

DOCUMENTO DE PROYECTO
SALUD PARA LA PAZ, FORTALECIENDO COMUNIDADES - FASE 2

DESARROLLO DE CAPACIDADES LOCALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SALUD INFANTIL Y NUTRICIONAL

El presente Documento de Proyecto Salud para la Paz, Fortaleciendo Comunidades F-2 constituye una enmienda al anterior documento de proyecto suscrito por las partes. Con esta enmienda se extiende la duración total del proyecto en tres (3) meses (inicialmente 12 meses), siendo la nueva fecha prevista de terminación el 9 de diciembre de 2020. Asimismo, se adicionan USD \$ 4,627,849.00 al presupuesto total del proyecto (anteriormente USD \$ 2. 894.048). Los recursos financieros que se adicionan se destinarán a los productos que se detallan en los Anexos 1 y 2 (subresultado 5 y productos 5.1 a 5.3) del presente documento, cuya finalidad es apoyar a los municipios del proyecto a afrontar la pandemia causada por el coronavirus.

Proyecto de la Estrategia de Respuesta Rápida ERR número de proyecto (si aplica):

El proyecto apunta al logro del resultado cinco del Fondo, del ámbito tres (socioeconómico) y propone mejorar aspectos clave para el desarrollo rural en las zonas priorizadas, como el acceso efectivo a servicios de Atención Primaria en Salud para la intervención de barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, salud infantil y nutricional.

Objetivo estratégico general del proyecto en contribución al Fondo

Fortalecer las capacidades locales para mejorar el acceso a servicios integrales de Atención Primaria en Salud (APS), con énfasis en salud sexual y salud reproductiva (SSR), salud mental (SM), prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y la salud infantil y nutricional, en 26 municipios, 25 de los cuales formularon PDET y en 23 se ubican Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR).

Líneas de Cooperación del UNDAF relacionadas

ÁREA 1: CONSTRUCCIÓN DE PAZ

- Fortalecimiento de la participación ciudadana especialmente de los diversos grupos de poblaciones que han permanecido excluidas y están en situación de vulnerabilidad.
- Apoyo al fortalecimiento de la capacidad de gobiernos locales para ser transparentes, efectivos y garantes del goce efectivo de derechos y la articulación entre los niveles de gobierno.
- Apoyo al fortalecimiento del sistema nacional de Derechos Humanos, creación de condiciones equitativas en el marco de la protección integral y el goce efectivo de los derechos.

- Apoyo al diseño e implementación de los mecanismos institucionales (estructuras organizacionales, instancias e instrumentos) requeridos para la implementación de los acuerdos en los niveles nacional y territorial.
- Apoyo al restablecimiento de los derechos de las víctimas, la superación de la situación de vulnerabilidad y la búsqueda de soluciones sostenibles.

ÁREA 2: DESARROLLO SOSTENIBLE

- Fortalecimiento de la capacidad institucional para la implementación y seguimiento de políticas públicas para fomentar el desarrollo humano sostenible e impulsar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional territorial para garantizar el acceso equitativo e integral a servicios básicos y bienes públicos de calidad y reducir las brechas urbano-rurales.
- Apoyo a la reducción de la pobreza y desigualdad desde una perspectiva multidimensional.
- Apoyo a las políticas y programas de seguridad alimentaria y nutricional.
- Garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva
- Promoción de la salud mental y el bienestar
- Fortalecer la prevención y el tratamiento de abuso de sustancias adictivas

Resultados esperados del proyecto:

- Se han fortalecido las capacidades institucionales locales para mejorar la respuesta efectiva de servicios integrales de Atención Primaria en Salud, con énfasis en salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), salud sexual y reproductiva, atención a la infancia y salud nutricional, considerando los contextos específicos de los 26 municipios en donde se ubican 25 municipios con PDET y 23 ETCR.
- Se consolidó una estrategia extramural de Atención Primaria en Salud - APS, con enfoque de determinantes en salud, género y equidad, que fortalezca las acciones comunitarias e intersectoriales en torno a las áreas del proyecto y la construcción de escenarios protectores de paz.
- Está operando una estrategia de participación y vigilancia comunitaria en salud pública a través del fortalecimiento de redes sociales para el empoderamiento y ejercicio del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas.
- Está en operación una estrategia de monitoreo y evaluación de resultados del proyecto en zonas rurales y rurales dispersas.
- Se han fortalecido las capacidades institucionales y comunitarias a nivel local para la prevención y respuesta a la COVID-19 en los municipios PDET.

Duración del programa: 15 meses

Fecha prevista de inicio: 10/09/2019

Fecha prevista de término: 09/12/2020

Presupuesto total estimado: **USD \$ 7.521.897**

Fuentes del presupuesto financiado:

1. UN MPTF **USD \$ 6.463.718**
2. Otras fuentes de financiamiento:
 - Gobierno USD 686.505
 - Hospitales locales USD 160.000
 - UNFPA USD 159.674
 - OPS/OMS USD 52.000

Contrapartida

Institución	Concepto	Valor (USD)
Ministerio de Salud y Protección Social	Planes de atención para municipios con ETCR. Resolución 1078/2019	\$686.505
Hospitales locales	Personal médico, equipos médicos, insumos y medicamentos.	\$160.000
UNFPA	Direccionamiento técnico, incidencia política, coordinación en territorio con sistema de Naciones Unidas, seguimiento a la ejecución, monitoreo y evaluación del proyecto.	\$159.674
OPS/OMS	Personal profesional y técnico de la Representación en Colombia, consultores internacionales, infraestructura física, tecnológica, comunicaciones y logística dispuesta para el proyecto.	\$ 52.000

Breve descripción del proyecto

Este proyecto tiene como objetivo fortalecer las capacidades locales de 26 municipios priorizados, para mejorar el acceso a servicios integrales de Atención Primaria en Salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas - SPA, salud infantil y nutricional con enfoque de determinantes en salud, étnico, género y equidad, para impulsar el acceso a los servicios de salud, el mejoramiento de la capacidad resolutoria de los hospitales locales, la acción comunitaria e intersectorial y la construcción de escenarios protectores de paz.

El proyecto realiza sus acciones mediante cuatro componentes: **A. Fortalecimiento local de las capacidades** institucionales para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud en 26 municipios, 25 municipios PDET donde se ubican 23 ETCR. **B. Consolidación de una estrategia extramural de Atención Primaria en Salud - APS**, **C. Implementación de una estrategia de participación y de vigilancia comunitaria en salud pública** a través del fortalecimiento de redes sociales para el empoderamiento y ejercicio del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas. **D. Monitoreo y evaluación de los resultados** obtenidos en el marco del proyecto en zonas rurales y rurales dispersas.

La efectividad de las intervenciones propuestas ha sido probada en la primera fase de este proyecto, que se desarrolló en 25 municipios donde se ubicaban 26 ETCR durante 2018. Entre los logros de la fase I, se destaca: la articulación efectiva de los actores locales para atender a las personas de zonas alejadas de los cascos urbanos mediante una estrategia extramural conjunta, cada actor aportó desde su competencia para atender a 39.773 personas en estas áreas; optimización de la prestación de servicios de salud de los hospitales a través de una mayor capacidad técnica de los equipos locales de salud que responden a las necesidades y expectativas de la población y el mejoramiento de dotación básica a 100% de las IPS; por primera vez en Colombia se desarrollan capacidades en los profesionales que trabajan en los municipios categoría 6 en una estrategia de atención estandarizada propuesta por la OMS como una herramienta para superar brechas en salud

mental; además, se generó un proceso de capacitación a líderes y lideresas comunitarios en identificación temprana de riesgos en salud en niñas y niños menores de 5 años para brindar solución local oportuna y en educación para incentivar la demanda a los servicios de salud ante la presencia de riesgos, trastornos o problemas de salud y la formación de 45 líderes comunitarios titulados como técnicos en salud pública en alianza con el SENA como una estrategia comunitaria sostenible en el territorio. Estos líderes son aliados naturales del trabajo en APS, se encuentran vinculados actualmente a los hospitales locales donde lideran importantes procesos de construcción de redes comunitarias y el acercamiento entre las instituciones y la comunidad.

El proyecto responde en lo que compete al sector salud desde el Plan Marco de Implementación (PMI) del Acuerdo Final en lo relativo a la reforma rural integral enunciado en el punto 1 y al plan sectorial que de éste se deriva. De otra parte, este proyecto también responde a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, al componente de atención en zonas marginadas consignado en la Ley Estatutaria en Salud, a la Política y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), al Plan Decenal de Salud Pública y se vincula a la implementación de algunos Planes Territoriales de Salud planteados en los municipios con programas de desarrollo con enfoque territorial.

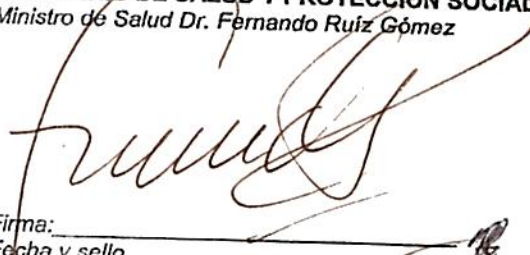
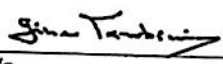
La segunda fase del proyecto busca resolver las barreras locales de acceso a la atención en salud identificadas en la fase I, en cuanto a: aumentar la capacidad resolutive de los profesionales de los centros y puestos de salud para atender más y mejor a la población en asuntos relacionados con salud sexual y reproductiva con énfasis en violencias basadas en género y prevención del embarazo en niñas y adolescentes; salud mental en trastornos y problemas mentales y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, especialmente, en niñas, niños, adolescentes y jóvenes y salud infantil y nutricional con la entrega de alimento terapéutico a niños con riesgos o desnutrición diagnosticadas; gestionar con la entidad territorial y el hospital, la permanencia de los profesionales formados facilitando procesos de atención sostenibles y de calidad en el largo plazo; consolidar procesos de atención en salud extramural con enfoque territorial; avanzar en que la atención en salud sea sensible al enfoque de género, respetuosa de las particularidades de personas, familias y colectivos.

Adicionalmente se incluyen actividades para apoyar a los hospitales y comunidades de los 26 municipios del proyecto Salud para la Paz y de otros 145 municipios PDET, afectados por el conflicto armado, la pobreza, las economías ilícitas y la debilidad institucional, para que puedan afrontar la emergencia médica que implica la crisis por la COVID 19 en tres líneas de acción: i) entrega de elementos de protección personal para la prevención del contagio del talento humano en salud; ii) apoyo a la prestación de servicios de salud; iii) vigilancia epidemiológica.

Las actividades que se proponen dentro de esta adición para dar respuesta a la contingencia son complementarias y no afectan la ejecución de las actividades del proyecto original, ya que se desarrollarán de manera alterna con la vinculación de talento humano adicional.

Nombres y firmas de las contrapartes nacionales y organizaciones participantes de las Naciones Unidas

Al firmar este documento, todos los firmantes – autoridades nacionales de coordinación y organizaciones de las Naciones Unidas – asumen plena responsabilidad por la consecución de los resultados identificados con cada uno de ellos, según en Anexo 1: Marco de resultados y el Anexo 2. Plan de trabajo y presupuesto.

Organizaciones participantes de la ONU	Autoridades Nacionales de Coordinación
Nombre de la organización: FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS <i>Nombre del Representante. Alda Verónica Simén</i>  Firma: _____ Fecha y sello _____	Nombre de la organización: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL <i>Ministro de Salud Dr. Fernando Ruiz Gómez</i>  Firma: _____ Fecha y sello _____
Nombre de la organización: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD <i>Nombre del Representante. Gina Tambini</i>  Firma: _____ Fecha y sello _____	
Nombre de la organización: ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES-OIM <i>Nombre del Representante. Ana Eugenia Durán</i>  Firma: _____ Fecha y sello _____	

PROYECTO
SALUD PARA LA PAZ, FORTALECIENDO COMUNIDADES. FASE 2

DESARROLLO DE CAPACIDADES LOCALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SALUD INFANTIL Y NUTRICIONAL

1. Resumen ejecutivo

La ejecución de las acciones del Plan Marco de Implementación del Acuerdo Final Para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, lleva consigo grandes retos en la construcción de una respuesta sectorial a las acciones planteadas y que permita realizar una transición hacia una estructura del Estado que cierre efectivamente las brechas en las zonas rurales y rurales dispersas, con esta mirada de transición, en esta fase del proyecto se contribuirá al fortalecimiento de la capacidad resolutive en salud de los actores del sistema.

Las áreas donde se ubican los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación- ETCR, concentran graves inequidades sociales en nuestro país. Estos municipios presentan cifras de mortalidad materna y mortalidad infantil hasta diez veces mayor que lo observado en el país, igual ocurre con el bajo peso al nacer, la fecundidad adolescente y la prevalencia de malnutrición, eventos prioritarios en salud pública de la población que reside en áreas rurales.

Contexto: El proyecto “*Desarrollo de capacidades locales para la promoción y garantía del derecho a la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención de consumo de sustancias psicoactivas, atención a la infancia y salud nutricional, en 14 departamentos y 25 municipios en los que se ubican 26 Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación – ETCR (antes 19 ZVTN y 7 PTN)*”, es conocido a nivel nacional y territorial como “*Salud para la Paz – fortaleciendo comunidades*”, está liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social y ejecutado por UNFPA, la OPS/OMS y la OIM, se desarrolla desde noviembre de 2017 en los siguientes municipios de: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios (Antioquia); Arauquita (Arauca); La Montañita y San Vicente del Caguán (Caquetá); Buenos Aires, Caldone y Miranda (Cauca); La Paz (Cesar); Rio Sucio (Chocó); San José del Guaviare (Guaviare); Fonseca (La Guajira); La Macarena, Mesetas y Vista Hermosa (Meta); y Tumaco (Nariño); Tibú (Norte de Santander); Puerto Asís (Putumayo); Planadas e Icononzo (Tolima), El Patía (Cauca), Policarpa (Nariño), Vigía del Fuerte (Antioquia) y Tierralta (Córdoba).

Los resultados obtenidos en la primera fase del proyecto son:

En salud sexual y reproductiva se garantizó en coordinación con el prestador de salud el acceso de 7.975 mujeres a métodos de anticoncepción modernos y 25 Empresas Sociales del Estado del primer nivel fueron dotadas con insumos para la atención de la violencia sexual a través del suministro de 25 kits post-exposición a violencia sexual, entrega de 50 trajes anti-choque para la atención de la emergencia -obstétrica. Se capacitaron 1.315 profesionales en anticoncepción, atención integral a las mujeres gestantes, en prevención y atención de las violencias basadas en

género con énfasis en violencia sexual y 1.370 líderes y lideresas comunitarias en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

En salud infantil y nutricional se han atendido 2.288 niños con infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda y alteraciones nutricionales, se dotaron e instalaron 26 Unidades de Atención Integral Comunitaria, se entregaron 7.000 dosis de micronutrientes y desparasitantes para niñas y niños entre 6 y 23 meses para la prevención de la anemia y la desnutrición. Se han formado en la atención integral clínica y comunitaria de las enfermedades prevalentes de la infancia a 87 profesionales y 52 líderes.

En salud mental se han atendido 5.195 personas, 25 Empresas Sociales del Estado (ESE), cuentan con 55 profesionales capacitados en el programa mhGAP (Mental Health Gap Action Programme), y herramientas para la detección de riesgos en abuso de sustancias psicoactivas, incluyéndolas en la atención individual y comunitaria; adicionalmente 25 líderes han sido capacitados para realizar detección y consejería comunitaria en salud mental, a través de acciones de promoción de la salud mental y prevención del consumo de SPA.

En Atención Primaria en Salud se logró el acceso efectivo a servicios extramurales de 20.415 personas, priorizando la atención de 7.776 mujeres y 7.983 niñas y niños de la comunidad de los 26 ETCR y comunidades aledañas, quienes gracias a una alianza nación – territorio lograron acceder a servicios especializados de atención obstétrica, pediátrica, nutrición y salud mental, entre otros. Los territorios contaron con una enfermera que apoyó la gestión del proyecto, realizó trabajo institucional y comunitario y brindó un acompañamiento permanente para la atención de las mujeres gestantes, niñas y niños. Adicionalmente, se apoyó la formación de 44 líderes comunitarios como técnicos en salud pública por el SENA. Actualmente estos líderes realizarán la fase productiva de su formación, con apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social, realizando una importante labor en sus comunidades.

Teniendo en cuenta los resultados mencionados y otros que se han documentado a través de la estrategia de monitoreo y evaluación del Proyecto, se hace explícita la necesidad de dar continuidad a las acciones desarrolladas y de consolidar los procesos en el nivel local; por lo cual se plantea la segunda fase del proyecto que busca resolver las barreras locales de acceso a la atención en salud identificadas en la fase I, en cuanto a: aumentar la capacidad resolutoria de los profesionales de los centros y puestos de salud para atender más y mejor a la población en asuntos relacionados con salud sexual y reproductiva con énfasis en violencias basadas en género y prevención del embarazo en niñas y adolescentes; salud mental en trastornos y problemas mentales y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, especialmente, en niñas, niños, adolescentes y jóvenes; y, salud infantil y nutricional con la entrega de alimento terapéutico a niños con riesgos o desnutrición diagnosticadas; gestionar con la entidad territorial y el hospital, la permanencia de los profesionales formados facilitando procesos atención sostenibles y de calidad en el largo plazo; consolidar procesos de atención en salud extramural con enfoque territorial; avanzar en que la atención en salud sea sensible al enfoque de género, respetuosa de las particularidades de personas, familias y colectivos.

El proyecto responde en lo que compete al sector salud desde el Plan Marco de Implementación (PMI) del Acuerdo Final en lo relativo a la reforma rural integral enunciado en el punto 1 y al plan

sectorial que de éste se deriva. De otra parte, este proyecto también responde a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, al componente de atención en zonas marginadas consignado en la Ley Estatutaria en Salud, al Plan Decenal de Salud Pública, al Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), se vincula a la implementación de los Planes Territoriales de Salud para el cumplimiento de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud a nivel territorial evitando la duplicidad de acciones con la misma.

Adicionalmente, el proyecto apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y a las entidades territoriales departamentales municipales en la preparación y respuesta a la emergencia por COVID-19 en los 170 municipio PDET e Icononzo. Las actividades propuestas están en línea con las necesidades priorizadas por el MSPS en tres componentes: prevención del contagio, atención y prestación de servicios de salud y vigilancia epidemiológica.

2. Teoría del cambio

Análisis de la situación (Planteamiento del problema)

Este proyecto se desarrollará en 26 municipios de 14 departamentos lo que corresponde a 15% de los municipios priorizados en los PDET. En 22 de ellos se ubican 23 ECTR vigentes, que corresponden a: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios (Antioquia); Arauquita (Arauca); La Montañita y San Vicente del Caguán (Caquetá); Buenos Aires, Caldon y Miranda (Cauca); La Paz (Cesar); Rio Sucio (Chocó); San José del Guaviare (Guaviare); Fonseca (La Guajira); La Macarena, Mesetas y Vista Hermosa (Meta); y Tumaco (Nariño); Tibú (Norte de Santander); Puerto Asís (Putumayo); Planadas (Tolima) e Icononzo, que no es municipio PDET, pero donde se ubica un ECTR. Por otro lado, se suman 5 municipios que hacen parte de las subregiones del PDET, que corresponden a: El Patía (Cauca), Policarpa (Nariño), Vigía del Fuerte (Antioquia), Tierralta (Córdoba); donde el Proyecto tuvo excelentes resultados en su primera fase.

Conforme a los indicadores de salud de los municipios priorizados por el proyecto, en estos territorios se identifican grandes brechas en la situación de salud, por la concentración de inequidades y barreras de acceso para el ejercicio de los derechos, la débil infraestructura institucional y poca voluntad política para la atención con calidad de las mujeres gestantes, niñas niños, adolescentes, mujeres y hombres. En la primera fase del proyecto se identificaron barreras de acceso estructurales que vulneran el derecho a la salud de las poblaciones de zonas rurales y rurales dispersas y que para su superación requieren de una acción conjunta liderada desde el Ministerio de Salud y Protección Social, con las entidades territoriales departamentales, municipales, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Hospitales y comunidad apoyada por la cooperación internacional.

Con el apoyo de la Misión de verificación de los acuerdos de Paz de las Naciones Unidas, la Mesa Nacional de salud del Consejo Nacional de Reincorporación, las Entidades Territoriales de Salud Departamentales y Municipales, personal de salud de los Hospitales y las comunidades, en la primera fase del proyecto fueron identificadas algunas barreras de acceso en varios municipios y entidades, estas situaciones no son generalizadas en todos los territorios pero su visibilización permite definir de manera clara las acciones a desarrollar para la superación de las mismas.

Análisis de barreras de acceso con enfoque de género

Se encuentran barreras de acceso geográficas, como por ejemplo, falta de puentes, carreteras, transporte público, entre otros, y, existen retos específicos en algunos municipios fronterizos donde se observa que las personas asisten al hospital de un municipio a recibir la atención por cercanía geográfica estando aseguradas en otro municipio, también se ha evidenciado barreras administrativas, como por ejemplo, que los usuarios deben hacer trámites administrativos redundantes o que están bajo la responsabilidad de la IPS. Se presentan también barreras económicas, existe un porcentaje alto de la población en situación de pobreza en los municipios intervenidos con el proyecto, barreras lingüísticas, culturales y situaciones de inseguridad como amenazas, delincuencia común, y en algunas zonas, campos minados, que dificultan la participación comunitaria y el acceso a los servicios de salud de la población de zonas rurales y rurales dispersas.

El personal de salud tiene conocimientos y habilidades reducidas en salud mental, anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo - IVE, atención de la violencia sexual y de las emergencias obstétricas, bajo nivel de implementación de los lineamientos nacionales para la atención diferenciada y para atender a la población rural y rural dispersa bajo un enfoque de Atención primaria en Salud, existen debilidades en las estrategias de seguimiento y acompañamiento a eventos de interés en salud pública, baja articulación sectorial, intersectorial y comunitaria para su atención, lo anterior sumado en algunos casos con el desconocimiento de rutas de atención en salud y en otros, falta de adaptación territorial de las mismas.

La carga laboral del personal en los hospitales dificulta la implementación de programas como MhGaP, en algunos hospitales existe alta rotación del personal para la atención, lo que dificulta la apropiación en el hacer de las instituciones fortalecidas y déficit de profesionales de salud, se nota debilidad en los procesos de inducción y en la capacitación en guías y protocolos de atención dirigidas al personal de salud de las Empresas Sociales del Estado.

Así mismo, existen instituciones que no cuentan con equipo extramural, por lo que la atención se centra de manera muy fuerte en la actividad intramural. Se observó la necesidad de fortalecer y desarrollar la gestión integral del riesgo, la promoción y la atención de la salud adaptada a las necesidades de las zonas rurales y rurales dispersas generar estrategias de búsqueda activa, captación temprana o inducción a la demanda de servicios para población prioritaria de atención

En cuanto a la inversión de los recursos, algunos territorios invierten de manera igual en poblaciones rurales y urbanas, no hay un rubro específico para las acciones orientadas a la atención de salud rural, hay dificultades en la recuperación de cartera ante las EAPB y en la asignación presupuestal del Plan de Acción en Salud -PAS (PIC).

Así mismo se requiere vincular a más personas a las estrategias de trabajo comunitario y en vigilancia ante eventos de interés de salud pública para generar una operación eficiente de la vigilancia de base comunitaria con participación de grupos organizados de la comunidad (organizaciones de jóvenes, de indígenas, de afros, vinculación de parteras y de médicos tradicionales, etc.).

En este contexto cabe resaltar que como se mencionó antes, en el Proyecto Salud para la Paz se identificaron logros y oportunidades importantes que aportan a la superación de estas barreras, dentro de las que se destacan la voluntad y compromiso de las entidades de salud departamentales, municipales y de la comunidad en el fortalecimiento de sus capacidades, la participación como aliados del proyecto y la apropiación de las acciones para la mejora de la atención en salud de estas comunidades; el trabajo intersectorial y la gestión local como estrategia de abordaje integral a la situación de salud; el compromiso y apertura de los líderes comunitarios; aspectos que orientan de manera detallada las acciones sobre las que se deben concentrar los esfuerzos y recursos de las diferentes entidades para la superación de barreras y el cierre de brechas en salud, especialmente en zonas rurales

Análisis de capacidades institucionales con énfasis en las necesidades específicas de niñas y mujeres

Frente a la capacidad Institucional se encuentran planes de intervenciones colectivas en salud que responden parcialmente a las necesidades específicas de la población o que no tienen una adecuación para la implementación en la población rural, debilidad para la implementación de la atención con enfoque diferencial al ámbito rural y rural disperso y para la gestión integral del riesgo en salud, así como en los procesos de articulación entre todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La ejecución de procesos de asistencia técnica a los municipios no garantiza la calidad en la prestación ni tampoco el acceso a los servicios de salud en las zonas rurales y rurales dispersas, por lo que idealmente debe existir un mecanismo para asegurar el acceso acercando la oferta a las zonas rurales, por ejemplo, mediante equipos extramurales con capacidad de detectar necesidades en salud y de realizar intervenciones básicas.

Se evidencia escasa articulación de la red de prestadores de servicios de Salud con las zonas rurales y rurales dispersas y baja sistematicidad en el seguimiento de las metas de los indicadores de salud de los municipios y de los departamentos desde el enfoque de mejoramiento continuo.

Se requiere fortalecer la capacidad de relacionamiento comercial de algunos gerentes de hospitales locales con las EAPB para la negociación y en la construcción de productos que agreguen valor a la comunidad. Se percibe desconocimiento de los derechos y de las rutas de acceso a los servicios de salud concepciones machistas en algunas comunidades y en general bajo nivel educativo en las personas que habitan en las zonas rurales y rurales dispersas de los municipios intervenidos.

Se identifica la necesidad de fortalecer los procesos para la afiliación y actualización en el Sistema de Seguridad Social en Salud de la población de zonas rurales y rurales dispersas, que apoye los procesos actuales de aseguramiento en la población y que mejoren la respuesta en términos de eficiencia, especialmente en el aseguramiento de los recién nacidos o de las personas que tiene bajo acceso a los centros urbanos.

Las aseguradoras no siempre garantizan el acceso de la población rural a los insumos y servicios incluidos en el plan de beneficios, por ejemplo: métodos anticonceptivos de larga duración, Interrupción Voluntaria del Embarazo, atención por salud mental, entre otros.

Necesidades de oferta con adaptación sociocultural

Igualmente, en algunas zonas se encuentra una oferta reducida y con débil adaptación sociocultural a las particularidades y necesidades de los territorios, que aumenta las inequidades en salud, en especial para población dispersa, hay redes de servicios de salud fraccionadas que no garantizan la atención integral de la población de zonas rurales y rurales dispersas y no se encuentran suficientes estrategias efectivas de búsqueda activa o inducción a la demanda con la población afiliada.

Hay poca adaptación sociocultural a las particularidades y necesidades de los territorios lo que aumenta las inequidades en salud, en especial para población dispersa, indígena y afrodescendiente, falta integración de los conocimientos de las parteras tradicionales, poca oferta de servicios para la rehabilitación de personas con discapacidad y se evidencian muestras de inequidades de género tanto en la comunidad como en el personal de salud; por lo que es necesario desarrollar estrategias de consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes, indígenas y afros.

A continuación, se describe la **Situación de Salud** en cada una de las líneas de intervención del Proyecto:

Estado de la Salud Sexual y Reproductiva:

Colombia no logró el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) No. 5, sobre la reducción de la mortalidad materna, en el 2017, la tasa de mortalidad materna fue de 51,00 por 100.000 NV, (un total de 355 defunciones) frente a la meta definida en el ODM para el país de 45 por 100.000 NV. (Línea de base año 2000 100 x 100.000 NV) Adicionalmente, Colombia presenta grandes inequidades en este indicador, tanto por regiones como por grupos de población vulnerable. Las mujeres indígenas tienen entre tres y cinco veces más riesgo de morir por razones relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio comparadas con las mujeres no indígenas; en las afrodescendientes este riesgo de muerte es dos veces mayor. Para las mujeres que no tienen escolaridad o que cursaron primaria este riesgo es cinco veces mayor comparado con las que alcanzaron secundaria o un nivel superior. La dispersión poblacional también se comporta como un determinante importante de la mortalidad materna. Para 2016 se produjeron 35,66 muertes en exceso por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural dispersa que en las cabeceras municipales la razón de mortalidad materna fue un 80% más alta en el área rural dispersa que en las cabeceras. (MSPS - Informe de ODM, 2014 – ASIS 2017). Lo anterior, pone en evidencia cómo las desigualdades socioeconómicas, unidas a la dispersión geográfica, la presencia de grupos armados y la falta de oferta articulada de servicios de salud, constituyen las principales barreras de acceso para esta población.

En los 25 municipios donde se ubican los ETCR la mortalidad materna supera el promedio nacional (51,00 en 2017) con valores hasta cuatro y dieciocho veces mayores, como es el caso de La Macarena (Meta) con 926 muertes por cada 100000 nacidos vivos, Planadas (Tolima) con 417, Dabeiba (Antioquia) 347, Miranda Cauca con 304, Ituango Antioquia 303, Tumaco (Nariño) con 199. En general en estos municipios se encuentra una mayor participación de causas de mortalidad prevenibles como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis.

Las desigualdades e inequidades sociales en salud materna también se expresan en embarazo precoz en población adolescente. Las cifras de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud así lo revelan: aunque el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, madres o embarazadas del primer hijo e hija muestra una reducción del 19.5 por ciento en 2010 a 17.4 por ciento en 2015, por factores sociales, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años del quintil bajo de riqueza madres o embarazadas por primera vez es 5.8 veces el porcentaje observado en las adolescentes de la misma edad del quintil alto de riqueza. De acuerdo con la ENDS 2015, el mayor nivel de desconocimiento en derechos de anticoncepción se presenta entre las mujeres adolescentes y en la población residente en zona rural y sin educación formal.

En Colombia entre 2005 y 2016 las tasas específicas de fecundidad en adolescentes entre 10 y 19 años se mantuvieron estables oscilando entre 32 y 39 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad, en el grupo de 15 y 19 se concentraron el 95,9% de los nacimientos de mujeres adolescentes, 62 nacimientos por cada 1.000 mujeres en este grupo para el 2016, el 4,1% restante de los nacimientos en adolescentes ocurrieron entre los 10 y 14 años, es decir que por cada 1.000 mujeres en esta edad se produjeron tres nacimientos anuales durante el periodo 2005-2016 (MSPS - ASIS 2017). En los 25 municipios que albergan las ECTR se presentan altas tasas de fecundidad precoz frente al promedio nacional en Anorí, por ejemplo, fue de 116.39; en Ituango de 113.69, en Vigía del Fuerte de 98.89, en Remedios de 97.12; en La Paz de 97.1 y en Arauquita de 96.64.

Otro de los eventos que afectan la salud con mayor frecuencia en niños, niñas y mujeres, sustentado en prácticas hegemónicas, machistas e inequidades de género es la violencia sexual y otras formas de violencia basadas en género. En los últimos 4 años el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, reportó un promedio anual de 22.000 exámenes médico legales por presunto delito sexual en Colombia, para un total de 88.087 exámenes entre el año 2014 al 2017. De acuerdo con el grupo de edad, entre el 85% a 87% de los exámenes médico legales por presunto delito sexual corresponden a niñas, niños y adolescentes entre los 0 y 17 años, es decir un promedio de 20.000 anualmente, siendo el grupo de 10 a 14 años el más afectado, en donde se identificó en promedio un 40% de todos los exámenes médico legales realizados anualmente. El comportamiento según el sexo de la víctima evidenció que el 85% de los casos en los últimos 4 años fueron mujeres, un promedio de 18.000 casos en mujeres al año, para un total de 75.171 casos entre 2014 y 2017. Esto indica que por cada hombre víctima se presentaron seis víctimas mujeres.

Durante el año 2016 se realizaron en Colombia 21.399 exámenes médico-legales por presunto delito sexual, con una tasa de 43,90 por 100.000 habitantes, siendo las mujeres las más afectadas, en un 73,98%. Según la distribución por edades, el sexo y grupos de edad más afectados fueron mujeres entre 10 a 13 años con una tasa de 371,27 por 100.000 habitantes. Si bien no existen estudios que indiquen específicamente la situación de violencia basada en género en los municipios a intervenir, se conoce que estas zonas comparten los determinantes que incrementan el riesgo de ocurrencia de estos eventos en otros municipios del país tales como el desconocimiento general sobre los derechos sexuales y reproductivos, el débil empoderamiento de las mujeres para la toma de decisiones acerca de su sexualidad y la reproducción, las necesidades insatisfechas en anticoncepción, las barreras geográficas, culturales e institucionales de acceso a servicios básicos e integrales de salud, el desconocimiento de signos o síntomas de alarma, y la baja calidad en la

atención en los servicios de salud, por deficiente talento humano e insuficiencia de insumos críticos de salud pública.

Estado de la Salud infantil

Otro indicador importante de desarrollo y marcador de inequidad es la Mortalidad Infantil. Colombia ha mostrado grandes avances en reducción de la mortalidad infantil, habiendo logrado la meta propuesta en los Objetivos del Milenio, especialmente a expensas de reducción de la mortalidad por infecciones respiratorias y diarreicas agudas y de las enfermedades prevenibles por vacunación.

No obstante, de manera similar a lo enunciado con los indicadores de salud sexual y reproductiva, mientras la mortalidad infantil en el país en 2017 fue de 13.0 por mil nacidos vivos, en los municipios priorizados este valor se duplica o triplica, como es el caso de Riosucio (Chocó), con 65.31; Remedios (Antioquia), con 20,41; Vigía del fuerte (Antioquia) con 68,972 y Buenos Aires (Cauca) con 22,08; La Paz (Cesar) con 23,47 entre otros, como consecuencia de una mayor vulnerabilidad e inequidad mediada por la dificultad de acceso a agua potable, la inadecuada disposición de excretas y basuras, que incrementan el riesgo de parasitismo intestinal, la malnutrición y la deficiencia de hierro y micronutrientes, así como la dificultad de acceso a servicios integrales de salud.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la anemia es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y, por lo tanto, uno de los problemas de salud pública más graves a escala mundial¹. En Colombia, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Situación Nutricional- ENSIN, -2010, la prevalencia de anemia en el grupo de edad comprendido entre los 6 y 59 meses de edad es de 27.5%, y específicamente, los grupos de edad 6 a 11 meses y el de 12 a 23 meses son los más afectados – 59.7% y 29%, respectivamente. La prevalencia de anemia fue mayor en la población afrocolombiana (33.7%), con respecto a la población indígena (32.6%) y a otros grupos (26.3%). Los resultados por área geográfica mostraron que la anemia es más frecuente en los niños y niñas que viven en el área rural (30.8%), comparados con aquellos que viven en el área urbana (26.1%), razón por la cual es de primordial importancia realizar programas de desparasitación y suplementación nutricional con micronutrientes en las Zonas Veredales y Puntos Transitorios de Normalización.

La situación en salud en las líneas presentadas reitera la necesidad de continuar trabajando en acciones y estrategias orientadas a reducir la mortalidad infantil y materna, que aportan al cumplimiento del objetivo 3 de la Agenda de Salud Sostenible de las Américas 2030 para garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal.

Estado de la Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.

Una de las metas del objetivo 3 de la Agenda de Salud Sostenible de las Américas 2030 es incrementar el acceso universal a los servicios de salud mental, incluida la promoción del bienestar emocional y sus condiciones favorables, la prevención de problemas psicosociales y trastornos mentales, y la recuperación mental en todas las etapas de la vida, con un enfoque de género,

¹ Joint World Health Organization/Centers for Disease Control and Prevention, 2007, pág. 3

intercultural y comunitario; la atención de la salud mental estará integrada en la atención primaria (adaptación del Plan de acción sobre la salud mental de la OPS/OMS, documento CD53/8, Rev. 1 [2014]).

La ley 1616 de 2003 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”. Según la encuesta nacional de salud mental de 2015, ENSM para los colombianos mayores de 18 años la salud mental se relaciona principalmente con: tener buena salud física, (45,5% a 47%), sentirse bien, feliz y en paz con uno mismo (36,2% a 42,7%), superar dificultades y seguir adelante con ganas (32,7% a 40,7%), no preocuparse, no estresarse y no sufrir (29,8% a 32,55%). Para los adultos jóvenes (de 18 a 44 años) en condición de pobreza, para tener salud mental también es necesario tener todas las comodidades y que no les falte nada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Las encuestas de salud mental realizadas en Colombia en 1.993, 2.003 y 2.015 han mostrado que los trastornos más relevantes han sido la depresión, el trastorno de ansiedad y el intento de suicidio. Los resultados de la encuesta realizada en 2015 pueden considerarse abrumadores: El 44.7% de los niños y niñas de 7 a 11 años requiere de una evaluación formal por un profesional de la salud mental para descartar problemas o posibles trastornos. La edad de inicio de consumo las sustancias reportadas: alcohol, cigarrillo, y las sustancias ilícitas fue 11 años o menos, aunque la prevalencia en este grupo de edad se reportó como baja. Según el último estudio nacional de sustancias psicoactivas, el alcohol es la sustancia de mayor consumo en el país; alrededor de 2.5 millones de personas presentan consumo riesgoso pero el mayor impacto está entre los jóvenes de 18 a 24 años. Cerca de 3 millones de personas han consumido drogas ilícitas en la vida, la marihuana es la droga más consumida, seguida de cocaína, bazuco y éxtasis. El grupo etario más afectado fue el de los adolescentes, con una mayor prevalencia de cualquier trastorno mental (7,2%, IC95%:5,8-8,9). La conducta suicida es un tema de gran relevancia tanto en adolescentes como en adultos, el 37,6% de quienes tienen ideas suicidas en los adolescentes, lleva a cabo el intento de suicidio, esto se da por igual en hombres y mujeres. En general los trastornos mentales son más frecuentes en mujeres que en los hombres, en todos los grupos de edades.

En cuanto a la violencia y su relación con la salud mental, la encuesta de 2015 encontró que los tipos de violencias más experimentados por la población general fueron los relacionados con el desplazamiento forzado y la delincuencia común. El 13,7% de los niños de 7 a 11 años estuvieron expuestos a violencia y movilización por el conflicto armado. En los adolescentes de 12 a 18 años la proporción fue de 18,3% y en los adultos esta situación se presentó entre un 15,8% y 18,7% de las personas encuestadas.

Aunque no se dispone de información específica sobre la situación de salud mental de las veredas y municipios que se propone intervenir, los determinantes de salud mental relacionados con altos índices de necesidades básicas insatisfechas, presencia de víctimas y desplazados por el conflicto, presencia de actores armados y, en general, las condiciones de exclusión, abandono y desconfianza con instituciones del Estado, permiten suponer con cierta certeza que los indicadores de salud mental en estas zonas, al igual que los demás indicadores en salud, representan riesgos y daños

mayores que el promedio nacional, especialmente en trastornos como depresión, suicidio, estrés, y adicción a sustancias psicoactivas.

Situación de acceso a servicios de salud

En el año 2017 el Sistema de Naciones Unidas realizó un diagnóstico de las Zonas Veredales y Puntos Transitorios de Normalización, hoy ETCR, respecto al tema de salud se identificó que en estos municipios la prestación de servicios de salud es deficiente o insuficiente. Lo anterior, mediado por problemas locales de gobernanza, producto de una deficiente coordinación entre las autoridades de la nación, los departamentos, los municipios y las veredas; la insatisfacción de las autoridades autóctonas locales con los mecanismos de consulta realizados a nivel nacional y a la secular desconfianza de estas comunidades en las instituciones del Estado.

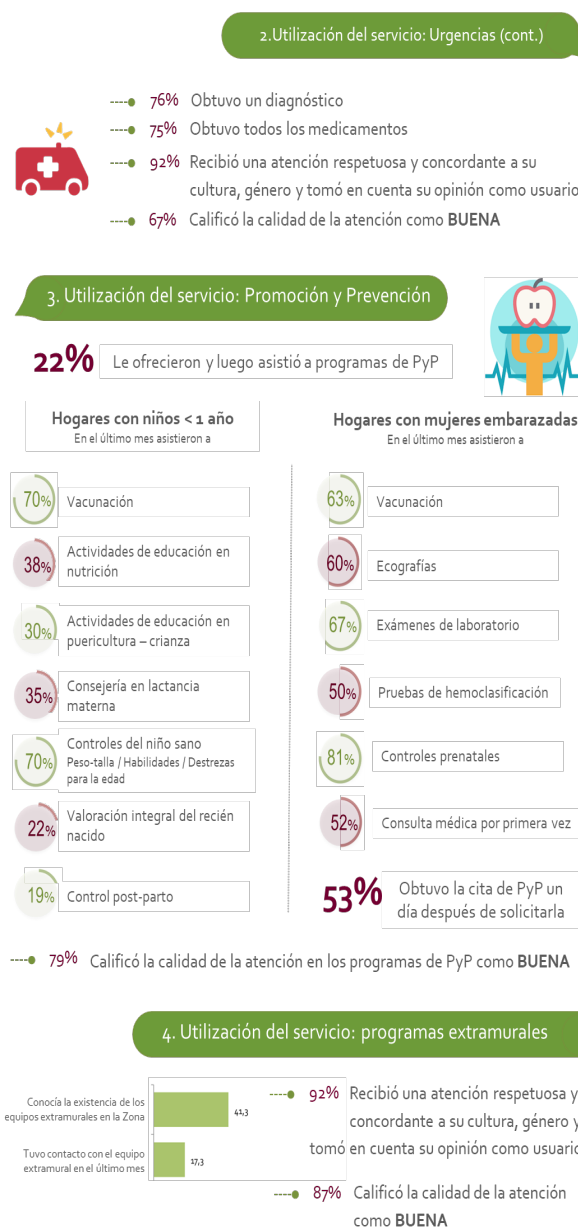
El proceso de reincorporación a la vida civil requiere el reconocimiento de la comunidad de los espacios de las rutas para acceder a los servicios de salud, así como la comprensión de los mecanismos de afiliación y los derechos y deberes de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en salud. A través de la primera fase del Proyecto Salud para la Paz, se acompañó a la población de los ETCR, principalmente a mujeres gestantes, lactantes, niñas y niños, al acceso a servicios de salud, generando además procesos educativos y promocionales en temas claves de cuidado de la salud.

Persisten en los ETCR y en las zonas rurales aledañas, retos para el acceso a servicios de salud, tales como:

- Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud a los excombatientes de las FARC-EP y a los demás miembros de sus familias, que han venido a formar parte de los ETCR.
- Como en otras zonas de población rural dispersa, los campesinos, los indígenas y la población afrodescendiente residente en las veredas se encuentra afiliada a múltiples EAPB. No obstante, esto no garantiza el acceso efectivo a servicios de salud en razón a barreras culturales, geográficas e institucionales a los mismos.
- La infraestructura y el talento humano para la prestación de servicios de salud en las veredas donde se ubican los ETCR es insuficiente y en algunos casos inexistente, la prestación de servicios de salud requiere una caracterización permanente de la población, que además tenga en cuenta la diversidad étnica y cultural de las personas que los habitan.
- Si bien, en un primer momento del proceso de reincorporación la mayoría de excombatientes fueron afiliados a la Nueva EPS, actualmente la población de ellos ETCR se encuentra afiliada a diferentes Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, por ellos desde la autoridad sanitaria nacional se debe garantizar el cumplimiento del rol de los aseguradores con una red de prestadores de servicios de salud optima, a través de la cual sus afiliados de zonas rurales y rurales dispersas puedan acceder a todos los servicios contemplados en el plan de beneficios.

- Las líneas de salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, salud infantil y nutricional son dimensiones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública y para el caso de los ETCR y zonas rurales aledañas, son determinantes en la construcción de paz y de equidad, por ello es necesario redoblar esfuerzos para que individuos, familias y comunidades accedan a intervenciones promocionales y preventivas, a través de las cuales se garantice la calidad de vida y mantenimiento de la salud en el marco de la reincorporación.
- Continúa un gran desconocimiento sobre la detección e intervención de problemas y trastornos de salud mental y neurológicos, así como del abuso de alcohol y uso de spa. Esto acompañado de gran estigma sobre las personas y familias que padecen algún trastorno de salud mental.
- Se requiere fortalecer los procesos de información, educación, comunicación y movilización social de las comunidades de los ETCR, zonas rurales y rurales dispersas, para el reconocimiento de su rol como usuarios del SGSSS, evidenciando los mecanismos participativos existentes para el agenciamiento del derecho a la salud, los cuales disminuyen barreras de acceso a los servicios.
- A través de la primera fase del Proyecto se identificaron en los ETCR líderes y lideresas de los procesos de salud de sus comunidades quienes son y deben seguir siendo aliados en el trabajo comunitario para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud y el cierre de brechas en resultados en salud.

Es preciso mencionar que, en el marco de la primera fase del Proyecto, en el componente de Monitoreo y Evaluación, se diseñó de manera conjunta con la Universidad del Norte de Barranquilla, una **encuesta para medir la percepción de la población de los ETCR frente al acceso a los servicios de salud**; a continuación, se presentan los principales resultados:



* Las preguntas de utilización de servicios de salud corresponden a la persona que respondió la encuesta o algún miembro del hogar

Situación de la emergencia por COVID-19 en municipios PDET

A. La evolución de la pandemia por la COVID-19

Ante la aparición de una nueva cepa de coronavirus SARS COV-2 que causa la enfermedad denominada como COVID-19 y su rápida propagación y expansión mundial, el 11 de marzo de 2020 la OMS declaró el estado de pandemia y solicitó a los países “la *adopción de medidas prematuras con el objetivo de detener la transmisión y prevenir la propagación del virus*”, además de proteger las poblaciones más vulnerables y fortalecer la respuesta de los servicios sanitarios para atender a las personas afectadas.

Para tal efecto, la OMS ha sugerido en el documento “ *Operational planning guidelines to support country preparedness and response*” a los países afectados, el desarrollo de acciones en 8 pilares: (i) coordinación, planeación y monitoreo; (ii) comunicación del riesgo y participación comunitaria; (iii) vigilancia, respuesta rápida e investigación de casos; (iv) puntos de entrada; (v) laboratorios nacionales; (vi) prevención de la infección y control; (vii) manejo de casos; (viii) apoyo operacional y logística.

A la fecha (10 de mayo de 2020) se cuenta con 3.925.815 casos confirmados en el mundo y se ha identificado su presencia en 215 países, áreas o territorios, con una tendencia hacia el aumento de las cifras y el consecuente aumento de la demanda sobre los servicios de salud en los países afectados.

B. La respuesta en Colombia a la COVID-19

Siguiendo la declaración del estado de emergencia por la pandemia COVID-19, el Ministerio de Salud y Protección Social fortaleció las evaluaciones de riesgo y avanzó en la actualización de los planes de respuesta frente al manejo de este tipo de situaciones. De este modo, estableció la respuesta en tres fases: (i) preparación (antes de la entrada del virus al país), (ii) contención (una vez se identifique el primer caso) y (iii) mitigación (cuando más del 10% de los casos no cuentan con cadenas identificadas de transmisión) y avanzó en el alistamiento del Instituto Nacional de Salud para la realización de pruebas diagnósticas en el país.

Progresivamente el país fue elevando su nivel de riesgo pasando de bajo a moderado a finales de febrero y de moderado a alto a inicios de marzo, con lo cual también se fortalecieron las medidas para la protección de la población. En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 380 del 10 de marzo mediante la cual se adoptaron “medidas preventivas sanitarias de aislamiento y cuarentena” de las personas procedentes de la República Popular China, Francia, Italia y España que arribaran a Colombia.

Así mismo, se fortaleció el trabajo articulado para el desarrollo del Plan de Respuesta a la COVID-19, con la participación activa de los secretarios de salud departamentales, los directores de salud pública, de prestación de servicios y las áreas de comunicación, con el objetivo de fortalecer la respuesta en las distintas entidades territoriales.

Posteriormente, mediante la Resolución 385 de 2020 el Ministerio de Salud y Protección Social declaró “el Estado de Emergencia Sanitaria por causa del nuevo coronavirus en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020”, adoptando una serie de medidas de prevención, control y mitigación.

En consecuencia, el Gobierno Colombiano tomó decisiones importantes dirigidas a:

- Establecer controles migratorios para la llegada de pasajeros internacionales.
- Limitar el desarrollo de actividades públicas o privadas que implicaran aglomeraciones de personas.
- Proteger a la población mayor de 70 años, quienes son más vulnerables al desarrollo de complicaciones y mortalidad por COVID-19.

- Aislamiento preventivo de la población para contener la propagación del virus.
- Promover y difundir ampliamente a la ciudadanía las medidas de protección y mecanismos de atención para la COVID-19.
- Fortalecer la capacidad hospitalaria del país, en particular, aumento de camas de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), así como expansión de los hospitales para contar con más espacio para la atención de baja y mediana complejidad reduciendo el riesgo de exposición.
- Fortalecer capacidades para el desarrollo y procesamiento de distintos tipos de pruebas para la detección de COVID-19.

Por el “vertiginoso escalamiento del brote” que, además de ser una amenaza global de la salud pública implica “afectaciones al sistema económico de magnitudes impredecibles e incalculables” y por su expansión inicial observada en el territorio nacional a pesar de las medidas instauradas, el gobierno nacional estableció la situación actual como “grave calamidad pública”. Esto motivó la declaración del “Estado de Emergencia Económica y Social y Ecológica en todo el territorio nacional” mediante decreto 417 del 17 de marzo de 2020.

A pesar de las medidas tomadas, a 10 de mayo de 2020 el país reportó 11.063 casos confirmados y 463 defunciones y se proyectó un crecimiento sostenido por los próximos dos meses, lo cual redundará en una máxima exigencia para la red de prestación de servicios de salud del país. En efecto, el Instituto Nacional de Salud –INS- estimó que en Colombia la COVID-19 podría alcanzar a afectar a 4.000.000 de colombianos, de los cuales 187.523 estarían en condición crítica y 550.600 presentarían síntomas severos. La carga que ello supone al sistema de salud le costaría al país \$.4.631.085.235.141 de pesos para garantizar, entre otros, el aumento de la capacidad de UCI actual que tiene el país, así como la expansión de las áreas de aislamiento. Para ello se propone, entre otros: (i) liberar la ocupación actual de camas hospitalarias (p.e. mediante el aplazamiento de cirugías no vitales); (ii) convertir camas de cuidados intermedios en unidades de cuidados intensivos (p.e. mediante la adquisición de ventiladores); (iii) garantizar la compra de unidades de cuidados intensivos; (iv) lograr ampliar la oferta de profesionales de la salud disponibles y dotarlos de los elementos de bioseguridad y elementos de protección personal. Medidas adicionales se detallan en el “*Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención Y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)*”, adoptado mediante la resolución 536 del 31 de marzo de 2020.

Así, aunque no es posible evitar su propagación, es necesario fortalecer las medidas para desacelerar la velocidad de transmisión, proteger a la población más vulnerable, fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud y proteger al talento humano en salud. La situación presentada en países como China, Italia, España y Estados Unidos pone al país en máxima alerta. A esto se suma la incertidumbre de una emergencia sobre la cual se tienen más preguntas que respuestas, especialmente respecto a su duración y el impacto que tendrá en la población colombiana.

C. La respuesta a la COVID-19 en zonas rurales

La pandemia afecta, sin duda, a todo el país, pero las zonas rurales deberán asumir el manejo de la emergencia sobre la base de condiciones adicionales de vulnerabilidad dadas por:

- a. La baja presencia de personal de salud (básico, y sobre todo, especializado) o su alta rotación: el Plan Nacional de Salud Rural evidencia que la densidad de profesionales de la salud en zonas urbanas es de 102 por cada 10.000 habitantes, mientras que en zonas rurales es de 40,8 y en rurales dispersas de 28,1. Esto pone de presente dos necesidades: (i) incrementar la disponibilidad de talento humano en estos territorios para enfrentar la emergencia o facilitar el acceso a servicios de salud mediante modalidades asociadas a la telesalud; (ii) dar las máximas garantías al poco personal que está allí, permitiendo así mantener una oferta de servicios continúa.
- b. Comorbilidad y mortalidad: en los municipios PDET se encuentran brechas importantes en salud, evidenciadas en la disparidad en los indicadores trazadores de salud. En efecto, en zonas rurales son en promedio mayores las tasas de mortalidad materna (en zona urbana fallecen 45 gestantes por cada 100.000 nacidos vivos vs 60 por cada 100.000 nacidos vivos en zona rural), de mortalidad infantil por desnutrición, de Enfermedad Diarreica Aguda, de Infección Respiratoria Aguda y de embarazo adolescente. Si se tiene en cuenta que la mortalidad y morbilidad más grave asociada a la COVID-19 se exacerba en presencia de comorbilidades, es de esperar que las zonas rurales se constituyan en un entorno con mayor nivel de vulnerabilidad a la pandemia.
- c. La población que vive en condiciones de mayor vulnerabilidad como los menores de 5 años con desnutrición, por su situación de inmunosupresión, tienen mayor riesgo de complicaciones y muerte si adquieren la infección por COVID-19, aún más si presentan comorbilidades, más aún si los episodios de desnutrición aguda son recurrentes o prolongados, sumado al bajo ingreso de los hogares, bajo acceso a fuentes de agua mejorada, con necesidades básicas insatisfechas y con mayores barreras de acceso a los servicios de salud.
- d. Otra población en riesgo son los recién nacidos y lactantes nacidos de mujeres con infección por COVID-19, a quienes se les ha suprimido la lactancia materna por temor a la transmisión del virus a través de la leche materna o del contacto con el bebé, esto sumado a la explotación comercial de sucedáneos de la leche materna (fórmulas infantiles o “leches de tarro”, compotas, cereales infantiles, entre otros), como la forma más segura de alimentar al recién nacido y/o inclusión de éstos en donaciones.
- e. En el país existen 794 unidades públicas de primer nivel de atención. En muchos municipios, estos hospitales son la única capacidad física instalada y, por ende, el punto de atención donde tendrá que resolverse una buena parte de la demanda en salud. Como se ha mencionado en otras ocasiones, las personas infectadas por el virus SARS-CoV-2 presentarán diversas afectaciones a su salud; se calcula que un 80% serán asintomáticos o cursarán con una sintomatología leve, ameritando atención intradomiciliaria; un 15% presentará un cuadro de moderado a grave y requerirá atención hospitalaria sin necesidad de soporte ventilatorio y un 5% presentará un cuadro crítico por lo que se requerirá para su atención una Unidad de Cuidados Intensivos
- f. La baja capacidad hospitalaria en estos municipios: la provisión de servicios en estas zonas se encuentra concentrada en las Empresas Sociales del Estado -ESE-, esto es, los hospitales

públicos, muchos de los cuales se encuentran en riesgo financiero medio y alto y tienen una provisión limitada de insumos para la atención, así como escasa cantidad de elementos de protección personal para el personal que allí labora.

- g. La disrupción que genera la cuarentena puede limitar el acceso de la población allí residente a insumos o asistencia esencial, que permitan garantizar sus derechos sexuales y reproductivos, y el acceso a servicios de salud nutricional e infantil, salud mental y prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.

En este sentido, es necesario prestar especial atención sobre las zonas rurales del país, históricamente afectadas por el conflicto armado y marcadas por las inequidades sociales. Como parte de los compromisos derivados del Acuerdo de Paz firmado en el año 2016, el gobierno nacional mediante Decreto 893 de 2017, creó los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial -PDET- para la transformación rural de 170 municipios, reconociendo que en estos se concentran los mayores niveles de pobreza, en particular, de pobreza extrema y necesidades insatisfechas, además de un mayor grado de afectación derivado del conflicto armado, mayor debilidad institucional, administrativa y de capacidad de gestión y la presencia de cultivos de uso ilícito y otras economías ilegales.

A 10 de mayo de 2020, se han reportado 569 casos de COVID-19 confirmados en municipios PDET, que representan el 5% del total nacional en las siguientes entidades territoriales: 193 en Santa Marta (Magdalena), 57 en Ciénaga (Magdalena), 56 en Buenaventura (Valle del Cauca), 52 en Valledupar (Cesar), 16 en Florencia (Cauquetá), 9 en Florida (Valle del Cauca), 6 en Agustín Codazzi (Cesar), 6 en San Juan de Cesar (La Guajira), 4 en Apartadó (Antioquia), 4 en El Tambo (Cauca), 3 en San Diego (Cesar), 3 en Piendamó (Cauca), 3 en Santander de Quilichao (Cauca), 3 en Algeciras (Huila), 2 en Tierralta (Córdoba), 1 en La Jagua de Ibirico (Cesar), 1 en San Pedro de Urabá (Antioquia), 1 El Bagre (Antioquia), 1 en Fundación (Magdalena), 1 en Caloto (Cauca), 1 en Cumbitara (Nariño), 1 en Magüí Payán (Nariño), 1 en Maria la Baja (Bolívar), 1 en Montelíbano (Córdoba), 1 en Los Palmitos (Sucre), 1 en Puerto Leguízamo (Putumayo).

Cambios esperados

A partir de los componentes planteados, se fortalecerán las capacidades locales para mejorar el acceso efectivo y la calidad de servicios integrales de Atención Primaria en Salud en 25 municipios PDET donde se ubican 23 ETCR, esto se logrará a través de la consolidación de la Estrategia Extramural de Atención Primaria en Salud - APS, que inició operación en el 2018 con la fase 1 del proyecto, en esta fase 2, se propone realizar un mayor fortalecimiento de las acción comunitaria, a través del cual las comunidades participantes serán protagonistas en el agenciamiento del derecho a la salud, participando activamente en la implementación de acciones para atender las prioridades en salud pública de sus municipios en las líneas priorizadas, también con el fortalecimiento del trabajo intersectorial para la intervención de los determinantes de la salud y no solo de las causas directas de los problemas, adicionalmente se implementará el proceso de vigilancia comunitaria en Salud pública.

Todo esto se espera que redunde en un mayor el acceso a actividades y servicios de salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y salud infantil

y nutricional de las poblaciones de zonas rurales y rurales dispersas. Se generará y consolidará un proceso de participación y movilización social, lo cual aportará a la construcción de escenarios protectores de paz.

La segunda fase del Proyecto llegará a un mayor número de funcionarios del sector salud e incluirá también a personal de otros sectores a nivel local, que se requieran para el abordaje de los determinantes sociales de la salud de las poblaciones intervenidas, con procesos de capacitación y acompañamiento, lo cual les brindará herramientas y competencias técnicas para la atención en salud de las poblaciones de zonas rurales y rurales dispersas. Así mismo, habrá una intervención específica sobre las barreras de salud identificadas en la primera fase, buscando vincular a diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para su intervención. Para lo cual se cuenta con el compromiso del Ministerio de Salud para ayudar a intervenir las barreras de acceso encontradas y llamar al cumplimiento de las obligaciones de los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud.

A nivel individual y familiar, con el componente de salud sexual y reproductiva se espera continuar fortaleciendo lo iniciado en la primera fase del proyecto, en relación al conocimiento y apropiación de los derechos sexuales y derechos reproductivos, el mejoramiento del acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género, étnico y de curso de vida, reducir los riesgos de morbilidad materna por causas prevenibles como infección y sepsis puerperal, hemorragias e hipertensión inducida por el embarazo y reducir los embarazos no planeados, especialmente en población adolescente y joven, contribuir a transformar los contextos de inequidades de género y reducir los índices de violencia por motivos de género y promover la adherencia al uso de métodos modernos de anticoncepción disponibles en el Plan de Beneficios. Con la dotación que se entregará en esta línea se garantizará el acceso de 10.000 mujeres de zonas rurales y rurales dispersas a implantes subdérmicos y otros métodos anticonceptivos, para apoyar el ejercicio del derecho que tienen las mujeres de tomar decisiones respecto a su cuerpo y a la maternidad, y disminuir el embarazo en la adolescencia.

Con la intervención en salud infantil se espera reducir el riesgo de enfermar y morir por infecciones respiratorias y diarreicas agudas, poliparasitismo intestinal y malnutrición.

En salud mental y prevención de consumo de SPA, se identificará la población en el primer nivel de atención que presenta riesgos de sufrir trastornos para brindar el tratamiento desde la baja complejidad, y solo en casos de alta complejidad realizar la remisión al nivel de atención secundario.

A nivel comunitario, se implementará en los 26 municipios una Estrategia de participación y vigilancia comunitaria en Salud Pública la cual promoverá la participación social y comunitaria, por medio de la conformación y consolidación de redes comunitarias, que a través de un proceso sostenido de información, educación, comunicación empoderamiento y movilización social, promoverá el ejercicio del derecho a la salud, vinculando en especial a poblaciones indígenas, afrodescendientes, grupos de mujeres, adolescentes, jóvenes, parteras, excombatientes y líderes en el ejercicio y defensa de los derechos humanos y la construcción de entornos protectores, incluyentes, libres de violencia y promotores de paz. De igual modo, se espera mejorar las relaciones de confianza (capital social) entre la comunidad, sus organizaciones y las instituciones del Estado. Se propone continuar el acompañamiento en la gestión de la salud pública en zonas

rurales y rurales dispersas a través de la contratación de una enfermera, que movilizará la acción sectorial, intersectorial y comunitaria en las líneas priorizadas, trabajará de manera articulada con los 45 aprendices SENA que se están formando como técnicos de salud pública, y que estarán contratados por los hospitales locales con recursos asignados por el MSPS.

En los ETCR se dará continuidad a los procesos de acompañamiento para la atención en salud en zonas rurales y rurales dispersas y la identificación y seguimiento de mujeres gestantes, niñas y niños. La acción de este componente se enmarcará en los Planes de Acción para la Transformación Municipal -PATR, en lo relacionado con el pilar de salud, de estos 26 municipios, que se ubican en 11 subregiones priorizadas por los Programas de Desarrollo con enfoque Territorial - PDET. Así mismo, se acompañará a la ESE en la consolidación de una estrategia comunitaria de atención en salud extramural e intercultural. El desarrollo de este componente tendrá una gestión desde el nivel nacional, departamental y municipal con todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar la sostenibilidad de las acciones.

Adicionalmente con la capacitación que expertos del UNFPA y OPS/OMS brindarán a las enfermeras (os) que estarán permanentemente en los municipios del proyecto en SSR, salud mental y prevención de consumo de SPA, salud infantil y nutricional, estos (as) profesionales contarán con las herramientas técnica, conceptuales y prácticas necesarias para fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los temas del proyecto con la población de los espacios territoriales de capacitación y reincorporación –ETCR- y comunidad aledaña a las veredas. De esta manera las comunidades podrán tener una mayor apropiación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, las formas de anticoncepción, la ruta de atención de la violencia sexual, en herramientas de atención en salud mental de baja complejidad como tamizajes, consejería y primeros auxilios psicológicos, prevención y atención inicial de enfermedades prevalentes de la infancia con el fin de que desarrollen espacios comunitarios de capacitación y empoderamiento de las comunidades en estos temas.

En zonas rurales se garantizará el posicionamiento y funcionamiento de las Unidades de Atención Integral Comunitarias en Salud, como estrategia de Atención Primaria en Salud para la atención de niñas y niños menores de cinco años con participación comunitaria y como escenarios para la promoción de prácticas de autocuidado en el marco de la estrategia de AIEPI Comunitario.

A nivel institucional, se espera continuar y ampliar la cobertura en desarrollo de capacidades técnicas e implementación de prácticas complementarias en la red de prestación de servicios de primer nivel de complejidad para mejorar la atención de las mujeres en edad fértil (consulta preconcepcional y de anticoncepción/ planificación familiar), de las gestantes, para lograr un control prenatal y una atención del parto con calidad, acorde a las necesidades culturales de las mujeres y que minimice los riesgos derivados de la gestación y, para que en los primeros niveles de atención se aprenda lo necesario para atender de manera adecuada e integral a gestantes que presenten complicaciones con ocasión del embarazo, parto o puerperio; de igual forma se pretende mejorar el acceso a métodos anticonceptivos superando barreras y promoviendo atenciones diferenciadas por edad y etnia que permitan la adherencia a los servicios de salud y la construcción de relaciones horizontales entre la institucionalidad y la comunidad, en un marco de conocimiento y garantía de los derechos en salud. Todo lo anterior con el fin de incidir en la disminución del embarazo adolescente, asegurar una adecuada y oportuna atención de la violencia sexual, el

conocimiento las causales y la garantía de atención a IVE, mejorar la atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia, como la malnutrición y las infecciones respiratorias y diarreicas agudas y para mejorar las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas.

Estrategia propuesta:

Como ya se ha mencionado, la segunda fase del proyecto busca dar sostenibilidad y consolidar los resultados que se obtuvieron en la primera fase, aprovechando el posicionamiento y el reconocimiento de las acciones desarrolladas, logros alcanzados en los departamentos y municipios. En la ruta trazada de gestión territorial del Proyecto ya se cuenta con aliados estratégicos de las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud, así como con líderes comunitarios capacitados en las líneas priorizadas, quienes continuarán siendo los principales socios locales para el desarrollo de los componentes.

Bajo el liderazgo del Ministerio de salud y Protección Social, el proyecto afianzará las acciones de incidencia política desde el ámbito nacional, departamental y municipal para mejorar la atención en salud sexual y reproductiva, salud mental y prevención del consumo de SPA, y salud infantil y nutricional de la población rural del país con énfasis los municipios donde se ubican los ETCR. La gestión gerencial, estratégica y técnica del proyecto se realizará a través del Comité Directivo y Comité Técnico. El Comité directivo es una instancia colegiada para definir las directrices políticas y realizar el seguimiento gerencial a la gestión del proyecto y estará conformado por: el Ministro de Salud y Protección Social, el Representante de la OIM, el Representante del UNFPA y el Representante de la OPS/OMS y el Comité técnico es la instancia responsable de realizar la dirección técnica y de gestión territorial del proyecto y actuará como facilitador de la coordinación y diálogo nación – territorio, estará conformado por los coordinadores de proyecto delegados por las agencias implementadoras del proyecto y un coordinador general del Proyecto, que liderará el mismo desde el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se acompañará a los territorios en la implementación de estrategias basadas en la evidencia, desde un enfoque intercultural de atención primaria en salud, que mejoren la calidad, la aceptabilidad y el acceso a servicios prioritarios de salud de la población beneficiaria, con énfasis en salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, salud sexual y reproductiva y salud infantil y nutricional, esto se hará de manera articulada con las Secretarías Departamentales de Salud, quienes tienen a cargo la asistencia técnica a los municipios e impulsarán como autoridad sanitaria la sostenibilidad de las acciones desarrolladas en los siguientes componentes:

A. Fortalecimiento local de capacidades institucionales para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud en 25 municipios PDET donde se ubican 23 ETCR. Se ampliará en las 26 Empresas Sociales del Estado de I nivel de atención de los municipios priorizados, la capacitación para contar con 26 equipos de salud fortalecidos con procesos de capacitación teórico-prácticos, para favorecer la atención en salud desde un enfoque intercultural de atención primaria en salud que mejoren la calidad, la aceptabilidad y el acceso a servicios prioritarios con énfasis en los de salud sexual y reproductiva, atención de las violencias, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas - SPA y atención de las

enfermedades prevalentes de la infancia y salud nutricional. Se realizarán acuerdos de voluntades liderados por la autoridad sanitaria nacional y departamental para asegurar que en estos hospitales se implementen o fortalezcan estrategias para la atención con calidad y calidez en las líneas prioritizadas, continuando procesos de dotación con equipos básicos, kits e insumos críticos. Adicionalmente se entregará a los profesionales de la salud herramientas y materiales didácticos que apoyen su trabajo diario con las poblaciones en los temas del proyecto

En salud sexual y reproductiva los equipos de salud de los 26 hospitales que atienden a la población de los municipios PDET priorizados fortalecerán sus conocimientos técnicos y recibirán herramientas para trabajar en prevención del embarazo en la adolescencia (intersectorialidad/acciones poblacionales, resolución 3280), salud materna (creación de redes comunitarias de apoyo a la maternidad, estrategias para captación temprana de gestantes, procesos de vigilancia comunitaria en salud materna, rutas de atención, derechos de las gestantes y conocimiento de las causales de acceso al derecho a la IVE), derecho a la anticoncepción (desmitificación del uso de métodos anticonceptivos y conocimiento de las rutas de acceso a los métodos a nivel territorial y de los procedimientos para el acceso efectivo a ellos), derecho a una vida libre de violencia sexual con la puesta en marcha de procesos intersectoriales para la elaboración de rutas comunitarias de accesos a la atención integral en violencia sexual involucrando a todos los actores municipal con responsabilidades en el tema, donde el equipo de salud mental del MSPS hará una labor de acompañamiento y exigencia para la entrega de las rutas construidas, se incluirá además el tema de nuevas masculinidades para promover la equidad de género en estas comunidades.

Con la dotación de anticonceptivos se garantizará el acceso de 10.000 mujeres a métodos de anticoncepción modernos de larga duración, los cuales de acuerdo con la evidencia científica son los más costo efectivos para las mujeres que habitan zonas rurales y rurales dispersas, se trabajará en la promoción del Dispositivo Intra Uterino – DIU que es otro anticonceptivo de larga duración que fue donado en la primera fase a los hospitales y que, por deficiencia de insumos para su aplicación, por una serie de mitos de las comunidades y del mismo personal de salud, no están siendo solicitados por la población. Para apoyar este tema y dado que, en las visitas de asistencia técnica, varios hospitales refieren como una de las barreras para no aplicar el DIU, que no cuentan con estos insumos, el proyecto entregará 27 juegos de pinzas de inserción, uno para cada uno de los hospitales del proyecto (histerómetro maleable graduado, pinzas de cuello uterino (tentáculo), pinzas para esponjas con cremallera o Rochester largo para limpieza de cuello).

En salud mental y prevención del consumo de SPA los 26 municipios contarán con acompañamiento de equipos profesionales que realizarán asesoría, acompañamiento, supervisión y refuerzo práctico con personal de salud capacitado en la primera fase en mhGAP (Programa de acción para reducir brechas en salud mental de la OMS) y en prevención de consumo de sustancias psicoactivas – SPA; la realización de intercambio de experiencias entre territorios que permitan consolidar la implementación del programa mhGAP por diferentes profesionales de la salud, de acuerdo a las características de cada Hospital, así como el entrenamiento en el uso de herramientas complementarias de promoción, prevención y atención de problemas y trastornos de salud mental dentro de las que se encuentran aspectos básicos de la estrategia de Rehabilitación de base comunitaria, tamizajes, consejería y primeros auxilios psicológicos. Adicionalmente se adelantarán acciones de empoderamiento de los líderes comunitarios para su trabajo con la

comunidad; acciones que estarán acompañadas por la entrega de una caja de herramientas tanto para el trabajo de los líderes comunitarios como de los equipos de profesionales en salud para facilitar el desarrollo de acciones de promoción en salud mental y prevención de consumo de SPA.

En salud infantil y nutricional se trabajará en el fortalecimiento y posicionamiento de las UAIC por medio de la visibilización y ambientación de los espacios, la coordinación permanente con los profesionales de los hospitales, las secretarías municipales y departamentales de salud, el trabajo articulado con los líderes formados en AIEPI Comunitario y el desarrollo de acciones de información, educación y comunicación - IEC. En esta fase se dará continuidad a la capacitación brindada y se trabajará en el seguimiento a la puesta en marcha de estos conocimientos en el mejoramiento de la atención a niños y niñas por medio de un taller de fortalecimiento y evaluación y acciones de asistencia técnica y acompañamiento a los equipos de salud de las IPS y de las UAIC.

Adicionalmente, a través del proyecto se prevé adquirir y distribuir insumos y medicamentos para los 7.000 niñas y niños de la primera fase del proyecto, con el fin de complementar el esquema de desparasitación y suplementación con desparasitantes y micronutrientes, realizando además el seguimiento de esa primera fase. También se espera entregar alimento terapéutico para 405 niñas y niños que lo requieran; se fortalecerán espacios de información y capacitación para el suministro adecuado a los niños y niñas beneficiarios.

Este componente implica un trabajo articulado con las Direcciones Territoriales de Salud correspondientes, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, la red de prestadores disponible en la región en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE). Se plantea además desarrollar una estrategia de concertación, adecuación y difusión de las rutas de atención integral en salud en las líneas priorizadas en cada zona.

B. Consolidación de una estrategia extramural de Atención Primaria en Salud - APS, con enfoque de determinantes, género y equidad, para impulsar la acción comunitaria e intersectorial y la construcción de escenarios protectores de paz. Se propone continuar el acompañamiento en la gestión de la salud pública en zonas rurales y rurales dispersas a través de la contratación de una enfermera, que movilizará la acción sectorial, intersectorial y comunitaria en las líneas priorizadas, trabajará de manera articulada con los 45 aprendices SENA que se están formando como técnicos de salud pública, durante la etapa productiva, en la cual conformarán una red comunitaria en salud. En los ETCR se dará continuidad a los procesos de acompañamiento para la atención en salud en zonas rurales y rurales dispersas y la identificación y seguimiento de mujeres gestantes, niñas y niños. La acción de este componente se enmarcará en los Planes de Desarrollo Territoriales - PDET, en lo relacionado con el pilar de salud, de estos 26 municipios, que se ubican en 11 subregiones PDET. Así mismo, se acompañará a la ESE en la consolidación de una estrategia de atención en salud extramural e intercultural de Atención Primaria en Salud con participación de comunitaria. El desarrollo de este componente tendrá una gestión desde el nivel nacional, departamental y municipal con todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las acciones en este componente se deben desarrollar, adaptar y concertar teniendo en cuenta la realidad cultural y social de cada ETCR y cada municipio. Esta incluye la intervención sobre los riesgos en salud identificados en la primera fase del Proyecto, relacionados con la salud sexual y reproductiva, salud mental, salud infantil y nutricional y consumo de sustancias psicoactivas; los

beneficiarios en las familias residentes en su zona de intervención, la atención de las necesidades básicas en salud con enfoque de género e intercultural y la remisión y coordinación de la atención en la red de IPS del municipio, en cada uno de los componentes priorizados. También implica la coordinación nación – territorio entre los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar el ejercicio del derecho a la salud en las zonas rurales y rurales dispersas, en el marco de la Reforma Rural Integral y los PDET.

C. Implementación de una estrategia de participación y de vigilancia comunitaria en salud pública a través del fortalecimiento de redes sociales para el empoderamiento y ejercicio del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas. En cada municipio se implementará el pilotaje de la estrategia de vigilancia en salud pública con base comunitaria según lineamientos del MSPS y en coordinación técnica con la OPS/OMS, a través de la identificación de líderes, lideresas y redes comunitarias existentes en el territorio, que se capaciten en la vigilancia sindrómica de eventos priorizados, y que generen alertas a la entidad territorial, mediante los flujos de información de cada municipio. El proyecto apoyará la gestión con las instituciones del sector para generar la respuesta y verificación de los casos notificados por la comunidad. Adicionalmente se apoyará consolidación y seguimiento de los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM), siguiendo los lineamientos del Decreto 3518 de 2006, que los reglamenta. La acción en este componente requerirá un proceso de acompañamiento y desarrollo de capacidades institucionales y comunitarias, para lograr un trabajo articulado entre las redes comunitarias con las Entidades Territoriales de Salud Departamentales y Municipales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y otros sectores.

A través del fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública de base comunitaria, se promoverá de manera articulada con las entidades territoriales de salud un trabajo en el que la comunidad deja de ser sujeto pasivo de observación y evaluación, para convertirse en partícipe y gestora de los mecanismos de seguimiento y reporte de los eventos en salud. Desde el plano institucional se garantiza una respuesta efectiva al trabajo de la red comunitaria, propiciando a través de los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitarios – COVECOM la recolección de información y notificación, el análisis e interpretación de información; y la asesoría y apoyo a la autoridad sanitaria.

Se promoverá la participación social y comunitaria en salud, por medio de la conformación y consolidación de redes comunitarias, que a través de un proceso sostenido de información, educación, comunicación empoderamiento y movilización social, promoverá el ejercicio del derecho a la salud, vinculando en especial a poblaciones indígenas, afrodescendientes, grupos de mujeres, adolescentes, jóvenes, parteras, excombatientes y líderes en el ejercicio y defensa de los derechos humanos y la construcción de entornos protectores, incluyentes, libres de violencia y promotores de paz. Estas redes trabajarán de manera articulada con las instituciones locales y formarán parte de estrategias e iniciativas de vigilancia comunitaria en salud, priorizando las dimensiones de salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y salud infantil y nutricional.

La enfermera del proyecto que acompaña a cada municipio será entrenada en las líneas priorizadas y contará con una caja de herramientas para el trabajo comunitario en salud y el desarrollo de acciones de información, educación, comunicación y movilización social en derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención del embarazo en la adolescencia, difusión de la ruta de

atención de la violencia sexual, anticoncepción, salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, salud infantil y nutricional, las cuales aplicará a nivel comunitario con la población de los ETCR y zonas aledañas.

En los 26 municipios se desarrollará una iniciativa comunitaria en salud, que vinculen a las entidades educativas o a sus integrantes, priorizando las dimensiones de salud sexual y reproductiva, salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas y salud infantil y nutricional, la cual será producto de un proceso participativo a través del cual las comunidades identificarán las prioridades en salud y plantearán acciones donde la comunidad es protagonista en la intervención de estas. Para el apoyo de estas iniciativas también se tendrán en cuenta aquellas incluidas en los Planes de Acción para la transformación Municipal – PATM de acuerdo con el alcance el proyecto.

D. Monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos en el marco del proyecto en zonas rurales y rurales dispersas. El componente de MyE comprende una importante alianza con la academia para la evaluación cualitativa de los efectos del proyecto en el desarrollo de capacidades locales, la participación y movilización comunitaria, así como la recolección de las lecciones aprendidas durante la implementación del programa MhGAP y el funcionamiento de las Unidades de Atención Integral Comunitaria (UAIC). La medición cuantitativa de los resultados del proyecto requiere el levantamiento de la línea base de indicadores trazadores en salud a nivel de los hospitales locales, que a futuro permita verificar si el fortalecimiento institucional tuvo algún efecto sobre los resultados en salud. Por otra parte, este componente incluye el desarrollo de estrategias de base comunitaria, con enfoque intercultural, para el monitoreo de los resultados obtenidos en el marco del proyecto.

La estrategia de monitoreo y evaluación permitirá levantar la información requerida por el donante, el Ministerio de Salud y Protección Social y los diferentes socios, realizando el monitoreo de los resultados obtenidos en cada componente del Proyecto, dando respuesta a los indicadores y metas definidos, por medio de la recolección y análisis de información cuantitativa y cualitativa de reporte al MPTF. Dicha información tiene como fuentes de información el Sistema General de Seguridad Social en Salud, información generada por los departamentos, municipios e IPS locales y recogerá importante información de la población y comunidades participantes en los componentes del Proyecto, como insumo para la toma de decisiones a nivel nacional y local.

Al finalizar el proyecto se entregará a las entidades territoriales, al Ministerio de Salud y Protección Social y las organizaciones responsables de la ejecución del Plan Marco de Implementación, un documento que consolida las lecciones aprendidas de todos los componentes del proyecto y que puntualiza recomendaciones para la incorporación en políticas públicas para el sector salud.

E. Fortalecimiento para la prevención y respuesta a la emergencia por COVID-19 en municipios PDET.

Se proponen acciones dirigidas a apoyar a municipios PDET en la respuesta a la emergencia generada por la pandemia por COVID-19. De acuerdo con lo contemplado en el Decreto 893 de 2017, los municipios PDET concentran los mayores niveles de pobreza, en particular, pobreza extrema y de necesidades insatisfechas, así como el mayor grado de afectación por el conflicto armado y debilidad de la institucionalidad administrativa y de capacidad de gestión.

Particularmente en lo que se refiere a los servicios de salud, el Plan Nacional de Salud Rural evidencia que la densidad de profesionales de la salud en zonas rurales y rurales dispersas es mucho menor que la de las zonas urbanas, poniendo de manifiesto la necesidad de incrementar la disponibilidad del talento humano para enfrentar la emergencia y brindar los elementos de protección necesarios para evitar el contagio del talento humano en salud.

El proyecto Salud para la Paz desarrolla acciones en 25 de los 170 municipios PDET. A partir de la declaratoria de emergencia sanitaria en el país, las actividades del proyecto se han ajustado para apoyar la respuesta de los municipios, enfocándola principalmente en educación y comunicación a las comunidades, acompañamiento a las autoridades locales para la elaboración de los planes de contingencia locales y fortalecimiento de capacidades del personal de salud, apoyando la socialización de los documentos técnicos que paralelamente el Ministerio ha ido produciendo.

Sin embargo, ante la dimensión de la problemática y en vista de las vulnerabilidades adicionales identificadas en territorios rurales, estas acciones no son suficientes. Los profesionales de enfermería del proyecto Salud para la Paz, que hacen presencia en los 26 municipios, han transmitido la necesidad sentida de estos territorios, relacionada con la dotación de elementos de protección personal para el personal de salud, mayor disponibilidad del talento humano en salud, logística para aislamiento de personas, capacidad para el seguimiento a casos asintomáticos o leves y la remisión para pacientes con casos moderados o graves hacia los servicios de mediana y alta complejidad.

Lo anterior está alineado con las necesidades que el Ministerio de Salud y Protección Social ha identificado a nivel nacional para responder a la emergencia por COVID-19, que ha transmitido a la cooperación internacional y que ha clasificado en las siguientes líneas o componentes:

- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica
- Fortalecimiento nacional y local de la autoridad sanitaria
- Prevención del contagio / elementos de protección personal
- Fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y atención
- Infraestructura y adecuación para aislamiento
- Estrategias de comunicación y difusión de la información

Es indispensable tener en cuenta que las necesidades se han ido identificando progresivamente y que conforme avance la emergencia seguramente se irán identificando otras líneas de cooperación necesarias para una respuesta adecuada. Igualmente, se debe considerar que la situación obliga a las autoridades en salud a construir las respuestas sobre la marcha y que el Ministerio continuará coordinando y articulando la respuesta de la cooperación internacional con el ánimo de aunar esfuerzos y evitar la duplicidad de acciones.

De momento, frente a las necesidades planteadas, la de comunicación y difusión de la información en el riesgo, es la que se encuentra más cubierta por acciones del estado a distintos niveles, lideradas por el gobierno nacional y en articulación con las autoridades territoriales y con el apoyo de otras iniciativas de cooperación nacional e internacional.

Así mismo, es de señalar que el Ministerio de Salud ha recibido a la fecha ofertas de cooperación encaminadas a contribuir en la implementación del Plan de Contingencia de COVID-19. Dichas ofertas se centran, principalmente, en el fortalecimiento de las Unidades de Cuidados Intensivos - UCI con la adquisición de camas y ventiladores, así como el apoyo en talento humano en salud, para fortalecer la respuesta en el nivel nacional y regional. Igualmente, a través de donantes públicos y privados se explora la posibilidad de fortalecer el apoyo a territorios especialmente afectados por migración, con la dotación de pruebas rápidas de detección e insumos de protección personal.

Con base en lo planteado anteriormente, se considera necesario ampliar el tiempo de duración del proyecto, adicionar recursos y ampliar la cobertura territorial del proyecto Salud para la Paz, incorporando acciones encaminadas a fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud a la situación de emergencia generada por el coronavirus (COVID-19). En particular, se requiere incluir acciones orientadas a:

1. Prevención del contagio en personal de salud

- 1.1 Dotación de elementos de protección personal a los hospitales locales de 171 municipios (26 municipios iniciales del proyecto Salud para la paz + 145 municipios PDET)

Esta estrategia busca cubrir, por aproximadamente 2 meses, las necesidades de insumos en elementos de protección personal del talento humano en salud y elementos para disminuir la infección cruzada entre las personas consultantes a las Instituciones prestadoras de servicios de salud. Dichos insumos son un requerimiento de primera necesidad en municipios con bajos ingresos frente a la pandemia por COVID-19, protegiendo al escaso personal de salud existente de la infección por COVID-19.

2. Fortalecimiento de la prestación de servicios y atención en salud de los hospitales públicos

- 2.1 Contratación de talento humano para fortalecer la capacidad de atención en salud (en modalidad extramural) de los 26 municipios del proyecto Salud para la Paz.

Esta contratación está orientada a garantizar las acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad, en temas de salud materna, anticoncepción y atención de la violencia sexual que generalmente se ven relegadas durante la emergencia, en un espacio alternativo a los servicios intrahospitalarios que sostenga estas intervenciones durante la crisis y minimice el contagio.

- 2.2 Fortalecimiento de los hospitales públicos a través de dotación y entrega de insumos críticos.

La propuesta tiene por objetivo fortalecer los servicios para la atención de sintomáticos respiratorios en un grupo seleccionado de departamentos y municipios acordados con el Ministerio de Salud, considerando las necesidades y contexto del establecimiento de salud y los elementos necesarios para el aislamiento de personas que cursen con un cuadro moderado a grave, con foco en las medidas necesarias para evitar la transmisión de la enfermedad entre los

misimos pacientes, familiares y personal de salud, apoyando la ruta de manejo del paciente (ingreso hospitalario, manejo ambulatorio, traslado) para minimizar el riesgo de transmisión.

Se dotará del equipamiento médico a hospitales de municipios PDET de los departamentos de La Guajira, Norte de Santander, Nariño, Arauca, Putumayo, Magdalena, Chocó, Cesar y el Distrito de Buenaventura, fortaleciendo su capacidad de respuesta para la atención de usuarios que acuden por diferentes causas (IRA, EDA, enfermedades crónicas, SSR, entre otras) siendo usualmente, el primer contacto, el servicio de urgencias. Por tal razón es importante fortalecer estas áreas con equipamiento a fin de que puedan efectuar un mejor triage de los pacientes, canalizando a aquellos que se constituyen como caso sospechoso, a un área de aislamiento y dando prioridad a los grupos de riesgo en el que se encuentran los adultos mayores, personas con hipertensión y mujeres embarazadas, entre otros. Lo anterior en el marco de las condiciones de habilitación que establece la normativa vigente.

La selección de municipios para la distribución de este equipamiento se realizará en acuerdo con el MSPS y con cada una de las Entidades Territoriales (ET), definiendo los puntos estratégicos para la ampliación de servicios de salud, en concordancia con los planes de contingencia de cada ET y las necesidades que vayan surgiendo durante la evolución de la pandemia.

También se realizará la entrega de insumos de protección e higiene para prevenir el contagio en el personal de salud asistencial de los 26 hospitales donde se ubican los reincorporados del proceso de paz y en los otros 145 municipios PDET.

Adicionalmente, se entregarán métodos anticonceptivos de larga duración (implantes subdérmicos), anticoncepción de emergencia y kits dignidad, reforzados con elementos de protección personal frente a la COVID-19, para cubrir las necesidades más apremiantes de las mujeres en condiciones de vulnerabilidad, migrantes y población étnica durante la pandemia.

La distribución de insumos y dotaciones se realizará articuladamente con las entidades territoriales del nivel departamental, definiendo los puntos estratégicos para la ampliación de servicios de salud de acuerdo con lo dispuesto en los lineamientos para la prestación de servicios adoptado mediante Resolución 502 de 2020 y en concordancia con los planes de contingencia elaborados en cada entidad territorial.

2.3 Asistencia técnica y capacitación en los municipios del proyecto salud para la paz.

Se dará soporte telefónico a los 171 municipios a través de un profesional experto en Salud Sexual y Reproductiva y Violencias Basadas en temas de COVID 19 y su relación con la salud materna, anticoncepción, violencia de género y VIH.

Se brindará asistencia técnica y capacitación virtual con énfasis en salud infantil, salud nutricional, salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas para apoyar continuamente las acciones de prevención y respuesta a la pandemia por COVID-19 para los 171 municipios (26 municipios iniciales del proyecto + 145 municipios PDET).

A través de un profesional psicosocial se brindará soporte básico emocional y se fortalecerán las estructuras comunitarias y familiares, así como la activación de redes sociales de apoyo para el manejo de casos, las rutas de atención en salud mental a nivel territorial, la difusión de las líneas de atención en los casos que lo requieran, se informará la oferta de servicios sociales en el territorio que aporten a la salud emocional de las personas y comunidades afectadas por la COVID-19.

En salud mental las acciones de apoyo psicosocial en terreno se brindarán por medio del apoyo a familias y comunidades vulnerables o con mayor riesgo frente a la COVID-19 como población mayor de 60 años, población con morbilidades preexistentes y personal de salud que requieran soporte emocional, centradas en el manejo del estrés, miedo, preocupación, incertidumbre, estigma social y otros factores estresores en la población durante la pandemia de COVID-19.

2.4 Asistencia técnica permanente a profesionales psicosociales y de la salud de los municipios seleccionados, en la atención a pacientes con problemáticas en salud mental.

El aumento de controles, la limitación de actividades públicas y privadas, el aislamiento preventivo, la incertidumbre frente a la situación y, en general, la existencia de la pandemia, son factores asociados a la aparición o agudización de diferentes problemas y trastornos de la salud mental, como depresión, ansiedad, despersonalización, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol e ideación y conducta suicida.

Dada la incidencia y prevalencias de problemas de salud mental en esta pandemia, es importante vincular un equipo conformado por un médico psiquiatra y un psicólogo para asesorar de manera técnica (telesalud) a los profesionales de la salud y los equipos de respuesta de los 26 municipios, para brindar teleapoyo a los profesionales de la salud en la atención primaria y el abordaje de pacientes con estas problemáticas.

2.5 Asistencia técnica a profesionales de la salud de los municipios seleccionados para la adecuada atención de los menores de cinco años, priorizando a los niños con desnutrición aguda, moderada y severa.

Se vinculará un profesional de nutrición y dietética que asesore y brinde asistencia técnica a los profesionales de la salud que atienden a la población de la primera infancia en la identificación, tratamiento y seguimiento de la población de primera infancia con desnutrición aguda y en pautas de alimentación saludable con énfasis en lactancia materna como factor de riesgo asociado a la COVID-19, mediante las herramientas virtuales y telefónicas pertinentes.

Dado el riesgo que tienen algunos grupos de población, particularmente los mayores de 60 años y aquellas personas que tienen comorbilidades, se hará énfasis a nivel de los territorios y de los equipos locales tanto institucionales como comunitarios, incorporando en los procesos de capacitación y comunicación, la identificación, la vigilancia y la referencia oportuna y educación continua dirigida a estos grupos de población a fin de reducir el riesgo de contraer la enfermedad por COVID-19, en los diferentes servicios de atención (triage, consulta de urgencias, consulta externa).

También se brindará orientación a las personas mayores de 60 años para promover el autocuidado y autocontrol de la salud a través de pautas saludables de alimentación, ejercicio, control de diabetes, de tensión arterial diaria, entre otras prácticas, que se pueden incluir en las agendas de las diferentes capacitaciones que se impartirán en los territorios

El desarrollo de las acciones propuestas se realizará en coordinación con las áreas técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales departamentales y municipales. En este sentido, se trabajará con el Ministerio en la elaboración de los términos de referencia de los profesionales a contratar y los mecanismos de articulación con otras estrategias que a nivel nacional o territorial se están desarrollando.

3. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para la detección y aislamiento de casos sospechosos y confirmados.

3.1 Contratación de talento humano para fortalecer la vigilancia epidemiológica en los 26 municipios iniciales del proyecto Salud para la Paz

Cada municipio contará con un equipo conformado por un epidemiólogo, un profesional de enfermería y dos gestores comunitarios que apoyarán en la respuesta prioritaria a los casos de COVID-19 en el marco de los planes de contingencia frente al COVID-19 realizados por las entidades territoriales. Dentro de las acciones del equipo se encuentran: la identificación oportuna y seguimiento de casos de COVID-19, apoyo a los programas de Promoción y Prevención de la IPS, gestión y manejo de contactos de los casos identificados, socialización de rutas de atención en salud y articulación con la oferta de otros servicios sociales.

Así mismo, se apoyará la recolección y el fortalecimiento de los flujos de información oficial asociada a la COVID-19 en nivel territorial y otros eventos de interés en salud pública priorizados, así como los registros y la coordinación o informe a la autoridad sanitaria. Igualmente, apoyarán la orientación y desarrollo de acciones de mejoramiento de salubridad.

A nivel comunitario, se consolidarán los canales de comunicación con las instituciones de salud mediante el fortalecimiento de capacidades en líderes, empoderamiento de redes comunitarias en salud por medio de espacios pedagógicos y acciones de IEC con la población en general. El proceso incluye la dotación de material educativo de apoyo para los líderes comprometidos en el proceso con información sobre riesgos, síntomas medidas preventivas para el manejo en casa y comunitario.

Para el desarrollo de los talleres o actividades de formación y capacitación se utilizarán metodologías alternativas que incluyen herramientas virtuales y actividades presenciales con líderes en grupos de menos de 20 personas y teniendo en cuenta las medidas de protección necesarias.

RESUMEN ACCIONES PROPUESTAS PARA LOS 170 MUNICIPIOS PDET E ICONONZO
--

Componente	Detalle	Responsable
Prevención del contagio en personal de salud	Entrega de elementos de protección personal a hospitales públicos para la prevención del contagio del talento humano en salud	UNFPA
Fortalecimiento de la prestación de servicios y atención en salud	Entrega de implantes subdérmicos para 145 municipios (los 26 restantes ya los reciben con las acciones iniciales del proyecto).	UNFPA
	Entrega de Kits dignidad que contienen elementos de aseo personal y de protección para la prevención del contagio para mujeres gestantes, víctimas de VBG, migrantes, indígenas o afros de los 170 municipios PDET e Icononzo	UNFPA
	Contratación de un profesional experto en Salud Sexual y Reproductiva y Violencia basada en Género para brindar asistencia técnica a profesionales de la salud de los 170 municipios PDET e Icononzo a través de modalidad de telesalud.	UNFPA

RESUMEN ACCIONES ESPECÍFICAS PARA LOS 26 MUNICIPIOS INICIALES SALUD PARA LA PAZ		
Componente	Detalle	Responsable
Fortalecimiento de la prestación de servicios y atención en salud	Contratación de 26 profesionales de enfermería (uno por municipio) para apoyar la prestación de servicios de salud con énfasis en promoción de salud y prevención de la enfermedad, salud materna, anticoncepción y atención de violencia sexual.	UNFPA
	Contratación de 26 profesionales de psicología (uno por municipio) para brindar primeros auxilios psicológicos y brindar atención individual, familiar y comunitaria ante situaciones que lo requieran, así como difundir información sobre ofertas de servicios sociales y otras líneas de atención a nivel local, regional o nacional.	OIM

Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica	Conformación de 26 equipos para fortalecer la vigilancia epidemiológica, conformados por un (1) epidemiólogo, un (1) profesional de enfermería y dos (2) gestores comunitarios.	OIM
---	---	-----

RESUMEN ACCIONES COMPLEMENTARIAS		
Componente	Detalle	Responsable
Fortalecimiento de la prestación de servicios y atención en salud	Dotación de un (1) ecógrafo para el Hospital Departamental San Francisco de Asís de Chocó.	OPS
	Dotación de insumos y dispositivos médicos para fortalecer servicios de salud en la ampliación de capacidad para atención de sintomáticos respiratorios en municipios u hospitales de referencia de municipios PDET, en 8 departamentos y un distrito, seleccionados con entidad territorial y Ministerio de Salud y Protección Social.	OPS
	Contratación de un (1) profesional en psiquiatría y un (1) profesional en psicología para brindar asesoría técnica y teleapoyo a profesionales de la salud de los hospitales públicos de 26 municipios salud para la paz y 24 municipios PDET priorizados con el Ministerio de Salud y Protección Social.	OPS
	Contratación de un (1) profesional en nutrición para el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de salud en las IPS locales para la identificación, tratamiento y seguimiento de la población de primera infancia con desnutrición aguda y en pautas de alimentación saludable con énfasis en lactancia materna como factor de riesgo asociado a la COVID-19.	OPS

Las tres líneas de acción incorporadas en la propuesta se encuentran en armonía con los pilares de la guía operacional para la COVID-19 desarrollada por la OMS y con los objetivos asociados a las acciones para responder a la pandemia generada por SARS-CoV-2 (COVID-19) contemplados en la sección 6 del “Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social, adoptado mediante Resolución 536 de 2020 y que incluye alternativas y escenarios para la expansión de servicios de salud de forma provisional, que

permitan garantizar la atención de la población. Así mismo, las acciones propuestas se encuentran en armonía con lo dispuesto por la Resolución 502 de 2020, por medio de la cual se adoptan los lineamientos para la prestación de servicios de salud. Lo anterior forma parte de las medidas tomadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la emergencia sanitaria declarada a través de la Resolución 385 de 2020.

La ejecución de la nueva propuesta se realizará en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales y entre las Agencias que forman parte del proyecto. Para garantizar el desarrollo de las acciones inicialmente previstas, se han propuesto nuevas metodologías y adaptaciones operativas que incluyen la utilización de nuevas tecnologías, con el apoyo de los profesionales de enfermería que se encuentran en los 26 municipios.

El desarrollo de las acciones propuestas requiere la coordinación del nivel nacional con las entidades territoriales departamentales y municipales, armonizando cada uno de los componentes con los planes de contingencia para la atención a la pandemia elaborados en los distintos niveles y facilitando la articulación con otras iniciativas territoriales que se encuentren en curso. Para esto, se establecerán canales de comunicación permanente entre los equipos nacionales y territoriales y las secretarías de salud municipales y departamentales correspondientes, mientras que el trabajo operativo se desarrolla con el prestador público de servicios de salud del municipio.

Con la adición presupuestal y la prórroga de tiempo prevista, el proyecto en general contará con tres meses adicionales de ejecución, permitiendo que una vez se cuente con el talento humano en salud para la respuesta a la COVID-19, los profesionales de enfermería ya contratados retomen las acciones en las líneas del proyecto, las cuales se ejecutarán hasta el mes de diciembre de 2020.

Complementariedad con otros planes nacionales

A partir de las barreras de acceso a los servicios de salud identificadas se fortalecerán las instancias de gestión con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para su disminución, evidenciando los determinantes que se deben intervenir de manera articulada para dar respuesta a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a las metas del Plan Decenal de Salud Pública, a los Planes Territoriales de Salud y al desarrollo de los PDET en lo que compete al sector salud, todo esto como aspecto fundamental para impulsar la implementación de la Reforma Rural Integral.

A continuación, se describe el aporte del Proyecto a la implementación de los **Planes de Acción Para la Transformación Regional PATR**² los cuales fueron planteados en el marco del Programa de Desarrollo con Enfoque Territorial:

² Estos planes son el instrumento que materializa la planeación a diez años, y en donde se definen las apuestas del territorio para su desarrollo integral. La información presentada en la tabla corresponde a los nueve PATR firmados a la fecha.

Subregión	Título iniciativa	Estrategia	Aportes del Proyecto Salud para la Paz Fase II para su implementación
Putumayo Municipio priorizado: Puerto Asís	Adaptar, adoptar, socializar las rutas para la atención integral de mujeres víctimas de la violencia sexual, garantizando la confidencialidad y la seguridad, bajo los principios de oportunidad, calidad y continuidad en toda la red pública del departamento del Putumayo, con talento humano certificado y sensibilizado en la subregión del Putumayo.	Prestación de servicios de salud con calidad y oportunidad.	Como mínimo diez profesionales del departamento, municipio y Hospital municipal serán capacitados en salud sexual y reproductiva, lo cual incluye capacitación en prevención y atención de violencias basadas en género. El municipio recibirá material educativo de SSR. Se acompañará al municipio en la elaboración del plan local intersectorial para la construcción de la ruta de atención de la violencia sexual.
	Diseñar e implementar una estrategia intersectorial para la prevención y atención integral del consumo de sustancias psicoactivas y personas con problemas y trastornos de la salud mental, con alcance regional teniendo en cuenta las particularidades socioculturales, geográficas, el enfoque étnico y de género de las comunidades que habitan en los municipios PDET de la subregión Putumayo.	Prestación de servicios de salud con oportunidad y calidad, Programas de Promoción y Prevención	Profesionales de la ESE local capacitados en salud mental, prevención del consumo de SPA y rehabilitación psicosocial con base comunitaria. Como mínimo serán vinculados 40 adolescentes del municipio en acciones de promoción en salud mental y prevención del consumo de SPA. Como mínimo 380 personas serán atendidas en salud mental. Concertación de espacios para la atención en SM con el hospital y personal fortalecido.
Catatumbo Municipio priorizado: Tibú	Diseñar e implementar estrategias intersectoriales infra y extramurales para la prevención y atención integral al consumo de sustancias psicoactivas - SPA y personas con problemas y trastornos de la salud mental con alcance regional para los	Prestación de servicios de salud con oportunidad y calidad, Programas de Promoción y Prevención	Profesionales de la ESE local capacitados en salud mental, prevención del consumo de SPA y rehabilitación psicosocial con base comunitaria. Como mínimo serán vinculados 40 adolescentes del municipio en acciones de promoción en

Subregión	Título iniciativa	Estrategia	Aportes del Proyecto Salud para la Paz Fase II para su implementación
	municipios PDET de la subregión Catatumbo		salud mental y prevención del consumo de SPA. Como mínimo 380 personas serán atendidas en salud mental. Concertación de espacios para la atención en SM con el hospital y personal fortalecido.
Urabá Antioqueño Municipio priorizado: Dabeiba	Diseñar e implementar estrategias intersectoriales infra y extramurales para la prevención y atención integral al consumo de sustancias psicoactivas - SPA y personas con problemas y trastornos de la salud mental con alcance regional para los municipios PDET de la subregión Urabá	Gestión de la Salud pública, Prestación de servicios de salud con oportunidad y calidad	Profesionales de la ESE local capacitados en salud mental, prevención del consumo de SPA y rehabilitación psicosocial con base comunitaria. Como mínimo serán vinculados 40 adolescentes del municipio en acciones de promoción en salud mental y prevención del consumo de SPA. Como mínimo 380 personas serán atendidas en salud mental. Concertación de espacios para la atención en SM con el hospital y personal fortalecido.
Arauca Municipio priorizado: Arauquita	Fortalecer y ampliar las acciones de política en salud del plan decenal de salud pública, con énfasis en las dimensiones de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, promoción de la salud mental, seguridad alimentaria, prevención de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles, en la población rural de los municipios PDET del departamento de Arauca, con enfoque diferencial.	Gestión de la Salud Pública, Programas de Promoción y Prevención	Las acciones de los cuatro componentes del Proyecto priorizan las Dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública relacionadas con SSR, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y salud infantil y nutricional, mediante el fortalecimiento de capacidades locales, institucionales y comunitarias y la consolidación de una estrategia de Atención Primaria en Salud para favorecer el acceso de la población de zonas rurales y rurales dispersas del municipio.

Subregión	Título iniciativa	Estrategia	Aportes del Proyecto Salud para la Paz Fase II para su implementación
	Implementar programas con enfoque diferencial para caracterizar, prevenir y atender el consumo de sustancias psicoactivas y prevención del suicidio en el departamento de Arauca.	Gestión de la Salud Pública	Profesionales de la ESE local capacitados en salud mental, prevención del consumo de SPA y rehabilitación psicosocial con base comunitaria. Como mínimo serán vinculados 40 adolescentes del municipio en acciones de promoción en salud mental y prevención del consumo de SPA. Como mínimo 380 personas serán atendidas en salud mental. Concertación de espacios para la atención en SM con el hospital y personal fortalecido.
Chocó Municipios priorizados: Vigía del Fuerte y Riosucio	Diseñar e implementar programas y proyectos intersectoriales que operativicen la política nacional de Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, con enfoque diferencial, para las comunidades rurales de los municipios PDET, acorde a las particularidades geográficas y culturales de la subregión PDET Chocó.	Programas de Promoción y Prevención	En SSR se consolidará una estrategia de APS, con enfoque de género, determinantes y equidad, la cual involucrará el desarrollo de capacidades institucional y comunitario. Se trabajará en prevención del embarazo en la adolescencia, salud materna, procesos de vigilancia comunitaria en salud materna, rutas de atención, conocimiento de las causales de acceso al derecho a la IVE), derecho a la anticoncepción y conocimiento de las rutas de acceso, derecho una vida libre de violencia sexual, se incluirá además el tema de nuevas masculinidades y se generarán procesos intersectoriales para la elaboración de rutas de atención de la violencia sexual.

Subregión	Título iniciativa	Estrategia	Aportes del Proyecto Salud para la Paz Fase II para su implementación
	Diseñar e implementar estrategias, programas y proyectos intersectoriales para la prevención y atención integral al consumo de sustancias psicoactivas y problemas y trastornos de la salud mental, incluyendo las afectaciones psicosociales generadas por el conflicto armado en los municipios de la Subregión PDET Chocó		Profesionales de la ESE local capacitados en salud mental, prevención del consumo de SPA y rehabilitación psicosocial con base comunitaria. Como mínimo serán vinculados 40 adolescentes de cada municipio en acciones de promoción en salud mental y prevención del consumo de SPA. Como mínimo 380 personas en cada municipio serán atendidas en salud mental. Concertación de espacios para la atención en SM con el hospital y personal fortalecido.
Sur del Tolima Municipio priorizado: Planadas	Ofertar servicios de salud para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para pacientes con problemas o trastornos mentales, consumidoras de SPA	Prestación de servicios de salud con oportunidad y calidad, Programas de Promoción y Prevención	En el componente de prevención: Profesionales de la ESE local capacitados en salud mental, prevención del consumo de SPA y rehabilitación psicosocial con base comunitaria. Como mínimo serán vinculados 40 adolescentes de cada municipio en acciones de promoción en salud mental y prevención del consumo de SPA. Como mínimo 380 personas en cada municipio serán atendidas en salud mental. Concertación de espacios para la atención en SM con el hospital y personal fortalecido.

Este proyecto aporta de manera específica al **Punto 1 - Pilar Desarrollo Social: Salud del Plan Marco de Implementación (PMI) del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera**, en las siguientes actividades:

MARCO ESTRATÉGICO DEL PMI				Aportes del Proyecto Salud para la Paz Fase II para su cumplimiento
Estrategias	Línea de acción	Producto	Indicador	
1.3.1. Mejoramiento de infraestructura	1.3.1.1. Construcción y mejoramiento de infraestructura	Centros y puestos de salud con capacidad resolutoria, articulados en redes integrales de prestación de servicios en el marco del Plan de Atención Integral de Salud y demás normatividad vigente	Porcentaje de centros de salud construidos o mejorados en territorios definidos en el respectivo plan	En los municipios PDET incluidos en los 25 municipios donde se encuentra el proyecto serán fortalecidas las capacidades técnicas de los equipos locales de salud para la atención con enfoque de género y diferencial en salud sexual y reproductiva, salud mental y salud infantil y nutricional; esta capacitación y mejora su capacidad resolutoria. Se entregarán dotaciones básicas para la correcta aplicación de métodos anticonceptivos lo que permitirá mejorar la capacidad resolutoria. Se busca un trabajo articulado que permita la gestión de la atención en salud según la complejidad brindando lineamientos claros al personal médico, acerca de la pertinencia de la atención de las condiciones obstétricas, de salud mental y de infancia, optimizando el uso de las redes de prestación de servicios en los departamentos intervenidos.
1.3.2. Talento humano cualificado	1.3.2.1. Disponibilidad y permanencia de personal cualificado	Talento humano en salud con las competencias requeridas (según el componente primario o complementario) disponible en zonas rurales en el marco de MAITE	Porcentaje de IPS con personal calificado, con permanencia y adecuado a la oferta local	En las 26 IPS se fortalecerán capacidades del talento humano en salud en las líneas priorizadas. Se gestionará con las direcciones de los hospitales, la permanencia de los profesionales formados en la búsqueda de procesos atención sostenibles y de calidad en el largo plazo en los hospitales en cumplimiento de la Política de Talento Humano en Salud, liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social.
1.3.3. Atención	1.3.3.2. Prevención	Modelo especial	Porcentaje de	La acción de los tres componentes del proyecto aporta al fortalecimiento de la

MARCO ESTRATÉGICO DEL PMI				Aportes del Proyecto Salud para la Paz Fase II para su cumplimiento
Estrategias	Línea de acción	Producto	Indicador	
a población dispersa	n, promoción y atención en salud con enfoque diferencial y de género	de salud pública para zonas rurales dispersas	territorios definidos en el respectivo plan con modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas Porcentaje de subregiones con modelo especial de salud pública, con enfoque de género, para zonas rurales dispersas	Atención Primaria en Salud en zonas rurales y rurales dispersas, por lo tanto, de acuerdo con los lineamientos del MSPS los resultados y lecciones aprendidas de la primera y segunda fase se constituyen en un avance en la implementación del modelo especial de salud pública para zonas rurales y rurales dispersas, con el proyecto se tendrán acciones en 25 municipios PDET, los cuales se ubican en 11 subregiones.
1.3.4. Seguimiento y evaluación	1.3.4.3. Sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención	Sistema de seguimiento y evaluación	Sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención, implementado	El componente de monitoreo y evaluación del Proyecto es un aporte para este indicador, a través de este componente se obtendrá una línea base de indicadores trazadores en salud de los hospitales fortalecidos y un seguimiento de los resultados después de las intervenciones generadas con miras a observar el comportamiento de los componentes de calidad, cobertura y oportunidad de atención en los temas posicionados por el proyecto, además se contará con un documento de las estrategias de monitoreo de resultados de base comunitaria, un documento de lecciones aprendidas durante la implementación del programa MhGAP y la implementación de las

MARCO ESTRATÉGICO DEL PMI				Aportes del Proyecto Salud para la Paz Fase II para su cumplimiento
Estrategias	Línea de acción	Producto	Indicador	
				UAIC y un documento de la evaluación cualitativa de los resultados del proyecto.
1.4.1. Atención Integral a la Primera Infancia	1.4.1.1. Cobertura Universal con atención integral a la primera infancia	Servicios de atención integral a la primera infancia en zona rural	Porcentaje de niños y niñas en primera infancia que cuentan con atención integral en zonas rurales en municipios PDET	Se brindará el acompañamiento en la gestión de la salud pública en zonas rurales y rurales dispersas a través de la contratación de una enfermera en cada uno de los municipios priorizados, que movilizará la acción sectorial, intersectorial y comunitaria en las líneas priorizadas. A través de la gestión intersectorial se busca la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, a través de la integración de acciones de los diferentes sectores. A nivel poblacional se plantea el fortalecimiento de las Unidades de Atención Integral Comunitaria (UAIC) entregadas en la primera fase del Proyecto, mediante materiales de visibilización y promoción de estos espacios, que permitan dar a conocer a la comunidad su existencia y los beneficios de acudir a la atención de niños y niñas con el fin de identificar riesgos de IRA y EDA de manera temprana. Fortalecer conocimientos y prácticas en salud infantil y nutricional a partir del seguimiento y asistencia técnica con los profesionales de salud formados en la primera fase, así como a las auxiliares de enfermería de las UAIC instaladas
1.7.1. Diseño institucional de los Consejos de Alimentación y Nutrición	1.7.1.1. Consejos Nacionales, Departamentales y Municipales de Alimentación y Nutrición	Planes departamentales, municipales y/o regionales de seguridad alimentaria y nutricional	Porcentaje de territorios definidos en el respectivo plan con planes (municipales o regionales) de seguridad alimentaria y	Se promoverá la participación social y comunitaria en salud, por medio de la conformación y consolidación de redes comunitarias, que a través de un proceso sostenido de información, educación, comunicación, empoderamiento y movilización social, promoverán el ejercicio del derecho a la salud, vinculando en especial a poblaciones indígenas, afrodescendientes, grupos de mujeres, adolescentes, jóvenes, parteras, excombatientes y líderes en el ejercicio y defensa de los derechos humanos y la construcción de entornos protectores, incluyentes, libres de violencia y promotores de paz.

MARCO ESTRATÉGICO DEL PMI				Aportes del Proyecto Salud para la Paz Fase II para su cumplimiento
Estrategias	Línea de acción	Producto	Indicador	
			nutricional elaborados y/o reformulados	
3.2.2. Reincorporación económica y social	3.2.2.7. Garantías para una reincorporación económica y social sostenible	Atención a enfermedades de alto costo y rehabilitación de lesiones derivadas del conflicto	Porcentaje de integrantes de las FARC-EP acreditados, con enfermedades de alto costo y/o lesiones derivadas del conflicto, que acceden a la ruta integral de atención (RIA) correspondiente	El proyecto busca brindar claridad a los profesionales de la salud en los aspectos clínicos, que desde la salud sexual y reproductiva, la salud infantil, y la salud mental son de manejo exclusivo del primer nivel, y orientar al personal clínico en la RIA que deben de tener las patologías de alto costo que no se responden desde el primer nivel de atención en el marco de la Red Integrada de Prestación de Servicios de salud del territorio y eficiente y resolutive, en nuestros focos de intervención.
3.2.2. Reincorporación económica y social	3.2.2.7. Garantías para una reincorporación económica y social sostenible	Atención a enfermedades de alto costo y rehabilitación de lesiones derivadas del conflicto	Proyecto(s) de cooperación para cubrir los costos que excepcionalmente se generen de la atención de enfermedades de alto costo y/o lesiones derivadas	

MARCO ESTRATÉGICO DEL PMI				Aportes del Proyecto Salud para la Paz Fase II para su cumplimiento
Estrategias	Línea de acción	Producto	Indicador	
			del conflicto de los miembros acreditados de las FARC-EP, presentados en especial en los primeros 36 meses.	
4.1.7. Atención inmediata y desarrollo de proyectos productivos	4.1.7.1. Brigadas de atención básica en salud	Brigadas de atención básica en salud	Porcentaje de territorios afectados por cultivos de uso ilícito con brigadas de salud realizadas a solicitud	A través de la consolidación de la estrategia extramural, se acompañará a la ESE local en realización de jornadas de salud, que den respuesta a las solicitudes que se generen dentro del proceso de sustitución de cultivos de uso ilícito.
4.2.2. Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas	4.2.2.5. Evaluación y seguimiento de las acciones que se adelantan en materia de consumo	Sistema de seguimiento de las acciones territoriales que se adelantan en el tema de consumo de drogas ilícitas	Sistema de seguimiento de las acciones territoriales que se adelantan en el tema de consumo, diseñado y en funcionamiento	El proyecto le aporta en el componente de difusión del Programa Nacional de Intervención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas, mediante la capacitación a los profesionales de salud de los hospitales y líderes comunitarios en prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
	4.2.2.4. Generación de conocimiento	Estudio nacional de consumo	Documento con estudio nacional	A través del fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los equipos de salud de las IPS locales para la detección, atención y seguimiento a problemas y trastornos en salud

MARCO ESTRATÉGICO DEL PMI				Aportes del Proyecto Salud para la Paz Fase II para su cumplimiento
Estrategias	Línea de acción	Producto	Indicador	
	nto en materia de consumo de drogas ilícitas	de sustancias psicoactivas en Colombia para la generación de conocimiento en materia de consumo de drogas ilícitas	de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, elaborado	mental y prevención del consumo de SPA, y de la implementación de la estrategia de monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos, se busca la generación de insumos y elementos necesarios en materia de gestión del conocimiento en las entidades territoriales.
	4.2.2.1. Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas	Atención por consumo de sustancias ilícitas, desagregado por hombres y mujeres	Porcentaje de personas que reciben tratamiento por consumo de sustancias ilícitas	Se realizará acompañamiento técnico a los profesionales capacitados y otros responsables de la atención en salud mental y prevención de consumo de SPA en cada uno de los municipios con entrenamiento en el uso de herramientas complementarias de promoción, prevención y atención de problemas y trastornos de salud mental, la estrategia de Rehabilitación de base comunitaria, tamizajes, consejería y primeros auxilios psicológicos además de la orientación del nivel atención que le corresponde según la complejidad de la condición clínica evidenciada en la intervención.
5.4.4. Rehabilitación psicosocial	5.4.4.2. Cobertura y elevar la calidad de las estrategias de rehabilitación comunitaria para la rehabilitación del tejido social	Plan Nacional de Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición	Plan Nacional de Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición, implementado	A través del componente de fortalecimiento local de capacidades institucionales, se facilitarán los espacios para el intercambio de experiencias entre entidades territoriales que a partir de lecciones aprendidas permitan fortalecer la implementación y mejora de las atenciones de salud mental en el primer nivel de atención, adicionalmente, se fortalecerán las acciones de promoción de salud mental con énfasis en niñas, niños y adolescentes, se hará entrega de materiales de apoyo para líderes y profesionales que faciliten esta tarea.

Este proyecto aporta a líneas centrales del Plan Nacional de Desarrollo, específicamente frente a la necesidad de establecer atenciones en salud adaptadas a las condiciones geográficas y poblacionales, es decir enfocadas en pacientes que proceden de zonas dispersas o difícil acceso.

Asimismo, está alineado y contribuye a la sostenibilidad de acciones enmarcadas en el Plan Nacional de Salud Rural, guía para dar respuesta a las iniciativas de salud que derivadas de la formulación de los Planes de Acción para la Transformación Regional (PATR) y que están encaminadas a:

- Realización de jornadas extramurales de atención en salud; formación y gestión del talento humano en salud adecuada para la ruralidad, entre otros.
- Estrategias de priorización en salud pública para el posconflicto que incluye temas como salud materna y salud infantil, seguridad alimentaria y nutricional, atención integral al consumidor de drogas ilícitas, promoción de la salud y prevención de las enfermedades relacionadas con los determinantes sanitarios y ambientales.

Las acciones desarrolladas actualmente desde el Ministerio de Salud se enmarcan en la Resolución 1078 de 2019, por la cual se transfieren recursos de las Empresas Sociales del Estado, de los municipios donde funcionan los ETCR, con el fin de responder a las necesidades de atención en salud de población residente de dichos Espacios Territoriales y sus veredas aledañas.

Es de mencionar que a través del esquema de atención planteado en la Resolución (equipos médicos y ambulancia) se proyecta la implementación de jornadas extramurales. A través de esta intervención se realizan acciones complementarias al Proyecto toda vez que desde el Ministerio de Salud se despliega un equipo básico y a través del proyecto se pueden incluir, dotaciones y procesos formativos adicionales, a fin de realizar jornadas de salud más robustas, que respondan a las necesidades territoriales frente a temas tales como salud sexual y reproductiva.

Las acciones propuestas aportan a los pilares de la guía operacional para la COVID-19, desarrollada por la OMS, así como a cinco (5) de los siete (7) objetivos asociados a las acciones para responder a la pandemia generada por SARS-CoV-2 (COVID-19) contemplados en la sección 6 del “*Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)*” elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Líneas de cooperación requeridas	Pilares de guía operacional de OMS para COVID-19 impactados	Objetivos de Plan de Acción de Minsalud impactados (Res. 536 de 2020)
• Prevención del contagio de personal de salud • Fortalecimiento de la atención en salud de los hospitales públicos	(i) coordinación, planeación y monitoreo; (ii) comunicación del riesgo y participación comunitario;	• Prevenir transmisión cruzada en instituciones de salud • Garantizar condiciones de bioseguridad y EPP para

•Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica	(iii) vigilancia, respuesta rápida e investigación de casos; (iv) puntos de entrada; (v) laboratorios nacionales; (vi) prevención de la infección y control; (vii) manejo de casos; (viii) apoyo operacional y logística.	- todo el talento humano en salud •Garantizar insumos, suministros, medicamentos y demás elementos necesarios para la atención de pacientes •Garantizar disponibilidad de recurso humano para la atención •Ampliación de capacidad instalada existente
--	--	---

Con la adecuada ejecución de estas tres líneas se mejorará la capacidad de respuesta en los 170 municipios PDET ya que: (i) los profesionales de la salud de las zonas rurales contarán con mayor protección frente al contagio; (ii) los hospitales públicos podrán descargar la presión sobre la prestación de servicios de salud mediante el despliegue presencial y telefónico de profesionales de la salud que podrán brindar una adecuada orientación, detección y canalización de casos confirmados o sospechosos de COVID-19; (iii) se apoyaría la posibilidad de dar continuidad a otras actividades misionales del sector afectados por la emergencia; (iv) se logrará facilitar el acceso a insumos y ejercicios misionales que pueden verse afectados por la respuesta a la contingencia sanitaria; (v) se dejan dotaciones (espacios de expansión) que podrán ser utilizadas en futuras emergencias sanitarias y (vi) mediante los procesos de capacitación y de acompañamiento de profesionales y técnicos de salud se transferirán conocimientos en los municipios de intervención que permitirán a las autoridades sanitarias locales afrontar mejor futuras crisis sanitarias.

Finalmente, las actividades propuestas y el alcance geográfico de las acciones han sido cruzados con la oferta de cooperación nacional e internacional existentes, de modo que se evite la duplicación de esfuerzos o la inversión en actividades que no son prioritarios en la fase de mitigación de la pandemia. Las nuevas líneas de intervención implicarían un ajuste en el marco de resultados del proyecto, incluyendo indicadores y metas, así como en el plan de trabajo.

Sostenibilidad

El Ministerio de salud gestionará los mecanismos para la sostenibilidad y financiación de acciones e intervenciones específicas y diferenciadas para la atención en salud de la población que reside en el área rural y rural dispersa del país con el fin de mejorar el acceso y la calidad de la atención mediante la inclusión, cuando corresponda, de una estrategia extramural sostenida que responda a las prioridades en salud de los territorios y que aporte a la construcción de mayor equidad en el país.

Con el fin de garantizar la sostenibilidad de los resultados obtenidos en este proyecto, el Ministerio de Salud realiza un trabajo de incidencia, de modo que los elementos centrales de los PATRs sean incluidos en los Planes Territoriales de Salud y demás instrumentos de planeación locales. Para ello se ha valido la metodología PASE a la Equidad y socializado con las entidades territoriales las responsabilidades que supone dar respuesta a las iniciativas presentadas en los espacios participativos de los PDET.

Partiendo de las necesidades e iniciativas propias de cada territorio será preciso gestionar recursos del sistema (EPS ESE, Ministerio), así como nuevos recursos de cooperantes para dar cumplimiento a las iniciativas viables en los 170 municipios PDET. Para tal efecto deberán concurrir distintas fuentes de financiación entre ellas regalías, sistema general de participaciones, subsidio a la oferta (cuya nueva fórmula incluye el índice de ruralidad de los municipios) y cofinanciación a partir de presupuesto general de la nación. En la subregión Catatumbo, por ejemplo, en el marco de la implementación de los PDET se ha acordado entre EPS, IPS y Entidad Territorial la realización de jornadas extramurales. Para ello, previamente, se realizó un ejercicio de conciliación de cartera por más de \$6.000.000.000 que permitiera a las IPS contar con liquidez para la ejecución de dichas acciones.

En términos generales el constituir un municipio PDET ha sido un criterio de priorización para la destinación de recursos. En la vigencia 2018 se destinaron vía transferencias de la Nación a Entidades Territoriales o E.S.E \$7.805.112.719 a 13 proyectos que han tenido como objeto la adquisición de ambulancias, dotación e infraestructura de los hospitales en 12 municipios PDET. A esto se suma, para la vigencia 2019, la dotación de equipos médicos para dos municipios PDET (Caucasia y Tibú) por un valor total de \$9.888.000.000.

De igual forma, mediante Resolución 1078 de 2019, se transfirieron \$2.315.520 para la operación de un esquema de salud que beneficie a la población residente de los ETCR y veredas aledañas, que complementarán las acciones realizadas en el marco del proyecto Salud para la Paz y que tendrán continuidad cuando este llegue a su fin. Dichos recursos terminarán de ejecutarse en febrero de 2020, período tras el cual, según Plan presentado al Alto Consejero para la Estabilización y Consolidación el Ministerio de Salud y Protección Social, coordinará con las Entidades Territoriales para la realización de jornadas extramurales periódicas en dichos municipios.

En el largo plazo, y con una vigencia de 15 años, la hoja de ruta para garantizar la continuidad de las principales actividades acá presentadas será la expedición del Plan Nacional de Salud Rural. Dicho Plan se encuentra actualmente en revisión técnica final por parte del Departamento Nacional de Planeación y contempla dentro de sus actividades:

- a. Mejorar *“el acceso, la oportunidad y calidad de los servicios de salud materna y salud infantil de las personas que habitan la zona rural del país”* (Sección 6.4.1)
- b. Desarrollar planes de acción para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas *“adaptándolo a las necesidades territoriales y reconociendo lo propuesto en las iniciativas PDET sobre esta temática”* (Sección 6.4.4.)
- c. El desarrollo de un Modelo Especial de Salud Pública con un *“mayor énfasis en la atención primaria en salud, la atención extramural”* y territorial y poblacionalmente adaptado. (sección 6.1)

- d. Desarrollar “*acciones para mejorar la disponibilidad y la capacidad resolutive del talento humano en salud del ámbito rural del país*”. (sección 6.3.3).

De igual forma la política pública en materia de salud sexual y salud mental pone de presente una disposición para dar continuidad a las acciones ejecutadas en el marco de este proyecto. Para tal efecto el Ministerio de Salud ha expedido la Resolución 4886 de 2018 por la cual se adopta la política nacional de salud mental; la Resolución 089 de 2019 referente a la adopción de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas; y las Resoluciones 3280 de 2018 y 276 de 2019 relacionadas con la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y de la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal.

De esta manera se da el marco institucional para mantener la respuesta sectorial a la atención en salud.

Finalmente es de mencionar que desde la responsabilidad que el sector salud ha asumido en la respuesta a los Acuerdos de Paz, de acuerdo con su rol y competencia, es de mencionar que ha realizado acciones de incidencia política a nivel territorial. Dicha incidencia se evidencia en la socialización y futura implementación del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), que establece, entre sus líneas, la disponibilidad de talento humano en salud cualificado, que apoyen los procesos de atención primaria en salud, en especial en zonas remotas y dispersas.

En este marco de política, la necesidad de contar con Talento Humano en Salud también se ve reflejada en los Planes Territoriales de Salud (PTS/2020-2023), ya publicados, mediante los cuales se expresa el apoyo de equipos médicos que según la necesidad de cada territorio puedan aportar en los retos de acceso, equidad y calidad en los servicios de salud.

Este proyecto de cooperación está alineado a lo establecido tanto en MAITE como en los PTS. El aporte del proyecto al sector salud se enmarca, entre otros aspectos, en personal formado y que representa hoy un apoyo para las entidades territoriales, en especial las ESE beneficiadas.

Los profesionales capacitados en la primera fase del proyecto en temas de salud mental, salud sexual y reproductiva y salud infantil y nutricional están vinculados a las ESE y en la segunda fase se continuará con acciones que permitan fortalecer la capacidad instalada, el fortalecimiento institucional y procesos de apropiación territorial, mediante transferencias de conocimiento en los componentes del proyecto.

Concordancia con los objetivos del Fondo

Las acciones de este proyecto contribuyen a atender los compromisos adquiridos en el numeral 1.3.2.1 de los Acuerdos de la Habana (Hacia un nuevo campo colombiano: Reforma rural integral), que, en el marco del desarrollo social, indican la necesidad de acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades, en especial los grupos y personas en condiciones de vulnerabilidad, la adopción de un enfoque diferencial y de género, que incluya medidas en materia de salud sexual y reproductiva, atención psicosocial y medidas especiales para mujeres gestantes y los niños y niñas en la prevención, promoción y atención en salud. Igualmente, contribuye al logro de lo

dispuesto en el numeral 1.3.4. relacionado con la garantía progresiva del derecho a la alimentación y el numeral 4.2. Programas de prevención del consumo y salud pública del cuarto punto de los Acuerdos (Solución al problema de las drogas ilícitas).

En particular, las intervenciones propuestas contribuirán al logro de las estrategias del Plan Marco de Implementación incluidas en los numerales 1.3.1. Mejoramiento de Infraestructura (dotación), 1.3.2. Talento humano cualificado (entrenamiento) y 1.3.3. Atención a población dispersa (fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud), del pilar 1.3. Desarrollo Social: Salud y a la estrategia 1.7. Garantía progresiva del derecho a la alimentación. De igual forma, se apoyará el logro de los resultados de las estrategias 4.2.2. relacionadas con el desarrollo de las intervenciones previstas en el Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas y 5.4.4. Rehabilitación psicosocial en las zonas priorizadas.

El proyecto contribuye al logro del resultado cinco del Fondo, del ámbito tres (socioeconómico) en lo relacionado con la intervención de aspectos clave para el desarrollo rural en las zonas priorizadas, como el acceso efectivo a servicios de salud y la intervención de problemas de salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención y atención de violencia basada en género, desarrollo infantil y salud nutricional.

Se prevé que la provisión de servicios de salud adecuada a estos contextos en una fase temprana de implementación puede constituirse en un vehículo legitimador y estabilizador de los acuerdos de paz. Tomando como referente lo señalado por la Organización Mundial de la Salud en otros países en contextos de posconflicto, la salud puede convertirse en un "puente para la paz" (*Health as a Bridge for Peace*).

Metas

Componente 1. Fortalecimiento local de capacidades institucionales

Uno de los componentes más importantes del proyecto está determinado por la sostenibilidad, la garantía que se brinda para al terminar el proyecto las acciones desarrolladas permanezcan en las comunidades. En este sentido se busca que, al término de este proyecto, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia haya brindado los lineamientos y haya avanzado en la estructuración de mecanismos para la sostenibilidad y financiación desde el sector salud, de acciones e intervenciones específicas y diferenciadas para la población que reside en el área rural y rural dispersa. No obstante, es de mencionar que el proyecto fundamenta la sostenibilidad de la intervención en ejes enfocados en generar apropiación territorial, a través de gestores comunitarios que, entre otros aspectos, aportan en el desarrollo y articulación de las acciones en cada uno de los entes de salud territorial.

- ✓ **26** hospitales con proceso de capacitación (10 personas en cada municipio) en derechos sexuales y derechos reproductivos, anticoncepción, preconcepción, atención de la gestación y parto humanizado, emergencias obstétricas, VBG, prevención de embarazo en adolescentes atención
- ✓ **10.000** mujeres con acceso a métodos anticonceptivos.
- ✓ Entrega de **26 kits** de pinzas para aplicación de DIU.
- ✓ Entrega de **10.000 implantes** subdérmicos.

- ✓ **26 paquetes** de material educativo de SSR, salud mental y prevención del consumo de SPA para los hospitales.
- ✓ **52 profesionales** con competencias para la atención en salud infantil-nutricional en AIEPI Clínico.
- ✓ **20.000** niños y niñas atendidos en salud infantil y nutricional en IPS y en las UAIC.
- ✓ **26 auxiliares de enfermería** capacitadas en AIEPI Clínico y comunitario.
- ✓ **27 UAIC** en funcionamiento y fortalecidas con material informativo.
- ✓ **26 hospitales** fortalecidos en el abordaje y atención de la salud mental y la prevención del consumo de SPA.
- ✓ **130** profesionales capacitados en salud mental, prevención del consumo de SPA y en los lineamientos de rehabilitación psicosocial de base comunitaria.
- ✓ **10.000** personas incluidos adolescentes y jóvenes participan en acciones de promoción en salud mental y prevención del consumo de SPA.

Componente 2. Consolidación de una estrategia extramural de APS

- ✓ **20.000 mujeres o adolescentes o jóvenes** reciben atención con enfoque diferencial y de género en SSR.
- ✓ **26 planes locales** intersectoriales para la construcción de rutas de atención de la violencia sexual.
- ✓ **26 paquetes** de material educativo de SSR, salud mental, salud infantil, nutricional y prevención del consumo de SPA para los municipios.
- ✓ **28.000 dosis** de micronutrientes entregados a IPS para la atención de 7.000 niños
- ✓ **7.000 niños y niñas** con dosis de antiparasitarios entregados por las IPS.
- ✓ **405 niñas y niños** con riesgo o con desnutrición que reciben alimento terapéutico a través de las IPS.
- ✓ **26 municipios** con visitas de asistencia técnica y concertación de planes de trabajo.
- ✓ **26 municipios** y 14 SDS con incidencia política para posicionar temas del proyecto en el Plan Acción en Salud (PAS).
- ✓ **Documento** de incidencia política para promover la incorporación de los temas del proyecto en los planes de gobierno de los candidatos a gobernaciones y alcaldías.
- ✓ **26 profesionales de enfermería** contratados como gestores y enlaces territoriales laborando en los municipios que desarrollan acciones de IEC y APS de su competencia.
- ✓ **1.380 familias** caracterizadas por municipio de zonas rurales y rurales dispersas.
- ✓ Acompañamiento a la totalidad de las **mujeres gestantes, niños y niñas** de las veredas priorizadas para la detección de signos y síntomas de alarma y canalización a servicios de salud.
- ✓ **52 jornadas de atención extramural** para atención en salud a todos los grupos poblacionales en cada municipio que incluyen gestión del aseguramiento.

Componente 3. Implementación de una estrategia de participación y vigilancia comunitaria

- ✓ **26 municipios con redes comunitarias** que implementan la estrategia de vigilancia en salud pública.
- ✓ **26 comités** de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria fortalecidos y operando.
- ✓ **1 documento** que recoge las experiencias de vigilancia comunitaria implementadas en 26 municipios, con recomendaciones para el MSPS.

- ✓ **26 iniciativas comunitarias** para la movilización y empoderamiento del derecho a la salud que incorporan las propuestas comunitarias de los PDET.
- ✓ **1.300 personas** vinculadas a los procesos de información educación y comunicación liderados por las redes comunitarias que incluyen excombatientes.

Componente 4. Monitoreo y Evaluación

- ✓ **Una línea base** de indicadores trazadores en salud de los hospitales fortalecidos.
 - ✓ **Un documento** de las estrategias de monitoreo de resultados de base comunitaria.
 - ✓ **Un documento** de lecciones aprendidas durante la implementación del programa MhGAP y el funcionamiento de las UAIC.
 - ✓ **Un documento** de la evaluación cualitativa de los resultados del proyecto.
- **Papel de las Organizaciones participantes de la ONU o de la Organización de la Sociedad Civil (Vinculando explícitamente a los productos y efectos previsto y brindar evidencias):**

Se trata de una propuesta interagencial, concertada con el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyas intervenciones se enmarcan en el mandato de las Agencias de las Naciones Unidas involucradas en su ejecución relacionadas con: (i) facilitar procesos para la construcción de la paz, que favorezcan la migración ordenada en un marco de derechos humanos (OIM); (ii) la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes (OPS/OMS) y (iii) prestar asistencia a los países para resolver sus problemas de población de la forma y con los medios que mejor se adecuen a las necesidades específicas de cada uno (UNFPA).

Conforme a lo anterior, se ha acordado que el UNFPA lidere las intervenciones propuestas en materia de salud sexual y reproductiva y de violencia basada en género, la OPS/OMS las intervenciones relacionadas con la infancia, salud nutricional, salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la OIM los componentes de consolidación de una estrategia extramural de Atención Primaria en Salud - APS, la implementación de una estrategia de participación y vigilancia comunitaria en salud pública y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos en las líneas priorizadas por el Proyecto. Lo anterior, sin detrimento de lo que las diferentes agencias puedan aportar para el logro de los resultados del proyecto, conforme a su conocimiento y experticia con el propósito de incrementar la eficacia de la ayuda y fortalecer la acción interagencial.

- **Papel de otras organizaciones y socios**

La presente propuesta ha sido concertada entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la OIM, la OPS/OMS y el UNFPA. Durante el desarrollo del proyecto se buscará la complementariedad de otras iniciativas de cooperación internacional del Sistema de Naciones Unidas (FAO, PMA, UNODC, UNICEF, entre otros), de agentes no estatales como organizaciones no gubernamentales, la academia y sector privado, entre otras que potencien y repliquen los resultados esperados para generar mayores impactos.

La articulación con las entidades territoriales departamentales de salud será estratégica, pues como autoridades sanitarias de los municipios priorizados garantizarán el acompañamiento para lograr las metas propuestas y para fortalecer la Atención Primaria en Salud.

El trabajo a nivel comunitario con grupos, organizaciones y redes de adolescentes, mujeres, indígenas, afrodescendientes y campesinos existentes en la vereda, así como de agentes de salud tradicionales como parteras empíricas y médicos tradicionales para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, es fundamental para lograr los resultados en este componente.

El proyecto buscará gestionar el apoyo de otros cooperantes internacionales que complementen la intervención para ampliar su cobertura como Dinamarca, Reino Unido, Suecia, Noruega y el Banco Mundial, Equipos Locales de Coordinación, Misión de Verificación, entre otros.

- **Supuestos y evidencias: Brindar evidencias de por qué estas estrategias pueden lograr los cambios esperados. Incluir lecciones adquiridas:**

Las intervenciones propuestas en el presente proyecto continuarán fortaleciendo los mecanismos que se han propuesto para mejorar la atención en salud de la población residente en los ETCR, así como que se logrará una mejora en la gobernanza³ y se fortalecerán los mecanismos de coordinación entre las autoridades sanitarias del orden nacional, departamental y local, las agencias de cooperación y las organizaciones de la comunidad. De igual forma, supone un proceso de consentimiento y construcción participativa con las comunidades de las zonas rurales y rurales dispersas y de la concertación y coordinación con las instancias creadas para la implementación de las estrategias que consolidarán la paz en Colombia.

La primera fase de este proyecto mostro avances en el fortalecimiento de mecanismos para cerrar brechas y superar barreras en la atención en salud no solo de la población residente en los ETCR sino de las comunidades aledañas, ha mejorado la comunicación entre estas dos comunidades y ha aportado a la transformación de la relación y la percepción de la institucionalidad, especialmente del sector salud.

Las estrategias de atención primaria en salud gozan de una amplia evidencia a nivel mundial sobre su efectividad para la intervención integral de problemas de salud y bienestar. El informe de la salud en el mundo 2008, de la Organización Mundial de la Salud: “La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”, así lo reconoce.

“Prácticas que salvan vidas” es una estrategia que ha sido ampliamente probada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en diferentes países, incluyendo Colombia; estas prácticas son reconocidas como exitosas por su bajo costo y alto impacto en el mejoramiento de la atención obstétrica; su eficacia ha sido probada e implementada en diversos departamentos del país adicionalmente por la OIM, el, UNFPA y la Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG). La estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI- es un programa que recoge las intervenciones basadas en la

³ El término **gobernanza** se refiere a la manera en que los gobiernos (incluidos sus diferentes sectores constitutivos) y otras organizaciones sociales interactúan, al modo en que estos organismos se relacionan con los ciudadanos y a cómo se toman las decisiones en un mundo complejo y globalizado (OMS, 2011).

evidencia que la Organización Mundial de la Salud recomienda para atender los principales problemas de salud que se presentan en la infancia.

Para el fortalecimiento de capacidades del personal de salud se usará la estrategia de “educación basada en competencias”⁴ en la cual, el papel del docente se redefine, pasando de ser un transmisor de conocimientos a un gestor de ambientes de aprendizaje. Esta metodología de trabajo es altamente efectiva en especial cuando se realiza como parte de procesos de educación en servicio en los espacios de trabajo de las personas. Ante el gran déficit encontrado en las capacidades del personal de salud de los hospitales municipales sobre atención de emergencias obstétricas, anticoncepción, IVE, atención de las violencias y prevención del embarazo en adolescentes, estas sesiones de trabajo serán vitales para mejorar las capacidades en la atención del personal de salud y de esta forma la población que atienden se verá beneficiada.

Las estrategias de desparasitación y recuperación nutricional propuestas son una extensión del Programa Nacional de Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional - PNPRAN el cual es una respuesta programática universal con pertinencia étnica, de género y territorial que acoge los lineamientos de política, técnicos y operativos de la estrategia De Cero a Siempre. Finalmente, los componentes relacionados con salud mental, detección e intervención de trastornos mentales y prevención del consumo de sustancias psicoactivas se fundamentan en las guías, lineamientos e instrumentos de tamizaje, detección y atención que la Organización Mundial de la Salud ha probado en diferentes países y recomienda utilizar en APS.

- **Sostenibilidad de los resultados:**

Para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones propuestas, el presente proyecto se fundamenta en un enfoque de desarrollo de capacidades, es decir, *“el proceso mediante el cual las personas, organizaciones y sociedades obtienen, fortalecen y mantienen las aptitudes y condiciones necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo a lo largo del tiempo”*⁵. El PNUD reconoce tres niveles de intervención:

El entorno favorable: Amplio sistema social en el que operan las personas y las organizaciones. Comprende reglas, leyes, políticas, relaciones de poder y normas sociales que regulan la interacción cívica.

El nivel organizacional:

Se refiere a la estructura, políticas y procedimientos internos que determinan la efectividad de una organización.

El nivel individual:

Aptitudes, experiencias y conocimientos de cada persona que permiten su desempeño. Adquiridas por educación y capacitación

Las intervenciones propuestas están diseñadas para fortalecer las capacidades técnicas que son las capacidades específicas relacionadas con los campos de acción priorizados (salud sexual y reproductiva, salud infantil, salud nutricional y salud mental) y las capacidades funcionales o transversales, que son capacidades que se presentan en todos los niveles y se refieren a la habilidad para gestionar las políticas, estrategias, programas y proyectos. Se centran en “lograr que las cosas

⁴ García JA. Modelo educativo basado en competencias. Revista de actualidades investigativas en Educación. Volumen 11, Número 3, Año 2011, ISSN 1409-4703

⁵ PNUD, 2009

se hagan” y de las que el PNUD ha priorizado cinco que se consideran esenciales y que incluyen i) la capacidad para involucrar a los actores, ii) la capacidad para diagnosticar una situación y definir una visión y un mandato, iii) la capacidad para formular políticas y estrategias, iv) la capacidad para presupuestar, gestionar e implementar y v) la capacidad para evaluar.

La apuesta presentada en el presente proyecto fundamenta la sostenibilidad de la intervención propuesta en los siguientes ejes:

- a) Fortalecimiento de capacidades de los equipos locales de salud para la atención con enfoque de género y diferencial en salud sexual y reproductiva, salud mental y salud infantil y nutricional. Esta capacitación y transferencia de herramientas a los equipos de salud brinda capacidades para una atención con calidad y calidez en los servicios, la cual va ligada a un trabajo con tomadores de decisiones para implementar en las IPS locales políticas, lineamientos y estrategias en el marco de las metas del Plan Decenal de Salud Pública.
- b) Consolidación de una estrategia de atención extramural en salud con enfoque de Atención Primaria, lo cual requiere acompañamiento técnico en los municipios para llevar atención a las zonas rurales y rurales dispersas, fomentar la participación y el empoderamiento comunitario, así como la vinculación de otros sectores. La sostenibilidad de esta actividad se relaciona con el rol que liderará el Ministerio de Salud como rector del SGSSS en articulación con las Secretarías Departamentales de Salud para gestionar fuentes de financiación como los recursos del Plan de Intervenciones Colectivas del orden municipal o departamental, recursos propios y recursos de las EAPB.
- c) Fortalecimiento de la acción comunitaria a través de iniciativas comunitarias en salud, para la participación y vigilancia comunitaria en salud pública, a través de la cual se promoverá el empoderamiento de las comunidades, de tal modo que adquieran capacidades para el agenciamiento del derecho a la salud, sean veedoras de los resultados en salud y participes del planteamiento de esta regías para atender las prioridades en salud pública de sus comunidades.
- d) Fortalecimiento de la capacidad de respuesta de las IPS locales en los temas priorizados en la intervención, con lo que se espera, además de mejorar la calidad de la atención, mejorar las relaciones de confianza de la población hacia las instituciones del Estado (capital social vertical).
- e) Esta intervención se desarrolla en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la ASSA 2030, la Ley Estatutaria en Salud, el Plan Decenal de Salud Pública, los Planes Territoriales de Salud y los PDETS en lo que compete al sector salud, todo esto como aspecto fundamental para impulsar la implementación del Plan Marco de Implementación en el punto de la Reforma Rural Integral.

Estrategia de salida

Dado el comportamiento de la pandemia, los esfuerzos se han encaminado a fortalecer las capacidades nacionales y locales del sector salud para atender la actual situación de la COVID-19, a partir del fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; el fortalecimiento nacional y local de

la autoridad sanitaria, la prestación de servicios de salud; la prevención del contagio; la adquisición de elementos de protección personal y la difusión de estrategias de comunicación y difusión de la información. Pese a lo anterior, la proyección del comportamiento de la pandemia nos sugiere que requeriremos de tiempos importantes para dar continuidad a las intervenciones en los territorios y poder continuar con la agenda de cooperación regular a la par de la agenda de COVID-19, particularmente debido a que la mayoría de los esfuerzos se han concentrado a la respuesta de esta emergencia sanitaria. Por tanto, será necesario reforzar el acompañamiento a los territorios para aportar al logro de compromisos en salud (programas y proyectos), lo que cobra relevancia posterior a una pandemia. En este mismo sentido, es importante señalar que mantener los logros en salud pública como la erradicación de polio, eliminación de sarampión y otras enfermedades prevenibles por vacunación, la reducción de la mortalidad materna, mortalidad infantil y las enfermedades transmisibles por vectores, etc., y reforzar las intervenciones que contribuyan con la mejora de los indicadores de salud en los territorios, debe ser una prioridad, a fin de no descuidar otras poblaciones, otras enfermedades y otros problemas de salud pública, sin dejar a nadie atrás.

3. Lógica de intervención:

Las intervenciones del presente proyecto se dirigen al logro de las metas propuestas en el Ámbito N° 3. (socioeconómico) de la ERR y el resultado N° 5. Iniciado el proceso de rehabilitación económica y de infraestructura de los territorios más afectados por el conflicto armado a través de intervenciones integrales que generen mercados transparentes y accesibles y la vez cohesión social y territorial, que creen un equilibrio en la participación activa de la ciudadanía en el desarrollo y que reduzcan el riesgo que poblaciones específicas –por ejemplo, jóvenes sin trabajo, o desmovilizados-, se (re)-vinculen a dinámicas de violencia.

Este resultado se relaciona directamente con la reducción de inequidades observadas en los determinantes sociales de la salud y con la mejora en el acceso a servicios integrales de salud en aspectos prioritarios como la salud materno infantil, la malnutrición, la salud mental y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. La contribución de este proyecto al resultado anterior se resume en los siguientes subresultados y productos principales:

Subresultado 1. En el primer año de la intervención se han fortalecido las capacidades institucionales locales para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva, atención de las violencias, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), y atención a la infancia y salud nutricional.

Producto 1.1. En el primer año de la intervención se han fortalecido las capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral en derechos sexuales y derechos reproductivos, anticoncepción, emergencias obstétricas, violencias basadas en género, prevención de embarazo en adolescentes atención ante y prenatal con enfoque diferencial.

Producto 1.2. En el primer año de la intervención se han fortalecido las capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral de la infancia y la salud nutricional.

Producto 1.3. En el primer año de la intervención se han desarrollado las capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Subresultado 2. En el primer año de intervención se ha consolidado una estrategia extramural de Atención Primaria en Salud - APS, con enfoque de determinantes, género y equidad, para impulsar la acción comunitaria e intersectorial y la construcción de escenarios protectores de paz.

Producto 2.1. En el primer año de intervención se han fortalecido las capacidades institucionales y comunitarias para la implementación de la estrategia extramural de APS en los municipios priorizados.

Subresultado 3. En el primer año de intervención se ha implementado una estrategia de participación y vigilancia comunitaria en salud pública a través del fortalecimiento de redes sociales para el empoderamiento y ejercicio del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas

Producto 3.1. En el primer año de intervención se han fortalecido capacidades comunitarias para la participación y vigilancia comunitaria en salud pública.

Subresultado 4. En el primer año de la intervención se ha implementado una estrategia de monitoreo y evaluación de resultados del proyecto.

Producto 4.1. En el primer año de intervención se han desarrollado capacidades institucionales y comunitarias para el monitoreo y evaluación de resultados en las líneas de intervención del proyecto.

4. Planes de trabajo y presupuestos

El plan de trabajo se adjunta a modo de Anexo al documento del programa en el formato representado en **Anexo 2 Plan de trabajo y presupuesto del programa.**

5. Enfoques transversales

La propuesta se basa en un enfoque de derechos, poblacional (étnico, niños, niñas y adolescentes, personas en condición de discapacidad y víctimas), de desarrollo humano, de género, territorial y de determinantes sociales de la salud.

El presente proyecto fundamenta su actuación en la protección del derecho a la salud, conforme a lo proclamado en la Constitución de la OMS en 1946, por tanto, las intervenciones propuestas implican un reconocimiento explícito a la igualdad de derechos, libertades y oportunidades y, conforme a lo indicado por Naciones Unidas, a incorporar la equidad como principio rector de la actuación del Estado.⁶

⁶ OMS. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Nueva York, 2006. 50 p.

5.1. Igualdad de Género

Marcador de Género del proyecto:

0 ☐

2111 ☐

2^a ☐

2b x

El proyecto se autoevalúa como Marcador de Género 2b toda vez que contempla una intervención transversal para reducir inequidades por motivos de género y violencia basada en género.

La línea de SSR está enfocada al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres adolescentes, adultas y jóvenes en edad fértil, fortaleciendo las capacidades técnicas del talento humano encargado de la atención en salud en los municipios que atienden a la población de los ETCR para promover la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres adultas, adolescentes y jóvenes a través del acceso oportuno a métodos modernos de regulación de la fecundidad, la atención humanizada del parto y la prevención de la morbilidad materna y la atención adecuada de las VBG con énfasis en la violencia sexual que afecta de manera diferencial a las mujeres. También, la propuesta de talleres sobre nuevas masculinidades responde a la necesidad sentida de las mujeres de los ETCR y zonas aledañas de trabajar este tema como una forma indispensable de empezar a cambiar los comportamientos machistas tan arraigados en estas poblaciones.

El enfoque de derechos humanos precisa adoptar una perspectiva de género, en la que se reconozca que la construcción sociocultural de lo femenino y de lo masculino, que incluye todas las representaciones, normas, prácticas, costumbres, formas de comportamiento y actitudes psicosociales que la sociedad establece como norma de conducta para hombres y mujeres, puede entrañar diferencias prevenibles, injustas e innecesarias, es decir, inequidades, entre hombres y mujeres, que se requiere identificar, prevenir y eliminar.

El proyecto garantizará la participación de la mujer en todas las etapas del proyecto. Para facilitar la aproximación a niñas, mujeres y adolescentes, los 26 equipos extramurales estarán conformados preferiblemente por mujeres. Cómo iniciativa aborda el tema de conciliación de las tareas y funciones de economía del cuidado que son desempeñados por las mujeres con las oportunidades de capacitación y formación de la propuesta, especialmente en el Componente 3: Implementación de una estrategia de participación y vigilancia comunitaria.

Las líneas presupuestarias propuestas en el proyecto que aportan de manera directa a la promoción de la equidad de género se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 1: Componentes directamente relacionados con la promoción de la equidad de género

Subresultado	Producto	Descripción	Valor invertido (USD)
1. En el primer año de la intervención se han fortalecido las	1.1. En el primer año de la intervención se han fortalecido las	Se capacitará al talento humano de las IPS de primer nivel de los 26	\$407.724

capacidades institucionales locales para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva, atención de las violencias, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), y atención a la infancia y salud nutricional.	capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral en derechos sexuales y derechos reproductivos, anticoncepción, emergencias obstétricas, violencias basadas en género, prevención de embarazo en adolescentes atención ante y prenatal con enfoque diferencial, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), y atención a la infancia y salud nutricional.	municipios intervenidos y a líderes comunitarios de zonas rurales y rurales dispersas en prácticas costo-efectivas para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la reducción de las inequidades basadas en género. Dotación de equipos, kits e insumos críticos para mejorar atención en SSR.	
2. En el primer año de intervención se ha consolidado una estrategia extramural de Atención Primaria en Salud - APS, con enfoque de determinantes, género y equidad, para impulsar la acción comunitaria e intersectorial y la construcción de escenarios protectores de paz.	2.1 En el primer año de intervención se han desarrollado capacidades institucionales y comunitarias para la implementación de la estrategia extramural de APS en los municipios priorizados.	Se consolidará una estrategia de APS que promoverá un diálogo intercultural permanente con las diferentes organizaciones de base de las zonas rurales y rurales dispersas para la defensa y protección de los derechos humanos sexuales y reproductivos y la reducción de las inequidades por motivos de género	\$569.025
3. En el primer año de intervención se ha implementado una estrategia de participación y vigilancia comunitaria en salud pública a través del fortalecimiento de redes sociales para el empoderamiento y ejercicio del derecho a la	3.1. En el primer año de intervención se han desarrollado capacidades comunitarias para la participación y vigilancia comunitaria en salud pública.	La estrategia de participación comunitaria en el componente de información, educación y comunicación promoverá el reconocimiento y empoderamiento de mujeres y hombres como sujetos de derecho, así como la equidad de género.	\$266.507

salud en zonas rurales y rurales dispersas.			
TOTAL			\$1.243.256

Por otra parte, la experiencia ha demostrado que en situaciones de emergencias humanitarias o sanitarias como la ocasionada por la pandemia de la COVID-19, se incrementan los casos de violencia basada en género mientras que las acciones de atención rutinarias de los hospitales se ven afectadas, limitando servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad o programas específicos, con el objetivo de liberar disponibilidad de recurso humano para hacer frente a la situación urgente. Por tal razón, la propuesta incorpora acciones orientadas a apoyar la institucionalidad para sostener la atención prenatal, la consulta de anticoncepción y prevenir y responder a la violencia contra las mujeres en el marco del manejo de la crisis, incluyendo todo lo relacionado con la actualización de las rutas de atención a la violencia basada en género (VBG) para reflejar los cambios en acceso a los servicios, apoyar la continuidad de la respuesta integral a la violencia sexual (incluyendo el manejo clínico de urgencias de casos de violación y los servicios de gestión de casos y atención psicosocial tal como lo ha indicado el Ministerio de Salud).

Así mismo, la propuesta de ampliación del proyecto para apoyar la emergencia por la COVID-19, apunta a la protección de las personas más vulnerables de las comunidades intervenidas, entre ellas, las personas en proceso de reincorporación, las mujeres adolescentes y jóvenes, mujeres cabeza de familia, gestantes, desplazadas, migrantes o víctimas de VBG.

En este sentido, las acciones de salud mental, salud infantil y nutricional promoverán la participación de las mujeres, facilitando el acceso a las actividades de desarrollo de capacidades y promoviendo el liderazgo en las comunidades, además de brindar apoyo psicosocial en la situación presente y ante eventos de VBG. El apoyo nacional para la asistencia técnica y teleasistencia en SSR, así como los insumos contemplados en la dotación para la prestación de servicios, están enfocados al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres adolescentes, adultas y jóvenes en edad fértil de los municipios priorizados, contribuyendo a la reducción de inequidades entre los géneros, que reducen las potencialidades de las niñas, adolescentes y mujeres al pleno desarrollo de su vida, lo anterior teniendo en cuenta la alta carga social y de salud que representa la salud sexual y reproductiva para las mujeres.

El proyecto se propone sostener la eficiencia, cobertura y calidad de las acciones rutinarias del hospital en la atención de la salud de las mujeres, además de fortalecer las acciones relacionadas con la atención de la violencia de género y sexual por medio del fortalecimiento de las rutas intersectoriales municipales para la atención de la VBG y brindar asistencia técnica para la implementación del protocolo de atención de la violencia sexual en el sector salud.

Adicionalmente, apoyará la entrega de insumos de protección personal y kit para cubrir las necesidades higiénicas y de protección ante la COVID-19 de mujeres en los 171 municipios PDET,

a la par se entregará información relevante sobre el reconocimiento, la forma de protegerse y denunciar cuando existan casos de VBG/ violencia sexual. Para asegurar su adecuada distribución estos insumos serán entregados a grupos organizados de mujeres de estos municipios.

5.2. Enfoque étnico:

El enfoque de derechos propuesto en el proyecto implica también considerar **un abordaje diferencial** que reconozca que los sujetos de derechos están inmersos en realidades socioculturales diversas, determinadas por distintas condiciones económicas, de salud, discapacidad, educación, étnicas, de ciclo de vida o sexo, entre otras, y que requieren un abordaje acorde con tales condiciones, desde una perspectiva de equidad y solidaridad. Se procurará por tanto responder a las necesidades específicas de las comunidades étnicas presentes en las zonas objeto de intervención y adelantar los procesos de construcción participativa que corresponden, promover la protección de su patrimonio cultural y visión del mundo e incentivar la participación de los líderes de salud tradicionales en la estrategia de APS propuesta.

5.3. Enfoque de niños, niñas y adolescentes (“NNA”):

El proyecto plantea intervenir las enfermedades prevalentes de la infancia y la malnutrición con fundamento en la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI, que parte del reconocimiento de los niños y niñas como sujetos activos de derecho. Se propone además intervenir a las y los adolescentes desde una perspectiva de derechos humanos, fomentando el ejercicio de una sexualidad sana, libre e informada y previniendo el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas con materiales educativos y estrategias de tamizaje acordes para cada grupo de edad.

5.4. Otros enfoques poblacionales: jóvenes y víctimas de desplazamiento forzado

El proyecto propone intervenir población joven empoderándolos en el ejercicio de sus derechos, especialmente los sexuales y reproductivos y los relacionados con la salud mental. Los tamizajes e intervenciones que realizará el equipo extramural de APS permitirán reconocer aquellas víctimas del conflicto en situación de vulnerabilidad con el propósito de remitirlos a las instancias indicadas para su intervención.

5.5. El derecho a la participación

El proyecto propone el impulso de la participación plena y efectiva de la población civil en los aspectos relacionados con su salud y el ejercicio del derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos y los derechos en salud mental. El subresultado 2 se orienta específicamente a fortalecer la participación de líderes, lideresas, agentes comunitarios y tradicionales hacia la gestión de unas mejores condiciones de salud y bienestar, a través de la Atención Primaria en Salud y el subresultado 3 a la conformación y/o fortalecimiento de redes comunitarias en salud.

5.6. Enfoque de “no harm” y sostenibilidad medioambiental

El Proyecto se enmarca en los enfoques conceptuales de la propuesta “Acción Sin Daño, como aporte para la construcción de paz”⁷ de tal modo que las acciones en busca del desarrollo, la asistencia humanitaria y la construcción de paz no provoquen impactos contrarios a los deseados. El proyecto es incluyente desde su diseño y debe serlo en su operación. Se adelantará un trabajo de conformación y/o fortalecimiento de redes comunitarias en los ETCR, zonas rurales y rurales dispersas que propenderá por la construcción de entornos protectores, incluyentes, libres de violencia y promotores de paz.

Las intervenciones del presente proyecto no tienen impacto ambiental. No se prevén acciones que impacten negativamente la biodiversidad, la gestión de los recursos naturales o el cambio climático

5.7. Enfoque municipal

Las intervenciones de Atención Primaria en Salud de este proyecto se fundamentan en los enfoques de determinantes sociales de la salud, de derechos y poblacional que se adaptarán a la realidad sociocultural de cada uno de los ETCR y construirá de manera colectiva con los líderes y lideresas autóctonos y, por tanto, deberán adaptarse progresivamente a las transformaciones que se vayan presentando en dicho ámbito, considerando aspectos como la libre movilidad, intercambio y relacionamiento de los excombatientes con la población civil, el uso de la infraestructura disponible y a la necesidad de un mayor involucramiento de todos los sectores de la comunidad, incluyendo los excombatientes, en el proceso.

Así mismo, las Unidades de Atención Integral Comunitaria – UAIC se instalaron en espacios, previamente concertados con líderes tanto de los ETCR como de las comunidades aledañas y fueron ubicadas estratégicamente para atender a los excombatientes de los ETCR y a la población receptora, lo que favorece la permanencia y continuidad de las atenciones a niños y niñas menores de 5 años.

Adicionalmente, los profesionales y líderes vinculados al proceso de fortalecimiento de capacidades hacen parte del territorio y de las entidades en las cuales la población continuará reincorporándose, por tanto, las intervenciones estarán orientadas a mejorar la atención en salud y beneficiará igualmente a la población excombatiente.

Teniendo en cuenta que, a partir de agosto de 2019, los ETCR van a tener cambios, según las conversaciones realizadas con el gobierno nacional, posiblemente se consoliden acciones en 13 de ellos y los otros 11 tenderán a fusionarse con los primeros, aunque esta propuesta aun no es la definitiva. Sin embargo tanto el MSPS como las agencias tienen clara la necesidad de continuar el trabajo con los municipios donde están actualmente los ETCR ya que son parte de los municipios priorizados para construir los primeros programas de desarrollo con enfoque territorial –PDET-, además, porque parte de la población en proceso de reincorporación van a continuar en estos territorios, reintegrados a la población usual residente y porque el proyecto hizo un compromiso

⁷ ACCIÓN SIN DAÑO COMO APOORTE A LA CONSTRUCCIÓN DE PAZ. PNUD, Fundación para la Cooperación Synergia, Universidad Nacional de Colombia, Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación y Agencia Alemana para la Cooperación Internacional. Online: http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_52/recursos/01general/29112013/accionesindano_sesion2_mod2.pdf

no solo con los desmovilizados sino con toda la institucionalidad y población de las zonas circundantes a los ETCR.

Ante la posibilidad de traslado de algunos ETCRs es de subrayar lo siguiente:

- El alcance de este proyecto es municipal, no se limita a la atención en una vereda específica, o a una población específica. Por tanto, los beneficiarios del proyecto no están concentrados exclusivamente en los ETCR.
- El eventual tránsito de ETCR a otras zonas ocurrirá de manera gradual, transición en la cual los excombatientes podrán beneficiarse, en su periodo de ejecución, del mismo.
- Las capacidades generadas a través de este proyecto podrían ser replicadas, en otros territorios, a través de los líderes comunitarios formados, que decidan cambiar su lugar de residencia. Por lo demás este proyecto permite la detección de factores de riesgo, que pueden ser atendidas o notificadas, durante la transición, disminuyendo así los posibles impactos en salud, del traslado.

5.8. Medio ambiente

Integración de los principios generales para fortalecer la sostenibilidad social y ambiental

PREGUNTA 1: ¿Cómo integra el proyecto los principios globales de manera tal de fortalecer la sostenibilidad ambiental?

Describa brevemente en el espacio a continuación la manera en que el proyecto incorpora la sostenibilidad ambiental

El presente proyecto no prevé una intervención que afecte directamente el medio ambiente. No obstante, se ha propuesto una intervención extramural comunitaria de Atención Primaria en Salud que procurará mejorar las relaciones de confianza entre los miembros y organizaciones de la comunidad y las Instituciones del Estado y que desarrollará acciones educativas a nivel individual y comunitario para mejorar prácticas higiénicas y de autocuidado en cuanto a consumo de agua potable, disposición adecuada de excretas y basuras y manipulación de alimentos.

Para minimizar la emisión de gases de efecto invernadero el personal contratado contará con un cronograma de trabajo y plan de viajes que minimice los desplazamientos requeridos. Así mismo se promoverá el uso eficiente de materiales informativos, el proceso de reciclaje y campañas de selección de residuos sólidos cuando sea pertinente a nivel institucional y en las actividades comunitarias de saneamiento básico.

Durante el desarrollo de las jornadas extramurales se promoverá el manejo adecuado de residuos sólidos en salud utilizados y se acompañará a los hospitales locales en el desarrollo de planes de manejo seguro de residuos de salud de acuerdo con la normatividad del Ministerio de Salud y Protección social.

Identificación y gestión de los riesgos ambientales

NO SE IDENTIFICARON RIESGOS AMBIENTALES SIGNIFICATIVOS EN ESTA PROPUESTA

PREGUNTA 2: ¿Cuáles son los posibles riesgos ambientales? <i>Nota:</i> Describa brevemente los	PREGUNTA 3: ¿Cuál es el nivel de importancia de los posibles riesgos ambientales? <i>Nota:</i> Responda las preguntas 4 y 5 a continuación antes de pasar a la pregunta 5	PREGUNTA 6: ¿Qué medidas de evaluación y gestión social y ambiental se han tomado y/o se requieren para abordar los posibles riesgos (para riesgos de importancia moderada a alta)?
--	---	--

posibles riesgos ambientales identificados en el Adjunto 1 – Lista de verificación del diagnóstico de riesgos (sobre la base de las respuestas afirmativas (Sí)).				
Descripción del riesgo	Impacto y probabilidad (1-5)	Importancia (baja, moderada, alta)	Comentarios	Descripción de las medidas de evaluación y gestión según se reflejan en el diseño del proyecto. Si se requiere una ESIA o SESA, tome en cuenta que deben considerar todos los posibles impactos y riesgos.
Riesgo 1: Las comunidades indígenas no aceptan la propuesta de intervención primaria en salud propuesta y la capacitación de líderes indígenas como auxiliares de salud pública.	I = 2 P = 1	Moderada	En general la experiencia sectorial de concertación con los pueblos indígenas relacionadas con medidas preventivas y de capacitación de líderes no sólo han sido exitosas, sino requeridas por dichas comunidades.	El proyecto contempla adelantar las actividades de consulta previa y concertación que define la Ley para el efecto, así como medidas de seguimiento y evaluación de su percepción sobre los resultados del proyecto
	PREGUNTA4: ¿Cuál es la categorización general del riesgo del proyecto?			

	Marque el recuadro correspondiente a continuación.		Comentarios
	<i>Riesgo bajo</i>	☒	La experiencia sectorial indica que las medidas propuestas son bien aceptadas por las comunidades indígenas. En la aproximación a estos pueblos se debe evitar proponer utilizar métodos de anticoncepción
	<i>Riesgo moderado</i>	☐	
	<i>Riesgo alto</i>	☐	
	PREGUNTA 5: Sobre la base de los riesgos identificados y su categorización, ¿cuáles son los requisitos relevantes de los siguientes estándares ambientales?		
	Marque todos los que aplican.		Comentarios
	1. <i>Conservación de la biodiversidad y gestión de los recursos naturales</i>	☐	
	2. <i>Mitigación y adaptación al cambio climático</i>	☐	
	3. <i>Patrimonio cultural</i>	☐	
	4. <i>Pueblos indígenas</i>	☒	El proyecto garantizará que adelantará las medidas pertinentes de consulta previa, concertación y seguimiento de las intervenciones preventivas que se realizarán con estas comunidades. Las líneas de cooperación con las que se intervendrán poblaciones indígenas vulnerables, así como la selección de los líderes que serán objeto de capacitación se concertarán bajo un espíritu de colaboración y con su consentimiento pleno, libre e informado.

	<i>5. Prevención de la contaminación y uso eficiente de los recursos</i>	☐	
--	---	--------------------------	--

Lista de verificación de los posibles <u>riesgos</u> ambientales	
Principio: Sostenibilidad ambiental: Las preguntas referidas al diagnóstico de los riesgos ambientales se incluyen en las preguntas relacionadas con el estándar específico a continuación.	Respuesta (Sí/No)
Estándar 1: Conservación de la biodiversidad y gestión sostenible de los recursos naturales	
1.1 ¿Podría el proyecto afectar adversamente los hábitats (por ejemplo, hábitats modificados, naturales y críticos) y/o en los ecosistemas o los servicios que estos prestan? <i>Por ejemplo, a través de la pérdida, la conversión, la degradación o la fragmentación de los hábitats y los cambios hidrológicos.</i>	NO
1.2 ¿Se encuentran algunas de las actividades propuestas para el proyecto dentro de hábitats críticos y/o zonas ambientalmente sensibles o sus alrededores, incluidas áreas protegidas legalmente (por ejemplo, reservas naturales, parques nacionales), zonas cuya protección ha sido propuesta o áreas reconocidas como tal por fuentes validadas y/o pueblos indígenas o comunidades locales?	NO
1.3 ¿Involucra el proyecto cambios en el uso del suelo y los recursos que podrían afectar adversamente los hábitats, los ecosistemas y/o los medios de sustento? (Nota: Si se deben aplicar restricciones y/o limitaciones de acceso a las tierras, vea el Estándar 5).	NO
1.4 ¿Las actividades del proyecto plantean riesgos para especies en peligro de extinción?	NO
1.5 ¿El proyecto plantea el riesgo de introducción de especies exóticas invasivas?	NO
1.6 ¿Involucra el proyecto la cosecha de bosques naturales, desarrollo de plantaciones o reforestación?	NO
1.7 ¿Involucra el proyecto la producción y/o cosecha de poblaciones de peces u otras especies acuáticas?	NO
1.8 ¿Involucra el proyecto la extracción, el desvío o la acumulación significativa de aguas superficiales o subterráneas? <i>Por ejemplo, construcción de represas, embalses, desarrollo de cuencas fluviales, extracción de aguas subterráneas.</i>	NO
1.9 ¿Involucra el proyecto el uso de recurso genéticos (es decir, recolección y/o cosecha, desarrollo comercial)?	NO
1.10 ¿Plantea el proyecto preocupaciones ambientales transfronterizas o mundiales potencialmente adversas?	NO

1.11	¿Redundará el proyecto en actividades de desarrollo secundarias o relevantes que podrían desembocar en efectos sociales y ambientales adversos, o generará impactos acumulativos con otras actividades actuales o que se están planificando en la zona? <i>Por ejemplo, un camino nuevo a través de zonas forestadas producirá impactos sociales y ambientales adversos directos (entre otros, tala forestal, movimientos de tierra, posible reubicación de habitantes). El camino nuevo también puede facilitar la usurpación de terrenos de parte de colonos ilegales o propiciar la instalación de recintos comerciales no planificados a lo largo de la ruta, incluso en zonas potencialmente sensibles. Se trata de impactos indirectos, secundarios o inducidos que se deben considerar. Además, si se planifican actividades similares en la misma área forestada, deben considerarse los impactos acumulativos de múltiples actividades (incluso si no forman parte del mismo proyecto).</i>	NO
Estándar 2: Mitigación y adaptación al cambio climático		
2.1	¿El proyecto que se propone producirá emisiones considerables ⁸ de gases de efecto invernadero o agravará el cambio climático?	NO
2.2	¿Los posibles resultados del proyecto serán sensibles o vulnerables a posibles impactos del cambio climático?	NO
2.3	¿Es probable que el proyecto que se propone aumente directa o indirectamente la vulnerabilidad social y ambiental al cambio climático ahora o en el futuro (conocidas también como prácticas inadaptadas)? <i>Por ejemplo, los cambios en la planificación del uso del suelo pueden estimular la urbanización ulterior de terrenos inundables, posiblemente aumentando la vulnerabilidad de la población al cambio climático, especialmente a las inundaciones</i>	NO
Estándar 6: Pueblos indígenas		
6.1	¿Hay pueblos indígenas en el área del proyecto (incluida el área de influencia del proyecto)?	SI
6.2	¿Existe la probabilidad de que el proyecto o partes de él se ubiquen en tierras y territorios reivindicados por pueblos indígenas?	NO
6.3	¿Podría el proyecto que se propone afectar los derechos, las tierras y los territorios de pueblos indígenas (independientemente de si dichos pueblos tienen títulos de propiedad legales sobre dichos terrenos)?	NO
6.4	¿Han faltado consultas culturalmente apropiadas destinadas a conseguir el consentimiento previo, libre e informado sobre temas que podrían afectar los	NO

⁸ Respecto del CO₂, "emisiones considerables" significan en general más de 25.000 toneladas por año (de fuentes directas e indirectas). [La Nota orientativa sobre mitigación y adaptación al cambio climático provee información adicional sobre emisiones de GEI].

	derechos e intereses, las tierras, los recursos, los territorios y los medios de subsistencia tradicionales de los pueblos indígenas involucrados?	
6.4	¿Implica el proyecto que se propone el uso y/o el desarrollo comercial de recursos naturales en tierras y territorios reivindicados por pueblos indígenas?	NO
6.5	¿Existe la posibilidad de que se produzcan desalojos forzados o el desplazamiento económico o físico total o parcial de pueblos indígenas, incluido a través de restricciones de acceso a tierras, territorios y recursos?	NO
6.6	¿Afectará el proyecto negativamente las prioridades de desarrollo de los pueblos indígenas, tal y como ellos las definen?	NO
6.7	¿Podría el proyecto afectar las formas de vida tradicionales y la supervivencia física y cultural de los pueblos indígenas?	NO
6.8	¿Podría el proyecto afectar el patrimonio cultural de los pueblos indígenas, incluido a través de la comercialización o uso de sus conocimientos y prácticas tradicionales?	NO
Estándar 7: Prevención de la contaminación y uso eficiente de los recursos		
7.1	¿Podría el proyecto redundar en la emisión de contaminantes al medioambiente debido a circunstancias rutinarias y no rutinarias, con el potencial de causar impactos adversos locales, regionales y/o transfronterizos?	NO
7.2	¿Podría el proyecto que se propone redundar en la generación de desechos (tanto peligrosos como no peligrosos)?	NO
7.3	¿Podría el proyecto que se propone involucrar la fabricación, comercialización, liberación y/o uso de productos químicos y/o materiales peligrosos? ¿Propone el proyecto el uso de productos o materiales químicos prohibidos internacionalmente o sujetos a procesos de eliminación gradual? <i>Por ejemplo, DDT, PCB y otros productos químicos que están incluidos en convenios internacionales como el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes y o el Protocolo de Montreal.</i>	NO
7.4	¿Involucra el proyecto que se propone la aplicación de pesticidas que pueden tener efectos negativos sobre el medioambiente o la salud humana?	NO
7.5	¿Incluye el proyecto actividades que requieran el consumo de cantidades considerables de materias primas, energía y/o agua?	NO

6. Disposiciones para la gestión y la coordinación

Las responsabilidades de planificación y gestión del programa se encuentran distribuidas de la siguiente manera:

COMITÉ DIRECTIVO:

Conformado por el Ministro de Salud y Protección Social o el Viceministro delegado, y los representantes de las Agencias participantes (OIM, UNFPA, OPS/OMS), encargado de las

funciones de Dirección General y estratégica del proyecto, el cual se convocará para la aprobación del Plan de trabajo e inicio del proyecto, el seguimiento de avances intermedios y el balance final de los resultados. La Secretaría Técnica de este Comité estará a cargo de la Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud y Protección Social. Los representantes de los organismos participantes en este comité podrán convocar a los asesores técnicos, jurídicos y administrativos que consideren pertinentes y a otras instituciones que tengan un rol importante en las ETCR. Es una instancia colegiada para definir las directrices políticas y realizar el seguimiento gerencial a la gestión del convenio.

Se espera realizar mínimo dos reuniones con el Comité Directivo, que permita evaluar el estado de avance, logros, retos y dificultades del proyecto.

COMITÉ TÉCNICO DEL PROYECTO:

El Comité Técnico se reunirá una vez al mes, para hacer seguimiento al estado de avance técnico, financiero y contractual, identificar avances, logros, retos y dificultades del proyecto.

Es el Comité responsable del direccionamiento técnico y seguimiento del proyecto, conformado por un representante de la OPS/OMS, OIM, UNFPA y del Ministerio de Salud y Protección Social por los Subdirectores de Salud Nutricional, Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Talento Humano en Salud, el Coordinador del Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud y Protección Social, o sus delegados, y el coordinador general del proyecto, quien ejercerá la secretaría técnica.

A estas reuniones asistirán los Coordinadores de las áreas de salud sexual y reproductiva, salud infantil y nutrición, salud mental, Gestión territorial y seguimiento y evaluación y los asistentes administrativos y jurídicos, encargados de la gestión de la operación del proyecto.

Adicionalmente se encargará de presentar un informe periódico sobre los avances del proyecto a la Gerencia para la Atención Integral para la pandemia y al Ministerio de Salud y Protección Social, así como al Comité Técnico del MPTF, cuando este lo requiera.

El Comité Técnico tendrá entre otras, las responsabilidades de velar por la ejecución efectiva del proyecto; revisar y aprobar el Plan de trabajo, así como a sus modificaciones según sea requerido durante la ejecución del proyecto; brindar los lineamientos técnicos para la gestión adecuada y oportuna del proyecto y presentar las recomendaciones que sean pertinentes, sin que estas recomendaciones impliquen modificación de los aspectos centrales, y, en general, realizar el seguimiento al plan de acción y a los informes que realicen OIM, OPS/OMS y UNFPA

7. Seguimiento, evaluación y presentación de informes

El componente de MyE comprende una importante alianza con la academia para la evaluación cualitativa de los efectos del proyecto en el desarrollo de capacidades locales, la participación y movilización comunitaria, así como la recolección de las lecciones aprendidas durante la implementación del programa MhGAP y el funcionamiento de las Unidades de Atención Integral Comunitaria (UAIC). La medición cuantitativa de los resultados del proyecto requiere el levantamiento de la línea base de indicadores trazadores en salud a nivel de los hospitales locales,

que a futuro permita verificar si el fortalecimiento institucional tuvo algún efecto sobre los resultados en salud. Por otra parte, este componente incluye el desarrollo de estrategias de base comunitaria, con enfoque intercultural, para el monitoreo de los resultados obtenidos en el marco del proyecto.

La estrategia de monitoreo y evaluación permitirá levantar la información requerida por el donante y los diferentes socios, realizando el monitoreo de los resultados obtenidos en cada componente del Proyecto, dando respuesta a los indicadores y metas definidos, por medio de la recolección y análisis de información cuantitativa y cualitativa de reporte al Fondo Multidonante. Dicha información tiene como fuentes de información el Sistema General de Seguridad Social en Salud, información generada por los departamentos, municipios e IPS locales y recogerá importante información de la población y comunidades participantes en los componentes del Proyecto, como insumo para la toma de decisiones a nivel nacional y local.

Con fundamento en lo anterior, el equipo técnico presentará un informe trimestral de los avances del proyecto en la plataforma del Fondo Multidonante de las Naciones Unidas.

Conforme a los lineamientos del Fondo, se presentará un informe anual y final consolidado de las tres agencias implementadoras (OIM, UNFPA, OPS/OMS) sobre las actividades y los gastos realizados conforme a un formato común diseñado para el Fondo.

Reporte Narrativo

Las tres Entidades Implementadoras presentarán a la Secretaría para su consolidación, y posterior transmisión al Agente Administrativo los siguientes informes:

- (a) Informes narrativos anuales a ser provistos no más tarde que tres meses (31 de marzo) luego de la conclusión del año calendario;
- (b) Informes narrativos finales luego de la conclusión de las actividades contempladas en el documento programático aprobado e incluyendo el año final de actividades contempladas en el documento programático aprobado, a ser presentados no más tarde que cuatro meses (30 de abril) del año siguiente al cierre financiero del Fondo.

Los informes anuales y finales mostrarán los resultados basados en la evidencia. Los informes anuales y finales narrativos compararán los resultados reales con los resultados esperados a nivel de la producción y el resultado, y explicarán las razones del sobre o bajo rendimiento. El informe final narrativo también contendrá un análisis de cómo los productos y los resultados han contribuido al impacto global del Fondo.

Reporte Financiero

Las Entidades Implementadoras Nacionales (a través de la Secretaría que consolidará los informes) y las Organizaciones de Naciones Unidas, presentarán al Agente Administrativo los siguientes estados financieros e informes:

a) Estados financieros e informes anuales a fecha de 31 de diciembre, concernientes a los fondos desembolsados a las mismas provenientes del Fondo, a ser provistos no más tarde que cuatro meses (30 de abril) luego de la conclusión del año calendario;

(b) Estados financieros finales certificados e informes financieros finales luego de la conclusión de actividades contempladas en el documento programático aprobado e incluyendo el año final de actividades contempladas en el documento programático aprobado, a ser presentados no más tarde que seis meses (30 de junio) del año siguiente al cierre financiero del Fondo.

Basado en estos informes, el Agente Administrativo preparará informes consolidados narrativos y financieros y los presentará a cada Contribuyente del Fondo, así como al Comité de Dirección, de conformidad con el cronograma establecido en el Acuerdo Administrativo Estándar. El SNU prestará sus servicios de ejecución en conformidad con sus propios reglamentos financieros, normas y políticas. Las instituciones estatales implementarán sus actividades de conformidad con las normas y procedimientos de Colombia. Para cada proyecto o programa aprobado para su financiación, cada entidad implementadora proporcionará a la Secretaría y al MPTFO informes anuales y finales y estados financieros preparados de acuerdo con su contabilidad y los procedimientos de presentación de informes, según lo establecido en los acuerdos jurídicos firmados con el agente administrativo.

Auditoría Financiera: el agente administrativo y las entidades implementadoras de la ONU serán auditados de acuerdo con sus propias reglas y regulaciones financieras y en línea con el marco de auditoría para los fondos multidonantes que ha sido acordado por los Servicios Internos de Auditoría de las entidades implementadoras de la ONU, y avalado por el UNDG en septiembre de 2007.

Las entidades gubernamentales serán auditadas de conformidad con el marco nacional de fiscalización.

8. Contexto jurídico o bases de la relación

Tabla 2: Bases de la relación.

Organización participante de la ONU	Acuerdo
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OPS/OMS	Convenio entre la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno de Colombia del 18 de septiembre de 1951. Acuerdo Básico Revisado entre las Naciones Unidas, la Organización Internacional del trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, la Organización de la Aviación Civil Internacional y la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno de Colombia el 7 de diciembre de 1954, aprobado por el Consejo de Ministros el 17 de enero de 1964 y por la Presidencia el 22 de Enero del mismo año, con base en la ley 24 de 1959. Ley 62 de 1973 mediante la cual se aprueban las “Convenciones sobre Privilegios Inmunidades de las Naciones

Organización participante de la ONU	Acuerdo
	Unidas, de los Organismos Especializados y de la Organización de Estados Americanos”, adoptadas las dos primeras por la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de febrero de 1946 y el 21 de noviembre de 1947 respectivamente, y la última abierta a la firma en la Unión Panamericana el 15 de mayo de 1949. Misión: Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.
Organización Internacional para las Migraciones - OIM	La OIM y el Gobierno de Colombia suscribieron un primer Acuerdo de Cooperación y Régimen de Privilegios e Inmunidades entre la organización el gobierno de la República de Colombia el 14 de mayo de 1981. El 5 de mayo de 2009 se suscribe el nuevo “Acuerdo de Cooperación y Régimen de Privilegios e Inmunidades suscrito entre la Organización Internacional para las Migraciones y el Gobierno de la República de Colombia” aprobado por el Congreso Colombiano mediante la Ley 1441 de 2011, el cual entró en el 3 de julio de 2012. Misión: contribuir a la construcción de la paz en el país y a la generación de soluciones integrales y sostenibles para los migrantes y comunidades vulnerables, así como el fortalecimiento institucional para la implementación, monitoreo y evaluación de políticas, la gestión territorial, el fortalecimiento en promoción de la salud y gestión del riesgo en salud, tal y como lo referencia sus programas de Migración y Salud y Reintegración y Prevención del Reclutamiento.
Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA	El Acuerdo Básico de Cooperación entre el Gobierno de Colombia y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD, rige las relaciones entre las partes y fue suscrito en Bogotá el 29 de mayo de 1974. El Plan de Acción del sexto Programa País para el período 2015-2019, debe ser interpretado e implementado de conformidad con lo establecido en dicho Acuerdo Básico, que se aplica mutatis mutandis a las relaciones entre el Gobierno y el Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA Ley 62 de 1973 mediante la cual se aprueban las “Convenciones sobre Privilegios Inmunidades de las Naciones Unidas, de los Organismos Especializados y de la Organización de Estados Americanos”, adoptadas las dos primeras por la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de febrero de 1946 y el 21 de noviembre de 1947 respectivamente, y la última abierta a la firma en la Unión Panamericana el 15 de mayo de 1949.

Organización participante de la ONU	Acuerdo
	Misión: Impulsar el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones alrededor del mundo, especialmente de aquellas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza, en lo relacionado con su salud sexual y reproductiva, su relación con el medio ambiente y el desarrollo, y las relaciones de igualdad entre hombres y mujeres.

Los Asociados en la implementación/organismo de implementación⁹ convienen en realizar todo lo que razonablemente esté a su alcance para garantizar que ninguno de los fondos recibidos conforme a este Programa conjunto se use para apoyar a individuos o entidades asociados con el terrorismo y que los receptores de cualquier monto entregado por las organizaciones participantes de la ONU no figuren en las listas que mantiene el Comité del Consejo de Seguridad establecido en conformidad con la resolución 1267 (1999). La lista se puede consultar en <http://www.un.org/spanish/sc/committees/1267/>. Esta disposición se puede incluir en todos los subcontratos o subacuerdos celebrados conforme a este documento del programa.

9. Calendario de pago

9.1. Presupuesto global (USD)

	Pago inicial	Adición	Final año 2	Final año 3	Final año 4
TOTAL	\$ 1.835.869	\$4.627.849			

9.2. Presupuesto por organización (USD)

Nombre organización	Pago inicial	Adición	Final año 2	Final año 3	Final año 4
FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS	395.593	\$1.827.677			
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OPS/OMS	416.276	\$793.413			
ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES	1.024.000	\$2.006.758			
TOTAL	\$ 1.835.869	\$4.627.849			

10. Desembolso

⁹ El organismo de ejecución en el caso del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en países sin Planes de Acción del Programa para el País.

Los recursos financieros desembolsados por el MPTF serán girados a cada una de las agencias participantes en las cuentas establecidas y registradas en el Fondo, para el caso de la OPS/OMS los recursos deberán ser depositados en la cuenta que se indica a continuación:

- Nombre de la cuenta PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
- Banco y Dirección: CITIBANK N.A.-111 Wall Street. New York, NY 10043
- Tipo de cuenta CORRIENTE
- Número de cuenta 36159769
- Swift: CITIUS33 ABA#:021000089
- NIT de OPS/OMS en COLOMBIA: 800.091.074-6
- Dirección OPS/OMS CALLE 66 No. 11 – 50 Piso 6 Bogotá

11. Prórroga del Acuerdo Marco

El Documento de Proyecto Salud para la Paz, Fortaleciendo Comunidades Fase 2, así como la presente enmienda quedan sujetos a los términos del Memorandum of Understanding between Participating UN Organizations and the UNDP Multi-Partner Trust Fund Office regarding the Operational Aspects of a UN Post-conflict MPTF for Colombia y del Acuerdo Marco entre el Gobierno de la República de Colombia a través del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República y la Agencia Presidencial de Cooperación Internacional de Colombia, APC-Colombia y las Organizaciones de las Naciones Unidas Participantes en Colombia, las cuales firman el presente Acuerdo para la puesta en marcha del Fondo Multidonante de las Naciones Unidas para el Postconflicto de Colombia.

Anexo 1: Marco de resultados

Título del programa: Desarrollo de capacidades locales para el fortalecimiento de la atención primaria en salud con énfasis en salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, salud infantil y nutricional.									
Efecto/Outcome del Fondo al cual el programa/proyecto contribuirá		<i>Iniciado el proceso de rehabilitación económica y de infraestructura de los territorios más afectados por el conflicto armado a través de intervenciones integrales que generen de mercados transparentes y accesibles y la vez cohesión social y territorial, que creen un equilibrio en la participación activa de la ciudadanía en el desarrollo y que reduzcan el riesgo que poblaciones específicas –por ejemplo, jóvenes sin trabajo, o desmovilizados-, se (re)-vinculen a dinámicas de violencia (Resultado N° 5. Del ámbito 3. Socio económico)</i>							
Indicadores del Resultado del Fondo:	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)		Información de línea de base ¹⁰	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable		
<i>Fortalecimiento de la infraestructura comunitaria en salud</i> <i>Se impulsará un Plan de Choque contra el hambre y la malnutrición</i> <i>Se fortalecerán entornos protectores para niños/niñas y adolescentes frente a múltiples violencias que los afectan (rechutamiento o uso en actividades ilícitas, trabajo infantil, abuso sexual, matoneo escolar, discriminación por razones de género, violencia intrafamiliar, etc.</i>	Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios y Vigía del Fuerte (Antioquia); Arauquita (Arauca); La Montañita y San Vicente del Caguán (Caquetá); Buenos Aires, Caldon, El Patía y Miranda (Cauca); La Paz (Cesar); Rio Sucio (Chocó); Tierralta (Córdoba); San José del Guaviare (Guaviare);	Total			26 municipios	26 municipios fortalecidos a nivel institucional y comunitario para la atención integral en: salud sexual y reproductiva, prevención del embarazo en adolescentes, atención de las violencias basadas en género, salud	Actas de entrega de dotación y material educativo. Registros de capacitación . Registros de atención.	UNFPA OPS/OMS OIM	
		H	M	Nas					Nos
		10.000	20.000	10.000					10.000

¹⁰ Si hay información de la línea de base disponible. Si no, provee una justificación.

	Fonseca (La Guajira); La Macarena, Mesetas y Vista Hermosa (Meta); Policarpa y Tumaco (Nariño); Tibú (Norte de Santander); Puerto Asís (Putumayo) Icononzo y Planadas (Tolima)						nutricional e infancia, salud mental y prevención del consumo de SPA.		
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Nota: Todos los subresultados y productos se desarrollarán en las mismas áreas geográficas: 26 municipios de 14 departamentos
La información de línea de base se construirá con los resultados de la primera fase de intervención que estarían disponibles en enero de 2019.

Indicadores del subresultados	Indicador	Beneficiarios	Metas finales	Medio de Verificación	Métodos de recolección	Organización responsable
Subresultado 1.	En el primer año de la intervención se han fortalecido las capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud, de calidad, con enfoque de género e intercultural, con énfasis en salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), salud sexual y reproductiva, atención a la infancia y salud nutricional.					
	Organización Responsable del Subresultado: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)					

Producto 1.1. En el primer año de la intervención se han fortalecido capacidades institucionales locales de los municipios prioritizados para la atención integral en derechos sexuales y derechos reproductivos, anticoncepción, emergencias obstétricas, violencias basadas en género, prevención de embarazo en adolescentes atención ante y prenatal con enfoque diferencial.	N° de mujeres que reciben atención integral en SSR con enfoque diferencial y de género para mujeres, adolescentes y jóvenes.	20.000 mujeres, adolescentes y jóvenes de los municipios prioritizados	20.000 mujeres atendidas	Registros de atención a mujeres, jóvenes y adolescentes: 4505 o RIPS. Registros de atención extramural a mujeres, jóvenes y adolescentes.	RIPS entregado por MSPS Registros recopilados por los profesionales de enfermería del proyecto	UNFPA/MSPS
1.1.1. Se han desarrollado procesos de capacitación en servicio para el recurso humano de las IPS prioritizadas para la atención integral en: derechos sexuales y reproductivos, anticoncepción, emergencias	N° de funcionarios capacitados.	260 funcionarios de IPS, alcaldías, SDS capacitados	260 funcionarios capacitados	Registros de capacitación por municipio: 1. Agenda del taller 2. Listado de asistencia	Informe de la actividad	UNFPA

obstétricas, violencias basadas en género, prevención de embarazo en adolescentes, consulta preconcepcional y atención prenatal, con enfoque diferencial.						
1.1.2. Se han fortalecido capacidades de las IPS priorizadas para la atención integral en SSR a mujeres, jóvenes y adolescentes.	Nº de mujeres que reciben atención en SSR con enfoque diferencial y de género.	20.000 mujeres, adolescentes y jóvenes de los municipios priorizados	20.000 mujeres	Registros de atención a mujeres, jóvenes y adolescentes: 4505 o RIPS. Registros de atención extramural a mujeres, jóvenes y adolescentes.	RIPS entregado por MSPS Registros recopilados por los profesionales de enfermería del proyecto	UNFPA/ MSPS
	Nº de mujeres que reciben métodos modernos de anticoncepción.	10.000 mujeres, adolescentes y jóvenes de los municipios priorizados	10.000 mujeres	Registros de atención a mujeres, jóvenes y adolescentes: 4505 o RIPS. Registros de atención extramural a mujeres, jóvenes y adolescentes.	RIPS entregado por MSPS Registros recopilados por los profesionales de enfermería del proyecto	UNFPA/ MSPS
	Nº de IPS priorizadas dotadas con Kits para la aplicación de DIU	26 IPS de los municipios priorizados	26 IPS	Acta de entrega a la IPS.	Informe final de la actividad	UNFPA

1.1.3. Se ha entregado material educativo e informativo de SSR en los municipios.	Nº de municipios que reciben paquetes de material educativo en SSR.	26 municipios priorizados	26 municipios	Acta de entrega a la Secretaría de Salud Municipal o IPS priorizada.	Informe final de la actividad	UNFPA
1.1.4. Se ha realizado Asesoría y Asistencia Técnica, a secretarías municipales de Salud para la construcción de planes de trabajo, para el desarrollo de rutas intersectoriales de atención de la violencia sexual.	Nº de municipios que reciben asesoría y Asistencia Técnica para el desarrollo de Rutas de Atención de la Violencia Sexual.	26 municipios priorizados (78 funcionarios de secretarías de salud y alcaldías municipales)	26 municipios	Documento con los planes de trabajo	Reporte al final de la actividad	UNFPA/ MSPS
Producto 1.2. En el primer año de la intervención se han fortalecido capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral de la infancia y la salud nutricional.	Nº de niños y niñas que reciben atención integral	20000 niños y niñas menores de 5 años en riesgo de EDA o IRA. 7520 niños y niñas con desnutrición o en riesgo de desnutrición.	20000 niños y niñas	Registros de atención a niños y niñas por municipio: 4505 o RIPS Registros de atención extramural a niños y niñas por municipio.	RIPS entregado por MSPS Registros recopilados por los profesionales de enfermería del proyecto	OPS/OMS
1.2.1. Se ha realizado asistencia técnica para la aprehensión de los conocimientos adquiridos durante la primera fase por los profesionales de las	Nº de funcionarios que reciben asistencia técnica.	52 funcionarios de las IPS priorizadas	52 funcionarios	Informe de resultados de la asistencia técnica	Informe final de la actividad	OPS/OMS

IPS priorizadas, en salud infantil y nutricional						
1.2.2. Se ha fortalecido las capacidades de los líderes comunitarios en AIEPI comunitario.	Nº de líderes fortalecidos en AIEPI Comunitario	52 líderes comunitarios de los municipios priorizados	52 líderes comunitarios	Soporte de material de apoyo entregado a cada municipio 1. Lista de material 2. Guía de trabajo 3. Registro de réplicas realizadas por los líderes	Informe final de la actividad	OPS/OMS
1.2.3. Se ha fortalecido la prestación de servicios en las 27 UAIC focalizadas.	Nº de UAIC fortalecidas con insumos y material educativo	27 UAIC de los municipios priorizados	27 UAIC	Acta de entrega a la Secretaría de Salud Municipal o IPS priorizada.	Informe final de la actividad	OPS/OMS
1.2.4. Se han desarrollado capacidades en las IPS priorizadas para la atención integral de niños y niñas.	Nº de niñas y niñas menores de 2 años que reciben antiparasitario	7.000 niños y niñas menores de 2 años	7.000 niños y niñas	Registros de entrega intramural y extramural	Informe mensual de los profesionales de enfermería del proyecto	OPS/OMS
	Nº de niñas y niñas entre los 6 y 23 meses que reciben micronutrientes.	7.000 niños y niñas entre los 6 y 23 meses		Registros de entrega intramural y extramural	Informe mensual de los profesionales de enfermería del proyecto	
	No. de niñas y niños que reciben alimento terapéutico	405 niños y niñas menores de 5 años con desnutrición o en riesgo de desnutrición	405 niños y niñas	Registros de entrega intramural y extramural	Informe mensual de los profesionales de enfermería del proyecto	OPS/OMS
1.2.5 Se cuenta con informes y asistencia técnica a la implementación de	No. De informes de avance realizados	26 municipios priorizados	4 documentos	Informes trimestrales de avance en la implementación de las acciones de salud infantil y nutricional	Informe final de la actividad	OPS/OMS

las acciones de salud infantil y nutricional.						
Producto 1.3. En el primer año de la intervención se han desarrollado capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.	N° de personas reciben atención integral en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas	10.000 personas incluidos adolescentes y jóvenes participan en acciones de promoción en salud mental y prevención del consumo de SPA.	10.000 personas	Registros de atención intramural y extramural	Consolidado de registros de actividades individuales y comunitarios.	OPS/OMS
1.3.1. Se ha fortalecido la capacidad de respuesta de los equipos de salud de las IPS locales para la detección, atención y seguimiento a problemas y trastornos en salud mental y prevención del consumo de SPA.	N° de profesionales capacitados para la atención en salud mental y prevención del consumo de SPA	130 profesionales de las IPS priorizadas.	130 profesionales	Registros de capacitación por municipio: 1. Agenda del taller 2. Planes de acción elaborados por los participantes 3. Listado de asistencia 4. Base de datos de participantes (nombre, municipio, IPS, datos de contacto)	Informe final de la actividad	OPS/OMS
	N° municipios que reciben material educativo para	26 municipios priorizados	26 municipios	Acta de entrega a la Secretaría de Salud Municipal o IPS priorizada.	Informe final de la actividad	OPS/OMS

	salud mental y prevención del consumo de SPA					
1.3.2. Se ha realizado asistencia técnica a líderes comunitarios para la promoción de la salud mental e identificación y canalización de personas con problemas de salud mental y abuso de SPA en sus comunidades.	Nº de líderes que reciben asistencia técnica para realizar acciones de promoción de la salud mental, e identificación y canalización de personas con problemas de salud mental y abuso de SPA en sus comunidades.	27 líderes comunitarios de los municipios priorizados	27 líderes comunitarios	Registros de capacitación por municipio: 1. Agenda del taller 2. Planes de acción elaborados por los participantes 3. Listado de asistencia 4. Base de datos de participantes (nombre, municipio, IPS, datos de contacto)	Informe final de la actividad	OPS/OMS
1.3.3. Se cuenta con informes y asistencia técnica a la implementación de las acciones de salud mental	No. De informes de avance realizados	26 municipios priorizados	4 documentos	Informes trimestrales de avance en la implementación de las acciones de salud mental	Informe final de la actividad	OPS/OMS
Subresultado 2.	En el primer año de intervención se ha consolidado una estrategia extramural de Atención Primaria en Salud - APS, con enfoque de determinantes, género y equidad, para impulsar la acción comunitaria e intersectorial y la construcción de escenarios protectores de paz.					
	Organización Responsable del Subresultado: Organización Internacional para las migraciones (OIM)					
Producto 2.1. En el primer año de intervención se han desarrollado capacidades institucionales y comunitarias para la implementación	Nº de municipios con estrategia extramural de APS operando	26 municipios priorizados	26 municipios	Informe de la estrategia por municipio	Informe trimestral y final consolidado	OIM

de la estrategia extramural de APS en los municipios priorizados.						
2.1.1. Se ha implementado la estrategia de atención extramural a través de un equipo de 27 profesionales de enfermería, que movilizarán la acción sectorial, intersectorial y comunitaria en las líneas priorizadas por el proyecto.	Nº de profesionales de enfermería contratadas	26 municipios priorizados	27 profesionales de enfermería	Contrato	Informe final de la actividad	OIM
	Nº de gestantes de alto riesgo con acompañamiento del profesional de enfermería para la atención integral.	135 gestantes de alto riesgo del área rural y rural dispersa de los municipios priorizados	135 gestantes	Base de datos de seguimiento a gestantes por municipio.	Informe mensual de los profesionales de enfermería del proyecto	OIM
	Nº de actividades educativas comunitarias realizadas en las líneas de intervención del proyecto por las profesionales de enfermería.	5.400 personas del área rural y rural dispersa de los municipios priorizados	540 actividades educativas.	Registros de capacitación por municipio: 1. Agenda del taller 2. Listado de asistencia 3. Base de datos de participantes (nombre, municipio, IPS, datos de contacto)	Informe mensual de los profesionales de enfermería del proyecto	OIM
2.1.2 Se han realizado jornadas de atención extramural con el apoyo de los hospitales locales	Nº de jornadas extramurales de APS realizadas en los municipios priorizados	26 municipios priorizados	52 jornadas extramurales	Informe de jornadas extramurales, desagregando tipo de atención, género y curso de vida.	Informe entregado por el hospital	OIM
	Nº de personas atendidas en las jornadas extramurales de	5.200 personas del área rural y rural dispersa de los	5.200 personas	Informe de jornadas extramurales, desagregando tipo de	Informe entregado por el hospital	OIM

	APS realizadas en los municipios priorizados	municipios priorizados		atención, género y curso de vida.		
Subresultado 3.	En el primer año de intervención se ha implementado una estrategia de participación y vigilancia comunitaria en salud pública a través del fortalecimiento de redes sociales para el empoderamiento y ejercicio del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas.					
	Organización Responsable del Subresultado: Organización Internacional para las migraciones (OIM)					
Producto 3.1. En el primer año de intervención se han fortalecido las capacidades comunitarias para la participación y vigilancia comunitaria en salud pública.	N° de redes comunitarias fortalecidas y capacitadas para la participación y vigilancia comunitaria en salud pública	26 municipios priorizados	26 redes comunitarias	Informe de la estrategia de vigilancia comunitaria por municipio con recomendaciones para el Ministerio de Salud.	Informe final de la actividad	OPS/OMS y OIM
3.1.1. Se han fortalecido redes comunitarias para la vigilancia en salud pública en los municipios priorizados.	N° de líderes comunitarios capacitados para la vigilancia en salud pública de base comunitaria	260 líderes comunitarios del área rural y rural dispersa de los municipios priorizados	260 líderes	Registros de capacitación por municipio: 1. Agenda del taller 2. Planes de acción elaborados por los participantes 3. Listado de asistencia 4. Base de datos de participantes (nombre, municipio, IPS, datos de contacto)	Informe mensual de los profesionales de enfermería del proyecto.	OPS/OMS y OIM
	N° de COVECOM realizados	26 municipios priorizados	26 COVECOM	Actas de COVECOM	Informe mensual de los profesionales de	OPS/OMS y OIM

					enfermería del proyecto.	
3.1.2. Se han fortalecido las capacidades comunitarias para la participación, movilización y empoderamiento del derecho a la salud, en los municipios priorizados.	Nº de personas participando en procesos de información, educación y comunicación (IEC) en salud liderados por las redes comunitarias.	1.300 personas del área rural y rural dispersa de los municipios priorizados.	1.300 personas	Informe de la estrategia por municipio	Informe mensual de los profesionales del área social del proyecto.	OPS/OMS y OIM
	Nº de iniciativas comunitarias para la movilización y empoderamiento del derecho a la salud desarrolladas (incluyen las propuestas comunitarias de los PDET).	26 municipios con iniciativa comunitaria implementada	26 iniciativas comunitarias	Informe del desarrollo de las iniciativas.	Informe mensual de los profesionales del área social del proyecto.	OPS/OMS y OIM
Subresultado 4.	En el primer año de la intervención se ha implementado una estrategia de monitoreo y evaluación de resultados del proyecto.					
	Organización Responsable del Subresultado: Organización Internacional para las migraciones (OIM)					
Producto 4.1. En el primer año de intervención se han desarrollado capacidades institucionales y comunitarias para el monitoreo y evaluación de resultados en las	Nº de municipios que participan en la estrategia de monitoreo y evaluación.	26 municipios priorizados	26 municipios	Documentos generados en el desarrollo de la estrategia.	Reporte final de la actividad	OIM

líneas de intervención del proyecto.						
4.1.1. Se ha construido la línea de base de indicadores trazadores en salud de las IPS priorizadas para las líneas de intervención de proyecto.	Nº de IPS con línea de base construida	26 IPS de los municipios priorizados	26 IPS	Informe de línea de base de indicadores trazadores en salud para cada IPS	Informe final de la actividad	OIM
4.1.2. Se ha realizado un informe de rendición de cuentas a nivel comunitario en los municipios priorizados.	Nº de informes comunitarios de rendición de cuentas	26 municipios priorizados	26 informes	Informe comunitario de rendición de cuentas por municipio.	Informe final de la actividad	OIM
Subresultado 5.	En el primer año de la intervención se han fortalecido las capacidades institucionales y comunitarias a nivel local para la prevención y respuesta a la COVID-19 en los municipios PDET.					
	Organización Responsable del Subresultado: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y Organización Internacional para las migraciones (OIM)					
Producto 5.1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los municipios PDET fortalecidas para la prevención del contagio por COVID-19	No. de IPS fortalecidas con elementos de protección personal y de higiene	171 IPS	171 IPS	Registros de entrega de dotación e insumos	Informe final por municipio	UNFPA
5.1.2. Se ha dotado de elementos de	Nº de IPS dotadas con elementos de	171 IPS	171 IPS	Acta de recibido por parte de la IPS	Reporte final de entrega	UFPA

protección personal en las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) de 171 municipios PDET para evitar el contagio de COVID 19, en el personal de salud.	protección personal en el marco de la pandemia por COVID-19					
5.1.2. Se han entregado insumos de autocuidado, higiene personal, aseo y protección (bioseguridad) para mujeres en condición de vulnerabilidad de los municipios PDET.	Nº de mujeres en condición de vulnerabilidad (en edad reproductiva) que reciben insumos de higiene	Mujeres en condición de vulnerabilidad en los municipios PDET	8.550 mujeres (50 por municipio)	Registros de entrega recopilados por profesionales de enfermería del proyecto y organizaciones de mujeres de la sociedad civil de municipios PEDT	Reporte final de entrega	UFPA
Producto 5.2. Municipios PDET fortalecidos para la atención y prestación de servicios de salud en respuesta a COVID-19.	No. de municipios PDET que implementan acciones de respuesta a la COVID-19	171 municipios PDET	171 municipios	Actas de entrega de equipamiento hospitalario y registro de fortalecimiento de capacidades.	Informe final de la actividad	UNFPA OPS/OMS OIM
5.2.1. Se ha fortalecido la oferta de servicios de Salud Sexual y Reproductiva (atención prenatal, anticoncepción) y atención inicial de la Violencia Basada en	No. de personas que reciben atención en SSR y VBG	Mujeres gestantes; hombres y mujeres en edad fértil que necesiten anticoncepción de 26 municipios	2.560 personas	Registro individual de atenciones	Informe mensual de actividades de los profesionales de enfermería por municipio	UNFPA

Género, en los 26 municipios del proyecto, ante el aumento en la demanda por la pandemia de COVID 19, a través de la contratación de profesionales de enfermería.						
5.2.3. Se han fortalecido las capacidades del talento humano del Ministerio de Salud para la atención por telesalud en la COVID 19 y su relación con salud materna y VBG.	No. de personas que reciben asistencia técnica por telesalud en la COVID-19 y su relación con salud materna y VBG.	Profesionales de la salud de 171 municipios PDET	3.840 personas atendidas por tele salud	Registro individual de atenciones	Informe mensual de actividades del profesional experto por municipio	UNFPA
5.2.3. Se ha fortalecido la capacidad de respuesta de los hospitales de municipios PDET de 8 departamentos y un distrito seleccionados, para la respuesta a la COVID-19 a través de la entrega de equipamiento médico.	No. de hospitales públicos que reciben equipamiento médico para fortalecimiento de la atención	Hospitales públicos de 8 departamentos y el distrito de Buenaventura (Beneficiarios indirectos: 3.378.458 habitantes de municipios PDET)	Hospitales públicos de 8 departamentos y el distrito de Buenaventura	1. Actas de entrega del equipamiento médico a los hospitales públicos beneficiados. 2. Registro fotográfico de entrega y del equipamiento instalado. 3. Soporte de ingreso del equipamiento en el inventario de cada hospital.	Informes entregados por los hospitales	OPS

5.2.4. Se han fortalecido las capacidades de profesionales de salud de las IPS locales y actores de otros sectores para el formulación, implementación y evaluación de acciones de prevención de problemas y trastornos de salud mental asociados a la COVID-19 y a la promoción del bienestar y la calidad de vida	No. de personas capacitadas en los municipios PDET priorizados, en temas de salud mental asociados a la pandemia por COVID-19	340 profesionales de la salud de las IPS locales y 340 actores de otros sectores de los municipios PDET.	680 personas de los territorios PDET capacitadas.	1. Plan de capacitación de acuerdo con lineamientos dados por la OPS. 2. Agendas del taller modalidad virtual. 3. Grabación de sesión virtual. 4. Base de datos de inscripción de participantes en la sesión	Informe de cada una de las sesiones de capacitación por parte de los facilitadores.	OPS
5.2.5. Se ha realizado teleapoyo a los profesionales de la salud para el abordaje de pacientes con problemáticas o trastornos de salud mental.	No. de profesionales de la salud que reciben teleapoyo para el abordaje de pacientes con problemáticas o trastornos de salud mental.	Profesionales de la salud de 50 municipios PDET	100 profesionales de las IPS de 50 municipios PDET seleccionados.	Registro de los procesos de teleapoyo realizados, en formato estándar para tal fin diseñado por la OPS.	Informe consolidado del teleapoyo solicitado por los profesionales de salud de las IPS de los 50 municipios PDET seleccionados, a través de los diferentes medios como correo electrónico, WhatsApp, llamadas telefónicas.	OPS

5.2.6. Se ha fortalecido el apoyo psicosocial a familias y comunidades en el marco de la COVID-19 a través de un profesional psicosocial en el nivel comunitario por municipio.	No. de atenciones psicosociales dirigidas a personas y/o familias en el marco de respuesta a la COVID-19	26 municipios priorizados	2.340 atenciones psicosociales	Registro individual de atención.	Informe mensual de actividades del profesional psicosocial. Informe final de ejecución que incluya la población beneficiada con el acompañamiento psicosocial	OIM
5.2.7. Se han fortalecido las capacidades de los profesionales de salud en las IPS locales para la identificación, tratamiento y seguimiento de la población de primera infancia con desnutrición aguda y en pautas de alimentación saludable con énfasis en lactancia materna como factor de riesgo asociado a la COVID-19.	No. de profesionales de la salud de los municipios PDET seleccionados capacitados en temas de salud nutricional.	340 profesionales de la salud de las IPS locales.	340 profesionales de la salud de las IPS locales	1. Plan de capacitación de acuerdo con lineamientos dados por la OPS. 2. Agendas del taller modalidad virtual. 3. Grabación de sesión virtual. 4. Base de datos de inscripción de participantes en la sesión	Informe de cada una de las sesiones de capacitación por parte de los facilitadores.	OPS

Producto 5.3. Capacidades institucionales y comunitarias fortalecidas para la Vigilancia Comunitaria de COVID-19 en municipios priorizados.	Nº de municipios con estrategia de Vigilancia de Base Comunitaria implementada	26 municipios priorizados	26 municipios	Informe de la estrategia por municipio	Informe trimestral y final consolidado	OIM
5.3.1. Se ha fortalecido la estrategia de Vigilancia de Base Comunitaria a través 26 equipos de profesionales conformados por: epidemiólogo, profesional de enfermería y 2 gestores comunitarios en salud, que movilizarán las acciones institucionales y comunitarias en el marco de los planes de respuesta a la COVID 19	Nº de municipios con equipo profesional para la respuesta a la COVID-19	Autoridades locales de salud y hospitales de 26 municipios priorizados	26 municipios	Planes de acción y seguimiento a la respuesta por municipio	Informe mensual del epidemiólogo y el profesional de enfermería	OIM
	Nº de actividades educativas comunitarias orientadas a la prevención de la COVID-19 por equipo de profesionales	260 líderes del área rural y rural dispersa de los municipios priorizados	52 actividades educativas.	Registros de capacitación por municipio: 1. Agenda del taller 2. Listado de asistencia o soporte de asistencia 3. Base de datos de participantes (nombre, municipio, datos de contacto)	Informe mensual de los agentes comunitarios	OIM
5.3.2. Se ha fortalecido las acciones Información, Educación y Comunicación para	No. de personas de la comunidad que han recibido información sobre medidas de higiene, signos de	3.900 personas del área rural y rural dispersa de los municipios priorizados	26 planes de información y comunicación	Plan de información y comunicación frente a la COVID-19	Informe mensual y final del plan	OIM

la prevención y abordaje de la COVID 19	alarma y cuidados frente a la COVID-19					
	No. de redes comunitarias fortalecidas con material educativo e informativo sobre prevención y cuidado en casa de la COVID-19	26 comunidades de los municipios priorizados	26 redes comunitarias que reciben el material educativo	26 actas de entrega de material educativo y plan uso a la comunidad	Acta y plan de uso	OIM
5.3.3. Se ha fortalecido la vigilancia epidemiológica y el reporte de casos de COVID-19 en los municipios priorizados	No. de casos de COVID-19 identificados y notificados por la entidad territorial en los municipios PDET.	Comunidades del área rural y rural dispersa de los municipios priorizados	5.000 casos	Reporte de notificación de SIVIGILA de la entidad territorial	Informe mensual de los epidemiólogos	OIM

NOTA: Cada agencia realizará las compras de acuerdo a mecanismos propios y de conformidad a sus políticas, reglas y procedimientos, aprovechando la identificación conjunta de proveedores.

Anexo 2a: Plan de trabajo y presupuesto

Plan de trabajo de: **Desarrollo de capacidades locales para el fortalecimiento de la atención primaria en salud con énfasis en salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, salud infantil y nutricional.**

Duración del programa: 12 meses (mayo de 2019 – abril de 2020)

Indicar con (*) líneas de presupuesto que tengan un impacto directo en la igualdad de género

Objetivos específicos (Efecto/Outcome) del Fondo: *Iniciado el proceso de rehabilitación económica y de infraestructura de los territorios más afectados por el conflicto armado a través de intervenciones integrales que generen de mercados transparentes y accesibles y la vez cohesión social y territorial, que creen un equilibrio en la participación activa de la ciudadanía en el desarrollo y que reduzcan el riesgo que poblaciones específicas –por ejemplo, jóvenes sin trabajo, o desmovilizados-, se (re)-vinculen a dinámicas de violencia (Resultado N° 5. del ámbito 3. Socio económico)*

Productos esperados del Proyecto	Actividades claves	Calendario (por actividad)				Área geográfica	Organización participante responsable	Presupuesto previsto (por producto/ actividad) USD
		Q1	Q2	Q3	Q4			
Producto 1.1								
En el primer año de la intervención se han fortalecido capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral en derechos sexuales y derechos reproductivos, emergencias obstétricas, violencias basadas en género, prevención de embarazo en adolescentes atención ante y prenatal con enfoque diferencial.	1.1.1. Se han desarrollado procesos de capacitación en servicio para el recurso humano de las IPS priorizadas para la atención integral en: derechos sexuales y reproductivos, anticoncepción, prevención de embarazo en adolescentes, consulta preconcepcional y atención prenatal, con enfoque diferencial, emergencias obstétricas y violencias basadas en género.	X	X	X	X	26 municipios y 14 departamentos	UNFPA	\$ 120.969
	1.1.2. Se han fortalecido capacidades de las IPS priorizadas para la atención integral en anticoncepción de mujeres, jóvenes y adolescentes.		X	X	X	26 municipios y 14 departamentos	UNFPA	\$ 113.259
	1.1.3. Se ha entregado material educativo e informativo de SSR en los municipios.			X	X	26 municipios y 14 departamentos	UNFPA	\$ 65.724
	1.1.4. Se ha realizado Asesoría y Asistencia Técnica, a secretarías municipales de Salud para la construcción de planes de trabajo, para el desarrollo de rutas intersectoriales de atención de la violencia sexual.	X	X	X		26 municipios y 14 departamentos	UNFPA	\$ 47.060
Costos generales de operación y otros costos directos		X	X	X	X		UNFPA	\$ 22.702
Costos indirectos de soporte		X	X	X	X		UNFPA	\$ 25.880
Producto 1.2								
En el primer año de la intervención se han fortalecido capacidades institucionales locales	1.2.1. Se ha realizado asistencia técnica para la aprehensión de los conocimientos adquiridos durante la primera fase por los profesionales de las IPS priorizadas, en salud infantil y nutricional	X	X	X	X	26 municipios y 14 departamentos	OPS	\$ 34.909

de los municipios priorizados para la atención integral de la infancia y la salud nutricional.	1.2.2. Se ha fortalecido las capacidades de los líderes comunitarios en AIEPI comunitario.		X	X		26 municipios y 14 departamentos	OPS	\$ 4.362
	1.2.3. Se ha fortalecido la prestación de servicios en las 27 UAIC focalizadas.	X	X	X		26 municipios y 14 departamentos	OPS	\$ 16.309
	1.2.4. Se han desarrollado capacidades en las IPS priorizadas para la atención integral de niños y niñas.	X	X	X	X	26 municipios y 14 departamentos	OPS	\$ 102.694
	1.2.5 Se cuenta con informes y asistencia técnica a la implementación de las acciones de salud infantil y nutricional.	X	X	X	X	26 municipios y 14 departamentos	OPS	\$ 45.772
Producto 1.3.								
En el primer año de la intervención se han desarrollado capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.	1.3.1. Se ha fortalecido la capacidad de respuesta de los equipos de salud de las IPS locales para la detección, atención y seguimiento a problemas y trastornos en salud mental y prevención del consumo de SPA.	X	X	X		25 municipios y 14 departamentos	OPS	\$ 94.070
	1.3.2. Se ha realizado asistencia técnica a líderes comunitarios para la promoción de la salud mental e identificación y canalización de personas con problemas de salud mental y abuso de SPA en sus comunidades.	X	X	X		25 municipios y 14 departamentos	OPS	\$ 21.812
	1.3.3. Se cuenta con informes y asistencia técnica a la implementación de las acciones de salud mental	X	X	X	X	26 municipios y 14 departamentos	OPS	\$ 45.772
Costos generales de operación y otros costos directos		X	X	X	X		OPS	\$ 23.343
Costos indirectos de soporte		X	X	X	X		OPS	\$ 27.233
Producto 2.1.								
En el primer año de intervención se han desarrollado capacidades institucionales y	2.1.1. Se ha implementado la estrategia de atención extramural a través de un equipo de 27 profesionales de enfermería, que movilizarán la acción sectorial, intersectorial y comunitaria en las líneas priorizadas por el proyecto.	X	X	X	X	26 municipios y 14 departamentos	OIM	\$ 470.547

comunitarias para la implementación de la estrategia extramural de APS en los municipios priorizados.	2.1.2 Se han realizado jornadas de atención extramural con el apoyo de los hospitales locales.	X	X	X		26 municipios y 14 departamentos	OIM	\$ 159.976
Producto 3.1.								
En el primer año de intervención se han fortalecido las capacidades comunitarias para la participación y vigilancia comunitaria en salud pública.	3.1.1. Se han fortalecido las redes comunitarias para la vigilancia en salud pública en los municipios priorizados.	X	X	X	X	26 municipios y 14 departamentos	OIM	\$ 78.737
	3.1.2. Se han fortalecido las capacidades comunitarias para la participación, movilización y empoderamiento del derecho a la salud, en los municipios priorizados.	X	X	X	X	26 municipios y 14 departamentos	OIM	\$ 58.280
Producto 4.1.								
En el primer año de intervención se han desarrollado capacidades institucionales y comunitarias para el monitoreo y evaluación de resultados en las líneas de intervención del proyecto.	4.1.1. Se ha construido la línea de base de indicadores trazadores en salud de las IPS priorizadas para las líneas de intervención de proyecto.	X	X			26 municipios y 14 departamentos	OIM	\$ 11.274
	4.1.2. Se ha realizado un informe de rendición de cuentas a nivel comunitario en los municipios priorizados.				X	26 municipios y 14 departamentos	OIM	\$ 42.918
	4.1.3. Coordinación interagencial el proyecto desde el Ministerio de Salud y Protección Social.	X	X	X	X	26 municipios y 14 departamentos	OIM	\$ 39.194
Costos generales de operación y otros costos directos		X	X	X	X	26 municipios y 14 departamentos	OIM	\$ 96.084
Costos indirectos de soporte		X	X	X	X	26 municipios y 14 departamentos	OIM	\$ 66.991
Total de la 1era organización participante* (Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA)								\$ 395.593
Total de la 2a organización participante * (Organización Panamericana de la Salud - OPS)								\$ 416.276
Total de la 3a organización participante * (Organización Internacional para las Migraciones - OIM)								\$ 1.024.000

GRAN TOTAL	\$ 1.835.869
-------------------	-------------------------

Producto 5.1.									
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los municipios PDET fortalecidas para la prevención del contagio por COVID-19	5.1.1. Se ha dotado de elementos de protección personal a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de 171 municipios PDET para evitar el contagio de COVID 19, en el personal de salud.			X	X		171 municipios	UNFPA	\$ 616.308
	5.1.2. Se han entregado insumos de autocuidado, higiene personal, aseo y protección (bioseguridad) para mujeres en condición de vulnerabilidad de los municipios PDET.			X	X		171 municipios	UNFPA	\$ 305.705
Producto 5.2.									
Municipios PDET fortalecidos para la atención y prestación de servicios de salud en respuesta a la COVID-19.	5.2.1. Se ha fortalecido la oferta de servicios de Salud Sexual y Reproductiva (atención prenatal, anticoncepción) y atención inicial de la Violencia Basada en Género, en los 26 municipios del proyecto, ante el aumento en la demanda por la pandemia de COVID 19, a través de la contratación de profesionales de enfermería.			X	X	X	26 municipios	UNFPA	\$ 626.939
	5.2.2. Se han fortalecido las capacidades del talento humano del Ministerio de Salud para la atención por telesalud en la COVID 19 y su relación con salud materna y VBG.			X	X	X	171 municipios	UNFPA	\$ 47.412
	5.2.3. Se ha fortalecido la capacidad de respuesta de los hospitales de municipios PDET de 8 departamentos y un distrito seleccionados, para la respuesta a la COVID-19 a través de la entrega de equipamiento médico.			X	X	X	54 municipios	OPS	\$ 639.273
	5.2.4. Se han fortalecido las capacidades de profesionales de salud de las IPS locales y actores de otros sectores para el formulación, implementación y evaluación de acciones de prevención de problemas y trastornos de salud			X	X	X	54 municipios	OPS	\$ 17.920

	mental asociados a la COVID-19 y a la promoción del bienestar y la calidad de vida.								
	5.2.5. Se ha realizado teleapoyo a los profesionales de la salud para el abordaje de pacientes con problemáticas o trastornos de salud mental.			X	X	X	50 municipios PDET	OPS	\$ 26.571
	5.2.6. Se ha fortalecido el apoyo psicosocial a familias y comunidades en el marco de la COVID 19 a través de un (1) profesional psicosocial en el nivel comunitario por municipio.			X	X	X	26 municipios	OIM	\$ 340.476
	5.2.7. Se han fortalecido las capacidades de los profesionales de salud en las IPS locales para la identificación, tratamiento y seguimiento de la población de primera infancia con desnutrición aguda y en pautas de alimentación saludable con énfasis en lactancia materna como factor de riesgo asociado a la COVID-19.			X	X	X	54 municipios	OPS	\$ 15.771
Producto 5.3.									
Capacidades institucionales y comunitarias fortalecidas para la Vigilancia de la COVID-19 en municipios priorizados.	5.3.1 Se ha fortalecido la estrategia de Vigilancia de Base Comunitaria a través 26 equipos de profesionales conformados por: epidemiólogo, profesional de enfermería y 2 gestores comunitarios en salud, que movilizarán las acciones institucionales y comunitarias en el marco de los planes de respuesta a la COVID 19.			X	X	X	26 municipios	OIM	\$ 654.083
	5.3.2. Se ha fortalecido las acciones información, educación y comunicación para la prevención y abordaje de la COVID-19.			X	X	X	26 municipios	OIM	\$ 412.170

5.3.3. Se ha fortalecido la vigilancia epidemiológica y el reporte de casos de COVID-19 en los municipios priorizados		X	X	X	27 municipios	OIM	\$ 433.333
Subtotal costos operacionales							\$ 4.135.962
Costos generales de operación y otros costos directos							\$ 189.131
Costos indirectos de soporte							\$ 302.756
GRAN TOTAL							\$ 4.627.849

Anexo 2b: Presupuesto por organización participante de la ONU, utilizando las categorías presupuestales del UNDG

PRESUPUESTO INICIAL DEL MPTF *				
CATEGORÍAS	FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS/OMS	ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES - OIM	TOTAL
	(USD)	(USD)	(USD)	(USD)
1. Costos de personal	\$118.452	\$ 135.168	\$ 528.859	\$ 782.485
2. Suministros, comodidades, materiales	\$ 144.142	\$ 179.761	\$ 86.333	\$ 410.230
3. Equipo, vehículo y muebles, incluyendo su depreciación	\$42.834	\$ 0	\$ 0	\$42.833
4. Servicios contractuales	\$ 0	\$ 0	\$ 156.129	\$ 156.129
5. Viajes	\$ 41.583	\$ 50.771	\$ 89.605	\$ 181.159
6. Transferencias y <i>grants</i> a contrapartes	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
7. Costos generales de operación y otros costos directos	\$ 22.702	\$ 23.343	\$ 96.084	\$ 142.129
Subtotal de costos del proyecto	\$ 369.713	\$ 389.043	\$ 957.009	\$ 1.715.765

Costos indirectos de soporte**	\$ 25.880	\$ 27.233	\$ 66.991	\$ 120.104
TOTAL	\$ 395.593	\$ 416.276	\$ 1.024.000	\$ 1.835.869

* Presupuestos deben ser apegados las Categorías Armonizadas de Presupuesto del UNDG, tal como aprobados por el Comité de Alto Nivel de Gestión y la Junta de Jefes Ejecutivos para la Coordinación.

** Costos indirectos de soporte deberían alinearse a la tasa de 7 %, tal como especificado en los Términos de Referencia del MPTF, el Memorando de Entendimiento y el Standard Administrative Arrangement (SAA, Sección II- Asuntos financieros).

PRESUPUESTO TOTAL DEL MPTF TRAS LA ENMIENDA				
CATEGORÍAS	UNFPA	OPS/OMS	OIM	TOTAL
	(USD)	(USD)	(USD)	(USD)
1. Costos de personal	\$ 508.721	\$ 194.653	\$ 1.943.885	\$ 2.647.260
2. Suministros, comodidades, materiales	\$ 1.350.237	\$ 819.811	\$ 197.762	\$ 2.367.810
3. Equipo, vehículo y muebles, incluyendo su depreciación	\$ 42.834	\$ -	\$ -	\$ 42.834
4. Servicios contractuales	\$ -	\$ -	\$ 156.129	\$ 156.129
5. Viajes	\$ 41.583	\$ 50.771	\$ 403.211	\$ 495.565
6. Transferencias y <i>grants</i> a contrapartes	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
7. Costos generales de operación y otros costos directos	\$ 134.447	\$ 65.315	\$ 131.497	\$ 331.260
Subtotal de costos del proyecto	\$ 2.077.823	\$ 1.130.551	\$ 2.832.484	\$ 6.040.858
Costos indirectos de soporte**	\$ 145.448	\$ 79.139	\$ 198.274	\$ 422.860
TOTAL	\$ 2.223.270	\$ 1.209.689	\$ 3.030.758	\$ 6.463.718

Anexo 2c: Presupuesto detallado por categoría de costo

Categoría de costo MPTF	Descripción	Unidad	# unidades	%	Costo unitario	Subtotal (MPTF)
--------------------------------	--------------------	---------------	-------------------	----------	-----------------------	------------------------

Producto 1.1. En el primer año de la intervención se han fortalecido capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral en derechos sexuales y derechos reproductivos, anticoncepción, emergencias obstétricas, violencias basadas en género, prevención de embarazo en adolescentes atención ante y prenatal con enfoque diferencial.						
1.1.1. Se han desarrollado procesos de capacitación en servicio para el recurso humano de las IPS priorizadas para la atención integral en: derechos sexuales y reproductivos, anticoncepción, prevención de embarazo en adolescentes, consulta preconcepcional y atención prenatal, con enfoque diferencial, emergencias obstétricas y violencias basadas en género.						138.506
Costos de personal	Coordinación del proyecto	Mes	12	50%	3.124	18.744
Costos de personal	Especialista en Anticoncepción	Mes	12	70%	2.548	21.403
Costos de personal	Especialista en Salud Sexual y Reproductiva	Mes	12	70%	2.548	21.403
Costos de personal	Asistente administrativo	Mes	12	60%	1.651	11.887
Suministros, comodidades, materiales	Seguimiento a actividades de capacitación y construcción de rutas de violencia sexual	Mes	8	100%	2.322	18.577
Equipo, vehículo y muebles, incluyendo su depreciación	Muebles, depreciación, puestos de trabajo.	Unidad	1	60%	25.700	25.700
Viajes	Viajes	Unidad	56	50%	743	20.792
1.1.2. Se han fortalecido capacidades de las IPS priorizadas para la atención integral en anticoncepción de mujeres, jóvenes y adolescentes.						113.382
Costos de personal	Coordinación del proyecto	Mes	12	10%	3.124	3.749
Costos de personal	Asistente administrativo	Mes	12	30%	1.651	5.944
Suministros, comodidades, materiales	Adquisición de implantes subdérmicos	Unidad	10.000	100%	8,50	85.000
Suministros, comodidades, materiales	Kits de 3 pinzas	Unidad	26	100%	304	7.895

Suministros, comodidades, materiales	Gastos de envío y nacionalización	Global	1	100%	6.512	6.512
Equipo, vehículo y muebles, incluyendo su depreciación	Muebles, depreciación, puestos de trabajo.	Unidad	1	10%	4.283	4.283
1.1.3. Se ha entregado material educativo e informativo de SSR en los municipios.						46.036
Costos de personal	Coordinación del proyecto	Mes	12	20%	3.124	7.498
Costos de personal	Especialista en Anticoncepción	Mes	12	10%	2.548	3.058
Costos de personal	Especialista en Salud Sexual y Reproductiva	Mes	12	10%	2.548	3.058
Costos de personal	Asistente administrativo	Mes	12	10%	1.651	1.981
Suministros, comodidades, materiales	Apoyo al seguimiento de las actividades de capacitación	Global	1	100%	8.540	8.540
Suministros, comodidades, materiales	Materiales para talleres	Global	1	100%	17.618	17.618
Equipo, vehículo y muebles, incluyendo su depreciación	Muebles, depreciación, puestos de trabajo.	Unidad	1	10%	4.284	4.284
1.1.4. Se ha realizado Asesoría y Asistencia Técnica, a secretarías municipales de Salud para la construcción de planes de trabajo, para el desarrollo de rutas intersectoriales de atención de la violencia sexual.						49.087
Costos de personal	Coordinación del proyecto	Mes	12	20%	3.124	7.498
Costos de personal	Especialista en Anticoncepción	Mes	12	20%	2.548	6.115
Costos de personal	Especialista en Salud Sexual y Reproductiva	Mes	12	20%	2.548	6.115

Equipo, vehículo y muebles, incluyendo su depreciación	Muebles, depreciación, puestos de trabajo.	Unidad	1	20%	8.567	8.567
Viajes	Viajes	Unidad	56	50%	743	20.792
Costos generales de operación y otros costos directos						22.702
Costos indirectos de soporte**						25.880
Total de la 1era organización participante* (Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA)						395.593
Producto 1.2. En el primer año de la intervención se han fortalecido capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral de la infancia y la salud nutricional.						
1.2.1. Se ha realizado asistencia técnica para la aprehensión de los conocimientos adquiridos durante la primera fase por los profesionales de las IPS priorizadas, en salud infantil y nutricional						34.909
Suministros, comodidades, materiales	Refuerzo de la capacitación con profesionales en Salud Infantil y Nutricional - logística	Taller	1	100%	21.242	21.242
Viajes	Refuerzo de la capacitación en Salud Infantil y Nutricional	Taller	1	100%	13.667	13.667
1.2.2. Se ha fortalecido las capacidades de los líderes comunitarios en AIEPI comunitario.						4.362
Suministros, comodidades, materiales	Apoyo a líderes comunitarios y Salud Infantil y Nutricional	Municipio	26	100%	168	4.362
1.2.3. Se ha fortalecido la prestación de servicios en las 27 UAIC focalizadas.						16.309
Suministros, comodidades, materiales	Visibilización y Fortalecimiento de UAIC	UAIC	27	100%	604	16.309
1.2.4. Se han desarrollado capacidades en las IPS priorizadas para la atención integral de niños y niñas.						102.694

Suministros, comodidades, materiales	Compra de alimento terapéutico	Niños	405	100%	178	71.942
Suministros, comodidades, materiales	Compra de desparasitantes	Dosis	7.000	100%	0,36	2.506
Suministros, comodidades, materiales	Compra de micronutrientes	Dosis	28.000	100%	1,01	28.246
1.2.5 Se cuenta con informes y asistencia técnica a la implementación de las acciones de salud infantil y nutricional.						45.772
Costos de personal	Equipo nacional SI	Mes	12	100%	2.621	31.454
Suministros, comodidades, materiales	Sistematización UAIC	Documento	1	100%	2.441	2.441
Viajes	Visitas de seguimiento SI y SN	Viaje	20	100%	382	7.647
Costos de personal	Apoyo administrativo SI y SN	Mes	10	100%	423	4.230
Producto 1.3. En el primer año de la intervención se han desarrollado capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.						
1.3.1. Se ha fortalecido la capacidad de respuesta de los equipos de salud de las IPS locales para la detección, atención y seguimiento a problemas y trastornos en salud mental y prevención del consumo de SPA.						94.070
Costos de personal	Equipos móviles (médico, psicólogo)	Mes	32	100%	1.994	63.800
Viajes	Cooperación técnica horizontal	Taller	3	100%	1.212	3.635
Viajes	Viajes equipos móviles	viaje	52	100%	349	18.174
Suministros, comodidades, materiales	Impresión de material de apoyo	Municipio	26	100%	325	8.461

1.3.2. Se ha realizado asistencia técnica a líderes comunitarios para la promoción de la salud mental e identificación y canalización de personas con problemas de salud mental y abuso de SPA en sus comunidades.						21.812
Suministros, comodidades, materiales	Refuerzo de la capacitación en mhGAP y otras herramientas en salud mental, prevención de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas - logística	Municipio	26	100%	676	17.582
Suministros, comodidades, materiales	Apoyo a líderes comunitarios SM	Municipio	26	100%	163	4.230
1.3.3 Se cuenta con informes y asistencia técnica a la implementación de las acciones de salud mental						45.772
Costos de personal	Equipo nacional SM	Mes	12	100%	2.621	31.454
Suministros, comodidades, materiales	Sistematización SM	Documento	1	100%	2.441	2.441
Viajes	Visitas de seguimiento SM	Viaje	20	100%	382	7.647
Costos de personal	Apoyo administrativo SM	Mes	10	100%	423	4.230
Costos generales de operación y otros costos directos						23.343
Costos indirectos de soporte**						27.233
Total de la 2a organización participante * (Organización Panamericana de la Salud - OPS)						416.276
Producto 2.1. En el primer año de intervención se han desarrollado capacidades institucionales y comunitarias para la implementación de la estrategia extramural de APS en los municipios priorizados.						
2.1.1. Se ha implementado la estrategia de atención extramural a través de un equipo de 27 profesionales de enfermería, que movilizarán la acción sectorial, intersectorial y comunitaria en las líneas priorizadas por el proyecto.						470.547

Costos de personal	Especialista de Gestión Técnica Territorial	Mes	12	100%	2.791	33.490
Costos de personal	27 enfermeras por 9 meses	Mes	243	100%	1.452	352.742
Viajes	Transporte local	Mes	10	100%	2.177	21.774
Viajes	Tiquetes aéreos	Viaje	35	100%	323	11.290
Viajes	Gastos de viaje	Día	116	100%	81	9.315
Suministros, comodidades, materiales	Apoyo logístico para talleres y reuniones (Incluye salón, refrigerios y almuerzos)	Municipio	26	100%	1.613	41.935
2.1.2 Se han realizado jornadas de atención extramural con el apoyo de los hospitales locales.						159.976
Costos de personal	Coordinador del Programa Migración y Salud	Mes	12	15%	5.143	9.257
Costos de personal	Especialista de Gestión Técnica Territorial	Mes	12	100%	2.791	33.490
Costos de personal	Asistente Administrativo	Mes	12	100%	1.040	12.485
Costos de personal	Asistente de archivo	Mes	12	50%	881	5.283
Suministros, comodidades, materiales	Telefonía celular	Mes	12	100%	200	2.400
Suministros, comodidades, materiales	Suministros de oficina	Mes	12	100%	400	4.803
Servicios contractuales	Jornadas extramurales	Municipio	26	100%	3.548	92.258
Producto 3.1. En el primer año de intervención se han fortalecido las capacidades comunitarias para la participación y vigilancia comunitaria en salud pública.						
3.1.1. Se han fortalecido las redes comunitarias para la vigilancia en salud pública en los municipios priorizados.						78.737
Viajes	Transporte local de líderes comunitarios	Mes	10	100%	3.048	30.484

Viajes	Tiquetes aéreos de especialistas para actividades de formación de líderes comunitarios	Viaje	26	100%	323	8.387
Viajes	Gastos de viaje de líderes comunitarios	Día	60	100%	106	6.318
Suministros, comodidades, materiales	Apoyo logístico para talleres y reuniones (Incluye salón, refrigerios y almuerzos)	Municipio	26	100%	1.290	33.548
3.1.2. Se han fortalecido las capacidades comunitarias para la participación, movilización y empoderamiento del derecho a la salud, en los municipios priorizados.						58.280
Suministros, comodidades, materiales	Materiales y suministros para las actividades comunitarias	Municipio	26	100%	140	3.646
Servicios contractuales	Iniciativas comunitarias en salud	Municipio	26	100%	1.290	33.548
Servicios contractuales	Piezas de comunicación	Mes	10	100%	2.109	21.085
Producto 4.1. En el primer año de intervención se han desarrollado capacidades institucionales y comunitarias para el monitoreo y evaluación de resultados en las líneas de intervención del proyecto.						
4.1.1. Se ha construido la línea de base de indicadores trazadores en salud de las IPS priorizadas para las líneas de intervención de proyecto.						11.274
Servicios contractuales	Evaluación externa del proyecto	Mes	3	100%	2.581	7.742
Viajes	Tiquetes aéreos	Viaje	6	100%	323	1.935
Viajes	Gastos de viaje	Día	20	100%	81	1.597
4.1.2. Se ha realizado un informe de rendición de cuentas a nivel comunitario en los municipios priorizados.						42.918
Costos de personal	Especialista de Monitoreo y Evaluación	Mes	12	50%	2.791	16.745
Costos de personal	Monitor Junior de Gestión Técnica Territorial	Mes	12	100%	2.181	26.173

4.1.3. Coordinación interagencial del proyecto desde el Ministerio de Salud y Protección Social						39.194
Costos de personal	Coordinador interagencial del proyecto desde el Ministerio de Salud y Protección Social	Mes	11	100%	3.563	39.194
Costos generales de operación y otros costos directos						96.084
Costos indirectos de soporte**						66.991
Total de la 3a organización participante * (Organización Internacional para las Migraciones - OIM)						1.024.000
GRAN TOTAL						1.835.869

Categoría de costo MPTF (Adición)	Descripción	Unidad	Unidades por municipio	Número de municipios	Costo unitario	Subtotal USD	Agencia implementadora
Componente 1. Prevención del contagio						621.216	
1.1. Insumos: Elementos de protección personal						590.846	
Suministros, comodidades, materiales	Guantes de nitrilo libres de polvo no estériles	Caja x 100 unidades	8	171	90.000	36.643	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Batas desechables	Unidad	200	171	3.900	39.696	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Mascarilla N95	Unidad	200	171	19.400	197.464	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Mascarilla desechable	Unidad	400	171	3.000	61.071	UNFPA

Categoría de costo MPTF (Adición)	Descripción	Unidad	Unidades por municipio	Número de municipios	Costo unitario	Subtotal USD	Agencia implementadora
Suministros, comodidades, materiales	Gafas, panorámicas, nariz regular, ventilación indirecta	Unidad	20	171	51.000	51.911	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Alcohol glicerinado	Galón por 3750 cc.	5	171	93.000	23.665	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Jabón antiséptico	Galón por 3750 cc.	5	171	39.000	9.924	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	sábanas desechables para camillas	Unidad	200	171	3.900	39.696	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Gorros desechables	Unidad	200	171	2.900	29.518	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Polainas	Unidad	200	171	3.500	35.625	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Termómetro frontal	Unidad	2	171	600.000	61.071	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Hipoclorito de sodio (Desinfectante de nivel hospitalario de uso común)	Unidad	2	57	134.400	4.560	OPS
1.2. Recurso humano						30.370	

Categoría de costo MPTF (Adición)	Descripción	Unidad	Unidades por municipio	Número de municipios	Costo unitario	Subtotal USD	Agencia implementadora
Costos de personal	Asistente de compras: cotizaciones, gestión compra, empaque, envíos, actas de recibo, seguimiento a stock y utilización	Mes	6	1	4.063.974	7.257	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Costos de envío a territorios	Unidad	1	171	320.000	16.286	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Giros (un giro por cada producto, incluidos anticonceptivos y kits)	Unidad	1	15	77.972	348	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Puesto de trabajo, <i>payroll</i> , seguridad, gastos de contratación	Mes	6	1	1.961.733	3.503	UNFPA
Costos de personal	Apoyo logístico de 10 personas por 2 semanas para armar los paquetes que deben enviarse a los municipios	Semana	2	1	5.000.000	2.976	UNFPA
Componente 2. Prestación de servicios de salud y asistencia						2.014.383	
2.1. Recurso humano						779.998	
Costos de personal	Equipo coordinador: 1 coordinador, 2 enfermeras, 1 administrativo por 8 meses (5 meses están cubiertos por salud para la paz; se solicitan 3	Mes	3	1	28.306.929	25.274	UNFPA

Categoría de costo MPTF (Adición)	Descripción	Unidad	Unidades por municipio	Número de municipios	Costo unitario	Subtotal USD	Agencia implementadora
	meses completar metas del proyecto y apoyar COVID-19						
Costos de personal	Profesional de enfermería de Salud Sexual y Reproductiva realizando la consulta en un sitio fuera del hospital: control prenatal, consejería en anticoncepción, aplicación o entrega de anticonceptivos, primera atención a víctimas de abuso sexual y atención domiciliaria según necesidades.	Mes	8	26	5.500.000	340.476	UNFPA
Costos de personal	Experta en Salud Sexual y Reproductiva y Violencias Basadas en Género que apoyará al Minsalud en la atención telefónica de consultas sobre SSR, emergencias obstétricas, Violencia sexual	Mes	8	1	6.000.000	14.286	UNFPA

Categoría de costo MPTF (Adición)	Descripción	Unidad	Unidades por municipio	Número de municipios	Costo unitario	Subtotal USD	Agencia implementadora
Costos de personal	Profesional de apoyo Psicosocial en el nivel comunitario	Mes	8	26	5.500.000	340.476	OIM
Costos de personal	Profesional en psiquiatría para la asesoría de profesionales de la salud en atención de salud mental	Mes	8	1	7.200.000	17.143	OPS
Costos de personal	Profesional en Psicología para la asesoría de profesionales de la salud en atención de Salud Mental	Mes	8	1	6.624.000	15.771	OPS
Costos de personal	Profesional en nutrición para la asesoría de profesionales de la salud en salud nutricional.	Mes	8	1	6.624.000	15.771	OPS
Costos de personal	Enlace administrativo y/o logístico.	Mes	8	1	4.536.000	10.800	OPS
Suministros, comodidades, materiales	Costo consumo telefónico para 2 profesionales	Mes	8	1	326.400	777	OPS
2.2. Insumos						1.234.385	
Suministros, comodidades, materiales	Camilla rodante	Unidad	6	19	1.440.000	48.857	OPS
Suministros, comodidades, materiales	Cunas pediátricas con barandilla y colchón	Unidad	6	19	1.056.000	35.829	OPS

Categoría de costo MPTF (Adición)	Descripción	Unidad	Unidades por municipio	Número de municipios	Costo unitario	Subtotal USD	Agencia implementadora
Suministros, comodidades, materiales	Instrumental para atención del parto	Kit	6	19	566.400	19.217	OPS
Suministros, comodidades, materiales	Camilla para atención de parto	Unidad	6	19	3.840.000	130.286	OPS
Suministros, comodidades, materiales	Butaco para la atención del parto	Unidad	6	19	480.000	16.286	OPS
Suministros, comodidades, materiales	Doppler fetal portátil	Unidad	6	19	336.000	11.400	OPS
Suministros, comodidades, materiales	Monitor Fetal	Unidad	6	19	5.002.907	169.741	OPS
Suministros, comodidades, materiales	Ecógrafo para Chocó	Unidad	1	1	9.600.000	2.857	OPS
Suministros, comodidades, materiales	Equipo de pequeña cirugía	Kit	6	19	144.000	4.886	OPS
Suministros, comodidades, materiales	Fonendoscopio adulto y pediátrico	Unidad	12	19	249.600	16.937	OPS
Suministros, comodidades, materiales	Bomba de infusión universal y de infusión modular	Unidad	6	19	3.552.000	120.514	OPS

Categoría de costo MPTF (Adición)	Descripción	Unidad	Unidades por municipio	Número de municipios	Costo unitario	Subtotal USD	Agencia implementadora
Suministros, comodidades, materiales	Oxímetro de pulso portátil con sensor adulto y neonatal	Unidad	12	19	624.000	42.343	OPS
Suministros, comodidades, materiales	Tensiómetro Adulto y Tensiómetro pediátrico marca Durashock o Welch-Allyn o su equivalente	Unidad	12	19	187.200	12.703	OPS
Suministros, comodidades, materiales	Transporte de insumos y equipamiento	Mes	8	1	1.200.000	2.857	OPS
Suministros, comodidades, materiales	Levonorgestrel 1 de 1,5 Mg (píldora de emergencia)	Unidad	50	171	19.300	49.112	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Implantes subdérmicos	Unidad	50	145	110.000	237.351	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Kit dignidad (para población vulnerable y migrantes): Incluye material de higiene, aseo y elementos de protección para coronavirus.	Unidad	50	171	120.000	305.357	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Teléfono celular para experta en Salud Sexual y reproductiva que apoyará al Minsalud en la atención telefónica de estos temas.	Unidad	1	1	400.000	119	UNFPA

Categoría de costo MPTF (Adición)	Descripción	Unidad	Unidades por municipio	Número de municipios	Costo unitario	Subtotal USD	Agencia implementadora
Suministros, comodidades, materiales	Plan telefónico ilimitado	Mes	8	1	70.000	167	UNFPA
Suministros, comodidades, materiales	Puesto de trabajo, <i>payroll</i> , seguridad, gastos de contratación	unidad	1	3	8.474.791	7.567	UNFPA
Componente 3. Vigilancia epidemiológica						1.499.586	
3.1. Recurso Humano						1.499.586	
Costos de personal	Epidemiólogo	Mes	8	26	7.000.000	433.333	OIM
Costos de personal	Profesionales de Enfermería	Mes	8	26	5.500.000	340.476	OIM
Costos de personal	Dos gestores Comunitario en Salud	Mes	8	26	4.000.000	247.619	OIM
Viajes	Transporte local	Mes	8	26	5.065.950	313.606	OIM
Suministros, comodidades, materiales	Telefonía Móvil	Mes	8	26	300.000	18.571	OIM
Costos de personal	Equipo de coordinación nacional: Coordinador de proyecto, Especialista de gestión de emergencia, monitor y asistente administrativo y financiero	Mes	8	1	22.310.430	53.122	OIM

Categoría de costo MPTF (Adición)	Descripción	Unidad	Unidades por municipio	Número de municipios	Costo unitario	Subtotal USD	Agencia implementadora
Suministros, comodidades, materiales	Talleres para el entrenamiento de líderes comunitarios	Unidad	2	26	1.000.000	15.476	OIM
Suministros, comodidades, materiales	Impresión de material de apoyo para líderes comunitarios	Unidad	20	26	500.000	77.381	OIM
Subtotal Costos operacionales UNFPA						1.596.364	UNFPA
Subtotal Costos generales de operación y otros costos directos (UNFPA COL)						111.745	UNFPA
Subtotal Costos indirectos de soporte (UNFPA NY)						119.568	UNFPA
Subtotal UNFPA						1.827.677	UNFPA
Subtotal Costos operacionales OPS						699.536	OPS
Subtotal Costos generales de operación y otros costos directos (OPS)						41.972	OPS
Subtotal Costos indirectos de soporte (OPS)						51.906	OPS
Subtotal OPS						793.413	OPS
Subtotal Costos operacionales OIM						1.840.062	OIM
Subtotal Costos generales de operación y otros costos directos (OIM)						35.413	OIM
Subtotal Costos indirectos de soporte (OIM)						131.283	OIM

Categoría de costo MPTF (Adición)	Descripción	Unidad	Unidades por municipio	Número de municipios	Costo unitario	Subtotal USD	Agencia implementadora
Subtotal OIM						2.006.758	OIM
TOTAL Costos operacionales						4.135.962	
TOTAL Costos generales de operación y otros costos directos						189.131	
TOTAL Costos indirectos de soporte (7%)						302.756	
TOTAL						4.627.849	

Anexo 3: Marco de seguimiento y registro de riesgos

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
Subresultado 1. En el primer año de la intervención se han fortalecido las capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención	Nº de mujeres que reciben atención en SSR con enfoque diferencial y de género para mujeres, adolescentes y jóvenes.	Registros de atención a mujeres, jóvenes y adolescentes: 4505 o RIPS. Registros de atención extramural a mujeres, jóvenes y adolescentes.	RIPS entregado por MSPS semestralmente Registros recopilados por los profesionales de enfermería del	UNFPA/MSPS

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
Primaria en Salud, de calidad, con enfoque de género e intercultural, con énfasis en salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), salud sexual y reproductiva, atención a la infancia y salud nutricional.			proyecto mensualmente	
	Nº de niños y niñas que reciben atención integral	Registros de atención a niños y niñas por municipio: 4505 o RIPS. Registros de atención extramural a niños y niñas por municipio.	RIPS entregado por MSPS semestralmente Registros recopilados por los profesionales de enfermería del proyecto mensualmente	OPS/OMS
	Nº de personas reciben atención integral en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas	Registros de los hospitales	Registros recopilados por los profesionales de enfermería del proyecto mensualmente	OPS/OMS
Producto 1.1. En el primer año de la intervención se han fortalecido capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral en	Nº de mujeres que reciben atención integral en SSR con enfoque diferencial y de género para mujeres, adolescentes y jóvenes.	Registros de atención a mujeres, jóvenes y adolescentes: 4505 o RIPS. Registros de atención extramural a mujeres, jóvenes y adolescentes.	RIPS entregado por MSPS semestralmente Registros recopilados por los profesionales de	UNFPA/MSPS

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
derechos sexuales y derechos reproductivos, anticoncepción, emergencias obstétricas, violencias basadas en género, prevención de embarazo en adolescentes atención ante y prenatal con enfoque diferencial.			enfermería del proyecto mensualmente	
1.1.1. Se han desarrollado procesos de capacitación en servicio para el recurso humano de las IPS priorizadas para la atención integral en: derechos sexuales y reproductivos, anticoncepción, emergencias obstétricas, violencias basadas en género, prevención de embarazo en adolescentes, consulta preconcepcional y atención prenatal, con enfoque diferencial.	Nº de funcionarios capacitados.	Registros de capacitación por municipio: 1. Agenda del taller 2. Listado de asistencia 3. Base de datos de participantes (nombre, institución, municipio, datos de contacto)	Informe trimestral de la actividad	UNFPA

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
1.1.2. Se han fortalecido capacidades de las IPS priorizadas para la atención integral en SSR a mujeres, jóvenes y adolescentes.	Nº de mujeres que reciben atención en SSR con enfoque diferencial y de género.	Registros de atención a mujeres, jóvenes y adolescentes: 4505 o RIPS. Registros de atención extramural a mujeres, jóvenes y adolescentes.	RIPS entregado por MSPS semestralmente Registros recopilados por los profesionales de enfermería del proyecto mensualmente	UNFPA/ MSPS
	Nº de mujeres que reciben métodos modernos de anticoncepción.	Registros de atención a mujeres, jóvenes y adolescentes: 4505 o RIPS. Registros de atención extramural a mujeres, jóvenes y adolescentes.	RIPS entregado por MSPS semestralmente Registros recopilados por los profesionales de enfermería del proyecto mensualmente	UNFPA/ MSPS
	Nº de IPS priorizadas dotadas con Kits para la aplicación de DIU	Acta de entrega a la IPS.	Informe final de la actividad	UNFPA
1.1.3. Se ha entregado material educativo e	Nº de municipios que reciben paquetes de	Acta de entrega a la Secretaría de Salud Municipal o IPS priorizada.	Informe final de la actividad	UNFPA

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
informativo de SSR en los municipios.	material educativo en SSR.			
1.1.4. Se ha realizado Asesoría y Asistencia Técnica, a secretarías municipales de Salud para la construcción de planes de trabajo, para el desarrollo de rutas intersectoriales de atención de la violencia sexual.	Nº de municipios que reciben asesoría y Asistencia Técnica para el desarrollo de Rutas de Atención de la Violencia Sexual.	Documento con los planes de trabajo	Reporte al final de la actividad	UNFPA/ MSPS
Producto 1.2. En el primer año de la intervención se han fortalecido capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral de la infancia y la salud nutricional.	Nº de niños y niñas que reciben atención integral	Registros de atención a niños y niñas por municipio. Registros de atención extramural a niños y niñas por municipio.	RIPS entregado por MSPS semestralmente Registros recopilados por los profesionales de enfermería del proyecto mensualmente	OPS/MSPS
1.2.1. Se ha realizado asistencia técnica para la aprehensión de los conocimientos adquiridos durante la primera fase por	Nº de funcionarios que reciben asistencia técnica.	Informe de resultados de la asistencia técnica	Informe final de la actividad	OPS/OMS

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
los profesionales de las IPS priorizadas, en salud infantil y nutricional				
1.2.2. Se ha fortalecido las capacidades de los líderes comunitarios en AIEPI comunitario.	Nº de líderes entrenados en AIEPI Comunitario	Registros de capacitación por municipio: 1. Agenda del taller 2. Listado de asistencia 3. Base de datos de participantes (nombre, municipio, datos de contacto)	Informe final de la actividad	OPS/OMS
1.2.3. Se ha fortalecido la prestación de servicios en las 27 UAIC focalizadas.	Nº de UAIC fortalecidas con insumos y material educativo	Acta de entrega a la Secretaría de Salud Municipal o IPS priorizada.	Informe final de la actividad	OPS/OMS
1.2.4. Se han desarrollado capacidades en las IPS priorizadas para la atención integral de niños y niñas.	Nº de niñas y niños menores de 2 años que reciben antiparasitario	Registros de entrega intramural y extramural	Informe mensual de los profesionales de enfermería del proyecto	OPS/OMS
	Nº de niñas y niños entre los 6 y 23 meses que reciben micronutrientes.	Registros de entrega intramural y extramural	Informe mensual de los profesionales de enfermería del proyecto	

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
	No. de niñas y niños que reciben alimento terapéutico	Registros de entrega intramural y extramural	Informe mensual de los profesionales de enfermería del proyecto	OPS/OMS
1.2.5 Se cuenta con informes y asistencia técnica a la implementación de las acciones de salud infantil y nutricional.	No. De informes de avance realizados	informes trimestrales de avance en la implementación de las acciones de salud infantil y nutricional	Informe final de la actividad	OPS/OMS
Producto 1.3. En el primer año de la intervención se han desarrollado capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.	N° de personas reciben atención integral en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas	Registros de atención intramural y extramural	Registros finales consolidados de atenciones en centros de salud y acciones comunitarias	OPS/OMS
1.3.1. Se ha fortalecido la capacidad de respuesta de los equipos de salud de las IPS locales para la detección, atención y seguimiento a problemas y trastornos en	N° de profesionales capacitados para la atención en salud mental y prevención del consumo de SPA	Registros de capacitación por municipio: 1. Agenda del taller 2. Planes de acción elaborados por los participantes	Informe final de la actividad	OPS/OMS

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
salud mental y prevención del consumo de SPA.		3. Listado de asistencia 4. Base de datos de participantes (nombre, municipio, IPS, datos de contacto)		
	Nº municipios que reciben material educativo para salud mental y prevención del consumo de SPA	Acta de entrega a la Secretaría de Salud Municipal o IPS priorizada.	Informe final de la actividad	OPS/OMS
1.3.2. Se ha realizado asistencia técnica a líderes comunitarios para la promoción de la salud mental e identificación y canalización de personas con problemas de salud mental y abuso de SPA en sus comunidades.	Nº de líderes que reciben asistencia técnica para realizar acciones de promoción de la salud mental, e identificación y canalización de personas con problemas de salud mental y abuso de SPA en sus comunidades.	Registros de capacitación por municipio: 1. Agenda del taller 2. Planes de acción elaborados por los participantes 3. Listado de asistencia 4. Base de datos de participantes (nombre, municipio, IPS, datos de contacto)	Informe final de la actividad	OPS/OMS
1.3.3. Se cuenta con informes y asistencia técnica a la implementación de las acciones de salud mental	No. De informes de avance realizados	informes trimestrales de avance en la implementación de las acciones de salud mental	Informe final de la actividad	OPS/OMS

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
Subresultado 2. En el primer año de intervención se ha consolidado una estrategia extramural de Atención Primaria en Salud - APS, con enfoque de determinantes, género y equidad, para impulsar la acción comunitaria e intersectorial y la construcción de escenarios protectores de paz.	Nº de personas que reciben Atención Primaria en Salud a través de la estrategia extramural	Informe de jornadas extramurales, desagregando tipo de atención, género y curso de vida.	Informe mensual de los profesionales de enfermería del proyecto	OIM
Producto 2.1. En el primer año de intervención se han desarrollado capacidades institucionales y comunitarias para la implementación de la estrategia extramural de APS en los municipios priorizados.	Nº de municipios con estrategia extramural de APS operando	Informe de la estrategia por municipio	Informe trimestral y final consolidado	OIM
2.1.1. Se ha implementado la estrategia de atención extramural a través de un equipo de 27 profesionales de enfermería, que	Nº de profesionales de enfermería contratadas	Contrato	Informe final de la actividad	OIM
	Nº de gestantes de alto riesgo con acompañamiento del	Base de datos de seguimiento a gestantes por municipio.	Informe mensual de los profesionales de	OIM

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
movilizarán la acción sectorial, intersectorial y comunitaria en las líneas priorizadas por el proyecto.	profesional de enfermería para la atención integral.		enfermería del proyecto	
	Nº de actividades educativas comunitarias realizadas en las líneas de intervención del proyecto por las profesionales de enfermería.	Registros de capacitación por municipio: 1. Agenda del taller 2. Listado de asistencia 3. Base de datos de participantes (nombre, municipio, IPS, datos de contacto)	Informe mensual de los profesionales de enfermería del proyecto	OIM
2.1.2. Se han realizado jornadas de atención extramural con el apoyo de los hospitales locales	Nº de jornadas extramurales de APS realizadas en los municipios priorizados	Informe de jornadas extramurales, desagregando tipo de atención, género y curso de vida.	Consolidado trimestral de la actividad	OIM
	Nº de personas atendidas en las jornadas extramurales de APS realizadas en los municipios priorizados	Informe de jornadas extramurales, desagregando tipo de atención, género y curso de vida.	Consolidado trimestral de la actividad	OIM
Subresultado 3. En el primer año de intervención se ha implementado una estrategia de participación y	Nº de municipios donde opera la estrategia de participación y vigilancia comunitaria	Informe de implementación de la estrategia por municipio.	Informe final de la actividad	OIM

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
vigilancia comunitaria en salud pública a través del fortalecimiento de redes sociales para el empoderamiento y ejercicio del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas				
Producto 3.1. En el primer año de intervención se han fortalecido capacidades comunitarias para la participación y vigilancia comunitaria en salud pública.	Nº de redes comunitarias fortalecidas y capacitadas para la participación y vigilancia comunitaria en salud pública	Informe de la estrategia de vigilancia comunitaria por municipio con recomendaciones para el Ministerio de Salud.	Informe final de la actividad	OPS/OMS y OIM
3.1.1. Se han fortalecido redes comunitarias para la vigilancia en salud pública en los municipios priorizados.	Nº de líderes comunitarios capacitados para la vigilancia en salud pública de base comunitaria	Registros de capacitación por municipio: 1. Agenda del taller 2. Planes de acción elaborados por los participantes 3. Listado de asistencia 4. Base de datos de participantes (nombre,	Informe mensual de los profesionales de enfermería del proyecto.	OPS/OMS y OIM

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
		municipio, IPS, datos de contacto)		
	Nº de COVECOM realizados	Actas de COVECOM	Informe mensual de los profesionales de enfermería del proyecto.	OPS/OMS y OIM
3.1.2. Se han fortalecido capacidades comunitarias para la participación, movilización y empoderamiento del derecho a la salud, en los municipios priorizados.	Nº de personas participando en procesos de información, educación y comunicación (IEC) en salud liderados por las redes comunitarias.	Informe de la estrategia por municipio	Informe mensual de los profesionales del área social del proyecto.	OPS/OMS y OIM
	Nº de iniciativas comunitarias para la movilización y empoderamiento del derecho a la salud desarrolladas (incluyen las propuestas	Informe del desarrollo de las iniciativas.	Informe mensual de los profesionales del área social del proyecto.	OPS/OMS y OIM

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
	comunitarias de los PDET).			
Subresultado 4. En el primer año de la intervención se ha implementado una estrategia de monitoreo y evaluación de resultados del proyecto.	Nº de documentos de monitoreo y evaluación generados.	Informe de línea de base de indicadores trazadores en salud de los hospitales locales Informe de lecciones aprendidas durante la implementación del programa mhGAP y funcionamiento de las UAIC Informe de Evaluación cualitativa de resultados del proyecto Informe de rendición de cuentas a nivel comunitario Informe Final de Resultados del Proyecto	Informe final de la actividad	OIM

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
Producto 4.1. En el primer año de intervención se han desarrollado capacidades institucionales y comunitarias para el monitoreo y evaluación de resultados en las líneas de intervención del proyecto.	N° de municipios que participan en la estrategia de monitoreo y evaluación.	Documentos generados en el desarrollo de la estrategia.	Reporte final de la actividad	OIM
4.1.1. Se ha construido la línea de base de indicadores trazadores en salud de las IPS priorizadas para las líneas de intervención de proyecto.	N° de IPS con línea de base construida	Informe de línea de base de indicadores trazadores en salud para cada IPS	Informe final de la actividad	OIM
4.1.2. Se ha realizado un informe de rendición de cuentas a nivel comunitario en los municipios priorizados.	N° de informes comunitarios de rendición de cuentas	Informe comunitario de rendición de cuentas por municipio.	Informe final de la actividad	OIM
Subresultado 5. En el primer año de la intervención se han fortalecido las capacidades institucionales y comunitarias a nivel local para la prevención y	N° de municipios con capacidad institucional para la prevención y respuesta a la COVID-19	171 municipios PDET	Informe de la estrategia de prevención y respuesta por municipio	UNFPA OPS/OMS OIM

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
respuesta a la COVID-19 en los municipios PDET.				
Producto 5.1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los municipios PDET fortalecidas para la prevención del contagio por COVID-19	No. de IPS fortalecidas con elementos de protección personal y de higiene	171 IPS	Registros de entrega de dotación e insumos	UNFPA
5.1.2. Se ha dotado de elementos de protección personal en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de 171 municipios PDET para evitar el contagio de la COVID 19, en el personal de salud.	Nº de IPS dotadas elementos de protección personal en el marco de la pandemia por COVID-19	171 IPS	Acta de recibido por parte de la IPS	UFPA
5.1.2. Se han entregado insumos de autocuidado, higiene personal, aseo y protección (bioseguridad) para mujeres en condición de vulnerabilidad de los municipios PDET.	Nº de mujeres en condición de vulnerabilidad (en edad reproductiva) que reciben insumos de higiene	8.550 mujeres (50 por municipio)	Registros de entrega recopilados por profesionales de enfermería del proyecto y organizaciones de mujeres de la sociedad civil de municipios PEDT	UFPA

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
Producto 5.2. Municipios PDET fortalecidos para la atención y prestación de servicios de salud en respuesta a COVID-19.	No. de municipios PDET que implementan acciones de respuesta a COVID-19	171 municipios	Actas de entrega de equipamiento hospitalario y registro de fortalecimiento de capacidades.	UNFPA OPS/OMS OIM
5.2.1. Se ha fortalecido la oferta de servicios de Salud Sexual y Reproductiva (atención prenatal, anticoncepción) y atención inicial de la Violencia Basada en Género, en los 26 municipios del proyecto, ante el aumento en la demanda por la pandemia de la COVID-19, a través de la contratación de profesionales de enfermería.	No. de personas que reciben atención en SSR y VBG	2.560 personas	Registro individual de atenciones	UNFPA
5.2.2. Se han fortalecido las capacidades del talento humano del Ministerio de Salud para la atención por telesalud en COVID-19 y su relación con salud materna y VBG.	No. de personas que reciben asistencia técnica por telesalud en COVID-19 y su relación con salud materna y VBG.	3.840 personas atendidas por telesalud	Registro individual de atenciones	UNFPA

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
5.2.3. Se ha fortalecido la capacidad de respuesta de los hospitales de municipios PDET de 8 departamentos y un distrito seleccionados, para la respuesta a la COVID-19 a través de la entrega de equipamiento médico.	No. de hospitales públicos que reciben equipamiento médico para fortalecimiento de la atención	Hospitales públicos de 8 departamentos y el distrito de Buenaventura	1. Actas de entrega del equipamiento médico a los hospitales públicos beneficiados. 2. Registro fotográfico de entrega y del equipamiento instalado. 3. Soporte de ingreso del equipamiento en el inventario de cada hospital.	OPS
5.2.4. Se han fortalecido las capacidades de profesionales de salud de las IPS locales y actores de otros sectores para el formulación, implementación y evaluación de acciones de prevención de problemas y trastornos de salud mental asociados a la COVID-19 y a la promoción	No. de personas capacitadas en los municipios PDET priorizados, en temas de salud mental asociados a la pandemia por COVID-19	680 personas de los territorios PDET capacitadas.	1. Plan de capacitación de acuerdo con lineamientos dados por la OPS. 2. Agendas del taller modalidad virtual. 3. Grabación de sesión virtual.	OPS

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
del bienestar y la calidad de vida			4. Base de datos de inscripción de participantes en la sesión	
5.2.5. Se ha realizado teleapoyo a los profesionales de la salud para el abordaje de pacientes con problemáticas o trastornos de salud mental.	No. de profesionales de la salud que reciben teleapoyo para el abordaje de pacientes con problemáticas o trastornos de salud mental.	100 profesionales de las IPS de 50 municipios PDET seleccionados.	Registro de los procesos de teleapoyo realizados, en formato estándar para tal fin diseñado por la OPS.	OPS
5.2.6. Se ha fortalecido el apoyo psicosocial a familias y comunidades en el marco del COVID 19 a través de un (1) profesional psicosocial en el nivel comunitario por municipio.	No. de atenciones psicosociales dirigidas a personas y/o familias en el marco de respuesta a la COVID-19	2.340 atenciones psicosociales	Registros individuales de atención.	OIM
5.2.7. Se han fortalecido las capacidades de los profesionales de salud en las IPS locales para la identificación, tratamiento y seguimiento de la población de primera infancia con	No. de profesionales de la salud de los municipios PDET seleccionados capacitados en temas de salud nutricional.	340 profesionales de la salud de las IPS locales	1. Plan de capacitación de acuerdo con lineamientos dados por la OPS. 2. Agendas del taller modalidad	OPS

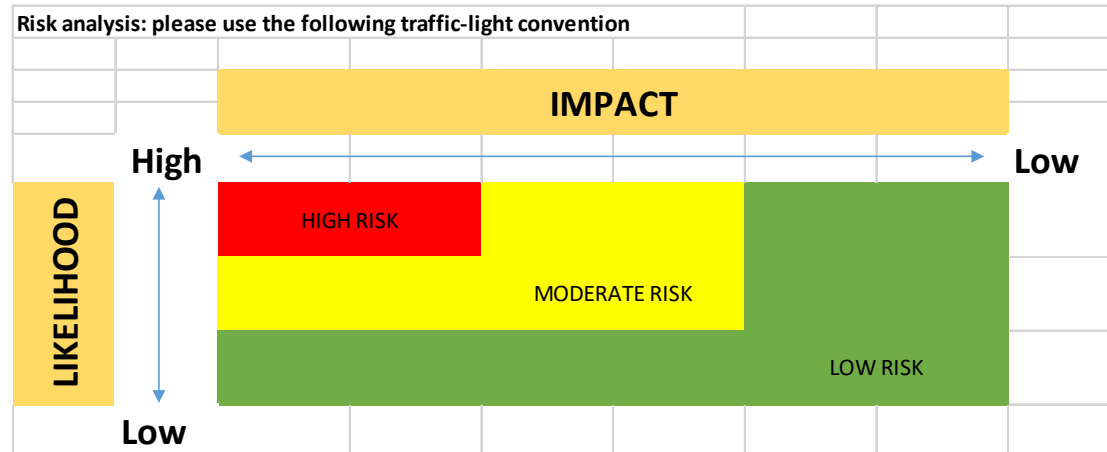
Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
desnutrición aguda y en pautas de alimentación saludable con énfasis en lactancia materna como factor de riesgo asociado a la COVID-19.			virtual. 3. Grabación de sesión virtual. 4. Base de datos de inscripción de participantes en la sesión	
Producto 5.3. Capacidades institucionales y comunitarias fortalecidas para la Vigilancia Comunitaria de COVID-19 en municipios priorizados.	Nº de municipios con estrategia de Vigilancia de Base Comunitaria implementada	26 municipios	Informe de la estrategia por municipio	OIM
5.3.1 Se ha fortalecido la estrategia de Vigilancia de Base Comunitaria a través 26 equipos de profesionales conformados por: epidemiólogo, profesional de enfermería y 2 gestores comunitarios en salud, que movilizarán las acciones institucionales y comunitarias en el marco de los planes de respuesta a la COVID 19	Nº de municipios con equipo profesional para la respuesta a COVID-19	26 municipios	Planes de acción y seguimiento a la respuesta por municipio	OIM
	Nº de actividades educativas comunitarias orientadas a la prevención de la COVID-19 por equipo de profesionales	52 actividades educativas.	Registros de capacitación por municipio: 1. Agenda del taller 2. Listado de asistencia o soporte de asistencia 3. Base de datos de	OIM

Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
			participantes (nombre, municipio, datos de contacto)	
5.3.2. Se ha fortalecido las acciones información, educación y comunicación para la prevención y abordaje de la COVID-19	No. de personas de la comunidad que han recibido información sobre medidas de higiene, signos de alarma y cuidados frente a la COVID-19	26 planes de información y comunicación	Plan de información y comunicación frente a la COVID-19	OIM
5.3.3. Se ha fortalecido la vigilancia epidemiológica y el reporte de casos de COVID-19 en los municipios priorizados	No. de casos de COVID-19 identificados y notificados por la entidad territorial en los municipios PDET.	Reporte de notificación de SIVIGILA de la entidad territorial	Informe mensual de los epidemiólogos	OIM

Anexo 4: Análisis de riesgos

Riesgo	Asociado al resultado #	Rating			¿Cómo será el riesgo mitigado?
		Impacto	Probabilidad	Grado riesgo	
1. Demoras administrativas en el desarrollo del proyecto.	Todos los resultados				Efectuar seguimiento, sobre un cronograma planeado conjuntamente, a los procesos de contratación, adquisiciones y desembolsos.
2. Demoras operativas en el desarrollo del proyecto	Todos los resultados				Poner en operación un sistema de monitoreo y seguimiento con alarmas tempranas, sustentado en la planeación del proyecto y en las lecciones aprendidas de la primera fase.
3. Riesgo financiero de diferencial cambiario	Todos los resultados				Estimar la diferencia cambiaria, presupuestar posibles variaciones y según la incidencia cambiaria, modificar presupuesto y actividades.
4. Disponibilidad de recursos destinados al proyecto	Todos los resultados				Gestionar oportunamente trámites de desembolsos, incorporación y ejecución de los recursos asignados. Se ha solicitado solo 1 desembolso de los recursos asignados a cada agencia.
5. Ausencia de talento humano capacitado interesado en trabajar en los municipios priorizados.	Resultados 2.1.1 y 2.1.2.				Invitar talento humano de los departamentos y municipios objeto de la intervención del proyecto. Gestionar las convocatorias a través de las IPS de dichos municipios. Se aprovechará el posicionamiento que el proyecto obtuvo en su primera fase y se dará continuidad a la estrategia de gestión territorial para el desarrollo de los componentes del proyecto.
6. Falta de voluntad política y de las	Todos los resultados				Poner en operación un comité de alto nivel con entregables definidos, que permitan hacer

Riesgo	Asociado al resultado #	Rating			¿Cómo será el riesgo mitigado?
		Impacto	Probabilidad	Grado riesgo	
entidades territoriales para apoyar la estrategia					visibles resultados y avances; y vincular actores relevantes de cada nivel territorial para empoderarlos en el proceso.
7. Dificultades de articulación de capacidades técnicas entre las entidades del Estado y las Agencias de cooperación que operan el proyecto.	Todos los resultados				Se han establecido comités interagenciales para la operación del proyecto del nivel DIRECTIVO y TÉCNICO para facilitar las actividades de cooperación y la sinergia entre las distintas intervenciones.
8. Dificultades de índole contractual con las personas (naturales y jurídicas) vinculadas para la operación del proyecto.	Todos los resultados				Definir claramente términos de referencia y contenido de contratos con las personas (naturales y jurídicas) que sean vinculadas al proyecto y garantizar, mediante los supervisores de contrato, informes de avance que permitan empalmar o transferir los procesos que sean necesarios
9. Rechazo de las comunidades a las intervenciones propuestas	Todos los resultados				Concertación con la comunidad de ETCR y zonas rurales y rurales dispersas para el desarrollo de los componentes. Adaptación intercultural de las estrategias propuestas. Diálogo de saberes e inclusión de agentes tradicionales de salud como parteras empíricas y médicos tradicionales. Trabajo en alianza con líderes y lideresas capacitados en la primera fase del proyecto.

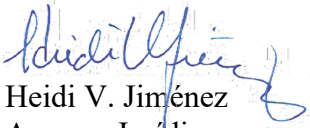


MEMORÁNDUM INTERNO DE LA OPS/OMS


De: Carissa F. Etienne
Directora

Fecha: 18 de mayo del 2020

A: Dra. Gina Tambini
PWR-COL


Originador: Heidi V. Jiménez
Asesora Jurídica

Nuestra Ref: LEG/SA/236/20

Páginas: 142 (Incluyendo esta página)

Asunto: Documento de Proyecto, Acuerdo entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, la OPS/OMS y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) para el desarrollo de capacidades locales para el fortalecimiento de la atención primaria en salud con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, salud infantil y nutricional

Por medio del presente queda usted autorizada para firmar en mi nombre, y en representación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, el documento de la referencia en la versión adjunta.

Una vez firmado, favor enviar un original a LEG para registro y custodia.

Gracias por su atención.