



**AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR UN PROCESO COMPETITIVO DESTINADO A LA
SELECCIÓN DE UNA ESAL Y LA CELEBRACIÓN DE UN CONVENIO DE
COOPERACIÓN**

CUBITA ENRIQUE CAMILO URBINA SUAREZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 5.166.012 expedida en San Juan Del Cesar (La Guajira), quien actúa en nombre y representación legal del **MUNICIPIO DE SAN JUAN DEL CESAR**, con NIT. 892.115.179-0, en su calidad de **ALCALDE**, encargada mediante Decreto N° 061 del 24 de julio de 2026, en uso sus facultades, funciones y competencias, en especial las determinadas en el artículo 355 de la Constitución Política Colombiana y el del Decreto 092 de 2017 (en sus partes no suspendidas), y

CONSIDERANDO:

Que en Colombia desde la segunda mitad del siglo XX se reconocen procesos dirigidos a mejorar la salud de la primera infancia e impactar positivamente los eventos más prevalentes. Por ejemplo, la asamblea mundial de la salud número 44 en 1991 en la que se enfatizó en la necesidad de fortalecer a los países incluyendo a Colombia para disminuir las muertes por Infecciones Respiratorias Agudas en la Niñez (1). Así mismo, la reconocida estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez y dejó enormes aprendizajes para el país sobre el abordaje institucional y comunitario de los principales eventos de interés en salud pública que afectan niños y niñas, como son la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) (2).

Que posterior a ello, en el Plan Decenal de Salud Pública de 2012 a 2021 (Ley 1438 de 2011) se expuso la necesidad de enfocar procesos y acciones específicas para la Infección Respiratoria Aguda (IRA) en la población de niños y niñas menores de 5 años, lo que instó la definición de un programa nacional dirigido a disminuir la morbilidad grave y la mortalidad por IRA en niños y niñas menores de 5 años. Esta primera versión (2015) y su árbol de problemas, permitió definir las estrategias y acciones enfocadas a la disminución de brechas y a fortalecer los procesos comunitarios, intersectoriales y de atención en salud en la población infantil.

Que ante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (Resolución 429 de 2016) y la organización de la atención integral por grupos de riesgo, las enfermedades transmisibles se visualizaron como un grupo priorizado y específicamente la IRA y la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) se identificaron como los eventos infecciosos con la mayor carga de enfermedad de los niños menores de 5 años en nuestro país. En razón de esto, hacia el año 2016 inicia el planteamiento de intervenciones individuales, colectivas y poblacionales dirigidas a la prevención, el manejo y el control de la IRA en conjunto con la EDA, al determinar bajo la literatura y organización de nuestra política pública, que existen acciones a nivel colectivo y poblacional que comparten ampliamente líneas de trabajo necesarias a consolidar en nuestros territorios, para disminuir la morbilidad general, la morbilidad grave y la mortalidad por estos dos eventos en la primera infancia ya que son prevenibles y evitables.

Que Para comprender el estado de avance de Colombia sobre los indicadores de mortalidad por IRA y EDA en niños menores de 5 años, es necesario revisar cómo se han comportado estos eventos a nivel global y posteriormente cómo se encuentra Colombia, después de casi siete años de implementación del programa y varias lecciones aprendidas por la pandemia de COVID-19.





Que la Organización Mundial de la Salud afirma que se ha logrado un progreso mundial sustancial en la reducción de las muertes infantiles desde 1990. Las muertes en niños menores de 5 años en todo el mundo han pasado de 12,6 millones en 1990 a 5,2 millones en 2019. Desde 1990, la tasa mundial de mortalidad de menores de 5 años ha disminuido en un 59%, pasando de 93 muertes por cada 1000 nacidos vivos en 1990 a 38 muertes en 2019. Esto equivale a que 1 de cada 11 niños muera antes de cumplir los 5 años en 1990, en comparación con 1 de cada 27 en 2019.

Que, a nivel mundial, las enfermedades infecciosas, incluidas la neumonía, la diarrea y la malaria, junto con el parto prematuro, la asfixia y el trauma al nacer, y las anomalías congénitas, siguen siendo las principales causas de muerte de los niños menores de cinco años. Dos regiones, África subsahariana y Asia central y meridional, representan más del 80% de los 5,2 millones de muertes de menores de cinco años en 2019, mientras que solo representan el 52% de la población mundial menor de cinco años. La mitad de todas las muertes de menores de cinco años en 2019 ocurrieron en solo cinco países: Nigeria, India, Pakistán, la República Democrática del Congo y Etiopía. Nigeria y la India por sí solas representan casi un tercio de todas las muertes.

Que históricamente, sobre los años cincuenta y sesenta las IRA estaban entre las más importantes causas de muerte en todos los grupos de edad, pero principalmente en niños menores de 1 año de edad y los mayores de 65 años. Y ahora, con el Estudio de la carga de enfermedades, lesiones y factores de riesgo (GBD) se evidencia que eventos como la neumonía o bronquiolitis, son una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en todo el mundo. En el año 2016 aproximadamente 2,38 millones de muertes en el mundo se debieron a infecciones respiratorias, posicionándolas como la sexta causa principal de mortalidad para todas las edades y la principal causa de muerte en los niños menores de 5 años; 652.572 muertes (intervalo de incertidumbre del 95% [IU] 586475–720 612) en niños menores de 5 años (menores de 5 años), 1'080.958 muertes (943 749-1 170638) en adultos mayores de 70 años, y 2'377.697 muertes (2145584–2512809) en personas de todas las edades, en todo el mundo.

Que el segundo evento infeccioso más importante en la población de menores de 5 años a nivel mundial es la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). En todo el mundo se producen unos 1700 millones de casos de enfermedades diarreicas infantiles cada año, estas matan a 525.000 niños menores de cinco años cada año y una proporción significativa de estas se pueden prevenir mediante el acceso al agua potable y a servicios adecuados de saneamiento e higiene, son consideradas dentro de las principales causas de malnutrición de niños menores de cinco años y se afirma que impactando diferentes determinantes sociales la EDA es una enfermedad prevenible y tratable.

Que de acuerdo con el Global Burden Disease, en 2017 la diarrea fue responsable de aproximadamente 533 768 muertes (intervalo de incertidumbre del 95% entre los niños menores de 5 años a nivel mundial, es decir una tasa de 78,4 muertes por 100 000 niños. La tasa de mortalidad por diarrea varió entre países en más de 685 muertes por cada 100 000 niños. Entre los factores de riesgo considerados en este estudio, los responsables de las mayores disminuciones en la tasa de mortalidad por diarrea fueron la reducción de la exposición a saneamiento inseguro (13 · 3% de disminución, retraso en el crecimiento infantil (9 · 9% de disminución, y bajo uso de solución de rehidratación (6 · 9% de disminución).

Que En términos de carga global de la enfermedad, Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) y su sigla en inglés Daly's, la IRA en niños menores de 5 años en el año 2000 representaba el 15.8% (IC 14.09-17.87%) del total de AVISA; para el año 2019, este valor a disminuido hasta el 12.55% (IC 11.43% -13.57%). Para el caso de la EDA es similar, pasando de 12.6% (10.33% -14.83%) en 2000 a 9.66% (8.13% - 11.25%) en 2019. Lo que implica que, a pesar de la disminución de tres puntos porcentuales para los





2 eventos, quedan aún grandes desafíos en países de Impuesto a la Salida de Divisas (ISD)2 Medios y Bajos, ya que son los que concentran la mayor mortalidad por estas causas.

Que llama la atención, el incremento que se observa al comparar los AVISA para los desórdenes del periodo neonatal y anomalías congénitas, las primeras de ellas en el año 2000 correspondían a un AVISA de 28.6% (IC 26.98% - 20.19%), incrementando en 2019 a 36.16% (IC 34.5% -37.66%) mientras que las segundas pasaron de 7.06 (5.32% - 9.98%) en 2000 a 9.21% (7.88% -11.54%).

Que de acuerdo con el reporte de Análisis de Situación en Salud en Colombia de 2020,entre 2009 y 2019, la mayoría de los departamentos describen el mismo patrón nacional en la frecuencia de atenciones por causas: enfermedades no transmisibles, condiciones transmisibles y nutricionales, lesiones, signos y síntomas mal definidos y condiciones maternas y perinatales; sin embargo, la primera causa de consulta en los niños menores de 5 años fueron las condiciones transmisibles y nutricionales con un 39,7% (37.533.656) de las atenciones, seguido de las enfermedades no transmisibles que causaron el 36,2% (34.271.767) de las atenciones, estas últimas presentan un aumento en la demanda de atención con respecto a 2018. No se observan diferencias entre el porcentaje de atenciones según sexos.

Que con base en los Análisis de Mortalidad por IRA y EDA en niños menores de 5 años, derivados de la estrategia de vigilancia (código evento 591 de SIVIGILA), el Instituto Nacional de Salud periódicamente reporta el consolidado de los problemas o demoras evidenciadas en las unidades de análisis territoriales y que explican deficiencias en nuestro sistema de salud, en la gestión territorial, local e institucional, convirtiéndose en información clave para una identificación más precisa de aquellos determinantes a los cuales se les pueden atribuir las mortalidades por estos eventos, En los casos confirmados de muertes por IRA de 2021, el 64 % de los problemas se concentraron en cuatro grandes factores como son: falta de conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador, factores sociales y económicos de las familias, dificultades en la prestación de servicios individuales y en las acciones de promoción y mantenimiento de la salud. El problema preponderante desde hace muchos años y hasta hoy en Colombia en la mortalidad por IRA en niños menores de 5 años continúa siendo la falta de conocimientos actitudes y prácticas por parte de madres, padres y cuidadores, evidenciado en casi el 20% de las muertes de ese año, seguido de factores sociales y económicos asociados a situaciones de pobreza y desigualdad con el 16%.

Que Para el caso de la EDA, el 65 % de los problemas se concentran en los mismos grandes factores de las muertes por IRA; sin embargo, aunque el principal problema es la falta de conocimientos, actitudes y prácticas por parte de madres, padres y cuidadores con el 20%, se identifica que las limitaciones asociadas a las acciones de promoción y mantenimiento de la salud, se encuentran en el segundo lugar con el 15%.

Que estos hallazgos históricos y recurrentes en los análisis de mortalidad explican las debilidades que aún persisten en el país frente al cuidado y bienestar de los niños y niñas antes de su quinto cumpleaños, tanto desde los actores del sector salud como de otras autoridades y sectores sociales.

Que de acuerdo con lo anterior, se evidencian avances frente a la disminución de mortalidad por IRA y EDA en Colombia en niños menores de 5 años, se cuenta con desarrollos programáticos nacionales que fundamentaron la gestión territorial y sectorial y que pudieron haber contribuido en la mejora de estos indicadores; sin embargo, se reconocen aún falencias sistémicas que deben ser superadas para seguir disminuyendo esta mortalidad. En esto se justifica la elaboración del presente programa.

Que En el departamento de La Guajira a semana epidemiológica No 23 año 2026 registra un total de 19.273 casos de morbilidad por EDA en población total. Los municipios con





mayor prevalencia de enfermedad diarreica aguda EDA son: Hatonuevo con 26,7; Riohacha con 25,8; San Juan de Cesar con 22,6; seguido por Manaure 19,9 casos por cada 1.000 habitantes. La prevalencia departamento 17,7.

Que, según la variación de la notificación colectiva de EDA, se presenta en los municipios de Hatonuevo, Villanueva, Distracción, Manaure, Barrancas, San Juan del Cesar y Dibulla, con variaciones al aumento comparado con el año El porcentaje de casos de EDA hasta la semana No 23 evidencia que el grupo de edad más afectado es de 0 a 4 años, seguido de 5 a 9 años, en tercer lugar, los de 10 a 19; el cuarto grupo de 30 a 39 años, y el grupo de 40 a 49 años más ocupan el quinto lugar.

Que el análisis de la distribución geográfica del riesgo de desnutrición en menores de 5 años identifica una concentración crítica de la carga del evento en la zona norte y fronteriza del departamento con 2640 casos de riesgos de desnutrición aguda en niños menores de 5 años. El municipio de URIBIA lidera la notificación con 993 casos, seguido, Riohacha con 613 en tercer lugar Maicao con 477 casos, Manaure se ubica en cuarto lugar con 378. Estos hallazgos guardan una estrecha correlación con el comportamiento epidemiológico histórico del territorio, donde estos cuatro municipios han reportado de manera persistente las mayores prevalencias de desnutrición aguda, moderada y severa en La Guajira. El municipio de san juan del cesar cuenta con 34 casos. En cuanto a los criterios de ingreso Los dos criterios con mayor porcentaje son factores externos al cuerpo del niño, lo que llamamos Determinantes Sociales de la Salud la vulnerabilidad social es de los criterios con mayor identificación en los niños con riesgo de desnutrición con un porcentaje de 66.4%, en segundo lugar se ubica las malas practica de alimentación con el 41.6% seguido, del difícil acceso a servicio de salud se ubica en el cuarto lugar en cuanto a los criterios identificados para estos menores con el 44.8%). Y las infecciones recurrentes por IRA Y EDA con el 19%.

Que así mismo El análisis del canal endémico de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) para La Guajira en 2026 muestra una situación de alerta epidemiológica inminente, con una tendencia que requiere intervención inmediata., el número de consultas ha mostrado una tendencia a la baja, pero se mantiene el umbral estacional hacia la zona de alerta., con niveles de enfermedad significativamente mayor a lo esperado históricamente para este periodo.

Que el Programa nacional de prevención, manejo y control de la IRA y la EDA en niños menores de 5 años es el conjunto de estrategias, procesos y acciones interdependientes que deben desarrollarse en todos los territorios con el fin de disminuir la morbilidad grave y mortalidad por estos eventos. Para poder hacer el reconocimiento de necesidades y el despliegue estratégico se deben aplicar los cuatro componentes metodológicos (Gestión y planeación, atención para la salud, gestión de conocimiento, sistema de información y seguimiento), lo que favorece la organización de las estrategias Institucional, Intersectorial y Comunitaria, lideradas desde los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y su agenciamiento y coordinación con Alcaldes, Gobernadores, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y actores vinculantes con el proceso de salud-enfermedad de estos eventos transmisibles: Ministerio de Vivienda y Desarrollo Sostenible, Ministerio de Ambiente y de población vulnerable como el Ministerio del Interior, entendidas a nivel territorial como Secretarías de desarrollo social, de ambiente, entre otros aliados locales.

Que la Infección Respiratoria Aguda (IRA) es un conjunto de enfermedades transmisibles auto limitadas que afectan el aparato respiratorio desde la nariz hasta el alveolo. Son enfermedades frecuentes en la infancia, un niño menor de 5 años sufre un promedio de tres a seis episodios de IRA, frecuencia que no es influenciada por su ubicación geográfica o condición social (15,16).

Que dentro de las IRA, pueden incluirse cuadros clínicos que afectan la región superior del aparato respiratorio (IRAs alta) como la rinitis aguda (resfriado común), la sinusitis,





las infecciones del oído medio (otitis media aguda), la faringitis aguda o faringoamigdalitis, la epiglotitis y la laringitis; mostrando además que la mayor proporción se presenta debido a un agente viral: los rinovirus representan del 25% al 30%, el Virus Sincitial Respiratorio (VSR), virus de Parainfluenza e Influenza, Metapneumovirus humano y los Adenovirus representan del 25% a 35%, coronavirus y otros virus representan del 35% al 50%. Aunque la mayoría de estas infecciones suelen ser autolimitadas, generan una alta demanda de los servicios de salud ambulatorios, ausentismo, escolar del niño, el laboral de padres o cuidadores y pueden predisponer al niño a infecciones secundarias bacterianas del tracto superior o infecciones del tracto respiratorio inferior, que suelen ser más severas (15).

Que las IRA bajas son las que afectan tráquea, bronquios y alveolos, siendo la bronquiolitis y la neumonía las infecciones más frecuentes y severas, lo que implica una alta carga de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años (15). En cuanto a la neumonía, los Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC), afirman que más del 60% de los casos de neumonía en niños que se hospitalizan han sido por agentes virales; el Virus Sincitial Respiratorio (VSR), el Rinovirus (RV) y el Metapneumovirus humano (hMPV) fueron los virus más comúnmente detectados (entre 12 y 28%) (17-19). Dentro de los agentes bacterianos más relevantes está el *Streptococcus pneumoniae* (neumococo con 20 serotipos) al cual se le puede atribuir entre un 13%-34 de los casos de neumonía bacteriana, mientras que *Haemophilus influenzae* tipo b responde por 5%-42% (15). La inmunización contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), neumococo, sarampión e influenza es una de las formas más eficaces para prevenir la neumonía; desafortunadamente, en el mundo aún no se cuenta con vacunas estables para el VSR (19).

Que, para el caso de las Bronquiolitis, el VSR es el agente etiológico en el 70%-80% de los casos que ocurren en los periodos de lluvias (6,20). Otros agentes virales asociados a este evento son el Parainfluenza tipo 3, el Influenza, Adenovirus y el Metapneumovirus. (15), En este sentido, es necesario reconocer que el VSR es un virus estacional que causa una enorme carga para los sistemas de salud en todo el mundo. Las manifestaciones de la enfermedad en niños varían desde una infección leve del tracto respiratorio superior hasta una infección respiratoria grave, incluida la neumonía o la bronquiolitis, que pueden provocar hospitalización y complicaciones graves como insuficiencia respiratoria (19-21).

Que En cuanto a COVID-19, se reconoce que para la población infantil hay menos probabilidades de desarrollar una enfermedad grave en comparación con los adultos, sin embargo, la evidencia actual sugiere que los niños con ciertas afecciones médicas subyacentes y los bebés (menores de 1 año) podrían tener un mayor riesgo de enfermarse gravemente por la infección por SARS-CoV-2 (22) Niños con complejidad médica, con condiciones genéticas, neurológicas, metabólicas o con cardiopatías congénitas podrían tener un mayor riesgo de enfermarse gravemente por COVID-19. Al igual que los adultos, los niños con obesidad, diabetes, asma o enfermedad pulmonar crónica, enfermedad de células falciformes o inmunosupresión también pueden tener un mayor riesgo de enfermarse gravemente por el COVID-19 (22).

Que una de las actuales preocupaciones es el Síndrome Infamatorio Multisistémico en Niños (MIS-C), el cual consiste en una respuesta inmune retardada relacionada con COVID-19, niños, adolescentes o adultos jóvenes que desarrollan ciertos síntomas después de tener COVID-19, podría tener MIS-C, presentando una afección en la que diferentes partes del cuerpo pueden inflamarse, incluidos el corazón, los pulmones, los riñones, el cerebro, la piel, los ojos o los órganos gastrointestinales. (23,24). Todavía no se sabe con precisión qué causa el MIS-C; sin embargo, se sabe que muchos niños con MIS-C tenían el virus que causa el COVID-19 o habían estado cerca de alguien con COVID-19, esto puede ser grave, incluso mortal, pero la mayoría de los niños a los que se les diagnosticó esta afección han mejorado con atención médica (23).





Que para conocer a profundidad, aspectos clínicos y de atención individual de las IRA altas, las IRA bajas como la neumonía, bronquiolitis y el COVID-19 en población pediátrica, incluyendo todos los contenidos para ser utilizados en las pautas de información en salud y espacios de educación individual o grupal que deben realizarse en el marco de la prestación de servicios, puede consultar los siguientes lineamientos nacionales clínicos y las actualizaciones que se publiquen en la página del Ministerio de Salud y Protección Social: Enfermedad Diarreica Aguda La diarrea se define como la presencia de tres o más deposiciones blandas o líquidas en 24 horas, (o el incremento en la frecuencia de evacuaciones normales para el individuo). La evacuación frecuente de las heces formadas no es diarrea, ni tampoco la evacuación de heces blandas y "pastosas" de los bebés amamantados. Puede ocurrir a cualquier edad de la vida, pero son los lactantes y niños menores de cinco años los más predispuestos a desarrollar la enfermedad y a presentar complicaciones como sepsis, deshidratación y muerte (7,25). La diarrea suele ser un síntoma de una infección en el tracto intestinal, que puede ser causada por una variedad de organismos bacterianos, virales y parasitarios. La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es más común en los niños que asisten a la guardería y generalmente se debe a agentes virales. Si bien los casos de diarrea debido a una infección suelen ser leves y desaparecen por sí solos, es importante evitar la deshidratación por la pérdida de líquidos corporales en las heces diarreicas y el vómito (25).

ue La OMS es enfática en afirmar que la deshidratación es la amenaza más grave de las enfermedades diarreicas. Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación y puede conducir a la muerte (26). El grado de deshidratación se mide en una escala de tres: **1.** Deshidratación grave (al menos dos de los signos siguientes): letargo o pérdida de conocimiento; \ Ojos hundidos; \ No bebe o bebe poco; \ retorno lento (2 segundos o más) a la normalidad después de pellizcar la piel. **2.** Deshidratación moderada (al menos dos de los signos siguientes): \ desasosiego o irritabilidad; \ ojos hundidos; \ bebe con ganas, tiene sed. **3.** Ausencia de deshidratación (no hay signos suficientes para diagnosticar una deshidratación grave o moderada) (37).

Que los virus son causantes de aproximadamente el 70% de la EDA, principalmente el Rotavirus, Norovirus, Adenovirus (serotipos 40 and 41), Astrovirus y Enterovirus, a las bacterias se les atribuye entre el 10 y 20%, por Campylobacter jejuni, Salmonella (animal/no tifoidea), Shigella, Yersinia enterocolitica, Escherichia coli (enteropatógena y enterotoxigénica), Yersinia pseudotuberculosis, Clostridium difficile, Salmonella typhi and paratyphi, Vibrio cholerae, y los parásitos, específicamente protozoos, comprenden menos del 10%, con Giardia lamblia, Cryptosporidium, Entamoeba histolytica, Dientamoeba fragilis, Blastocystis hominis Helminths Strongyloides stercoralis (25,27).

Que En Colombia el microorganismo identificado más frecuentemente en niños menores de 5 años con EDA es el rotavirus (31,36,39). Las bacterias más frecuentemente implicadas son Escherichia coli (entero-patógena, y entero-toxigénica, principalmente) y Salmonella (alrededor del 10%); con menor frecuencia se aíslan Campylobacter y Shigella (menos de 6%) y no se identifica microorganismo patógeno hasta en 45% de los niños en quienes se busca etiología de la EDA (25). Para conocer a profundidad, aspectos clínicos y de atención individual de la EDA, así como el abordaje de la deshidratación en población pediátrica, puede consultar los siguientes lineamientos nacionales clínicos y las actualizaciones que se publiquen en la página del Ministerio de Salud y Protección Social: **Las UAIRAC** son unidades de atención en infección respiratoria aguda comunitarias que prestan un servicio comunitario en las diferentes zonas rurales, a estas unidades puede asistir inicialmente la madre con su hijo a buscar ayuda cuando su hijo se encuentra enfermo con fiebre, tos, resfriado común, con el fin de tomar de manejo preventivo y evitar una complicación de la infección respiratoria aguda o alguna enfermedad





prevalente en la infancia, debido a la alta incidencia de mortalidad por enfermedades respiratoria, el manejo oportuno de dichas enfermedades disminuirá potencialmente el riesgo de mortalidad infantil

Que Por otro lado tenemos las Unidades de rehidratación Oral comunitarias **UROC**, donde, entre las medidas de atención se brinda una valoración inicial acerca del estado de salud de la persona que se atiende, se mide el grado de deshidratación y por tanto se empieza con esta actividad, la hidratación que se da en esta sala se suministra únicamente por vía oral, se indica la forma adecuada e higiénica de la preparación del suero oral y se brinda la atención oportuna al infante con enfermedad diarreica aguda (EDA) con el fin de prevenir las consecuencia de la deshidratación.

Ante este contexto, se hace imperativo consolidar un proyecto integral que establezca acciones de prevención, atención y control de la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda que deben desarrollarse en el territorio según la priorización y el comportamiento epidemiológico, para disminuir la mortalidad, morbilidad grave y la demanda de los servicios de urgencias, hospitalización y cuidados intensivos en los niños menores de 5 años que residen en el Municipio de San Juan del Cesar la Guajira, a través de estrategias fundamentadas en la atención integral en salud, la atención primaria en salud, la articulación intersectorial y la implantación de las UROSC y UAIRAS.

Que en mérito de lo expuesto, el suscrito funcionario,

AUTORIZA:

Que se analice la procedencia jurídica, y en caso de que la conclusión sea positiva, se adelante el trámite de un proceso competitivo para la escogencia de una entidad sin ánimo de lucro -ESAL-, y la consecuente celebración de un convenio de cooperación, si a ello hay lugar, que tendrá por objeto **"FORTALECIMIENTO DE LAS RUTAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS UROC Y UAIRAC EN ZONA RURAL PRIORIZADAS EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DE LA SENTENCIA T - 302/2017 EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DEL CESAR, LA GUAJIRA"**.

Dado en el Municipio de San Juan del Cesar, Departamento de La Guajira, a los veintiún (21) días del mes de septiembre de 2026.

CUBITA ENRIQUE CAMILO URBINA SUAREZ
ALCALDE DE SAN JUAN DEL CESAR

Vo. Bo. Willer José Arciniegas Castro
Jefe de Oficina de Jurídica

Proyectó: Alejandro Javier Alvarado Ramos
Asesor Jurídico Externo en contratación

