra bajo su propia responsabilidad, e igualmente la interpretación que haga de la información que obtenga a partir de las aclaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia, visita o reunión.

Es responsabilidad del proponente, asumir los deberes de garantía asociados con el objeto del contrato que se solicita a través del presente proceso de selección, conocer plenamente las condiciones técnicas de los bienes o servicios a contratar, sin perjuicio de la facultad que asiste a los interesados de solicitar por escrito información puntual que les permita precisar los aspectos que puedan incidir en la formulación de su propuesta.

Los documentos que se expidan con ocasión del proceso de selección serán comunicados mediante su publicación en el SECOP - www.colombiacompra.gov.co – con lo cual se presume su conocimiento por parte de los interesados, salvo que por la naturaleza del mismo requiera de una formalidad distinta para su comunicación. El proponente deberá informarse sobre los requisitos legales aplicables al presente proceso de selección, es decir, la legislación vigente en la República de Colombia que regula el procedimiento de selección y el contrato que se celebrará.

El hecho que el proponente no haya obtenido toda la información que pueda influir en la determinación de su oferta, no lo eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que le correspondan, ni les dará derecho a reclamaciones, reembolsos, ajustes de ninguna naturaleza o reconocimientos adicionales por parte del contratante, en el caso de que cualquiera de dichas omisiones derive en posteriores sobrecostos.

1.40. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTO DE INTERESES.

En concordancia con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.2.2.5. del Decreto 1082 de 2015, se encuentran inhabilitados para presentar propuestas: "*Inhabilidades con ocasión de la presentación de otras ofertas. Para efectos de establecer el oferente que debe ser inhabilitado cuando en un mismo Proceso de Contratación se presentan oferentes en la situación descrita por los literales (g) y (h) del numeral 1° del artículo 8° de la Ley 80 de 1993 y poder establecer la primera oferta en el tiempo, la Entidad Estatal debe dejar constancia de la fecha y hora de recibo de las ofertas, indicando el nombre o razón social de los oferentes y sus representantes legales.*"

Así mismo al tenor del artículo 26, numeral 7 de la Ley 80 de 1.993, "Los contratistas responderán por haber ocultado al contratar, inhabilidades, incompatibilidades a prohibiciones, o por haber suministrado información falsa".

TAMBIÉN DEBE DECLARAR QUE NO EXISTEN CONFLICTOS DE INTERÉS QUE AFECTEN LA PARTICIPACIÓN O EVENTUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL. (CÓDIGO GENERAL DISCIPLINARIO (LEY 1952 DE 2019) Y NORMAS DE TRANSPARENCIA COMO LA LEY 2013 DE 2019).

Se entiende que el Proponente por el solo hecho de enviar propuestas debidamente firmadas, afirma y expresa bajo gravedad de juramento que no se encuentra dentro de las causales mencionadas, ni en las enumeradas expresamente en la Ley 1952 de 2019 o en las demás normas complementarias o adicionales que hacen parte del ordenamiento jurídico vigente.

1.41. ANÁLISIS DE RIESGO.

El INSTITUTO, de acuerdo con las disposiciones del artículo 4 de la ley 1150 de 2007 y de los artículos 2.2.1.1.1.3.1., 2.2.1.1.1.6.1., 2.2.1.1.1.6.3. y el numeral 2 del artículo 2.2.1.2.5.2. del Decreto 1082 de 2015 y con base en la Metodología para identificar y clasificar los riesgos elaborado por Colombia Compra Eficiente procede a tipificar, estimar y asignar los riesgos de la presente contratación. Seguidamente, se identifican y describen los riesgos, según el tipo y la etapa del proceso de contratación en la que ocurre. Luego, se evalúan los riegos teniendo en cuenta su impacto y su probabilidad de ocurrencia y finalmente, se establece un orden de prioridad teniendo en cuenta los controles existentes y el contexto de los mismos, así:

SE ADJUNTA MATRIZ DEL RIESGO EN ARCHIVO FORMATO EXCEL LA CUAL, PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, ES LA MISMA QUE SUSTENTA LOS CORRESPONDIENTES ESTUDIOS PREVIOS DE OPORTUNIDAD Y CONVENIENCIA.

1.42. ANÁLISIS DE LA EXIGENCIA DE LAS GARANTÍAS DEL PROCESO Y DEL FUTURO CONTRATO.

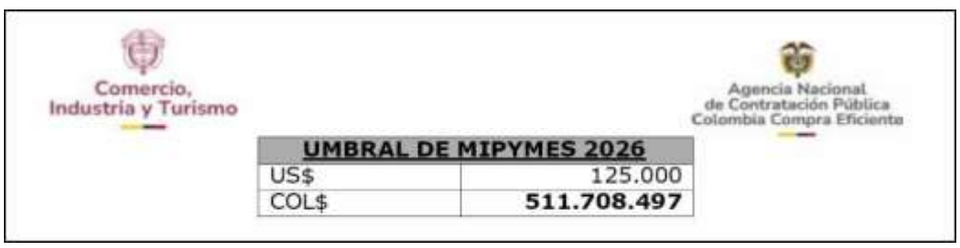
Previo análisis de los riesgos a que puede estar expuesto el INSTITUTO, en razón del objeto, la naturaleza y las características del contrato a ejecutar, se considera con el fin de mantener indemne a la Entidad frente a eventuales daños, que el contratista debe otorgar como mecanismo de cobertura del riesgo la constitución de una póliza de seguros a favor de entidades estatales de conformidad a las estipulaciones descritas en el Decreto 1082 de 2015 que garantice de cumplimiento de sus obligaciones y que cubra los perjuicios derivados del incumplimiento de las obligaciones legales o contractuales a cargo del contratista, cuyo monto, vigencia y amparos, cumpla con los siguiente parámetros:

AMPAROS EXIGIBLES	SI	(%)	VIGENCIA
Compromisorias			
Garantía de seriedad del ofrecimiento	**X**	10 %	Noventa (90) días calendario, contados a partir de la fecha de presentación de la oferta hasta la aprobación de la garantía que ampara los riesgos propios de la etapa contractual
Cubrimiento con Garantía Única ya en contrato			
Cumplimiento de obligaciones surgidas del contrato	**X**	10 %	Plazo de ejecución del contrato y seis (6) meses más
Calidad de la prestación de los servicios	**X**	20 %	Plazo de ejecución del contrato y seis (6) meses más

1.43. DETERMINACIÓN DE SI EL PROCESO ESTÁ COBIJADO POR UN TRATADO O ACUERDO INTERNACIONAL.

La presente contratación **NO SE ENCUENTRA COBIJADA** teniendo en cuenta las reglas de exclusiones de aplicabilidad y excepciones establecidas en el Anexo 4 “Lista de excepciones a la aplicación de los Acuerdos Comerciales” del Manual para el manejo de los Acuerdos Comerciales en Procesos de Contratación”.

De conformidad con lo previsto en el artículo 5 del Decreto 1860 de 2021, que modifica el artículo 2.2.1.2.4.2.2. del Decreto 1082 de 2015, y el anexo 4 del manual para el manejo de los acuerdos comerciales en Procesos de Contratación, las convocatorias limitadas a MiPymes se encuentran excluidas de la aplicación de los acuerdos comerciales. El umbral para la limitación de MiPymes será el previsto por la norma equivalente a ciento veinticinco mil dólares de los Estados Unidos de América (US$125.000).



Sin embargo, si aplica para los siguientes acuerdos o tratados comerciales: El **Acuerdo Comercial con Guatemala, El Salvador** y la Decisión 439 de 1998 de la **Secretaría de la CAN**, ya que estos son aplicables a todos los Procesos de Contratación de las Entidades Estatales de nivel departamental, independientemente del valor del Proceso de Contratación.

Acuerdo Comercial / País	Valor a partir del cual el Acuerdo Comercial es aplicable	Aplica

GUATEMALA	Bienes y servicios cualquier valor	**SI**
EL SALVADOR	Bienes y servicios cualquier valor	**SI**
CAN (Decisión 439/98)	Bienes y servicios cualquier valor	**SI**

1.44. REGIMEN FISCAL DEL PROPONENTE.

Las propuestas deben indicar el Régimen tributario al que pertenece el proponente, es decir si se encuentra clasificado como simplificado o común; así mismo manifestar si es autorretenedor, gran contribuyente o si pertenece a algún régimen tributario especial.

1.45. ESTUDIOS PREVIOS

El INSTITUTO inserta el documento de Estudios Previos de Oportunidad y Conveniencia en el portal del SECOP www.colombiacompra.gov.co, los cuales pueden complementar o aclarar estos pliegos. Los estudios previos hacen parte integral del proceso de contratación respectivo y el INSTITUTO asume que quienes presentan propuesta, conocen el contenido de los Estudios Previos, así como anexos técnicos y acuerdo de voluntades.

1.46. INDISPONIBILIDAD DEL SECOP II PARA PRESENTAR OFERTAS.

En caso de que la plataforma SECOP II presente fallas que afecten la disponibilidad para la presentación de ofertas, el proponente deberá llamar a la Mesa de Servicio de Colombia Compra Eficiente e informar una posible falla atribuible al SECOP II.

Una vez informada la indisponibilidad del SECOP II para presentar ofertas, deberá enviar de inmediato Y ANTES DE LA HORA ESTABLECIDA PARA EL CIERRE un correo electrónico a la Entidad informando sobre la imposibilidad de presentar la oferta por esta situación, indicando además el nombre de su usuario en la plataforma y la cuenta del proponente que quiere presentar la oferta. El correo electrónico para este fin es secop@ids.gov.co.

El proponente deberá verificar que **Colombia Compra Eficiente haya publicado dentro de las 24 horas siguientes al cierre del Proceso de Contratación un certificado de indisponibilidad del SECOP II**. Si confirma la indisponibilidad, puede presentar su oferta al correo electrónico anteriormente enunciado, dentro de las 48 horas siguientes al momento previsto para el cierre.

Cualquier persona puede solicitar a la Entidad Estatal el rechazo de ofertas externas que no tengan sustento en un certificado de indisponibilidad expedido por Colombia Compra Eficiente.

Para más información, los proponentes pueden verificar el procedimiento de cargar ofertas cuando existe indisponibilidad de la plataforma SECOP II, en el siguiente enlace: https://www.colombiacompra.gov.co/wp-content/uploads/2024/09/guia_indisponibilidad_secopii.pdf

NOTA: EL OFERENTE ESTA EN LA OBLIGACIÓN DE CARGAR EN EL SECOP II TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA ENTIDAD, DEBIDAMENTE SUSCRITOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA).

EN CASO DE QUE EL OFERENTE NO PUEDA ACCEDER A LA PLATAFORMA DEL SECOP II, PODRÁ ENVIAR SU OFERTA MEDIANTE EL CORREO ELECTRÓNICO: secop@ids.gov.co, SIGUIENDO EL PROCEDIMIENTO PREVISTO EN LA "GUÍA PARA ACTUAR ANTE UNA INDISPONIBILIDAD DEL SECOP II".

1.47. ADENDAS.

LA ENTIDAD si lo estima conveniente podrá modificar el Pliego de Condiciones definitivo. Toda modificación deberá emitirse por escrito, en documento separado, mediante adenda numerada en forma consecutiva, las cuales se entienden incorporadas al pliego de condiciones y serán publicadas en la plataforma del SECOP II dentro del proceso indicado.

Límite para la expedición de Adendas: Se determina que la modificación del pliego de condiciones se realizará a través de adendas de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.2.2.1 del Decreto 1082 de 2015.

El IDS podrá expedir adendas para modificar el cronograma una vez vencido el término para la presentación de las ofertas y antes de la adjudicación del contrato.

El plazo máximo dentro del cual podrán publicarse adendas, será el establecido en el cronograma de actividades del proceso de selección, advirtiéndose que las mismas solo se podrán publicar a más tardar el día hábil anterior al vencimiento del plazo para presentar ofertas a la hora fijada para tal presentación, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., por la plataforma del SECOP II.

Todas las adendas al Pliego de Condiciones, deberán ser tenidas en cuenta para la estructuración de las propuestas.

1.48. SUPERVISIÓN DEL CONTRATO.

El INSTITUTO ejercerá el control y vigilancia de la ejecución de los Contratos que se suscriban por cada uno de los lotes descritos, a través de los funcionarios que se designen mediante actos administrativos que se cargarán respectivamente dentro de este proceso, los cuales ejercerán como supervisores y tendrán como función verificar el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA para lograr el cumplimiento de los fines de la contratación respectiva.

Los Supervisores ejercerán, en nombre del INSTITUTO, un control integral sobre el desarrollo y ejecución del proceso contractual, para lo cual podrán, en cualquier momento, exigir al contratista la información que consideren necesaria, así como la adopción de medidas para mantener durante el desarrollo y ejecución del contrato, las condiciones técnicas, económicas y financieras existentes al momento de la celebración del mismo. Así mismo, es responsabilidad de éstos, la revisión de los documentos y soportes contractuales que se generen en desarrollo del contrato respectivo.

1.49. PROPUESTA ECONÓMICA.

La propuesta económica se debe diligenciar de acuerdo con lo relacionado en el Anexo técnico respectivo, por cada uno de los lotes, y cumplir con las especificaciones técnicas descritas en los demás documentos que se relacionan y hacen parte integral del presente proceso.

El contenido económico de cada LOTE, no podrá sobrepasar el valor total del lote o LOTE.

El valor de la propuesta deberá establecerse en pesos colombianos; no se aceptarán precios en otras monedas, salvo cuando se autorice expresamente lo contrario.

Las sumas cotizadas por el PROPONENTE, se entenderán que contemplan la totalidad de los costos en que incurrirá el CONTRATISTA para la ejecución y cumplimiento del contrato, razón por la cual LA ENTIDAD no reconocerá costo adicional alguno por este concepto.

Los valores unitarios deben presentarse en números enteros sin la existencia de decimales.

Para efectos de la revisión y corrección aritmética, se revisarán las operaciones elaboradas por el PROPONENTE en el Anexo correspondiente con el fin de establecer si encuentra la oferta del valor unitario de cada ítem dentro del presupuesto oficial asignado para dicho ítem.

Los errores aritméticos serán corregidos por LA ENTIDAD en el Anexo correspondiente con base en los precios unitarios presentados por el PROPONENTE, de modo tal que se pueda precisar el valor total de la propuesta por ítem/lote. (cuando aplique).

Si existiese discrepancia entre el valor unitario y el valor total de algún ítem, prevalecerá el valor unitario y el valor total será el que resulte de multiplicar el valor unitario por las cantidades correspondientes (cuando aplique).

El valor corregido de la oferta será el utilizado para la comparación con las otras ofertas, y será el que se tendrá en cuenta para la evaluación.

Será responsabilidad exclusiva del oferente los errores u omisiones en que incurra al indicar el valor unitario, debiendo asumir los mayores costos o pérdidas que se deriven de dichos errores u omisiones.

NOTA 1: REAJUSTE DE PRECIOS: El IDS no reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el oferente debe proyectar el valor de la oferta por el tiempo de ejecución del mismo. Estos valores no estarán sujetos a modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considera costos adicionales.

NOTA 2: Si de acuerdo con la información obtenida por la entidad en su deber de análisis, el valor de la oferta económica resulta artificialmente baja, se requerirá al oferente para que explique las razones que sustenten el valor por el ofertado y en general se dará aplicación al artículo 2.2.1.1.2.2.4 del Decreto 1082 de 2015.

NOTA 3: El proponente en la Sección de Oferta Económica de la plataforma SECOP II deberá diligenciar el valor total de su propuesta económica correspondiente al lote para el cual se presenta.

1.50. GENERALIDADES DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN.

El INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER, es el establecimiento público del orden departamental creado por ordenanza No. 018 de 2003, encargado de la ejecución de la política pública de Salud en Norte de Santander. Su Dirección debe desarrollar su misión atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia y de sus planes de acción, ejecutando actividades y procesos para alcanzar las metas institucionales.

Como ente territorial responsable de la vigilancia, seguimiento y control al SGSSS, debe gestionar y realizar todos los procedimientos administrativos y contractuales que sean necesarios para garantizar la correcta ejecución del Plan Territorial de Salud Pública en el marco del fortalecimiento a la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.
Dirigir y ejecutar las políticas planes programas y proyectos del sistema general de seguridad social, promover acciones de promoción y prevención en el departamento, fundamentado en el plan de salud departamental, conforme a las disposiciones del sistema de salud pública, plan de desarrollo y plan de acción, así como las demás regulaciones que rigen la materia. Dentro sus funciones se encuentran tales como Inspeccionar y vigilar la aplicación en el ámbito Departamental de las normas científicas técnicas y administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes del sector. Diseñar y dirigir planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud a cargo del departamento, en coordinación con las demás autoridades competentes del mismo sector.

Con el propósito de garantizar la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas se requiere la contratación del desarrollo de las acciones descritas en estos estudios para lograr el cumplimiento de las metas previstas en las Dimensiones del PDSP incluidas en el PTS, teniendo como fundamentalmente lo establecido en la Resolución Minsalud N°1597 de 2025 y Resolución 3280 de 2018.

1.51. OFERTA COMPLETA E INCONDICIONAL.

La oferta debe presentarse por el proponente de forma completa para el respectivo lote, para el cual se presenta; para este proceso se considerará que la oferta está completa cuando:

- Suministra toda la información requerida puntuable y que cumpla con todos los parámetros señalados en el Pliego de condiciones para efectos de la comparación objetiva.
- Se ajuste a las especificaciones técnicas contenidas en el capítulo de Especificaciones mínimas Técnicas y el anexo respectivo, así como la aceptación del acuerdo de voluntades que hace parte integral de este proceso.

NOTA: Los ofrecimientos indeterminados, ambiguos, inconsistentes, imprecisos o sin parámetros exactos para su comparación en igualdad de condiciones con las demás propuestas, no serán considerados.

1.52. UNA PROPUESTA POR PROPONENTE.

Será causal de rechazo la presentación de varias ofertas, por el proponente, para un mismo lote.

1.53. PROPUESTAS ALTERNATIVAS.

El IDS NO aceptará propuestas alternativas al total de los requerimientos exigidos por cada lote. En caso de que se presenten serán rechazadas.

1.54. COSTO DE PREPARACIÓN Y ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA.

Cada proponente sufragará todos los costos, tanto directos como indirectos, relacionados con la preparación y presentación de su propuesta, por lo cual la Entidad Contratante, no será responsable en ningún caso de dichos costos, cualquiera que sea el resultado del proceso de selección.

Es responsabilidad exclusiva del proponente establecer, calcular y asumir los impuestos, tasas y contribuciones, así como los demás gastos impositivos y aduaneros a que haya lugar, y de cualquier otra naturaleza que conlleve la celebración del contrato, según la asignación de costos prevista en el presente pliego de condiciones.

CAPITULO II – REQUISITOS HABILITANTES

2. REQUISITOS HABILITADORES.

Para que la administración pueda realizar una selección objetiva del presente proceso, es necesario que se reciban ofertas de personas naturales o jurídicas debidamente constituidas, cuyo objeto social sea igual o similar al objeto de la presente Licitación Pública.

Para ello, la entidad ha determinado que es necesario que los participantes demuestren que se trata de empresas con capacidad financiera suficiente para cumplir con los cometidos contractuales que se acuerden, siendo necesario que se habiliten su capacidad financiera, jurídica y que cuenten con experiencia en el desarrollo de negocios iguales o similares al de la presente contratación.

Se requiere que el futuro contratista cuente con una margen de solvencia financiera y económica adecuada, teniendo en cuenta que, aunque el pago es posterior al recibo de los bienes a satisfacción por parte de la entidad, es imperativo que cuente con capital de trabajo suficiente para cumplir con los compromisos laborales y el plazo de entrega acordado.

Para ello y en base a las disposiciones contempladas en el Decreto 1082 de 2015, a la jurisprudencia y a la doctrina sobre la materia, se determina la verificación de las siguientes capacidades y condiciones de cumplimiento de los futuros participantes.

Estos requisitos serán objeto de verificación y habilitación, más no de calificación. El incumplimiento total o parcial de alguno de ellos, dará lugar a la no habilitación de la propuesta.

- Capacidad Jurídico-Administrativa.
- Capacidad Financiera
- Condiciones de Experiencia

Lo anterior teniendo en cuenta la responsabilidad y deber de la administración en fijar las condiciones y requisitos que debe cumplir quienes aspiren a suscribir un contrato con el estado.

2.1. CAPACIDAD JURÍDICO-ADMINISTRATIVA.

La capacidad jurídico-administrativa se analizará verificando los documentos y el cumplimiento de los requisitos señaladas dentro de estos pliegos y su cumplimiento será HABILITANTE o DESHABILITANTE dependiendo de su resultado se identificará (**CUMPLE/NO CUMPLE)**

Documentos necesarios para verificar la capacidad jurídico-administrativa de los proponentes:

2.1.1. Carta de presentación de la propuesta: La carta de presentación de las propuestas deben estar suscritas por el Representante Legal y deberán contener la información solicitada en el **ANEXO #1.**

En la carta de presentación el oferente deberá indicar toda la información suministrada según el lote en el cual desee presentarse.

La carta debe relacionar el desarrollo de la propuesta en su totalidad por cada uno de los lotes, así como la aceptación de los documentos que se anexan por cada uno de los programas que lo conforman, así mismo deberán presentar la aceptación del acuerdo de voluntades, dispuesto por cada lote.

El proponente debe señalar la dirección comercial y electrónica donde recibirá cualquier comunicación y manifestar que se conocen y aceptan todas las especificaciones y condiciones consignadas en el Pliego de Condiciones y estudios previos.

Con la suscripción de la carta de presentación de la propuesta se entiende que el proponente manifiesta bajo la gravedad del juramento, que no se encuentra incurso en cualquiera de las causales de inhabilidad o incompatibilidad señaladas en la Ley.

2.1.2. Certificado de capacidad jurídica: El proponente deberá acreditar que tiene la capacidad jurídica, que está legalmente constituido aportando documento que así lo pruebe y en el que reconozca su existencia y representación legal.

2.1.3. Termino de Validez de la Propuesta. El proponente deberá indicar el término dentro del cual el INSTITUTO puede considerar válida su propuesta, dicho término empezará a contarse desde el día hábil siguiente al vencimiento del término para recepción de las ofertas y no podrá ser inferior a noventa (90) días calendario.

2.1.4. Registro Único Tributario: El proponente deberá aportar el certificado de Registro Único Tributario expedido por la DIAN, debidamente actualizado.

2.1.5. Declaración de no hallarse incurso en inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones o conflicto de intereses. El proponente declara que no se encuentra incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en el artículo 8° de la Ley 80 de 1993 ni demás normas relacionadas y que, por tanto, no se encuentra impedido para contratar con el INSTITUTO. **El ANEXO #2** deberá estar debidamente firmado por el Representante Legal.

2.1.6. Certificación sobre cumplimiento de obligaciones parafiscales y de seguridad social: De conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, a la fecha de la presentación de la propuesta, el oferente deberá certificar el cumplimiento de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje- SENA, con Certificación expedida por el Representante Legal y manera conjunta con el Revisor Fiscal si es el caso, en el que certifique que la empresa se encuentra a paz y salvo con el pago de aportes parafiscales y al Sistema de Seguridad Social, durante la vigencia a la presentación de la propuesta y al momento de presentar la factura de cobro de cada mensualidad.

2.1.7. Manifestación de interés en participar: La entidad verificará lo pertinente, revisando que la misma se haya efectuado en los plazos, requisitos y términos establecidos en el presente documento. **ANEXO #3 (procedimiento directo en la plataforma Secop II).**

2.1.8. Fotocopia del documento del Representante Legal. Se debe adjuntar copia simple y legible del documento de identidad del Representante Legal. En caso de Consorcios o Uniones Temporales, se debe adjuntar la de la persona que lo representa legalmente de acuerdo al documento de constitución del Consorcio o Unión.

2.1.9. Certificados de antecedentes fiscales, disciplinarios, policiales y de medidas correctivas. Adjuntar los correspondientes a la empresa y al representante legal.

2.1.10. Propuesta Técnica y Económica: El proponente debe presentar su propuesta en la cual se detalle técnica y económicamente el ofrecimiento que será objeto de análisis por parte de la entidad. LA PROPUESTA NO PUEDE SER PRESENTADA CON CENTAVOS.

El valor total de la Propuesta Económica incluido el IVA y los demás impuestos inherentes, no podrá exceder el valor del presupuesto oficial estimado por el INSTITUTO para la presente convocatoria; en caso que la oferta supere el presupuesto oficial destinado a la contratación, la oferta será rechazada.

IMPORTANTE: EI INSTITUTO, para esta Convocatoria Pública no admite la presentación de ofertas parciales.

2.1.11. Certificación de personal idóneo: Como parte de la propuesta, el oferente debe certificar, lo cual se entiende bajo gravedad de juramento, que las personas que desarrollarán la ejecución de las acciones, son idóneas, con experiencia en el desarrollo de tales acciones, así como la certificación de que dispondrá de un coordinador que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, de manera territorializada y permanente. Este coordinador debe cumplir con el perfil establecido por la entidad territorial y para el caso de los departamentos, distritos y municipios categoría 1, 2 y 3 deberá acreditar experiencia en salud pública.

2.1.12. Certificación de cumplimiento de normas del SG-SST. El oferente debe aportar documento de acreditación de la empresa en la implementación de fases del ST-SST de fecha de expedición no mayor a diez (10) días.

2.1.13. Certificación de cumplimiento de la experiencia: El oferente debe aportar documento de acreditación de que la empresa cuenta como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar.

2.1.14. Aceptación del acuerdo de voluntades dispuesto por cada LOTE, así como la revisión de los anexos técnicos y demás documentos que hacen parte integral de este proceso. ANEXO #4.

2.1.15. Los demás documentos no especificados en este numeral, pero enunciados dentro del presente Pliego de Condiciones. Adjuntar los documentos y requisitos no señalados en este numeral pero que sean fundamentales para la evaluación integral de la oferta.

2.1.16. EXCEPCIÓN DEL RUP EN EL PROCESO. Para un proceso de contratación del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), la justificación técnica y jurídica para no exigir el Certificado de Registro Único de Proponentes, radica en que la naturaleza es 100%

de prestación de servicios de salud orientada a la comunidad. Dado que actualmente rige la Resolución Minsalud 1597 de 2025, la cual redefine el PIC como un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades de salud fundamentales, es importante manifestar que, aunque el proceso que se pretende adelanta sea mediante Licitación Pública (por el monto), la ley es clara: la excepción del RUP no depende de la modalidad de selección, sino de la naturaleza del objeto contractual.

Fundamento: Ley 1150 de 2007, Artículo 6, Parágrafo 1, literal (g).
Argumento: Los procesos del PIC son, por definición, contratos para la prestación de servicios de salud. Al estar orientados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco del modelo preventivo y predictivo, encajan perfectamente en la excepción legal que exonera de la obligación de estar inscrito en el RUP.

Justificación de la No Exigencia de RUP:

El objeto del presente proceso consiste en la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual se compone de una serie de intervenciones de salud pública (procedimientos, actividades y tecnologías) definidas en la Resolución 1597 de 2025.
Teniendo en cuenta que el alcance de estas actividades es de carácter técnico-asistencial en salud, se configura la excepción prevista en el literal (g) del Parágrafo 1 del Artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, la cual establece que para los contratos de prestación de servicios de salud no se requerirá de la inscripción en el Registro Único de Proponentes (RUP).

En su lugar, la entidad verificará la capacidad técnica y operativa mediante el cumplimiento de los Requisitos de Habilitación ante la autoridad sanitaria competente, asegurando la idoneidad del prestador para la ejecución de las acciones de salud pública en el departamento.

Considerando entonces, que el objeto del presente proceso de Licitación Pública consiste en "CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA EJECUCCIÓN DE ACCIONES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE EXTERNALIDAD EN LA SALUD PÚBLICA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CONFORME AL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, RESOLUCIÓN MINSALUD 1597 DE 2025 Y RESOLUCIÓN MINSALUD 3280 DE 2018, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER"], esta entidad territorial, en observancia de lo dispuesto en el **Parágrafo 1 del Artículo 6 de la Ley 1150 de 2007**, se abstiene de exigir el Registro Único de Proponentes (RUP). Lo anterior, debido a que la norma exceptúa expresamente los contratos de prestación de servicios de salud de la obligación de registro, priorizando la verificación de las condiciones de idoneidad y habilitación técnica propias del sector salud sobre los requisitos generales del RUP.

CUANDO EL PROPONENTE NO ALLEGUE O ADJUNTE ALGUNO DE LOS DOCUMENTOS SEÑALADOS EN ESTE CAPITULO, ES DECIR LOS DOCUMENTOS JURÍDICO-ADMINISTRATIVOS SOLICITADOS, SU OFERTA SERÁ TENIDA COMO NO HABILITADA JURÍDICAMENTE, POR LO QUE NO SERÁ OBJETO DE CALIFICACIÓN. ASÍ LO DECLARARA EL INSTITUTO A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO DE ADJUDICACIÓN Y EN EL RESPECTIVO INFORME DE EVALUACIÓN DE PROPUESTAS.

2.2. CAPACIDAD FINANCIERA.

Los índices financieros analizados serán como mínimo los siguientes:

Se analizarán los siguientes indicadores financieros de los proponentes, conforme a los Estados Financieros de los oferentes, de acuerdo con los siguientes aspectos:

INDICADORES DE EQUILIBRIO Y EFICIENCIA	FORMULA	CONDICION
EQUILIBRIO PRESUPUESTAL	RECONOCIMIENTOS / COMPROMISOS	MAYOR A 1
EQUILIBRIO PRESUPUESTAL (SIN CXC y SIN CXP)	RECONOCIMIENTOS / COMPROMISOS	MAYOR A 0,7
EFICIENCIA DEL GASTO	INGRESOS / COSTOS + GASTOS	MAYOR A 1

Criterio de cumplimiento.

Para la evaluación y cumplimiento de indicadores financieros, se debe presentar la Ejecución presupuestal y estados financieros completos con notas a estados financieros a corte 31 de diciembre de 2025.

2.3. CONDICIONES DE EXPERIENCIA.

Esta verificación está orientada a comprobar que el proponente está constituido y en operaciones y que ha tenido experiencia en la prestación de los servicios objeto de la Convocatoria en entidades públicas y por tanto conoce y maneja la prestación de dichos servicios de forma cabal.

Para todos los efectos, se precisa lo siguiente: La experiencia solicitada, la cual para todos los efectos legales quedará conforme lo establece la Resolución Minsalud N.°1597 de 2025 **en el artículo 14: 14.1. Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar.**

Para la verificación de este factor, se desglosarán estos aspectos:

2.3.1. EXPERIENCIA GENERAL O TIEMPO EN EL MERCADO.

El proponente deberá tener mínimo dos (2) años de experiencia general.

NO OTORGA PUNTAJE	
CRITERIO	**CONCEPTO**
El proponente demuestra tener más de dos (2) años de constituido y haber ejecutado intervenciones con el objeto igual o similar al de la presente Convocatoria. Se admite como ente jurídico.	**Habilita**
El proponente no demuestra tener más de dos (2) años de constituido como ente jurídico ni tener objetos en intervenciones con el objeto igual o similar al de la presente Convocatoria.	**Deshabilita**

2.4. CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO.

LA ENTIDAD declarará desierto el proceso de selección cuando se presente cualquiera de las siguientes causales:

Cuando ninguna de las propuestas presentadas se ajuste al presente pliego.
Cuando no se presente ninguna propuesta dentro del término señalado en el pliego.
Cuando el INSTITUTO advierta acuerdos o maniobras fraudulentos por parte de los proponentes durante el proceso que impidan o no garanticen la selección objetiva de la propuesta.
Cuando se presenten las demás circunstancias previstas en el Estatuto General de la Contratación Pública, en las leyes civiles y comerciales y en general en las normas que regulan la materia.
En el evento que el Representante Legal de la entidad o su delegado no acoja la recomendación del comité Evaluador y opte por la declaratoria de desierta del proceso, caso en el cual deberá motivar su decisión.

En cualquiera de los eventos anteriores la decisión se notificará a todos los proponentes.

La declaratoria de desierta únicamente procederá por motivos o causas que impidan la selección objetiva y se declarará en acto administrativo en el que se señalará en forma expresa y detallada las razones que han conducido a esa decisión. En tal caso, la Entidad no es responsable de los gastos en que hubieren incurrido los oferentes para la presentación de las ofertas en el presente proceso de selección.

Si se llegare a declarar desierto el presente proceso y persiste la necesidad de contratar, se adelantará un proceso de contratación conforme a la ley vigente.

2.5. PLAZO CONCEDIDO A LOS NO HABILITADOS PARA QUE SUBSANEN LA AUSENCIA DE REQUISITOS O FALTA DE DOCUMENTOS HABILITANTES.

Los proponentes que según los informes de verificación y evaluación no resultaren habilitados, cuentan hasta el traslado del informe de evaluación para que subsanen la ausencia de requisitos o falta de documentos habilitantes. Lo anterior, se ajusta a lo establecido en el artículo 25 de la ley 80 de 1993 y lo estipulado en el artículo 5 de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 5 de la Ley 1882 de 2018.

El oferente no podrá subsanar aquellos requisitos que en virtud de la normatividad anteriormente indicada no pueden subsanarse.

En el caso de que la entidad estatal requiera la subsanación de las ofertas y el oferente no lo hiciera, deberá justificar de manera integral la razón por la cual no lo hicieron, lo anterior en concordancia con la directiva presidencial 08 de 2022.

CAPITULO III – PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

3. PRESENTACIÓN Y FORMALIDAD DE LA PROPUESTA.

3.1. CONDICIONES INDISPENSABLES.

El Proponente debe cumplir con los siguientes requisitos para poder presentar propuesta:

- ✓ Haber consultado previamente los presentes pliegos de condiciones y demás documentos que hacen parte integral de este proceso.
- ✓ No encontrarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad. Previstas en la Ley 80 de 1993, y la ley 1150 de 2007, o en las enumeradas par la Ley 1474 de 2011.
- ✓ No haber incumplido ningún Contrato anterior con el hoy INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL NORTE DE SANTANDER.
- ✓ Demostrar expresamente que la empresa se encuentra legalmente constituida y que dentro de su objeto social se encuentra la capacidad para desarrollar el objeto de la misma.
- ✓ Tener la infraestructura, capacidad e idoneidad para ejecutar el futuro contrato.

3.2. FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA.

La Propuesta debe ser presentada llenando los requisitos y adjuntando los documentos que se enunciaran más adelante lo cual es de obligatorio cumplimiento a través de la Plataforma del SECOP II, cumpliendo con:

- En idioma castellano.
- Entregadas dentro de los plazos fijados en los presentes pliegos.
- Presentadas junto con todos sus anexos.
- Los documentos electrónicos que se aporten no deben contener borrones, tachaduras o enmendaduras, a menos, que se hagan con salvedad, la cual se entiende hecha con la firma del Representante Legal al pie de la respectiva corrección.
- Firmadas por el proponente, si es persona natural, o por el representante legal, apoderado u otro funcionario con capacidad de representación estatutaria, si es persona jurídica, consorcio o unión temporal. La firma puede ser escaneada o digital.

NOTA 1: El proponente podrá solicitar por escrito con anterioridad al inicio de la diligencia de cierre, la no consideración de su oferta y su retito del proceso. De ello, se dejará constancia en el acta de cierre.

NOTA 2: Cualquier información o documento que se solicite dentro del proceso, deberá presentarse en el portal del SECOP II.

NOTA 3: Al momento de recibir la oferta, el SECOP II dejará constancia de la fecha y hora exacta de presentación, indicando de manera clara y precisa el nombre o razón social del proponente.

NOTA 4: En caso de que los bienes, sean traídos de otros países, deberá el proponente adjuntar los documentos respectivos y necesarios para su entrada al País.

3.3. PLAZOS PARA SUBSANAR DOCUMENTOS FORMALES.

REGLAS DE SUBASABILIDAD. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 1150 de 2007, los proponentes podrán subsanar los REQUISITOS O DOCUMENTOS QUE VERIFIQUEN LAS CONDICIONES DEL PROPONENTE O SOPORTEN EL CONTENIDO DE LA OFERTA Y QUE NO CONSTITUYAN LOS FACTORES DE SELECCIÓN ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD (HABILITANTES O CALIFICABLES) ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD EN EL PRESENTE PLIEGO DE CONDICIONES.

Dichos requisitos y documentos se podrán solicitar sean allegados por los proponentes hasta el término de traslado del informe de evaluación so pena de que precluya la oportunidad para subsanar.

En general, todos los documentos solicitados en el presente proceso son susceptibles de subsanarse o de presentarse antes del acto de adjudicación.

3.4. DOCUMENTOS JURÍDICO-ADMINISTRATIVOS QUE ACOMPAÑAN LA PROPUESTA.

Las propuestas deberán contener siguientes documentos que se detallan a título meramente enunciativo para su HABILITACIÓN:

ÍTEM	REQUISITO / DOCUMENTO
1.	Carta de Presentación de la propuesta debidamente suscrita por el Representante Legal.
2.	Certificado de capacidad jurídica o documento equivalente.
3.	Termino de Validez de la Propuesta.
4.	Registro Único Tributario
5.	Declaración de no hallarse incurso en inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones.
6.	Certificación sobre cumplimiento de obligaciones parafiscales y de seguridad social
7.	Manifestación de interés en participar.
8.	Fotocopia del documento del Representante Legal
9.	Certificados de antecedentes fiscales, disciplinarios, policiales y de medidas correctivas
10.	Propuesta Técnica y Económica
11.	Certificación de personal idóneo
12.	Certificado de capacidad jurídica
13.	Certificación de cumplimiento de la experiencia
14.	Certificación de cuenta bancaria de manejo exclusivo para los recursos de PIC
15.	Aceptación del acuerdo de voluntades dispuesto por cada LOTE, así como la revisión de los anexos técnicos y demás documentos que hacen parte integral de este proceso.

3.5. DILIGENCIAMIENTO DE LOS ANEXOS Y FORMATOS.

La información requerida y consignada en los anexos y formatos indicados y adjuntos en el pliego de condiciones deberán ser diligenciada y presentada en los plazos señalados en el portal del SECOP II donde se adelanta el respectivo proceso.

Si el proponente considera que es conveniente para complementar su propuesta, anexar otra información adicional a la solicitada por **EL INSTITUTO** en los formularios establecidos, podrá allegarla haciendo referencia al formulario que complementa.

3.6. SOLICITUD DE ACLARACIONES A LOS PROPONENTES.

Dentro del más estricto respeto por el tratamiento igualitario a los proponentes, EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER, podrá solicitar a todos o a cualquiera de ellos las aclaraciones o información que estime pertinente, con el fin de despejar cualquier imprecisión del contenido de las ofertas que no haya sido posible aclarar con la información consignada dentro de la misma.

En estos casos, con las respuestas no se podrá tratar de adicionar o complementar la oferta presentada, de ser así la respuesta será inadmisible

Si el proponente no envía las aclaraciones, explicaciones o soportes solicitados dentro del término concedido para ello, la oferta se considerará como RECHAZADA.

3.7. SANEAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 49 de la Ley 80 de 1993, en concordancia con lo dispuesto en el numeral 11, artículo 3; artículo 34 y en el artículo 41 de la Ley 1437 de 2011 – Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo-, cuando las necesidades del servicio lo exijan o las reglas de la buena administración lo aconsejen y con el objeto de que el procedimiento logre su finalidad y se procure la efectividad del mismo, la entidad, mediante acto motivado podrá sanear los vicios que presente el procedimiento en cualquier momento y hasta antes de la adjudicación.

CAPITULO IV – RECHAZO DE PROPUESTAS

4. RECHAZO DE PROPUESTA.

LA INADMISION O RECHAZO DE PROPUESTAS ESTARÁ A CARGO DEL EQUIPO JURÍDICO DEL INSTITUTO Y SE PODRÁ LLEVAR A CABO EN EL MOMENTO DE LA REUNIÓN DE CIERRE DE LA CONVOCATORIA O POSTERIORMENTE EN EL ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS SI SE DETERMINA QUE SE PRESENTÓ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSALES:

4.1. CAUSALES.

Habrá lugar a la inadmisión de las propuestas, en los siguientes casos:

1.	Cuando el proponente haya tratado de intervenir, influir o informarse indebidamente del análisis de las propuestas
2.	Si la propuesta se presenta extemporáneamente o fuera del proceso en el SECOP II.
3.	Cuando la propuesta supere el valor del presupuesto oficial establecido
4.	Cuando se compruebe confabulación entre proponentes, entendida esta como el acto de ponerse de acuerdo dos o más proponentes para favorecerse y perjudicar a terceros.
5.	Cuando se compruebe que el proponente se encuentra incurso en alguna de las causales, de inhabilidad, incompatibilidad o prohibición señaladas en las normas legales vigentes.
6.	Cuando analizada a la propuesta, se determine que la empresa no se encuentra constituida legalmente dentro de los plazos establecidos o que dentro de su objeto social no se encuentre expresamente la capacidad de cumplir con objeto de la presente Convocatoria
7.	Cuando verifique que el proponente falto a la verdad en la información suministrada en la propuesta. (EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER parte del principio de la buena fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política.)
8.	Cuando los documentos de la propuesta sean firmados por una persona diferente al representante o quien haga sus veces.
9.	Cuando la propuesta no se encaje con las especificaciones solicitadas en los Pliegos, adendas y/o anexos.
10.	Cuando se verifique que no se presentó oportunamente uno o algunos de los documentos solicitados en estos pliegos, ni el proponente los presentes dentro de los plazos establecidos cuando fuere posible.
11.	Cuando el estudio jurídico así lo determine.
12.	Cuando el representante Legal se encuentre limitado para suscribir contratos y no se adjunte la autorización del órgano respectivo al momento de presentar la propuesta.
13.	Cuando analizados las capacidades, jurídica, financiera, experiencia y/u operacional, no se ajuste alguna de ellas a lo señalado en los pliegos
14.	Cuando no se presenten los documentos jurídico-administrativos HABILITANTES requeridos de obligatoria presentación, o los de subsanar se presenten de manera extemporánea.

EN LOS ANTERIORES CASOS, LAS PROPUESTAS NO SERÁN ANALIZADAS Y SE DEJARA CONSTANCIA ESCRITA EN EL CORRESPONDIENTE INFORME DE EVALUACIÓN

Si así se considera necesario, se deberá establecer Jurídicamente si la documentación aportada por el oferente con respecto a los requisitos de Ley para la Contratación Administrativa, así como la presentación de los requisitos y condiciones señalados para participar, están incursos en causales de inadmisión de propuestas o no.

CAPITULO V – EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y ADJUDICACIÓN DE PROPUESTAS

5. PARÁMETROS TÉCNICOS, CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

5.1. CRITERIO DE PRECIOS.

Todos los valores que se indiquen en la propuesta deberán ser expresados en moneda nacional, por una suma fija, en forma desagregada.

Se considerará que el valor total de la propuesta incluye todos los costos y gastos directos e indirectos necesarios para llevar a cabo el objeto contractual de forma satisfactoria, como se plasman en el Anexo Técnico.

EL OFERENTE DEBE PRESENTAR CUADRO RESUMEN DE COSTOS DE LA PROPUESTA, CUYO VALOR TOTAL NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO OFICIAL ESTABLECIDO, SO PENA DE SER RECHAZADA LA OFERTA.

5.2. ESTUDIO, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS PROPUESTAS.

Una vez efectuado el cierre, el Comité Evaluador designado, elaborará la evaluación de las propuestas dentro del plazo establecido para el efecto en el cronograma del presente Proceso de Licitación Pública.

La evaluación de las propuestas se efectuará conforme a lo señalado en el presente pliego de condiciones, para los aspectos jurídicos, financieros, técnicos, económicos, de experiencia y demás señalados en cuanto a la parte técnica

La Entidad se reserva la facultad de verificar toda la información presentada, para lo cual solicitará a las autoridades estatales y entidades privadas la información que considere necesaria. De la misma manera, podrá designar funcionarios para que realicen visitas a las instalaciones o sedes de cada uno de los proponentes y obtener o solicitar por cualquier medio idóneo la información que requiera para verificar los datos suministrados en las propuestas.

El Comité Evaluador, analizará los aspectos financieros, jurídicos, técnicos, operacionales, experiencia y económicos de las propuestas que se presenten y someterá los respectivos resultados en un informe a consideración de los interesados de conformidad con lo establecido en el Decreto 1082 de 2015, precisando las propuestas que deben ser rechazadas, la respectiva causal, así como el puntaje obtenido por cada una de las propuestas hábiles en los ítems evaluables, recomendando el sentido de la decisión a adoptar de conformidad con la evaluación efectuada al ordenador del gasto del INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD.

El Comité Evaluador puede pedir a los proponentes las aclaraciones que considere pertinentes para poder realizar una correcta evaluación, con la advertencia que los proponentes no podrán realizar mejoras o modificaciones a las propuestas presentadas en esta instancia.

El Comité Evaluador, publicará su informe en el SECOP y estará a disposición de los proponentes para que presenten hasta la fecha y hora establecida en el cronograma, las observaciones que estimen pertinentes.

La evaluación de las propuestas se realiza teniendo en cuenta el ofrecimiento más favorable para la entidad y las condiciones de calidad del servicio ya señaladas, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015. Para tal efecto, las propuestas que se reciban en la presente convocatoria serán evaluadas en las fechas establecidas en el cronograma oficial de acuerdo a lo aquí señalado.

5.3. ADJUDICACIÓN DE LA CONVOCATORIA.

La adjudicación de la presente Convocatoria Pública se hará por lotes el día señalado en el Cronograma Oficial, mediante resolución motivada par parte de la entidad estatal, previa evaluación de las propuestas recibidas y en acto de Audiencia Pública, siguiendo lo establecido en el artículo 9° de la Ley 1150 de 2007.

El plazo para la adjudicación o declaración de desierto del presente proceso será en el término previsto en el cronograma de actividades del presente pliego de condiciones, plazo que podrá extenderse por el tiempo que estime necesario la entidad.

La adjudicación del contrato que resulte de la presente Licitación Pública se hará por lote, teniendo en cuenta la propuesta más favorable para la entidad, entendiendo por tal, aquellas evaluadas frente a los factores de escogencia y sus ponderaciones y a su cotejo con otras propuestas recibidas que ofrezcan las mejores condiciones para el IDS.

De conformidad con las normas de contratación administrativa no procederá la declaratoria de desierta del proceso de selección, cuando sólo se presente una propuesta hábil y ésta pueda ser considerada como favorable para la Entidad, de conformidad con los criterios legales de selección objetiva.

La resolución de adjudicación es irrevocable y obliga a la Entidad y al adjudicatario. Este acto administrativo no tiene recursos por la vía gubernativa. No obstante, lo anterior, si dentro del plazo comprendido entre la adjudicación del contrato y la suscripción del mismo, sobreviene una inhabilidad o incompatibilidad, se encuentra en mora en pago de multa alguna o si se demuestra que el acto se obtuvo por medios ilegales, éste podrá ser revocado, caso en el cual la Entidad podrá aplicar lo previsto en el inciso final del numeral 12 del artículo 30 de la Ley 80 de 1993.

5.4. CRITERIOS PARA ADJUDICACIÓN.

El Comité Técnico de Evaluación, previo análisis comparativo de las propuestas recomendará al ordenador del gasto los ofrecimientos más favorables a la entidad (POR LOTES) y a los fines que ella busca teniendo en cuenta para el efecto lo dispuesto en la Ley 80 de 1993 y Ley 1150 de 2007 y en sus Decretos reglamentarios. Dichos requisitos se calificarán con base en los puntajes determinados para cada factor, tal como se señala en estos Pliegos.

La evaluación y calificación de las propuestas se hará por parte del Comité Asesor, con el fin de establecer y recomendar objetivamente los proponentes que considere pueden ser adjudicatarios de la presente Convocatoria, recomendación a la que el director de la entidad podrá acogerse o apartarse de acuerdo a los criterios de discrecionalidad que le asisten.

El (los) proponente(s) que obtenga(n) el mayor puntaje sumando los factores de evaluación que aquí se detallaran y previa viabilidad de los factores habilitadores, será(n) el(los) recomendado(s) de la presente convocatoria, en todo caso se hará por lotes. En caso de empate se seguirá lo establecido en los presentes pliegos.

5.4.1. ADJUDICACIÓN POR LOTES:

Justificación de la Adjudicación por lotes (para la Fase Precontractual).

- La división por lote permite al IDS contratar con las intervenciones por territorios, garantizando la permanencia de las acciones maximizando los resultados.
- Fomenta la competencia efectiva y asegura que, si un proponente incumple los requisitos en un lote, la totalidad del proceso no se vea afectada.

5.5. FACTORES DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN.

Se fijan los siguientes criterios para la calificación de las propuestas que se reciban del presente proceso de Selección por cada lote:

FACTORES DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
EVALUACIÓN TÉCNICA	70
PRECIO DE LA PROPUESTA	30
TOTAL.....	**100 puntos**

NOTA: El total de los valores ponderados es de **100 puntos.**

5.5.1. EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 70 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del cumplimiento de los requerimientos y lineamientos técnicos definidos en estos pliegos y en los Estudios previos que hacen parte integral del presente proceso.

FACTOR DE EVALUACIÓN TÉCNICA	PUNTAJE MÁXIMO = 70
• Contar como mínimo con dos (2) años de experiencia relacionada con la ejecución de las acciones que se pretendan contratar.	25
• Disponer de un coordinador, profesional del área de la salud, que garantice la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas -PIC de manera territorializada y permanente, con experiencia mínima de un año en salud pública.	15

• Evidenciar el compromiso para garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la entidad territorial por el tiempo de la ejecución, configurando exclusividad de los equipos básicos de salud a través de los cuales se deben ejecutar las intervenciones colectivas.	15
• Disponer de un área de trabajo con las condiciones necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree y evalué los resultados de estas.	15
No presenta el 100% de los requerimientos y/o lineamientos técnicos descritos en los pliegos y estudios previos	(RECHAZADA)

Nota: Reconocimiento y Protección de Misión Médica: En el evento en que los Equipos Básicos de Salud (EBS) sean contratados por la Empresa Social del Estado (E.S.E.), esta se obliga formalmente a reconocer, registrar y proteger a la totalidad del personal asignado bajo la condición jurídica y operativa de Misión Médica, de conformidad con lo establecido en la Resolución 4481 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social (o la norma que la modifique o sustituya).

En consecuencia, la E.S.E. deberá garantizar:

- Identificación: Suministrar el carné oficial y los elementos de dotación con el emblema protegido de Misión Médica.

- Garantías de Seguridad: Incluir al personal de los equipos básicos en los comités, mapas de riesgo y protocolos de seguridad de la institución para su despliegue en el territorio.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NOTA: Cuando el oferente obtenga cero (0) en este aspecto de evaluación, la propuesta será RECHAZADA, pues queda sobre entendido que NO reúne las condiciones técnicas que formula el pliego de condiciones, lo cual quedará consignado en el informe de evaluación correspondiente.

5.5.2. PRECIO DE LA PROPUESTA: (PUNTAJE MÁXIMO: 30 PUNTOS).

Comprenderá el análisis del valor de la propuesta económica correspondiente a LAS ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES (METODOLOGÍA).

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{Propuesta de menor precio} \times 30}{\text{Valor de la propuesta en estudio}}$$

NOTA: En caso de presentarse solo una propuesta y si esta se ajusta a las condiciones técnicas requeridas, a la experiencia relacionada, al análisis financiero, jurídico y administrativo de habilitación, ajustada dentro del presupuesto oficial establecido, se le calificará otorgándole 5 puntos en el precio y se analizará el descuento si lo ofrece.

NOTA: LA ADJUDICACIÓN DE LA LICITACIÓN SE HARÁ POR LOTES SEGÚN EL OFRECIMIENTO DE CADA OFERENTE, ES DECIR, SERÁ UNA O VARIAS ADJUDICACIONES, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS HABILITANTES SOLICITADOS.

5.6. CONTRATO PERFECCIONAMIENTO Y REQUISITOS DE EJECUCIÓN.

La presente convocatoria se adjudicará al proponente que la entidad considere representa el mejor ofrecimiento y esta se concretará a través de un Contrato de Prestación de Servicios.

El contrato se perfeccionará y legalizará de conformidad con lo establecido en las normas del Estatuto de Contratación Administrativa.

Este contrato quedara perfeccionado con:

1) El acuerdo sobre el objeto y contraprestación.
2) Que se eleve a escrito.
3) Que exista la respectiva disponibilidad presupuestal
4) Que se genere el registro presupuestal.

5) Que se suscriba el Acta de Inicio: Posterior a la firma del acta de inicio, el plazo de ejecución de las actividades asignadas al personal iniciará formalmente a partir del inicio efectivo de la ejecución de las intervenciones. Para tales efectos, los soportes de idoneidad del talento humano aportados por el contratista deberán sustentar y dar cuenta de la viabilidad técnica y operativa para la contratación de los equipos básicos. Para la verificación de este requisito, se procederá con una primera reunión con los supervisores

Los gastos de legalización del contrato correrán por cuenta del contratista y no serán reembolsados.

5.7. ANEXOS

Los documentos que se relacionan a continuación forman parte integral del presente Pliego Condiciones:

- **A.** ESPECIFICACIÓNES TÉCNICAS DE LAS ACCIONES A CONTRATAR (requerimiento técnico, aquí descrito)
- **B.** **ANEXO #1**. Carta de presentación de la propuesta:
- **C.** **ANEXO #2.** Declaración de no hallarse incurso en inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones.
- **D.** **ANEXO #3**. Propuesta técnica y económica.
- **E.** **ANEXO #4** Aceptación del acuerdo de voluntades dispuesto por cada LOTE, así como la revisión de los anexos técnicos y demás documentos que hacen parte integral de este proceso.
- **F.** **ANEXO #5**. Modelo Certificación de Aportes AL SGSSS

ANEXO # 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

San José de Cúcuta,

Señores
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL NORTE DE SANTANDER
Av. 0 calle 10 Edificio Rosetal Oficina. 311
Ciudad

REF: MODALIDAD LICITACIÓN PÚBLICA - 001 DE 2026.

Respetados señores:

Esta comunicación tiene por objeto presentar propuesta para la **"CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA EJECUCCIÓN DE ACCIONES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE EXTERNALIDAD EN LA SALUD PÚBLICA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CONFORME AL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, RESOLUCIÓN MINSALUD 1597 DE 2025 Y RESOLUCIÓN MINSALUD 3280 DE 2018, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER"**

Así mismo, el (los) suscritos declara(n) que:

⇒ Tenemos poder y/o representación legal para firmar y presentar la propuesta.
⇒ Que la correspondiente propuesta tiene validez mínima de noventa (90) días.
⇒ **Esta propuesta y contrato que se llegare a celebrarse en caso de adjudicación, compromete totalmente a la(s) persona(s) jurídica(s) que legalmente represento. De la misma manera, en el caso de adjudicación, el contrato será firmado por la siguiente persona en representación de la(s) firma(s):**

Nombre: _____

Documento de identidad: _____

Cargo: _____

Nombre de la firma: _____

⇒ Hemos estudiado cuidadosamente los documentos de la Convocatoria Pública y renunciamos a cualquier reclamación por ignorancia errónea interpretación de los mismos.
⇒ Hemos revisado detenidamente la propuesta adjunta y no contiene ningún error u omisión. Sin embargo, cualquier omisión, contradicción a declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los pliegos y condiciones del proceso de la Convocatoria Pública dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.
⇒ No nos encontramos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad establecida en el Estatuto General de Contratación y demás normas legales pertinentes
⇒ Reconocemos la responsabilidad, que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características y especificaciones de los productos o servicios que nos obligamos a ofrecer, y la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones, e indagaciones necesarias para presentar la propuesta, sobre a base de un examen cuidadoso de las características del negocio.
⇒ Manifestamos que la información suministrada es veraz y no se fija condiciones artificialmente bajas con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.
⇒ Aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir y que pueda influir en nuestra oferta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos llegue a corresponder como futuros contratistas y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza, por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.

⇒ Aceptamos y autorizamos al INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL NORTE DE SANTANDER para que verifique la información aportada con nuestra presente licitación.

⇒ Aceptamos que el valor del contrato a suscribirse, será hasta por el monto aprobado en la respectiva disponibilidad presupuestal de la presente Convocatoria Pública.

⇒ Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información, confidencial privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de cierre de la convocatoria, a sus funcionarios, a los demás proponentes o participantes en el proceso de la convocatoria pública y al público en general.

NOTA: La anterior declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, caso en el cual deberá indicarse de manera explícita los documentos en los cuales obra tal información y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos.

⇒ El régimen al que pertenezco o pertenece la persona jurídica que represento es (marque con una X).

Auto retenedor	Gran contribuyente	Régimen común	Régimen simplificado	Actividad económica N°:

⇒ En la eventualidad que el contrato de la convocatoria de la referencia se nos adjudique, nos comprometemos a:

- ✓ Establecer y presentar oportunamente al INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL NORTE DE SANTANDER, las garantías contractuales que se pacten.
- ✓ Realizar en el plazo máximo que fije el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL NORTE DE SANTANDER, todos los trámites necesarios para la firma y legalización del contrato resultante.
- ✓ Ejecutar el objeto del contrato, de acuerdo con los términos y condiciones correspondientes y con los plazos establecidos en la propuesta adjunta.
- ✓ Cumplir con los requisitos establecidos por el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER para la ejecución del objeto del contrato.

Atentamente,

Nombre completo: _____

NIT _____

Dirección comercial _____

Teléfono y fax _____

Domicilió legal _____

Firma de la(s) persona(s) autorizada(s) _____ _

NOTA: No modifique, ni agregue comentarios o aclaraciones

ANEXO # 2

DECLARACIÓN SOBRE INHABILIDADES, E INCOMPATIBILIDADES, PROHIBICIONES Y/O CONFLICTO DE INTERESES

POR MEDIO DE LA PRESENTE, EXPRESO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO Y EN MI CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL O COMO PERSONA NATURAL, QUE NO ME ENCUENTRO INCURSO ENLA CAUSALES DE INHABILIDADES, E INCOMPATIBILIDADES O PROHIBICIONES PREVISTAS EN LA CONSTITUCION POLITICA, LA LEY 80 DE 1.993, LA LEY 190 DE 1995, LEY 734 DE 2001. LA LEY 1150 DE 2007, Y DEMAS NORMAS QUE LAS DETERMINEN.

DECLARO QUE NO ESTOY INMERSO EN NINGUNA CONTRATACIÓN DE ACUERDO A LA CAUSAL DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD PARA CONTRATAR CON EL ESTADO COLOMBIANO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA, LA LEY 80 DE 1993, LA LEY 1150 DE 2007, EL DECRETO 1082 DE 2015 Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES.

DECLARO QUE NO ME ENCUENTRO CON SANCIONES VIGENTES DE CARÁCTER FISCAL, DISCIPLINARIO O PENAL QUE ME IMPIDAN PARTICIPAR EN PROCESOS DE CONTRATACIÓN ESTATAL.

DECLARO QUE NO TENGO CONFLICTOS DE INTERÉS QUE AFECTEN MI PARTICIPACIÓN O EVENTUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL. (CÓDIGO GENERAL DISCIPLINARIO (LEY 1952 DE 2019) Y NORMAS DE TRANSPARENCIA COMO LA LEY 2013 DE 2019).

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA ES VERAZ, Y ENTIENDO QUE CUALQUIER FALSEDAD PUEDE GENERAR CONSECUENCIAS DE TIPO DISCIPLINARIO, PENAL O ADMINISTRATIVO.

LA ANTERIOR DECLARACIÓN SE RINDE CON DESTINO A UN PROCESO DE CONTRATACIÓN EN EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER.

San José de Cúcuta,

Representante Legal (nombre, firma y sello)

CC. No _____ de _____

ANEXO # 3

COMUNICACIÓN DE INTERÉS EN PARTICIPAR EN EL PROCESO DE CONVOCATORIA

(EL PRESENTE PROCEDIMIENTO ES PARA SER GESTIONADO A TRAVÉS DE LA OPCIÓN "PROVEEDORES SUSCRITOS", DADO QUE LA MANIFESTACIÓN DE INTERÉS SE DESARROLLA DIRECTAMENTE EN LA PLATAFORMA DEL SECOP II)

ANEXO # 4

PROPUESTA ECONÓMICA Y TÉCNICA

(CORRESPONDE A LA INFORMACIÓN DISPUESTA EN CADA UNO DE LOS LOTES, EN CONJUNTO CON EL ANEXO TÉCNICO QUE HACE PARTE INTEGRAL Y QUE CONTIENE LAS ESPECIFICACIONES DE LAS ACCIONES A EJECUTAR)

ENTIDAD ESTATAL: EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL NORTE DE SANTANDER

OBJETO: "CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA EJECUCCIÓN DE ACCIONES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE EXTERNALIDAD EN LA SALUD PÚBLICA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CONFORME AL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, RESOLUCIÓN MINSALUD 1597 DE 2025 Y RESOLUCIÓN MINSALUD 3280 DE 2018, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER"

LOTE: _____

PROPONENTE: _____

VALOR DE LA OFERTA: _____

_____
Firma del Proponente

NOTA: ESTA INFORMACIÓN TÉCNICA ES OBLIGATORIA PRESENTARLA CONFORME HA SIDO DETALLADA POR CADA LOTE, SIN AJUSTES, NI CAMBIOS, CUALQUIER CAMBIO SERÁ CAUSAL DE RECHAZO DE LA MISMA.

ANEXO # 5

MODELO CERTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN SOBRE EL ACUERDO DE VOLUNTADES

Con fundamento en lo dispuesto en la Resolución No. 1597 de 2025,

Yo _____, identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____,en mi calidad de _____de la empresa _____con NIT No._____ (**la empresa**) bajo la gravedad del juramento manifiesto, que he revisado las condiciones del acuerdo de voluntades del LOTE al cual he presentado propuesta, lo anterior en cumplimiento a lo señalado en el artículo 12.3 de la resolución No. 1597 de 2025.

y que una sí fuese aceptada la oferta y se logrará la adjudicación del fututo contrato, estoy de acuerdo en que se realice la firma del acuerdo de voluntades para las intervenciones colectivas, en aras de cumplir con lo establecido en el Decreto 441 de 2022 y Resolución 2336 de 2023 o las normas que lo modifiquen o deroguen.

Firma autorizada

Identificación No. _____

En calidad de. _____

Ciudad y fecha. _____

NOTA: El presente anexo constituye solo un modelo. Su contenido podrá ser ajustado por los proponentes.

ANEXO # 6

MODELO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTES AL SGSSS

ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo _____, identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____,en mi calidad de _____de la empresa _____con NIT No._____ (**la empresa**) bajo la gravedad del juramento manifiesto, que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, las Caja de Compensaci6n Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y el Servicio Nacional de Aprendizaje ˆSENA-.

_____

Firma autorizada

Identificación No. _____

En calidad de. _____

Ciudad y fecha. _____

NOTA: El presente anexo constituye solo un modelo. Su contenido podrá ser ajustado por los proponentes.

La presente certificación deber ser firmada por el Revisor Fiscal de la empresa o por el representante Legal, en caso que la empresa no cuente con aquel; en caso que la empresa tenga menos de seis (6) meses de creada, deberá certificar el cumplimiento a partir de la fecha de su constitución.