

DOCUMENTO DE 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 DEL 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).

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 (socio-económico) 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 problemas de salud sexual y reproductiva, salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, atención a la infancia y salud nutricional.

Objetivo estratégico general del proyecto en contribución al Fondo

Se han fortalecido las capacidades locales para mejorar el acceso a servicios integrales de Atención Primaria en Salud, con énfasis en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la atención a la infancia y la malnutrición en 25 municipios en los que se ubican 26 Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación-ETCR (Antes 19 ZVTN y 7 PTN).

Líneas de Cooperación del UNDAF relacionadas

ÁREA 1: CONSTRUCCIÓN DE PAZ

- Fortalecimiento de la participación ciudadana.
- 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.

Resultados esperados del proyecto:

1. En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios priorizados para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud (APS) de calidad, con enfoque de género e intercultural, y con énfasis en salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), salud sexual y reproductiva, atención a la infancia y salud nutricional.
2. En el primer año de intervención se ha desarrollado una estrategia extramural e intercultural de Atención Primaria en Salud, APS, en 26 ETCR (16 ZVTN y 7 PTN) para la promoción y garantía del derecho a la salud, con enfoque de género y equidad que impulse la acción comunitaria e intersectorial para la construcción de escenarios protectores de paz.
3. En el primer trimestre de la intervención se ha concertado e implementado una estrategia de monitoreo y seguimiento de resultados de base comunitaria.

Duración del programa: 12 meses

Fecha prevista de inicio: 01/10/ 2017

Fecha prevista de término: 31/08/ 2018

Presupuesto total estimado: **USD 2.831.000**

Fuentes del presupuesto financiado:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| 1. UN MPTF | USD 2.000.000 |
| 2. Otras fuentes de financiamiento: | |
| • Gobierno | USD <u>831.000</u> ¹ |
| • Org ONU | USD _____ |
| • Org ONU | USD _____ |

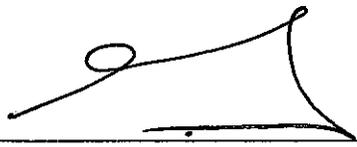
Nota: La contrapartida Gubernamental corresponde a los costos del talento humano del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y del Ministerio de Salud y Protección Social que adelantarán las acciones de coordinación general del proyecto, capacitación, entrenamiento y certificación y al material didáctico y promocional que se utilizará en las actividades comunitarias y en la capacitación de IPS.

Breve descripción del proyecto

Este proyecto se propone fortalecer las capacidades de las 25 municipios priorizados, para mejorar el acceso a servicios integrales de Atención Primaria en Salud, con énfasis en salud materno-infantil, salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas mediante tres componentes: 1. Fortalecimiento institucional para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud en los 25 municipios que albergan las ETCR. 2. Desarrollo de una estrategia extramural e intercultural de Atención Primaria en Salud, APS, en las 26 ETCR para la promoción y garantía del derecho a la salud, con enfoque de género y equidad, que impulse la acción comunitaria e intersectorial para la construcción de escenarios protectores de paz y el entrenamiento de 52 líderes campesinos o indígenas como auxiliares de salud pública. 3. Concertación e implementación de un sistema de monitoreo y seguimiento de resultados de base comunitaria, con enfoque intercultural. Si bien la efectividad de las intervenciones que se desarrollarán ha sido plenamente probada previamente, la experiencia de este proyecto servirá de incentivo para implementar iniciativas similares en otros municipios prioritarios como los 170 municipios priorizados en los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial PDET. Esta intervención contribuirá al logro de las metas propuestas en el Plan Marco de Implementación, en lo relativo a la aplicación del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS, rural y al desarrollo de los PDET de los municipios intervenidos.

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

Este documento de proyecto debe ser firmado por las organizaciones participantes de la ONU y las autoridades nacionales de coordinación pertinentes o por el representante de la Organización no gubernamental que aplica al Fondo. Al firmar este documento, todos los firmantes – autoridades nacionales de coordinación y organizaciones de

Organizaciones participantes de la ONU / Organización de la Sociedad Civil¹	Autoridades Nacionales de Coordinación
Nombre de la organización: ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES <i>Nombre del Representante. Sr. Alejandro Guidi</i>  Firma: _____ Fecha y sello _____	Nombre de la organización: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL <i>Nombre del Representante Dr. Gerardo Burgos Bernal</i>  Firma: _____ Fecha y sello _____
Nombre de la organización: FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS <i>Nombre del Representante Sr. Jorge Parra Vergara</i>  Firma: _____ Fecha y sello _____	Nombre de la organización <i>Nombre del Representante</i> Firma: _____ Fecha y sello _____
Nombre de la organización: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD <i>Nombre del Representante Dra. Gina Watson</i>  Firma: _____ Fecha y sello <i>26.9.17</i>	Nombre de la organización <i>Nombre del Representante</i>  Firma: _____ Fecha y sello <i>26.9.17</i>

¹ La Organización de la Sociedad Civil firma el Documento de Proyecto solo cuando es la organización misma a aplicar al fondo, no cuando tiene un rol de implementadora de un programa presentado por una Institución del gobierno o una organización de las Naciones Unidas.

las Naciones Unidas – asumen plena responsabilidad por la consecución de los resultados identificados con cada uno de ellos, según el Cuadro 1 y los planes anuales de trabajo detallados.

DESARROLLO DE CAPACIDADES LOCALES PARA LA PROMOCIÓN Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DEL 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).

1. Resumen ejecutivo

La población residente en los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación- ETCR, (Antes 19 ZVTN y 7 PTN) concentran las inequidades sociales que se registran a menudo en las zonas rurales dispersas del país, presentando los más altos índices de necesidades básicas insatisfechas y la mayor brecha en los determinantes sociales de la salud. Consecuencia de lo anterior, estos 25 municipios presentan cifras de mortalidad materna y mortalidad infantil hasta diez veces mayor que lo observado en el país. Algo similar ocurre con el bajo peso al nacer, la fecundidad adolescente y la prevalencia de malnutrición.

La encuesta que adelantaron recientemente las organizaciones del Sistema de Naciones Unidas sobre percepción y atención en salud de la población residente en estas zonas y puntos transitorios de normalización, evidenció un débil empoderamiento de las mujeres para la toma de decisiones acerca de su sexualidad y la reproducción, necesidades insatisfechas en anticoncepción, barreras geográficas, culturales e institucionales de acceso a servicios básicos e integrales de salud, desconocimiento de signos o síntomas de alarma y baja calidad en la atención en los servicios de salud, por deficiente talento humano e insuficiencia de insumos críticos para la atención, entre otros. La población residente en estas zonas consideró prioritario intervenir la salud materno infantil, la salud mental y prevenir el embarazo adolescente y el consumo de sustancias psicoactivas.

En consideración a lo anterior, este proyecto se propone fortalecer las capacidades locales de los 25 municipios priorizados, para mejorar el acceso a servicios integrales de Atención Primaria en Salud, con énfasis en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la salud mental, la prevención del consumo de SPA y la malnutrición. Se hará una intervención extramural integral dirigida a la población campesina, afrodescendiente e indígena residente en las veredas que albergan los campamentos de los excombatientes de las FARC, hoy denominadas Espacios Territoriales de Capacitación y Reconciliación – ETCR. Las intervenciones propuestas en este proyecto deberán responder de manera flexible a los cambios demográficos, sociales, económicos, políticos y epidemiológicos que la dinámica de los nuevos ETCR presente”.

La intervención propuesta consta de los siguientes componentes:

- 1. Fortalecimiento institucional para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud, APS, de calidad, con enfoque intercultural, y énfasis en salud mental, prevención del consumo de SPA, salud sexual y reproductiva y atención a la infancia y salud nutricional.** Se busca implementar 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 - SPA, salud sexual y reproductiva y atención de las enfermedades prevalentes de la infancia y salud nutricional. Para el efecto se entrenará al talento humano de la red de IPS de primer nivel de los 25 municipios en prácticas clave de Atención Primaria en Salud, APS y se mejorará la capacidad de respuesta institucional mediante la adquisición y distribución en cada municipio de equipos básicos, kits e insumos críticos para la atención a la primera infancia, la atención en salud sexual y reproductiva y el desarrollo de programas contra el hambre y la malnutrición.
- 2. Desarrollo de una estrategia extramural e intercultural de Atención Primaria en Salud, APS, en 26 ETCR (16 ZVTN y 7 PTN) para la promoción y garantía del derecho a la salud, con enfoque de género y equidad, que impulse la acción comunitaria e intersectorial para la construcción de escenarios protectores de paz y entrenamiento de 52 líderes campesinos o indígenas como Auxiliares de Salud Pública.** Se propone implementar en cada ETCR un programa extramural e intercultural de Atención Primaria en Salud liderado por una enfermera profesional y dos líderes comunitarios (campesinos o indígenas, según sea el caso). Este equipo

extramural desarrollará durante un año una intervención comunitaria, ajustada a las condiciones socioculturales de cada municipio, desde los enfoques de determinantes, de género y de derechos, para promover el derecho a la salud y empoderar las redes sociales y comunitarias, en especial, organizaciones indígenas, afrodescendientes, grupos de mujeres, adolescentes, jóvenes, parteras, agentes y líderes en el ejercicio y defensa de los derechos humanos y el derecho a la salud y la construcción de entornos protectores, incluyentes, libres de violencia y promotores de paz. Se hará énfasis también en la educación a la población para reducir riesgos sanitarios asociados a manejo del agua, excretas, basuras y residuos sólidos, entre otros. Los 52 líderes comunitarios seleccionados ingresarán a un programa de capacitación en servicio y certificación por el SENA como Auxiliares de Salud Pública.

- 3. Concertación e implementación de un sistema de monitoreo y seguimiento de resultados.** Este componente incluye el desarrollo de estrategias de base comunitaria, con enfoque intercultural, para el monitoreo de los resultados de las intervenciones realizadas y promoción de procesos de abogacía, dialogo político y gestión.

El proyecto beneficiará a aproximadamente 20.000 mujeres en edad fértil que pueden entrar en gestación; 5.000 de las cuales recibirán consejería y método anticonceptivo durante 1 año; 7.000 niños y niñas menores de dos años en riesgo de malnutrición; 10.000 niños y niñas en riesgo de enfermedad diarreica aguda, EDA, y de infección respiratoria aguda, IRA; 1.000 adolescentes y jóvenes en riesgo de consumo de SPA; 52 líderes comunitarios que serán entrenados y certificados por el SENA como auxiliares de salud pública y en general a población vulnerable de los territorios priorizados en riesgo como mujeres, campesinos, población afrodescendiente e indígenas y contribuirá al logro del resultado cinco de la ERR del Fondo, relacionado con el ámbito socio-económico y 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 y salud nutricional.

2. Teoría del cambio

- Análisis de la situación (Planteamiento del problema)**

El presente proyecto se desarrollará en los 25 municipios (14 departamentos) en los que se ubican las 26 ECTR (Antes 19 ZVTN y 7 PTN), que corresponden a Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios y Vigía del Fuerte (Antioquia); Arauquita (Arauca); La Montañita y San Vicente del Caguán (Caquetá); Buenos Aires, Caldon y Miranda (Cauca); La Paz (Cesar); Río Sucio (Chocó); Tierralta (Córdoba); San José del Guaviare (Guaviare); Fonseca (La Guajira); La Macarena, Mesetas y Vista Hermosa (Meta); Policarpa y Tumaco (Nariño); Tibú (Norte de Santander); Puerto Asís (Putumayo) e Icononzo y Planadas (Tolima).

Conforme al censo de población residente en los campamentos de las FARC hay cerca de 7.058 excombatientes, 71% de los cuales son hombres, la mayor parte de los cuales corresponden a adultos jóvenes. En dichos campamentos residen además 186 menores de 18 años, algunos de los cuales son menores de 5 años; se han identificado 124 madres gestantes y 92 madres en lactancia. La mayoría de las ETCR donde se ubican estos campamentos tienen población indígena o afrodescendiente y, en general, corresponden a población rural dispersa con necesidades básicas insatisfechas, que incluyen, entre otras, la no disponibilidad de agua potable, una inadecuada disposición de excretas y deficiente manipulación de alimentos y cuya proporción supera ampliamente el promedio nacional (27,6%), llegando a ser cercano al 100% en municipios como Riosucio (Chocó) y La Macarena y Mesetas (Meta), como se observa en la tabla 1.

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. Para el año 2013, la razón de muerte materna nacional fue de 55.25 por 100.000 nv, 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 (MSPS - Informe de ODM, 2014). Lo anterior, pone en evidencia cómo las desigualdades socio-económicas, 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 (Antes ZVTN y PTN) la mortalidad materna supera el promedio nacional (55.25 x 100.000 nv en 2013²) con valores hasta diez o veinte veces mayores, como es el caso de Caldonio (Cauca) cuya mortalidad materna en 2015 fue de 1139.6 por cien mil nacidos vivos, La Montañita (Caquetá) que tuvo 892.86 por cien mil nacidos vivos, Mesetas (Meta) con 735.3 y La Macarena (Meta) con 671.1. 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. Por dichos motivos, los 25 municipios que albergan las ETCR presentan las más altas tasas de fecundidad precoz. Es así como, mientras la tasa específica de fecundidad en Colombia en mujeres de 15 a 19 años en 2014 fue de 67.4 nacimientos por 1000 mujeres en edad fértil, 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 (Tabla 1).

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. Durante el año 2015 se realizaron en Colombia ³22.155 exámenes médico legales por presunto delito sexual, con una tasa de 46 casos por cada cien mil habitantes y un incremento de 1.040 casos con respecto al año anterior, siendo las mujeres las más afectadas, en un 85,2%. Según la distribución por edades, la edad media de las víctimas fue de 12,45 años (Desviación estándar; 8,42) y la edad modal de 13 años. 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.

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.

² Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Ficha de Indicadores 2015.

³ FORENSIS, 2015

TABLA 1. RESUMEN INDICADORES DE LOS MUNICIPIOS DE LAS ECTR (Antes ZVTN Y PTN) Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Ficha de Indicadores, 2015)

Nº	Departamento	Municipio	Tipo de zona	Población Total (1)	Población Cabecera (1)	Población resto (1)	Mortalidad Materna (x100.000 nv) (2)	Mortalidad Infantil ajustada (< 1 año x 1000 nv) (3)	Mortalidad en la niñez ajustada (< 5 años x 1000 nv) (3)	Tasa Específica de fecundidad mujeres 15 a 19 años. 2014 (4)	BAJO PESO AL NACER (%) (5)	NBI (%) 2014, DANE
	TOTAL COLOMBIA			48'203.405	36'846.935	11'356.470	55,25	14,12	17,25	67,44	8,97	27,6
1	Antioquia	Anorí	PTN	17.086	6.763	10.323	421,94	12,66	19,59	116,39	7,59	41,6
2	Antioquia	Dabeiba	ZVTN	23.280	8.944	14.336	340,14	22,81	27,95	85,45	7,98	37,2
3	Antioquia	Itango	ZVTN	20.628	5.820	14.808	315,46	18,93	23,06	113,69	5,70	28,1
4	Antioquia	Remedios	ZVTN	20.898	10.929	18.969	NR	8,26	17,29	97,12	8,78	37,0
5	Antioquia	Vigia del Fuerte	PTN	5.587	2.093	3.494	NR	19,99	36,69	98,89	6,49	58,7
6	Arauca	Araquita	ZVTN	41.743	19.106	22.637	NR	17,12	23,56	96,64	11,32	42,1
7	Caquetá	La Montañita	ZVTN	23.789	4.978	18.811	892,86	8,93	26,35	51,15	5,50	42,3
8	Caquetá	San Vicente del Caguán	PTN	97.994	41.948	26.046	90,42	19,89	19,57	91,89	6,36	53,3
10	Cauca	Buenos Aires	ZVTN	32.834	2.506	30.328	281,69	31,79	28,48	65,46	6,38	25,7
9	Cauca	Caldono	ZVTN	33.338	1.465	31.923	1139,6	39,26	23,3	56,65	8,71	27,5
11	Cauca	Miranda	PTN	39.718	28.454	11.264	NR	11,3	14,81	57,47	8,01	51,2
12	Cesar	La Paz	ZVTN	22.887	14.995	7.892	NR	19,09	22,86	97,01	8,44	38,7
13	Chocó	Riosucio	PTN	28.877	8.526	20.351	396,83	41,38	40,52	45,28	6,76	99,7
14	Córdoba	Tierralta	PTN	102.348	45.123	57.225	214,82	20,95	26,15	105,32	9,19	52,8
15	Guaviare	San José del Guaviare este	ZVTN	65.611	45.705	19.906	119,05	19,05	31,17	82,6	6,49	37,6
16	Guaviare	San José del Guaviare oeste	ZVTN	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem
17	La Guajira	Fonseca	PTN	33.785	21.848	11.937	NR	14,2	15,89	57,16	4,97	27,7
18	Meta	La Macarena	ZVTN	33.812	4.522	29.290	671,14	18,99	23,42	31,35	7,61	100
19	Meta	Mesetas	ZVTN	11.354	3.743	7.611	735,29	22,06	19,45	77,08	3,16	100
20	Meta	Vistahermosa	ZVTN	25.908	9.260	16.648	NR	33,71	31,77	81,36	10,07	44,1
22	Nariño	Policarpa	ZVTN	17.159	3.057	14.102	NR	13,16	15,98	71,49	10,63	34,4
21	Nariño	Tumaco	ZVTN	203.971	114.533	89.438	74,27	20,79	29,99	96,37	13,98	48,7
23	Norte de Santander	Tibú	ZVTN	36.708	13.763	22.945	270,27	20,97	20,71	105,62	3,33	40,3
24	Putumayo	Puerto Asís	ZVTN	60.792	33.362	27.430	104,06	16,65	13,75	95,3	6,42	20,9
25	Tolima	Icononzo	ZVTN	10.982	3.430	7.552	NR	25,21	15,43	63,2	5,49	20,4
26	Tolima	Planadas	ZVTN	29.974	7.645	2.239	386,85	21,28	24,2	103,48	8,06	36,8
	TOTAL POBLACIÓN MUNICIPIOS DEL PROYECTO			1.041.063	462.518	537.505						

No obstante, de manera similar a lo enunciado con los indicadores de salud sexual y reproductiva, mientras la mortalidad infantil en el país en 2015 fue de 14.2 por mil nacidos vivos, en los municipios que albergan los ETCR (Antes ZVTN y PTN) este valor se duplica o triplica, como es el caso de Riosucio (Chocó), con 41.38; Caldonio (Cauca), con 39,26; Vista Hermosa (Meta) con 33.71 y Buenos Aires (Cauca) con 31.79; 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 mundial⁴. En Colombia, de acuerdo a 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.

Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.

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 de salud mental 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 en 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.

⁴ Joint World Health Organization/Centers for Disease Control and Prevention, 2007, pág. 3

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 autores 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.

Acceso a servicios de salud

El diagnóstico de salud realizado por las organizaciones del Sistema de Naciones Unidas en estos municipios indica que la prestación de servicios de salud en dichas zonas 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.

Es preciso resolver los retos que representan los problemas de Afiliación al SGSSS y prestación de servicios identificados, tales como:

- Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud a los excombatientes de las FARC-EP que han sido afiliados a la Nueva EPS.
- 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 motivado en 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 campamentos es insuficiente y en algunos casos inexistente. La prestación de servicios de salud se viene realizando de manera provisional por un personal de salud específicamente contratado para el efecto (médico y auxiliar de enfermería) en “campamentos” adaptados como puestos de salud que carecen de las condiciones mínimas que garanticen la calidad de la atención.

Finalmente, según el diagnóstico de percepción de necesidades de atención en salud, realizado recientemente por las Naciones Unidas, la población residente en los ETCR ha identificado como principales problemas que requieren atención inmediata la salud sexual y reproductiva, la salud mental y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas -SPA, eventos que, junto con la malnutrición, son el objetivo central de esta intervención.

Cambios esperados:

Dadas las elevadas tasas de morbilidad materna e infantil, de malnutrición y deficiencias de micronutrientes, así como la elevada prevalencia de embarazo no planeado y el riesgo de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas SPA antes descritas, el cambio requerido implica el desarrollo de una estrategia de Atención Primaria en Salud, que mejore el acceso a servicios básicos de salud a los grupos de población de mayor vulnerabilidad residentes en las veredas donde se ubican los ETCR, fortalezca el capital social⁵, y promueva entornos protectores con un enfoque de género e interculturalidad.

⁵ El **capital social** corresponde a las relaciones informales de confianza y cooperación (familia, vecinos, colegas), la asociatividad formal en organizaciones de diverso tipo y el marco institucional normativo y

A nivel individual y familiar, con el componente de salud sexual y reproductiva se espera promover los derechos sexuales y reproductivos, mejorar el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género, étnico y de curso de vida, reducir los riesgos de morbimortalidad 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. El proyecto intervendrá especialmente en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, para 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 POS.

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 y con la intervención en salud mental, se espera identificar la población a riesgo para prevenir e intervenir trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.

A nivel comunitario, se desea fortalecer las redes sociales y comunitarias impulsando la participación de las organizaciones indígenas, campesinas y afrodescendientes, los grupos de mujeres y jóvenes existentes y los agentes tradicionales de salud como parteras empíricas y médicos tradicionales, para el reconocimiento de sus saberes tradicionales y de sus prácticas de cuidado y el empoderamiento sobre el derecho a la salud en general, y particularmente, los derechos sexuales y reproductivos y de salud mental. De igual modo, se espera mejorar las relaciones de confianza (capital social) entre la comunidad, sus organizaciones y las instituciones del Estado.

La intervención educativa comunitaria hará énfasis en la intervención de los determinantes sociales de la salud y, por tanto, incluirá la capacitación para fomentar una mejor interacción de la población objeto con el medio ambiente de tal forma que se mitigue los riesgos sanitarios a través de un mejor manejo del agua potable, disposición de excretas, basuras y residuos sólidos, entre otros.

A nivel institucional, se espera desarrollar capacidades en la red de prestación de servicios de primer nivel de complejidad para la atención integral en salud sexual y reproductiva, con un enfoque de derechos, de género y de determinantes sociales de la salud, incluyendo la atención de la emergencia obstétrica, la asesoría en anticoncepción y la prevención y atención de las violencias basadas en género. De igual forma, desarrollar capacidades para la atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia, como la malnutrición y las infecciones respiratorias y diarreicas agudas, así como la prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas.

Estrategia propuesta:

Se busca implementar 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 nutricional.

Durante la fase de aprestamiento se concertará la ejecución de las estrategias planteadas en cada uno de los componentes con la red de IPS de primer nivel de complejidad presente en los municipios seleccionados, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, particularmente la Nueva EPS, las autoridades locales y la comunidad.

valórico de una sociedad que fomenta o inhibe las relaciones de confianza y compromiso cívico
(Lechner, 2000)

La estrategia de concertación con la red de prestadores se basará en un enfoque “gana-gana” que resaltará los beneficios que el proyecto aportará en materia de desarrollo de capacidades a las autoridades sanitarias del orden departamental y local, los aseguradores y prestadores de servicios de salud y la comunidad.

En el Anexo 5. del proyecto se relacionan algunos de los líderes y del talento humano clave identificado en cada municipio para el desarrollo de esta actividad, con sus respectivos datos de contacto y las rutas de acceso y distancias promedio hasta las veredas objeto de intervención. En el Anexo 6. se relaciona la ruta de acceso a las ETCR que se intervendrán.

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 una 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.

El proyecto consta de tres componentes:

1. Fortalecimiento institucional para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud de calidad, con enfoque intercultural, y énfasis en salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, salud sexual y reproductiva y salud nutricional.

Se prevé entrenar al talento humano de las IPS del primer nivel de complejidad y a líderes comunitarios de los 25 municipios seleccionados en prácticas costoefectivas, probadas internacionalmente y recomendadas por las agencias del SNU involucradas, para mejorar la atención de los grupos vulnerables priorizados en el proyecto, como “Prácticas que salvan vidas”, “Código rojo”, “Prevención y atención de las violencias basadas en género”, “Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia”, “Atención integral de la desnutrición y las deficiencias nutricionales”, “Tamizajes en salud mental”, “Primera ayuda psicológica”, “mhGAP (Programa de acción para reducir brechas en salud mental de la OMS)”, “Tamizaje para determinar el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, entrevista motivacional, intervención breve y el programa educativo saber, ser y hacer”. Esta capacitación será modular y continuada y estará liderada por la Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Los 25 municipios seleccionados serán beneficiados con la dotación de equipos para la atención obstétrica en las IPS de primer nivel de complejidad (parto limpio) y kits para la atención de la emergencia obstétrica, la violencia sexual y la evaluación del crecimiento y desarrollo infantil, los cuales se distribuirán en la red de IPS de primer nivel de complejidad de cada municipio.

De igual forma, está prevista la dotación con los elementos necesarios para la implementación de Unidades de Atención de las Infecciones Respiratorias Agudas Comunitarias (UAIRACs) y de Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias (UROCs), que serán administrados por líderes comunitarios en las veredas beneficiarias.

Finalmente, a través del proyecto se prevé adquirir y distribuir insumos críticos y medicamentos para adelantar un programa de desparasitación y suplementación con micronutrientes a aproximadamente 7.000 niños y métodos modernos de anticoncepción para desarrollar un programa de sensibilización, captación y adherencia a los programas de anticoncepción del POS.

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 integral de atención en salud MIAS. Se plantea además desarrollar una estrategia de concertación, adecuación y difusión de las rutas de atención integral en salud en cada zona.

2. Desarrollo de una estrategia extramural e intercultural de Atención Primaria en Salud, APS, en 26 ETCR (Antes 16 ZVTN y 7 PTN) para la promoción y garantía del derecho a la salud, con enfoque de género y equidad, que impulse la acción comunitaria e intersectorial para la construcción de escenarios protectores de paz y entrenamiento de 52 líderes campesinos o indígenas como Auxiliares de Salud Pública.

Se propone establecer un diálogo permanente y un proceso de formación en derechos humanos, género y aplicación del derecho a la salud con las redes sociales y comunitarias, en especial, organizaciones indígenas, organizaciones afrodescendientes, grupos de mujeres, jóvenes, agentes tradicionales de salud como parteras empíricas y médicos tradicionales y líderes en el ejercicio, para la construcción de entornos protectores, incluyentes, libres de violencia y promotores de paz, a través de una estrategia de Atención Primaria en Salud, que será desarrollada por un equipo extramural que realizará una intervención comunitaria en cada ETCR durante un año.

El equipo extramural de cada ETCR estará conformado por una enfermera profesional, financiada por el proyecto y vinculada a la IPS local, y dos líderes que se inscribirán en un programa de capacitación en servicio y certificación por el SENA como Auxiliares en Salud Pública. En total se entrenarán y certificarán 52 líderes (campesinos o indígenas, según sea el caso) como Auxiliares de Salud Pública, los cuales deberán vincularse a la red de IPS de primer nivel de atención de cada municipio.

Los equipos extramurales de APS deberán desarrollar, adaptar y concertar la intervención comunitaria propuesta a la realidad cultural y social de cada ETCR. Esta incluye la identificación de los riesgos en salud 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 identificar líderes y propiciar diálogos interculturales e intergeneracionales para el aprovechamiento de los saberes tradicionales de protección de la salud.

La intervención educativa también promoverá en la comunidad mejores prácticas para la mitigación de riesgos sanitarios asociados al manejo del agua potable, la disposición de excretas, basuras y residuos sólidos, entre otros y, en general, para reducir la huella de carbono y fomentar una interacción más amigable con el medio ambiente.

3. Concertación e implementación de un sistema de monitoreo y seguimiento de resultados.

Este componente incluye el desarrollo de estrategias de base comunitaria, con enfoque intercultural, para el monitoreo de los resultados de las intervenciones realizadas y promoción de procesos de abogacía, diálogo político y gestión. Se planea dejar instalado en cada ETCR un dispositivo comunitario de monitoreo y evaluación de resultados en salud.

Cada uno de los anteriores componentes tiene previsto el desarrollo de un trabajo de concertación, capacitación y fortalecimiento comunitario. El primero desde la perspectiva de la veeduría de la prestación de los servicios de salud que serán objeto de fortalecimiento y del desarrollo del componente comunitario de cada uno de ellos.

El segundo componente implica, no solo un trabajo de selección de líderes para su entrenamiento y certificación como Auxiliares de Salud Pública, sino el desarrollo de una actividad de campo continua durante 12 meses de identificación y empoderamiento de las organizaciones comunitarias de base existentes para la promoción del derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos, los derechos en materia de salud mental, los enfoques de determinantes, de género y poblacional para el apoyo a la construcción de entornos de convivencia, promotores de paz. Esta intervención respetará y promoverá el fortalecimiento de los espacios de participación social previamente establecidos para comunidades indígenas y afrodescendientes.

El tercer componente corresponde al desarrollo de una estrategia de Vigilancia en Salud Pública de base comunitaria, en la 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 y evaluadora de los resultados de la intervención.

Por último, está previsto que en cada municipio se desarrolle un ejercicio de rendición de cuentas de los resultados del proyecto al final de la intervención.

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 (Implementación de una estrategia de Atención Primaria en Salud), del pilar 1.3. Desarrollo Social: Salud y a la estrategia 1.7.2. Acceso y consumo de alimentos de calidad nutricional y en cantidad suficiente, del pilar 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 (socio-económico) 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.

El proyecto beneficiará a aproximadamente 20.000 mujeres en edad fértil que pueden entrar en gestación; 5.000 de las cuales recibirán consejería y método anticonceptivo durante 1 año; 7.000 niños y niñas menores de dos años en riesgo de malnutrición; 10.000 niños y niñas en riesgo de enfermedad diarreica aguda, EDA, y de infección respiratoria aguda, IRA; 1.000 adolescentes en riesgo de consumo de SPA; 52 líderes comunitarios que serán entrenados y certificados por el SENA como auxiliares de salud pública y en general a población vulnerable de los territorios priorizados en riesgo como mujeres, campesinos, población afrodescendiente e indígenas.

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*).

• 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) cooperar técnicamente con los Países miembros y estimular la cooperación entre ellos para conservar un ambiente saludable y avanzar hacia el desarrollo humano sostenible (OPS) 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 sea el responsable de las intervenciones propuestas en materia de salud sexual y reproductiva, la OPS de las intervenciones relacionadas con la infancia, salud nutricional, salud mental y consumo de sustancias psicoactivas y la OIM de la organización y puesta en funcionamiento de los equipos extramurales de Atención Primaria en Salud, el entrenamiento en servicio de los 52 líderes comunitarios como auxiliares de salud pública y el montaje de la estrategia de monitoreo, seguimiento y evaluación. 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 la OIM, la OPS 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) y del sector privado, que potencien y repliquen los resultados esperados para generar mayores impactos.

La estrategia extramural comunitaria de Atención Primaria en Salud buscará aunar voluntades con las organizaciones de 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. Esta deberá articularse a la red local de prestación de servicios de salud, con quien se gestionará su vinculación laboral en el futuro mediano, a través de las Direcciones Territoriales de Salud del orden municipal y departamental.

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, 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 suponen que se fortalecerán los mecanismos que se han propuesto para mejorar la atención en salud de la población residente en los campamentos, ETCR, así como que se logrará una mejora en la gobernanza⁶ 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 los pueblos indígenas, las comunidades afrodescendientes y los campesinos residentes en las veredas que serán objeto de la intervención y de la concertación y coordinación con las instancias creadas para la implementación de las estrategias que consolidarán la paz en Colombia.

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 para mejorar la atención obstétrica, cuya eficacia ha sido probada e implementada en Colombia en diversos departamentos por la OIM, UNFPA y la Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

⁶ 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).

(FECOLSOG). La estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI- es un programa que recoge las intervenciones basadas en la evidencia que la Organización Mundial de la Salud recomienda para atender los principales problemas de salud que se presentan en la infancia.

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 con poblaciones vulnerables.

- **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”*⁷. 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 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) Selección y capacitación de líderes campesinos, afrodescendientes o indígenas, según sea el caso, para actividades de capacitación y participación comunitaria y para el programa de entrenamiento en servicio y certificación por el SENA como auxiliares de salud pública. Los lazos y vínculos de confianza (capital social horizontal) que tengan los líderes seleccionados por las comunidades serán una garantía de la sostenibilidad de la intervención.
- b) Concertación con la red de IPS locales para la vinculación del equipo extramural propuesto para cada ECTR. Se prevé una negociación en la que se planteará que el proyecto financiará este talento humano durante un (1) año y que, en adelante, las IPS o las Entidades Territoriales asuman su financiación, en respuesta a su

⁷ PNUD, 2009

obligación de brindar estos servicios extramurales a la población dispersa del municipio, en cumplimiento de lo dispuesto en la Política y el Modelo de Atención Integral en Salud PAIS –MIAS.

- c) Adicionalmente, la concertación a nivel territorial procurará gestionar otras fuentes de financiación de las actividades del proyecto como los recursos del Plan de Intervenciones Colectivas del orden municipal o departamental, recursos propios y recursos de las EAPB.
- d) Fortalecimiento de la acción comunitaria a través del empoderamiento de las comunidades objeto de intervención con la estrategia extramural propuesta, de tal modo que sean estas las veedoras de los resultados de la misma y aboguen por su continuidad.
- e) 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).
- f) La intervención propuesta es una manera sencilla para poner en marcha lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud para población residente en zonas dispersas.

4. Lógica de intervención:

Las intervenciones del presente proyecto se dirigen al logro de las metas propuestas en el Ámbito Nº 3. (Socio-económico) de la ERR y el resultado Nº 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 semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios priorizados, para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud (APS) de calidad, con enfoque de género e intercultural, y con énfasis en salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), salud sexual y reproductiva, atención a la infancia y salud nutricional.

Productos:

1.1. En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios para la atención integral en salud sexual y reproductiva en prácticas que salvan vidas, prevención y atención de las violencias basadas en género y anticoncepción.

1.2. . En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios para la atención integral de la infancia y la salud nutricional.

1.3. En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios para la en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, SPA.

Subresultado 2. En el primer año de intervención se ha desarrollado una estrategia extramural e intercultural de Atención Primaria en Salud, APS, en 26 ECTR (Antes 16 ZVTN y 7 PTN) para la promoción y garantía del derecho a la salud, con enfoque de género y equidad que impulse la acción comunitaria e intersectorial para la construcción de escenarios protectores de paz.

Productos:

- 2.1.1. Se han contratado 26 equipos extramurales de APS conformados por una enfermera profesional y dos líderes comunitarios en formación, que adelantarán una intervención comunitaria con enfoque intercultural y perspectiva de género durante un año en 26 ECTR (16 ZVTN y 7 PTN).
- 2.1.2. Al final del primer año de la intervención se han certificado 52 líderes locales (campesinos o indígenas) como auxiliares en salud pública.
- 2.1.3. En el primer trimestre de la intervención se ha entrenado el equipo que desarrollará la estrategia extramural de APS en las estrategias relevantes de las áreas priorizadas para intervención
- 2.1.4. Se dispone de informes trimestrales e informe final de evaluación de los resultados del componente.

Subresultado 3. En el primer semestre de la intervención se ha concertado e implementado una estrategia de monitoreo y seguimiento de resultados de base comunitaria.

- 3.1.1. En el primer trimestre de la intervención se ha puesto en operación el sistema de vigilancia en salud pública de base comunitaria en las veredas objeto de intervención.
- 3.1.2. Se han realizado visitas de asistencia técnica y concertación para mejorar la articulación de las autoridades locales para la solución de los problemas de salud al 100% de las ECTR, durante el primer año de intervención.
- 3.1.3. Se dispone de informes trimestrales e informe final de evaluación de los resultados del proyecto.

5. 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"**.

6. 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 y de determinantes sociales de la salud.

5.1. Enfoque de Derechos Humanos.

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, en cuyo preámbulo se define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades"⁸, y que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano."⁹ 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

⁸ OMS. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. El derecho a la salud. Folleto informativo N° 31. Ginebra. 2008 ISSN 1014-5613.

⁹ OMS. Salud y derechos humanos. Nota descriptiva N°323. Diciembre de 2015. **En línea:**
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

actuación del Estado.¹⁰ Parten del postulado que el derecho a la salud es un derecho incluyente, que comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana que se denominan "factores determinantes básicos de la salud". Las estrategias propuestas reconocen que el derecho a la salud es interdependiente e indivisible de otros derechos humanos, como el no ser objeto de discriminación, el derecho a la intimidad, al acceso a la información, a la participación y a beneficiarse de los avances científicos y sus aplicaciones y promoverán que los servicios de salud garanticen las condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, no discriminación, rendición de cuentas y universalidad que este enfoque requiere.

6.2. Igualdad de Género

Marcador de Género del proyecto:

0 2111 2ª 2b x

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

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.

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 Nº 3. Componentes directamente relacionados con la promoción de la equidad de género

Subresultado	Producto	Descripción	Valor invertido (USD)
1. En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios priorizados para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud (APS) de calidad, con enfoque de género e intercultural, y con énfasis en salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), salud sexual y reproductiva, atención a la infancia y salud nutricional.	1.1. En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios para la atención integral en salud sexual y reproductiva en prácticas que salvan vidas, prevención y atención de las violencias basadas en género y anticoncepción.	Se capacitará al talento humano de las IPS de primer nivel de los 25 municipios intervenidos y a líderes comunitarios de las ETCR en prácticas costoefectivas 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.	\$291.852

¹⁰ 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.

2. En el primer año de intervención se ha desarrollado una estrategia extramural e intercultural de Atención Primaria en Salud, APS, en 26 ECTR (Antes 16 ZVTN y 7 PTN) para la promoción y garantía del derecho a la salud, con enfoque de género y equidad que impulse la acción comunitaria e intersectorial para la construcción de escenarios protectores de paz.	2.1. Se han contratado 26 equipos extramurales de APS conformados por una enfermera profesional y dos líderes comunitarios en formación, que adelantarán una intervención comunitaria con enfoque intercultural y perspectiva de género durante un año en 26 ETCR.	Se adelantará una estrategia de APS que promoverá un diálogo intercultural permanente con las diferentes organizaciones de base existentes en los 26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN) para la defensa y protección de los derechos humanos sexuales y reproductivos y la reducción de las inequidades por motivos de género	\$965.096
TOTAL			\$1.256.948

6.3. 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.

6.4. 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 los adolescentes desde una perspectiva de derechos humanos fomentando el ejercicio de una sexualidad sana y responsable y previniendo el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas con materiales educativos y estrategias de tamizaje acordes para cada grupo de edad.

6.5. 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.

6.6. 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.

6.7. Enfoque de “no harm” y sostenibilidad medioambiental

El diseño del presente proyecto se enmarca en los enfoques conceptuales de la propuesta “Acción Sin Daño, como aporte para la construcción de paz”¹¹ formulada con el propósito de contribuir a fortalecer las capacidades locales individuales y organizacionales hacia la construcción de paz y el desarrollo humano, 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.

En tal sentido, el proyecto prevé entrenar al talento humano de las IPS de primer nivel en la promoción del derecho a la salud desde una perspectiva de derechos con enfoque intercultural, de determinantes y de equidad de género. El proyecto es incluyente desde su diseño y debe serlo en su operación. Cada grupo extramural de Atención Primaria en Salud estará conformado por una enfermera profesional, seleccionada preferentemente mediante convocatoria local, y dos líderes comunitarios, preferiblemente de sexo femenino (para facilitar la aproximación a madres, adolescentes y niños) seleccionados por la comunidad objeto de la intervención, representantes de los campesinos y comunidades indígenas o afro descendientes, según sea el caso, los cuales deberán ser vinculados a las IPS locales para garantizar la sostenibilidad de la intervención. Se adelantará un trabajo comunitario durante un año en cada ETCR que se relacionará directamente con las diferentes organizaciones de dichos municipios 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.

¹¹ ACCIÓN SIN DAÑO COMO APORTE 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

6.8. 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?

Describe 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.

La propuesta incluye el fomento de la participación de las mujeres y la población indígena y afrodescendiente en las diferentes instancias de concertación y toma de decisiones.

Identificación y gestión de los riesgos ambientales

NO SE IDENTIFICARON RIESGOS AMBIENTALES SIGNIFICATIVOS EN ESTA PROPUESTA

PREGUNTA 2: ¿Cuáles son los posibles riesgos ambientales?
Nota: Describa brevemente los posibles riesgos ambientales identificados en el Adjunto 1 – Lista de verificación del diagnóstico de riesgos (sobre la base de las respuestas afirmativas (SI)).

PREGUNTA 3: ¿Cuál es el nivel de importancia de los posibles riesgos ambientales?

Nota: 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)?

Descripción del riesgo

Impacto y

Importancia

Comentarios

Descripción de las medidas de evaluación y gestión según se reflejan en el diseño del proyecto. Si se requiere una ESIA o SESA,

	probabilidad (1-5)	(baja, moderada, alta)		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.
PREGUNTA 4: ¿Cuál es la categorización general del riesgo del proyecto?				
Marque el recuadro correspondiente a continuación.			Comentarios	
Riesgo bajo			X	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.
Riesgo moderado			<input type="checkbox"/>	
Riesgo alto			<input type="checkbox"/>	
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.				
1. Conservación de la biodiversidad y gestión de los recursos naturales			<input type="checkbox"/>	Comentarios
2. Mitigación y adaptación al cambio climático			<input type="checkbox"/>	
3. Patrimonio cultural			<input type="checkbox"/>	
4. Pueblos indígenas			X	El proyecto garantizará que adelantará las medidas pertinentes de consulta previa, concertación y seguimiento de las intervenciones preventivas que se realizarán con estas comunidades.

			<p>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.</p>
	<p>5. Prevención de la contaminación y uso eficiente de los recursos</p>	<input type="checkbox"/>	

Lista de verificación de los posibles riesgos 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?	NO

<p><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></p>		
Estándar 2: Mitigación y adaptación al cambio climático		
2.1	¿El proyecto que se propone producirá emisiones considerables ¹² 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	<p>¿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)?</p> <p><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></p>	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 derechos e intereses, las tierras, los recursos, los territorios y los medios de subsistencia tradicionales de los pueblos indígenas involucrados?	NO
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

¹²Respecto 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].

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), 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, OIM y el UNFPA y del Ministerio de Salud y Protección Social por los Subdirectores de Salud Nutricional, Enfermedades Crónicas No Transmisibles, y 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.

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 y UNFPA.

7. Seguimiento, evaluación y presentación de informes

El presente proyecto contempla un componente de monitoreo, seguimiento y evaluación de base comunitaria, cuyos propósitos son: i) proveer de evidencia sobre el curso del proyecto en términos de eficacia, eficiencia y efectividad; ii) proveer evidencia sobre la situación de salud de las zonas intervenidas para propiciar abogacía y gestión en la solución de los problemas identificados y iii) facilitar los procesos de toma de decisión para garantizar la eficiencia, eficacia, efectividad y sostenibilidad de las intervenciones propuestas.

La fase inicial implica la contratación de un equipo que incluye un epidemiólogo experto en procesos de monitoreo y seguimiento y de técnicos que apoyen los procesos de sistematización de la experiencia, así como de la implementación de una estrategia de vigilancia de resultados de base comunitaria, la cual presentará informes consolidados de carácter trimestral.

Para el levantamiento de la línea de base y reportes de avances del proyecto se tendrán en cuenta, entre otras, fuentes de información tales como los reportes de la Oficina del Coordinador Residente, OCR, los diagnósticos levantados por las Agencias del SNU en las veredas aledañas a los campamentos (OPS, UNFPA, UNICEF, UMAIC, etc.), los diagnósticos de situación de salud de la población residente en los campamentos elaborados por la Nueva EPS y la Universidad Nacional de Colombia.

Por otra parte, los equipos extramurales de APS propuestos en el componente deberán fundamentar su intervención a partir del levantamiento de un censo de canalización de su área de influencia, en el que deberán identificar la población a riesgo que será objeto de intervención en los programas priorizados.

Con fundamento en lo anterior, el equipo técnico presentará un informe trimestral de los avances del proyecto a la plataforma del Fondo Multidonante de las Naciones Unidas. Adicionalmente, cada una de las agencias de cooperación involucradas presentará un informe semestral de ejecución presupuestal de los recursos asignados a su cargo, conforme a los arreglos que rigen su propio reglamento en materia de auditoría y control de gestión. Se realizará una evaluación integral del avance del proyecto a mitad de periodo y se dispondrá de un informe final de

monitoreo y seguimiento que consolidará los resultados de la intervención de cada uno de los componentes a cargo de las agencias involucradas en la ejecución del proyecto.

Conforme a los lineamientos del Fondo, se presentará un informe anual y finales consolidado de las tres agencias implementadoras (OIM, UNFPA, OPS) 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 a 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 3: Bases de la relación.

Organización participante de la ONU	Acuerdo
OPS	<p>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 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.</p> <p>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.</p>
OIM	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
UNFPA	<p>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</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

Los Asociados en la implementación/organismo de implementación¹³ 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	Final año 1	Final año 2	Final año 3	Final año 4
TOTAL	\$ 2.000.000				

9.2. Presupuesto por organización (USD)

Nombre organización	Pago inicial	Final año 1	Final año 2	Final año 3	Final año 4
ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES	1.280.327				
FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS	291.852				
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	427.821				
TOTAL	\$ 2.000.000				

¹³ 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.

Anexo 1: Marco de resultados

Título del programa: DESARROLLO DE CAPACIDADES LOCALES PARA LA PROMOCIÓN Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DEL 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).

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 Nº 5. Del ámbito 3. Socio económico)

Efecto/Outcome del Fondo al cual el programa/proyecto contribuirá

Indicadores del Resultado del Fondo:	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)				Información de línea de base ¹⁴	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
		Total	H	M	Na s				
Fortalecimiento de la infraestructura comunitaria en salud	25 municipios (14 departamentos) en los que se ubican 26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN), discriminados así: Anorí, Dabeiba, Itango, Remedios y Vigía del Fuerte (Antioquia); Arauquita (Arauca); La Montañita y San Vicente del Caguán (Caquetá); Buenos Aires, Caldone y Miranda (Cauca); La Paz (Cesar); Río Sucio (Chocó); Tierralta (Córdoba); San José del Guaviare (Guaviare); Fonseca (La Guajira); La Macarena, Mesetas y Vista Hermosa (Meta); Policarpa y Tumaco (Nariño); Tibú (Norte de Santander); Puerto Asís					No se dispone de información de línea de base	25 IPS de primer nivel desarrollado para la atención integral en salud sexual y reproductiva, atención a la infancia y en salud mental	Certificados de asistencia Inventarios de dotación	OIM UNFPA OPS
Se impulsará un Plan de Choque contra el hambre y la malnutrición									
Se fortalecerán entornos protectores para niños/niñas y adolescentes frente a múltiples violencias que los afectan (reclutamiento o uso en actividades ilícitas, trabajo infantil, abuso sexual, matoneo escolar, discriminación por razones de género, violencia intrafamiliar, etc									

¹⁴ Si hay información de la línea de base disponible. Si no, provee una justificación.

(Putumayo) e Icononzo y Planadas (Tolima)								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

Indicadores del sub-resultado	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)	Información de línea de base[1]	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
Sub-Resultado 1: En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios priorizados para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud (APS) de calidad, con enfoque de género e intercultural, y con énfasis en salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), salud sexual y reproductiva, atención a la infancia y salud nutricional.						
Organización/es responsable/s del Resultado: FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, UNFPA – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS						
Producto 1.1. En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios seleccionados para la atención integral en salud sexual y reproductiva en prácticas que salvan vidas, prevención y atención de las violencias basadas en género y anticoncepción.	25 municipios (14 departamentos) en los que se ubican 26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN), discriminados así: Anorí, Dabeiba, Itango, Remedios y Vigía del Fuerte (Antioquia); Arauquita (Arauca); La Montañita y San Vicente del Caguán (Caquetá); Buenos Aires, Caldono y Miranda (Cauca); La Paz (Cesar); Río Sucio (Chocó); Tierraalta (Córdoba); San José del Guaviare (Guaviare); Fonseca (La Guajira); La Macarena, Mesetas y Vista Hermosa (Meta); Policarpa y Tumaco (Nariño); Tibú (Norte de Santander); Puerto Asís	Aproximadamente 20.000 mujeres en edad fértil que pueden entrar en gestación, 5.000 adolescentes, mujeres, campesinos, población afrodescendiente, indígenas se benefician de los servicios de salud sexual y reproductiva en la IPS local.	Los municipios donde estas se ubican presentan tasas de mortalidad materna y embarazo precoz hasta 10 veces mayor que el promedio nacional	25 municipios fortalecidos en el primer semestre de la intervención.	Informe de cada IPS fortalecida	Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA

Indicadores del sub-resultado	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)	Información de línea de base[1]	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
1.1.1. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las IPS locales para la atención integral en salud materna (prácticas que salvan vidas, código rojo y anticoncepción)	(Putumayo) e Ikononzo y Planadas (Tolima) 25 municipios y 14 departamentos	52 funcionarios capacitados	No disponible	25 municipios fortalecidos en el primer semestre de la intervención.	Certificados de asistencia	UNFPA
1.1.2. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las IPS locales para la atención integral en prevención y atención de las violencias basadas en género con énfasis en violencia sexual.	25 municipios y 14 departamentos	52 funcionarios capacitados	No disponible	25 municipios fortalecidos en el primer semestre de la intervención.	Certificados de asistencia	UNFPA

Indicadores del sub-resultado	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)	Información de línea de base[1]	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
1.1.3. Se han desarrollado capacidades en los líderes comunitarios para la promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos en el primer semestre de la intervención.	25 municipios y 14 departamentos	52 líderes comunitarios entrenados	No se dispone de información específica de las ETCR.	52 líderes comunitarios entrenados en el primer semestre de la intervención.	Certificados de asistencia a capacitaciones	UNFPA
1.1.4. Se han desarrollado capacidades de las IPS locales para la atención a través del suministro de equipos básicos y kits para la atención de parto limpio, emergencia obstétrica y atención de adolescentes y jóvenes.	25 municipios y 14 departamentos	25 IPS dotadas	No se dispone de información específica de las ETCR.	25 IPS Dotadas en el primer semestre de la intervención.	Certificados de dotación e inventario de almacén	UNFPA
1.1.5. Se han desarrollado capacidades de las IPS locales para la atención de violencia sexual a través del suministro de PET (postexposición a violencia sexual) kits en el primer semestre de la intervención.	25 municipios y 14 departamentos	25 IPS dotadas	No se dispone de información específica de las ETCR.	25 IPS Dotadas en el primer semestre de la intervención.	Certificados de dotación e inventario de almacén	UNFPA
1.1.6. Se han fortalecido las capacidades del talento humano de las IPS locales en consejería anticonceptiva en el año de la intervención.	25 municipios y 14 departamentos	25 IPS dotadas	No se dispone de información específica de las ETCR.	25 IPS capacitadas en el primer semestre de la intervención.	Certificados de capacitación	UNFPA

Indicadores del sub-resultado	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)	Información de línea de base[1]	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
1.1.7. Se ha ampliado la cobertura de acceso a métodos modernos de anticoncepción en el primer año de la intervención.	26 ETCR	Aproximadamente 5000 mujeres en edad fértil	No disponible	5000 usuarias de métodos modernos de anticoncepción	Registros de prestación de servicios de la IPS y de la estrategia de APS	UNFPA
1.1.8. Se ha implementado una estrategia de telemedicina para interconsulta de mayor complejidad en el primer semestre de la intervención.	25 municipios y 14 departamentos	Aproximadamente 20.000 mujeres en edad fértil que pueden entrar en gestación, 5.000 adolescentes, mujeres, campesinos, población afrodescendiente, indígenas se benefician de los servicios de salud sexual y reproductiva en la IPS local.	No disponible	25 municipios fortalecidos en el primer semestre de la intervención.	Registros mensuales de interconsultas atendidas por la estrategia	UNFPA
1.1.9. Se dispone de informes trimestrales y final de evaluación de los resultados del componente de SSR	25 municipios y 14 departamentos	Idem	No disponible	25 IPS PARTICIPANTES	Registros de consulta de control prenatal, atención del parto, anticoncepción, y atención de adolescentes. Reportes de cada una de las actividades realizadas	UNFPA

Indicadores del sub-resultado	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)	Información de línea de base[1]	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
<p>Producto 1.2. En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios seleccionados para la atención integral de la infancia y la salud nutricional</p>	<p>25 municipios (14 departamentos) en los que se ubican 26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN), discriminados así: Anorí, Dabeiba, Itango, Remedios y Vigía del Fuerte (Antioquia); Arauquita (Arauca); La Montañita y San Vicente del Caguán (Caquetá); Buenos Aires, Calono y Miranda (Cauca); La Paz (Cesar); Río Sucio (Chocó); Tierraalta (Córdoba); San José del Guaviare (Guaviare); Fonseca (La Guajira); La Macarena, Mesetas y Vista Hermosa (Meta); Policarpa y Tumaco (Nariño); Tibú (Norte de Santander); Puerto Asís (Putumayo) e Icononzo y Planadas (Tolima)</p>	<p>Aproximadamente 20.000 niños menores de cinco años en riesgo de Enfermedades Diarreicas o Respiratorias Agudas, y 7.000 niños y niñas menores de 2 años a riesgo de malnutrición</p>	<p>Los municipios donde estas se ubican presentan tasas de mortalidad infantil y desnutrición hasta 5 veces mayor que el promedio nacional</p>	<p>25 municipios fortalecidos, en el primer semestre de la intervención.</p>	<p>Informe de cada IPS fortalecida</p>	<p>Organización Panamericana de la Salud - OPS</p>
<p>1.2.1. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las IPS locales de los 25 municipio priorizados para la atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI Clínico en el primer semestre de la intervención.</p>	<p>25 municipios y 14 departamentos</p>	<p>52 funcionarios capacitados</p>	<p>No disponible</p>	<p>25 municipios fortalecidos, en el primer semestre de la intervención.</p>	<p>Certificados de asistencia</p>	<p>OPS</p>
<p>1.2.2. Se han desarrollado capacidades en los líderes comunitarios en la</p>	<p>25 municipios y 14 departamentos</p>	<p>52 líderes comunitarios entrenados</p>	<p>No se dispone de información específica de las ETCR.</p>	<p>52 líderes comunitarios entrenados, en</p>	<p>Certificados de asistencia a capacitaciones</p>	<p>OPS</p>

Indicadores del sub-resultado	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)	Información de línea de base[1]	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI Comunitario en las 19 ZVTN y 7 PTN en el primer semestre de la intervención.				el primer semestre de la intervención.		
1.2.3. Se ha fortalecido la capacidad de las IPS locales de primer nivel de complejidad de los 25 municipios seleccionados con equipos básicos para la atención de la infancia en el primer semestre de la intervención	25 municipios y 14 departamentos	25 IPS dotadas	No se dispone de información específica de las ETCR.	25 IPS Dotadas, en el primer semestre de la intervención.	Certificados de dotación e inventario de almacén	OPS
1.2.4. Se han conformado Unidades de Rehidratación Oral y de Atención de las Infecciones Respiratorias Agudas Comunitarias en las 26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN) en el primer semestre de la intervención.	25 municipios y 14 departamentos	26 ETCR	No se dispone de información específica de las ETCR.	26 UROCS y UAIRACs instaladas, en el primer semestre de la intervención.	registros mensuales de atención	OPS
1.2.5. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las IPS locales para la atención integral en salud nutricional en el primer semestre de la intervención.	25 municipios y 14 departamentos	52 funcionarios capacitados	No disponible	25 municipios fortalecidos, en el primer semestre de la intervención.	Certificados de asistencia	OPS

Indicadores del sub-resultado	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)	Información de línea de base[1]	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
1.2.6. Se ha reducido la incidencia de parasitismo intestinal en los niños y niñas menores de 2 años en las 26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN) en el primer año de intervención	25 municipios y 14 departamentos	7.000 niños y niñas menores de 2 años cubiertos con el programa de desparasitación intestinal.	No disponible	7.000 niños y niñas menores de 2 años cubiertos con el programa, en el primer semestre de la intervención.	Listado de beneficiarios del programa	OPS
1.2.7. Se implementó la estrategia de fortificación con micronutrientes en polvo para los niños y niñas menores de 2 años en las 26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN) en el primer año de la intervención	25 municipios y 14 departamentos	7.000 niños y niñas menores de 2 años recibieron micronutrientes en polvo para la fortificación de alimentos	No disponible	7.000 niños y niñas menores de 2 años con esquema de fortificación, en el primer año de la intervención.	Listado de beneficiarios del programa	OPS
1.2.8. Se dispone de informes trimestrales y final de evaluación de los resultados del componente de Infancia y Nutrición	25 municipios y 14 departamentos	Idem	No disponible	25 IPS PARTICIPANTES	Registros de consulta de control de crecimiento y desarrollo. Reportes de cada una de las actividades realizadas	OPS

Indicadores del sub-resultado	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)	Información de línea de base[1]	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
<p>Producto 1.3. En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios para la atención integral en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas. SPA.</p>	<p>25 municipios (14 departamentos) en los que se ubican 26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN), discriminados así: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios y Vigía del Fuerte (Antioquia); Arauquita (Arauca); La Montañita y San Vicente del Caguán (Caquetá); Buenos Aires, Caldono y Miranda (Cauca); La Paz (Cesar); Rio Sucre (Chocó); Tierraalta (Córdoba); San José del Guaviare (Guaviare); Fonseca (La Guajira); La Macarena, Mesetas y Vista Hermosa (Meta); Policarpa y Tumaco (Nariño); Tibú (Norte de Santander); Puerto Asís (Putumayo) e Icononzo y Planadas (Tolima)</p>	<p>Aproximadamente 10.000 campesinos y residentes, 1.000 adolescentes, se beneficiarán de los servicios de salud mental en la IPS local.</p>	<p>La población residente en las ETCR considera prioritaria la atención en salud mental y la prevención del consumo de SPA en especial en población adolescente y joven.</p>	<p>25 municipios fortalecidos, en el primer semestre de la intervención.</p>	<p>Informe de cada IPS fortalecida</p>	<p>OPS</p>
<p>1.3.1. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las IPS locales para la atención integral en salud mental (tamizajes, intervención breve, intervención en crisis, "ser, saber y hacer", en el primer semestre de la intervención.</p>	<p>25 municipios y 14 departamentos</p>	<p>52 funcionarios capacitados</p>	<p>No disponible</p>	<p>25 municipios fortalecidos, en el primer semestre de la intervención.</p>	<p>Certificados de asistencia</p>	<p>OPS</p>
<p>1.3.2. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las IPS locales</p>	<p>26 municipios y 14 departamentos</p>	<p>26 funcionarios y 26 líderes</p>	<p>No disponible</p>	<p>25 municipios fortalecidos, en el primer semestre de la intervención.</p>	<p>Certificados de asistencia</p>	<p>OPS</p>

Indicadores del sub-resultado	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)	Información de línea de base[1]	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
<p>y de la comunidad en la estrategia Plan de Acción para la reducción de brechas en salud mental mhGAP, de la OMS, en el primer semestre de la intervención.</p> <p>1.3.3. Se dispone de informes trimestrales y finales de evaluación de los resultados del componente de salud mental y prevención del consumo de SPA, en el primer semestre de la intervención.</p>	<p>25 municipios y 14 departamentos</p>	<p>comunitarios capacitados</p>	<p>No disponible</p>	<p>semestre de la intervención.</p> <p>25 IPS PARTICIPANTES</p>	<p>Registros de consulta de salud mental. Reportes de cada una de las actividades realizadas</p>	<p>OPS</p>
<p>Sub-Resultado 2:</p> <p>En el primer año de intervención se ha desarrollado una estrategia extramural e intercultural de Atención Primaria en Salud, APS, en 26 ETCR (16 ZVTN y 7 PTN) para la promoción y garantía del derecho a la salud, con enfoque de género y equidad que impulse la acción comunitaria e intersectorial para la construcción de escenarios protectores de paz.</p>						
<p>Organización/es responsable/s del Resultado: ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES, OIM</p>						

Indicadores del sub-resultado	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)	Información de línea de base[1]	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
<p>Producto 2.1. Se ha implementado una estrategia extramural de APS en las 26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN), que ha operado durante el primer año de intervención</p>	<p>25 municipios (14 departamentos) en los que se ubican las 26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN), discriminados así: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios y Vigía del Fuerte (Antioquia); Arauquita (Arauca); La Montañita y San Vicente del Caguán (Caquetá); Buenos Aires, Galdono y Miranda (Cauca); La Paz (Cesar); Río Sucio (Chocó); Tierralta (Córdoba); San José del Guaviare (Guaviare); Fonseca (La Guajira); La Macarena, Mesetas y Vista Hermosa (Meta); Policarpa y Tumaco (Nariño); Tibú (Norte de Santander); Puerto Asís (Putumayo) e Ikonzo y Planadas (Tolima)</p>	<p>Aproximadamente 20.000 mujeres en edad fértil que pueden entrar en gestación, 5.000 adolescentes, mujeres campesinos, población afrodescendiente, indígenas, 7000 niños y niñas menores de 2 años a riesgo de malnutrición se benefician de los servicios extramurales de APS</p>	<p>Existen barreras geográficas, culturales e institucionales para el acceso a servicios de salud</p>	<p>25 municipios fortalecidos.</p>	<p>Informe trimestral de desempeño de la estrategia de APS en cada ETCR</p>	<p>Organización Internacional para las Migraciones - OIM</p>
<p>2.1.1.1. Se han contratado 26 equipos extramurales de APS conformados por una enfermera profesional y dos líderes comunitarios en formación, que adelantarán una intervención comunitaria con enfoque intercultural y perspectiva de género durante un año en 26 ETCR (16 ZVTN y 7 PTN).</p>	<p>26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN)</p>	<p>Idem</p>	<p>No disponible</p>	<p>Se han contratado 26 enfermeras profesionales para la puesta en marcha de la estrategia y 52 líderes comunitarios en modalidad de entrenamiento en servicio.</p>	<p>Reporte de contratación</p>	<p>OIM</p>

Indicadores del sub-resultado	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)	Información de línea de base[1]	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
2.1.2. Al final del primer año de la intervención se han certificado 52 líderes locales (campesinos o indígenas) como auxiliares en salud pública.	26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN)	Idem	No disponible	52 líderes comunitarios entrenados y certificados por el SENA	Certificación del SENA	OIM
2.1.3. En el primer trimestre de la intervención se ha entrenado el equipo que desarrollará la estrategia extramural de APS en las estrategias relevantes de las áreas priorizadas para intervención.	26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN)	Idem	No disponible	25 enfermeras profesionales y 52 líderes comunitarios entrenados	Certificación de formación	OIM
2.1.4. En el primer trimestre de la intervención se dispone de censo de canalización de las veredas objeto de la intervención	26 ETCR	Idem	No disponible	26 Censos levantados	Registros e informes	OIM
2.1.5. Al final de la intervención se han identificado y capacitado las organizaciones de base campesinas, indígenas, afrodescendientes y de mujeres en Derechos Humanos, Derechos Sexuales y Reproductivos y Prevención de violencia basada en género	26 ETCR	Idem	No disponible	100% de las organizaciones presentes en la vereda	Registro e informes	OIM

Indicadores del sub-resultado	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)	Información de línea de base[1]	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
2.1.6. Al final de la intervención se ha fortalecido la participación de las mujeres en las instancias de participación social presentes en las veredas.	26 ETCR	Idem	No disponible	Incrementar la participación de la mujer en un 30%	Registro e informes	OIM
2.1.7. Al final de la intervención se ha fortalecido la participación de las mujeres que trabajan en las IPS locales en las instancias de participación social.	25 municipios	Idem	No disponible	Incrementar la participación de la mujer en un 30%	Registro e informes	OIM
2.1.8. Al final de la intervención se ha capacitado a las familias residentes en las ECTR en medidas de autocuidado, saneamiento básico y protección ambiental.	26 ETCR	Idem	No disponible	60% de las familias residentes en la vereda	Registro e informes	OIM
2.1.9. Se dispone de informes trimestrales e informe final de evaluación de los resultados del componente	25 municipios y 14 departamentos	Idem	No disponible	26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN)	Registros de cada una de las actividades realizadas	OPS
Sub-Resultado 3:	En el primer semestre de la intervención se ha concertado e implementado una estrategia de monitoreo y seguimiento de resultados de base comunitaria.					
Organización/es responsable/s del Resultado: ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES OIM						

Indicadores del sub-resultado	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)	Información de línea de base[1]	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
<p>Producto 3.1. Se han desarrollado capacidades a nivel local para el desarrollo de una estrategia de vigilancia en salud pública de base comunitaria</p>	<p>25 municipios (14 departamentos) en los que se ubican 26 ETCR (19 ZVTN y 7 PTN) discriminados así: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios y Vigía del Fuerte (Antioquia); Arauquita (Arauca); La Montañita y San Vicente del Caguán (Cauca); Buenos Aires, Caldoño y Miranda (Cauca); La Paz (Cesar); Río Sucio (Chocó); Tierraalta (Córdoba); San José del Guaviare (Guaviare); Fonseca (La Guajira); La Macarena, Mesetas y Vista Hermosa (Meta); Policarpa y Tumaco (Nariño); Tibú (Norte de Santander); Puerto Asís (Putumayo) e Icononzo y Planadas (Tolima)</p>	<p>Aproximadamente 20.000 mujeres en edad fértil que pueden entrar en gestación, 5.000 adolescentes, mujeres, campesinos, población afrodescendiente, indígenas, 7000 niños y niñas menores de 2 años a riesgo de malnutrición se benefician de los servicios extramurales de APS</p>	<p>No se dispone de información clara sobre la salud y el acceso a servicios de salud y su impacto en la población residente en las ETCR.</p>	<p>25 municipios fortalecidos</p>	<p>Informe trimestral de desempeño de la estrategia en cada ETCR</p>	<p>Organización Internacional para las Migraciones – OIM</p>
<p>3.1.1. En el primer trimestre de la intervención se ha puesto en operación el sistema de vigilancia en salud pública de base comunitaria en las veredas objeto de intervención.</p>	<p>25 municipios, 14 departamentos</p>	<p>Idem</p>	<p>No disponible</p>	<p>Sistema de vigilancia operando en 25 municipios.</p>	<p>Informe mensual</p>	<p>OIM</p>

Indicadores del sub-resultado	Áreas geográficas	Beneficiarios (Hombres, Mujeres, Niñas y Niños)	Información de línea de base[1]	Metas finales	Medios de verificación	Organización responsable
3.1.2. Se han realizado visitas de asistencia técnica y concertación para mejorar la articulación de las autoridades locales para la solución de los problemas de salud al 100% de las ETCR, durante el primer año de intervención.	25 municipios, 14 departamentos	Idem	No disponible	Informe final de las actividades de asistencia técnica, abogacía y cabildeo realizadas	Informe	OIM
3.1.3. Se dispone de informes trimestrales e informe final de evaluación de los resultados del proyecto	25 municipios, 14 departamentos	Idem	No disponible	Informe trimestral que dé cuenta del avance en las 26 ETCR. Informe final del desempeño del proyecto	Informe	OIM
3.1.4. Se dispone de un informe final de participación de la mujer en la estrategia de APS propuesta.	25 municipios, 14 departamentos	Idem	No disponible	Informe final de la participación de la mujer en la estrategia	Informe	OIM
3.1.5. Se ha realizado un informe comunitario de rendición de cuentas de los resultados del proyecto	25 municipios, 14 departamentos	Idem	No disponible	Informe final de rendición de cuentas	Informe	OIM

Anexo 2a: Plan de trabajo y presupuesto¹⁵

Plan de trabajo de: **DESARROLLO DE CAPACIDADES LOCALES PARA LA PROMOCIÓN Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, ATENCIÓN A LA INFANCIA Y SALUD NUTRICIONAL EN 14 DEPARTAMENTOS Y 25 MUNICIPIOS EN LOS QUE SE UBICAN 19 ZVTN Y 7 PTN.**

Duración del programa: 12 meses

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

Se requiere adjuntar como anexo el detalle del presupuesto sometido a consideración.

Productos esperados del Proyecto	Actividades claves	Calendario (por actividad)								Área geográfica	Organización participante responsable	Presupuesto previsto (por producto/ actividad) USD	
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4				
Producto 1.1													
En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios para la atención integral en salud sexual y reproductiva en prácticas que salvan vidas, prevención y atención de las violencias basadas en género y anticoncepción.*	1.1.1. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las IPS locales para la atención integral en salud materna (prácticas que salvan vidas, código rojo y anticoncepción)	X	X	X	X						25 municipios y 14 departamentos	UNFPA	27.596
	1.1.2. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las IPS locales para la atención integral en prevención y atención de las violencias basadas en género.	X	X	X	X						25 municipios y 14 departamentos	UNFPA	
	1.1.3. Se han desarrollado capacidades en los líderes comunitarios para la promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos en el primer semestre de la intervención	X	X	X	X						25 municipios y 14 departamentos	UNFPA	27.596

¹⁵ Se requiere adjuntar el presupuesto detallado

Objetivos específicos (Efecto/Outcome) del Fondo: <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 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 Nº 5. Del ámbito 3. Socio económica)</i>													
Productos esperados del Proyecto	Actividades claves	Calendario (por actividad)								Presupuesto previsto (por producto/ actividad) USD			
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4				
	1.1.4. Se han desarrollado capacidades de las IPS locales para la atención a través del suministro de equipos básicos y kits para la atención de parto limpio, emergencia obstétrica y atención de adolescentes en el primer semestre de la intervención	X	X								25 municipios y 14 departamentos	UNFPA	47.558
	1.1.5. Se han desarrollado capacidades de las IPS locales para la atención a través del suministro de kits para la atención de la violencia sexual en el primer semestre de la intervención	X	X										
	1.1.6. Se ha ampliado la cobertura de acceso a métodos modernos de anticoncepción en el primer año de la intervención	X									25 municipios y 14 departamentos	UNFPA	62.780
	1.1.7. Se ha implementado una estrategia de telemedicina para interconsulta de mayor complejidad en el primer semestre de la intervención	X	X	X	X						25 municipios y 14 departamentos	UNFPA	33.800
	1.1.8. Se dispone de informes trimestrales y final de evaluación de los resultados del componente de SSR	X	X	X	X						25 municipios y 14 departamentos	UNFPA	55.586
	Costos generales de operación y otros costos directos	X	X	X	X						25 municipios y 14 departamentos	UNFPA	17.844

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	Q1	Q2	Q3	Q4				
	Costos indirectos de Soporte	X	X	X	X					25 municipios y 14 departamentos	UNFPA	19.093	
Producto 1.2													
En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios para la atención integral de la infancia y la salud nutricional.	1.2.1. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las IPS locales para la atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI Clínico en el primer semestre de la intervención	X	X							25 municipios y 14 departamentos	OPS	33.391	
	1.2.2. Se han desarrollado capacidades en los líderes comunitarios en la atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI Comunitario en el primer semestre de la intervención	X	X							25 municipios y 14 departamentos	OPS	28.286	
	1.2.3. Se ha fortalecido la capacidad de las IPS locales de primer nivel de complejidad con equipos básicos para la atención de la infancia en el primer semestre de la intervención		X								25 municipios y 14 departamentos	OPS	49.758
	1.2.4. Se han conformado Unidades de Rehidratación Oral y de Atención de las Infecciones Respiratorias Agudas Comunitarias en las ZVTN y PTN en el primer semestre de la intervención		X								25 municipios y 14 departamentos	OPS	56.786

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. (Re-Ultado 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	Q1	Q2	Q3	Q4				
	1.2.5. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las IPS locales para la atención integral en salud nutricional en el primer semestre de la intervención	X									25 municipios y 14 departamentos	OPS	16.139
	1.2.6. Se ha reducido la incidencia de parasitismo intestinal en los niños y niñas menores de 2 años en las 19 ZVTN y 7 PTN en el primer semestre de la intervención	X	X	X							25 municipios y 14 departamentos	OPS	3.139
	1.2.7. Se ha reducido la incidencia de anemia y deficiencia de micronutrientes en los niños y niñas menores de 2 años en las ZVTN y PTN en el primer año de la intervención	X	X	X	X						25 municipios y 14 departamentos	OPS	26.078
	1.2.8. Se dispone de informes trimestrales y final de evaluación de los resultados del componente de Infancia y Nutrición	X	X	X	X						25 municipios y 14 departamentos	OPS	55.586
Producto 1.3.													
En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios para la atención integral en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, SPA.	1.3.1. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las IPS locales para la atención integral en salud mental (tamizajes, intervención breve, intervención en crisis, "ser, saber y hacer" en el primer semestre de la intervención	X									25 municipios y 14 departamentos	OPS	59.469
	1.3.2. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las IPS locales y de la comunidad	X									25 municipios y 14 departamentos	OPS	12.073

Objetivos específicos (Efecto/Outcome) del Fondo: *Inicio del 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 (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	Q1	Q2	Q3	Q4			
		<p>en la estrategia Plan de Acción para la reducción de brechas en salud mental mhGAP, de la OMS, en el primer semestre de la intervención</p> <p>1.3.3. Se dispone de informes trimestrales y finales de evaluación de los resultados del componente de salud mental y prevención del consumo de SPA.</p> <p>Costos generales de operación y otros costos directos</p> <p>Costos indirectos de soporte</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>									

Producto 2.1.

<p>Se han desarrollado capacidades a nivel local para la atención integral en salud sexual y reproductiva, salud infantil, salud nutricional y salud mental a través de una estrategia extramural comunitaria de APS* 2.1.6.2.1.7.</p>	<p>2.1.1. Se han contratado 26 equipos extramurales de APS conformados por una enfermera profesional y dos líderes comunitarios en formación, que adelantarán una intervención comunitaria con enfoque intercultural y perspectiva de género durante un año en 16 ZVTN y 7 PTN.</p> <p>2.1.2. Al final del primer año de la intervención se han certificado 52 líderes locales (campesinos o indígenas) como auxiliares en salud pública.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>25 municipios y 14 departamentos</p> <p>25 municipios y 14 departamentos</p> <p>25 municipios y 14 departamentos</p>	<p>OIM</p> <p>OIM</p> <p>OIM</p>	<p>578.983</p> <p>224.215</p>				
--	---	--	--	--	--	--	---	----------------------------------	-------------------------------

Productos esperados del Proyecto	Actividades claves	Calendario (por actividad)							Área geográfica	Organización participante responsable	Presupuesto previsto (por producto/ actividad) USD	
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3				Q4
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)	2.1.3. En el primer trimestre de la intervención se ha entrenado el equipo que desarrollará la estrategia extramural de APS en las estrategias relevantes de las áreas prioritizadas para intervención	X							26 ECTR (19 ZVTN y 7 PTN)	OIM	69.058	
	2.1.4. En el primer trimestre de la intervención se dispone de censo de canalización de las veredas objeto de la intervención.	X							26 ECTR (19 ZVTN y 7 PTN)	OIM		
	2.1.5. Al final de la intervención se han identificado y capacitado las organizaciones de base campesinas, indígenas, afrodescendientes y de mujeres en derechos humanos, Derechos sexuales y reproductivos y prevención de la violencia basada en género.	X	X	X	X				26 ECTR (19 ZVTN y 7 PTN)	OIM		
	2.1.6. Al final de la intervención se ha fortalecido la participación de la mujer en las instancias de participación social presentes en las veredas	X	X	X	X				26 ECTR (19 ZVTN y 7 PTN)	OIM		
	2.1.7. Al final de la intervención se ha capacitado a las familias residentes en las ECTR en medidas de autocuidado, saneamiento básico y protección ambiental.	X	X	X	X				26 ECTR (19 ZVTN y 7 PTN)	OIM		

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	Q1	Q2	Q3	Q4			
	2.1.8. Se dispone de informes trimestrales y final de evaluación de los resultados del componente.	X	X	X	X					19 ZVTN y 7 PTN	OIM	92.840
Producto 3.1.												
En el primer semestre de la intervención se ha concertado e implementado una estrategia de monitoreo y seguimiento de resultados de base comunitaria.	3.1.1. En el primer trimestre de la intervención se ha puesto en operación el sistema de vigilancia en salud pública de base comunitaria en las veredas objeto de intervención	X	X	X	X					26 ECTR (19 ZVTN y 7 PTN)	OIM	38.772
	3.1.2. Se han realizado visitas de asistencia técnica y concertación para mejorar la articulación de las autoridades locales para la solución de los problemas de salud al 100% de las ZVTN y PTN, durante el primer año de intervención.	X	X	X	X					25 municipios y 14 departamentos	OIM	21.579
	3.1.3. Se dispone de informes trimestrales e informe final de evaluación de los resultados del proyecto.	X	X	X	X					25 municipios y 14 departamentos	OIM	92.840
	3.1.4. Se dispone de un informe final de participación de la mujer en la estrategia de APS propuesta				X					26 ECTR (19 ZVTN y 7 PTN)	OIM	
	3.1.5. Se ha realizado un informe comunitario de rendición de cuentas de los resultados del proyecto				X					26 ECTR (19 ZVTN y 7 PTN)	OIM	
Costos generales de operación y otros costos directos		X	X	X	X					25 municipios y 14 departamentos	OIM	78.280

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

PRESUPUESTO DEL MPTF *				
CATEGORÍAS	FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (USD)	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (USD)	ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (USD)	TOTAL (USD)
1. Costos de personal	\$ 79.589	\$ 79.589	\$ 728.788	\$ 887.966
2. Suministros, comodidades, materiales	\$ 117.903	\$ 231.307	\$ 333.839	\$ 683.049
3. Equipo, vehículo y muebles, incluyendo su depreciación	\$ 12.580	\$ 0	\$ 0	\$ 12.580
4. Servicios contractuales	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
5. Viajes	\$ 44.843	\$ 62.780	\$ 55.660	\$ 163.283
6. Transferencias y grants a contrapartes	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
7. Costos generales de operación y otros costos directos	\$ 17.844	\$ 26.157	\$ 78.280	\$ 122.281
Sub-total de costos del proyecto	\$ 272.759	\$ 399.833	\$ 1.196.567	\$ 1.869.159
Costos indirectos de soporte**	\$ 19.093	\$ 27.988	\$ 83.760	\$ 130.841
TOTAL	\$ 291.852	\$ 427.821	\$ 1.280.327	\$ 2.000.000

* 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).

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
<p>Sub-Resultado 1: En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios priorizados para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud (APS) de calidad, con enfoque de género e intercultural, y con énfasis en salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), salud sexual y reproductiva, atención a la infancia y salud nutricional.</p>	<p>Atenciones de SSR realizadas por la IPS local a población residente en la vereda.</p> <p>Atenciones en salud mental realizadas por la IPS local a población residente en la vereda.</p> <p>Atenciones de la estrategia AIEPI realizadas a niños menores de 5 años.</p> <p>Línea de base no disponible</p>	<p>Registros de información de la IPS</p>	<p>Reporte mensual de actividades de la IPS local</p>	<p>UNFPA -Atenciones en SSR</p> <p>OPS -Atenciones en infancia y salud mental.</p>
<p>Producto 1.1. En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios para la atención integral en salud sexual y reproductiva en prácticas que salvan vidas, prevención y atención de las violencias basadas en género y anticoncepción.</p>	<p>Nº de municipios que han capacidades en atención integral en salud sexual y reproductiva en prácticas que salvan vidas, prevención y atención de las violencias basadas en género, anticoncepción</p> <p>Línea de base: 0</p>	<p>Registros de capacitación por municipio</p>	<p>Reporte al final de la actividad en el primer semestre</p>	<p>UNFPA</p>
<p>1.1.1. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las 25 IPS locales para la atención integral en salud</p>	<p>Nº de IPS vinculadas al programa.</p>	<p>Registros de capacitación por municipio</p>	<p>Reporte al final de la actividad en el primer semestre</p>	<p>UNFPA</p>

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
materna (prácticas que salvan vidas, código rojo, y anticoncepción)	Nº de funcionarios entrenados. Línea de base: 0			
1.1.2. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las 25 IPS locales para la atención integral en prevención y atención de las violencias basadas en género.	Nº de IPS vinculadas al programa. Nº de funcionarios entrenados. Línea de base: 0	Registros de capacitación por municipio	Reporte al final de la actividad en el primer semestre	UNFPA
1.1.3. Se han desarrollado capacidades en 52 líderes comunitarios para la promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos.	Nº de líderes entrenados Línea de base: 0	Registros de capacitación por municipio	Reporte al final de la actividad en el primer semestre	UNFPA
1.1.4. Se han desarrollado capacidades de las 25 IPS locales para la atención a través del suministro de equipos básicos y kits para la atención de parto limpio, emergencia obstétrica y atención de adolescentes.	Nº de IPS fortalecidas Línea de base: 0	Registros de ingreso a almacén de bienes y suministros entregados a cada IPS	Reporte al final de la actividad en el primer semestre.	UNFPA
1.1.5. Se han desarrollado capacidades de las 25 IPS locales para la atención a través del suministro de kits para la atención de la violencia sexual.	Nº de IPS fortalecidas Línea de base: 0	Registros de ingreso a almacén de bienes y suministros entregados a cada IPS	Reporte al final de la actividad en el primer semestre.	UNFPA
1.1.6. Se ha ampliado la cobertura de acceso a métodos modernos de anticoncepción	Nº de mujeres beneficiadas con el suministro de métodos modernos de anticoncepción Línea de base no disponible	Reporte mensual del equipo extramural de APS Reporte mensual de las actividades del programa de anticoncepción en la IPS local	Informe mensual del equipo de APS Informe mensual de laS IPS	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
1.1.7. Se ha implementado una estrategia de telemedicina para interconsulta de mayor complejidad	Nº de interconsultas atendidas mensualmente Línea de base: 0	Informe del especialista contratado	Informe mensual del especialista contratado	UNFPA
1.1.8. Se dispone de informes trimestrales y final de evaluación de los resultados del componente de SSR	Nº de informes trimestrales entregados Línea de base: 0	Documento de informe	Reporte trimestral	UNPFA
Producto 1.2. En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel de complejidad de los 25 municipios para la atención integral de la infancia y la salud nutricional.	Nº de municipios que han capacidades en atención integral de la infancia y la salud nutricional Línea de base: 0	Registros de capacitación por municipio	Reporte al final de la actividad en el primer semestre	OPS
1.2.1. Se han desarrollado capacidades del talento humano en 25 IPS locales para la atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI Clínico	Nº de IPS vinculadas al programa. Nº de funcionarios entrenados. Línea de base: 0	Registros de capacitación por municipio	Reporte al final de la actividad en el primer semestre	OPS
1.2.2. Se han desarrollado capacidades en 52 líderes comunitarios en la atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI Comunitario en el primer semestre de intervención.	Nº de líderes entrenados Línea de base: 0	Registros de capacitación por municipio	Reporte al final de la actividad en el primer semestre	OPS
1.2.3. Se ha fortalecido la capacidad de 25 IPS locales de primer nivel de complejidad con equipos básicos para la	Nº de IPS fortalecidas Línea de base: 0	Registros de ingreso a bienes y almacén	Reporte al final de la actividad en el primer semestre.	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
atención de la infancia en el primer semestre de intervención.		suministros entregados a cada IPS		
1.2.4. Se han conformado Unidades de Rehidratación Oral y de Atención de las Infecciones Respiratorias Agudas Comunitarias en las 19 ZVTN y 7 PTN en el primer año de intervención.	Nº de UROCs y UAIRACs instaladas	Informe del equipo de APS	Reporte al final de la actividad en el primer año.	OPS
1.2.5. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las 25 IPS locales para la atención integral en salud nutricional en el primer semestre de intervención	Nº de IPS vinculadas al programa. Nº de funcionarios entrenados. Línea de base: 0	Registros de capacitación por municipio	Reporte al final de la actividad en el primer semestre	OPS
1.2.6. Se ha reducido la incidencia de parasitismo intestinal en aproximadamente 7.000 niños y niñas menores de 2 años en las ZVTN y PTN durante el primer año de intervención	Nº de niños atendidos en el programa de desparasitación Línea de base no disponible	Informe del equipo de APS	Reporte mensual de actividades de cada equipo de APS	OPS
1.2.7. Se ha reducido la incidencia de anemia y deficiencia de micronutrientes en aproximadamente 7.000 niños y niñas menores de 2 años en las ZVTN y PTN durante el primer año de intervención	Nº de niños atendidos en el programa de reducción de anemia nutricional y deficiencia de micronutrientes Línea de base no disponible No disponible	Informe del equipo de APS	Reporte mensual de actividades de cada equipo de APS	OPS
1.2.8. Se dispone de informes trimestrales y final de evaluación de los resultados del componente de Infancia y Nutrición.	Nº de informes trimestrales entregados Línea de base: 0	Documento de informe	Reporte trimestral	OPS
Producto 1.3. En el primer semestre de la intervención se han desarrollado capacidades en las IPS de primer nivel	Nº de municipios que han capacidades en atención integral en salud mental y	Registros de capacitación por municipio		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
de complejidad de los 25 municipios para la atención integral en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, SPA.	prevención del consumo de sustancias psicoactivas Línea de base: 0		Reporte al final de la actividad en el primer semestre.	
1.3.1. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las 25 IPS locales para la atención integral en salud mental (tamizajes, intervención breve, intervención en crisis, "ser, saber y hacer") en el primer semestre de intervención	Nº de IPS vinculadas al programa. Nº de funcionarios entrenados. Línea de base: 0	Registros de capacitación por municipio	Reporte al final de la actividad en el primer semestre	OPS
1.3.2. Se han desarrollado capacidades del talento humano de las IPS locales y de la comunidad en la estrategia Plan de Acción para la reducción de brechas en salud mental mhGAP, de la OMS en el primer semestre de la intervención.	Nº de funcionarios entrenados Nº de líderes entrenados Línea de base: 0	Registros de capacitación por municipio	Reporte al final de la actividad en el primer semestre	OPS
1.3.3. Se dispone de informes trimestrales y finales de evaluación de los resultados del componente de salud mental y prevención del consumo de SPA	Nº de informes trimestrales entregados Línea de base: 0	Documento de informe	Reporte trimestral	OPS
Sub-Resultado 2: En el primer año de intervención se ha desarrollado una estrategia extramural e intercultural de Atención Primaria en Salud, APS, en 19 ZVTN y 7 PTN para la promoción y garantía del derecho a la salud, con enfoque de género y equidad que impulse la acción comunitaria e	Nº de municipios donde opera la estrategia	Informe de concertación por municipio Informe de contratación de RRHH	Informe trimestral	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
intersectorial para la construcción de escenarios protectores de paz.				
Producto 2.1. Se han desarrollado capacidades a nivel local en 19 ZVTN y 7 PTN para la atención integral en salud sexual y reproductiva, salud infantil, salud nutricional y salud mental a través de una estrategia extramural comunitaria de APS	Nº de ZVTN y PTN donde opera la estrategia	Informe de concertación por municipio Informe de contratación de RRHH	Informe trimestral	OIM
2.1.1. Se han contratado 26 equipos extramurales de APS conformados por una enfermera profesional y dos líderes comunitarios en formación, que adelantarán una intervención comunitaria con enfoque intercultural y perspectiva de género durante un año en 16 ZVTN y 7 PTN.	Nº de enfermeras supervisoras del programa vinculadas Nº de líderes comunitarios captados para el entrenamiento Proporción de mujeres vinculadas al proyecto	Informe trimestral de operación de la estrategia Informes de contratación	Reporte trimestral del equipo de gestión de la estrategia	OIM
2.1.2. Al final del primer año de la intervención se han certificado 52 líderes locales (campesinos o indígenas) como auxiliares en salud pública.	Nº de líderes comunitarios que fueron certificados Línea de base: 0	Informe final de operación de la estrategia Informes de contratación	Reporte final del equipo de gestión de la estrategia	OIM
2.1.3. En el primer trimestre de la intervención se ha entrenado el equipo que desarrollará la estrategia extramural de APS en las estrategias relevantes de las áreas priorizadas para intervención	Nº de enfermeras y funcionarios entrenados en la estrategia Línea de base: 0	Informe al final del entrenamiento	Reporte en primer trimestre	OIM
2.1.4. En el primer trimestre de la intervención se dispone de censo de canalización de las veredas objeto de la intervención	Proporción de informes de censo de canalización realizados	Informe de censo de canalización de cada vereda	Reporte al final del primer trimestre	OIM

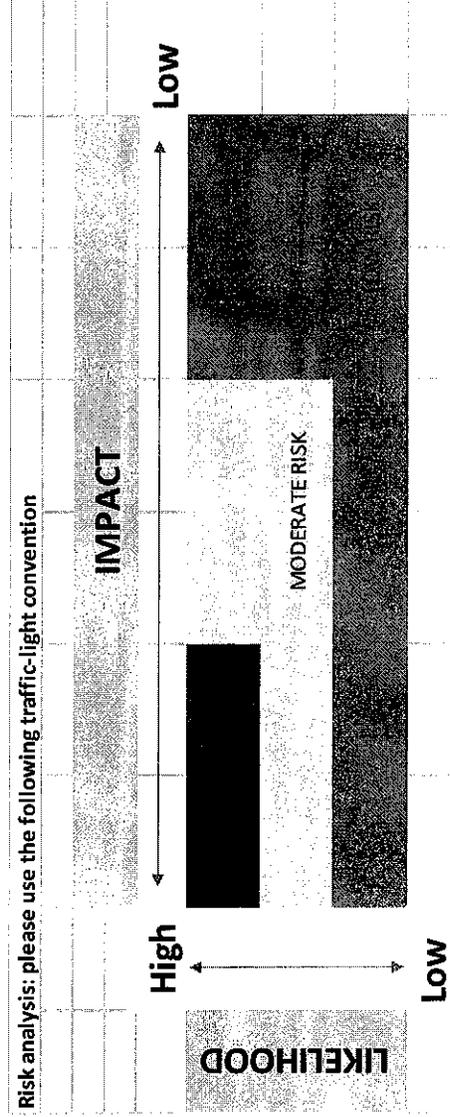
Productos esperados y actividades claves del Programa	Indicadores (con líneas de base y cronograma indicativo)	Medios de verificación	Métodos de recolección (con cronograma indicativo y frecuencial)	Responsabilidades
2.1.5. Al final de la intervención se han identificado y capacitado las organizaciones de base campesinas, indígenas, afrodescendientes y de mujeres en Derechos Humanos, Derechos Sexuales y Reproductivos y Prevención de violencia basada en género	Proporción de organizaciones de base capacitadas	Informe de censo de canalización e informe de capacitación	Reporte trimestral	OIM
2.1.6. Al final de la intervención se ha fortalecido la participación de la mujer en las instancias de participación social presentes en las veredas	Proporción de participación de las mujeres al inicio y al final del proyecto en instancias de participación social	Informe de censo de canalización e informe final	Reporte anual	OIM
2.1.7. Al final de la intervención se ha capacitado a las familias residentes en las ECTR en medidas de autocuidado, saneamiento básico y protección ambiental.	Proporción de familias capacitadas	Informe de censo de canalización e informe final	Reporte trimestral	OIM
2.1.8. Se dispone de informes trimestrales e informe final de evaluación de los resultados del componente.	Nº de informes trimestrales entregados Línea de base: 0	Documento de informe	Reporte trimestral	OIM
Sub-Resultado 3: En el primer semestre de la intervención se ha concertado e implementado una estrategia de monitoreo y seguimiento de resultados de base comunitaria	Nº de municipios que participan en la estrategia Línea de base: 0	Informe de seguimiento de la estrategia	Reporte trimestral	OIM
Producto 3.1. Se han desarrollado capacidades a nivel local en 25 municipios para el desarrollo de una estrategia de vigilancia en salud pública de base comunitaria	Nº de municipios donde opera la estrategia Nº de ZVTN y PTN donde opera la estrategia	Informe de seguimiento de la estrategia	Informe trimestral	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
3.1.1. En el primer trimestre de la intervención se ha puesto en operación el sistema de vigilancia en salud pública de base comunitaria en las veredas objeto de intervención	Nº de ZVTN y PTN que participan en la estrategia	Reporte mensual de vigilancia en salud pública	Consolidado mensual de los eventos reportados por cada municipio	OIM
3.1.2. Se han realizado visitas de asistencia técnica y concertación para mejorar la articulación de las autoridades locales para la solución de los problemas de salud al 100% de las ZVTN y PTN, durante el primer año de intervención.	Nº de municipios cubiertos con las actividades de gestión y abogacía	Informes de visitas de asistencia técnica	Consolidado trimestral de los reportes de asistencia técnica adelantada.	OIM
3.1.3. Se dispone de informes trimestrales e informe final de evaluación de los resultados del proyecto.	Nº de informes trimestrales entregados Línea de base: 0	Documento de informe	Reporte trimestral y final	OIM
3.1.4. Se dispone de un informe final de participación de la mujer en la estrategia de APS propuesta.	No de informes finales entregados No de encuestas de percepción realizadas Línea de base: 0	Documento de informe	Reporte final	OIM
3.1.5. Se ha realizado un informe comunitario de rendición de cuentas de los resultados del proyecto	No de informes finales entregados Línea de base: 0	Documento de informe	Reporte final	OIM

Anexo 4: Análisis de riesgos

Riesgo	Asociado al resultado #	Rating		¿Cómo se el riesgo mitigado?
		Impacto	Probabilidad	
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
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 las ZVTN y PTN	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.
6. Falta de voluntad política y de las entidades territoriales para apoyar la estrategia	Todos los resultados			Poner en operación un comité de alto nivel con entregables definidos, que permitan hacer 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.

Riesgo	Asociado al resultado #	Rating		¿Cómo se va el riesgo mitigado?
		Impacto	Probabilidad	
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 cada una de las ZVTN y PTN de los líderes que serán beneficiarios de las capacitaciones en los diferentes componentes del proyecto. Adaptación intercultural de las estrategias propuestas. Dialogo de saberes e inclusión de agentes tradicionales de salud como parteras empíricas y médicos tradicionales.



Anexo 5. Relación de talento humano que brinda atención en los ECTR

No.	Departamento	Municipio	Vereda	Contacto médico	Contacto Gerente
1		Anorí	La Plancha	Edwin Michel Ríos MD cel: 3206559616 CC PENDIENTE Aura	Alexander Manco cel: 3116010183
2		Dabeiba	Llanogrande	Yesica David Graciano auxiliar sábado-lunes cel 3113346887 cc1039288588	Andrey Duque cel 3147166385
3	Antioquia	Ituango	Santa Lucía	Médico: Dr. Garrido Cel: 3113773902	Luis Octavio Gutiérrez Montes Cel: 320 6911066
4		Remedios	Carrizal	Juliet Catherine Villamizar Guerrero MD CC1032469577 Cel. 3219004500 Aleisa Montoya Cel. 3192963044 CC	Pedro Mendevil Cel: 3136564731
5		Vigía del Fuerte	Vidrí		Graceliano Arroyo Cel: 3137813527
6	Arauca	Araucuita	Filipinas	Doctor Botero MD 3167404864 Mercedes 3123846925 Auxiliar	José Vicente Sanabria Cel 3125721707

No.	Departamento	Municipio	Vereda	Contacto médico	Contacto Gerente
7	Caquetá	Montañita	Agua Bonita	<p>Médico: Jair Ernesto Araque MD CC 91180230 Cel: 3005420917</p> <p>Auxiliar Enfermería: Yineth Chavarro Varela CC 30507763 Cel: 3115400670</p>	<p>John Galvis 3134371393 Gerente</p> <p>Jhon Jairo Jaramillo Coordinador I Nivel Cel: 3102944032</p>
8		San Vicente del Caguán	Miravalle	<p>Médicos: Leonardo Ruiz Martínez 3172898489 Alejandro Torres 3144914829</p> <p>Auxiliares: Juan Carlos Alvarez 3112439871 Catalina Herrera 3219617922</p>	<p>Marlon Mauricio MarroquinCel: 3103056662</p>
9		Buenos Aires	Robles/El Ceral	<p>isabel Rengifo MD cel 3177306480</p>	<p>Jorge Medina Cel:3103837210</p>
10	Cauca	Caldono	Los Monos	<p>Orlando Javier Jiménez MD 3113398332</p> <p>Luis Angel Papamija Zuñiga MD 3112375057-3113909711</p> <p>Diana Marcela Bastidas Aux 3106057884-3136107371</p> <p>Karen Albania Vidal Aux 3173950173-3188350520</p>	<p>Zuly Ruiz Cel: 3218511516</p>

No.	Departamento	Municipio	Vereda	Contacto médico	Contacto Gerente
11		Miranda	Monterredondo	<p>Daniela Larahondo MD CC: 1059064811 Cel: 3183725398</p> <p>Rául Gutierrez auxiliar CC: 1114874897 Cel: 3186977639</p>	Beatriz Bohórquez Cel: 3206884803
12	Cesar	La Paz	San José de Oriente / Tierra Grata	Médico: Jaime Orozco Cel: 3046041430	José Gutiérrez Cel: 3017495493
13	Córdoba	Tierralta	Gallo	Médico: Howard Crawford Cel: 3215214863	Carlos Alberto Ibáñez Cel: 300 3464468
14	Chocó	Riosucio	Las Brisas/Florida	Yonny MD Cel: 3104100210	Wilman Yurgaky Cel: 310 5369423
15	Guaviare	San José de Guaviare	Charras	Médico: Karina Montero Cel: 3138150320	Gina Ortiz Cel: 3182376056
16		San José de Guaviare	Colinas	Médico: Cristofer Machado Cel: 3104297351	Gina Ortiz Cel: 3182376056
17	Guajira	Fonseca	Pondoroos	<p>Yajaira Patricia Arito Cel: 3118679173</p> <p>Leida Maria Daza Iguarán CC: 56053895 Cel: 3147126884</p>	Liria Rocío Peñaranda Cel: 314 5765348

No.	Departamento	Municipio	Vereda	Contacto médico	Contacto Gerente
18	Meta	La Macarena	Yarí	<p>Médicos: Juan Manuel Mora MD CC 19000836 Cel 3227027473</p> <p>Daniela Margarita Acuña MD CC 1140844931</p> <p>Auxiliares Enfermería: Olga Lucia Rincón CC 40206208 Cel: 3133271845</p> <p>Giovanny Alfredo Betancourth CC 1121838340 Cel: 3134538287</p>	Luis Ignacio Betancourt cel: 315 3641274
19		Mesetas	La Guajira/ Buena Vista	<p>Médicos: Juan Francisco Suárez MDCC 79329120 Cel: 3023889517, 3214471096 Juan Carlos Avilez Calderón CC 80200655 Cel: 3103073741 Auxiliares Enfermería: Yury Alexandra Castellanos CC 1119948065 Cel 3138264245 Luz Erlency Ramírez CC 35196264 Cel: 3123596307</p>	Luis Ignacio Betancourt cel: 315 3641274

No.	Departamento	Municipio	Vereda	Contacto médico	Contacto Gerente
20		Vistahermosa	La Reforma	<p>Médicos Diego Cárdenas MD Cel: 3138059585 CC-1098681616 José Enrique Daza CC 72189123 Cel:3108049522</p> <p>Auxiliares de Enfermería Elizabeth Criollo Chavez Cel: 3125125508 CC 40363226 Diana Marcela Enciso Cel: 3102409855 CC 40449733</p>	Luis Ignacio Betancourt cel: 315 3641274
21	Nariño	Policarpa	Betania/Paloma	Erwin Ignacio Cabrera Cel 3502423097 CC 80259664 Auxiliar	Dairo Diaz Cel: 318 5165358
22		Tumaco	La Playa	Dr. Jhon Jairo PayanCel: 3183432463AuxiliarMarlen Quíñonez3226446907	Carolina FarinangoCel: 315 3048720
23	Norte de Santander	Tibú	Caño Indio	Victor Adiest Gabarra MD Cel: 310 7886793 Andrés Rigaud Aux 316 2268455	Maribel Trujillo Cel: 310 2746841

No.	Departamento	Municipio	Vereda	Contacto médico	Contacto Gerente
24	Putumayo	Puerto Asis	La Pradera	Juan Manuel Ortega MD CC 123851546 Cel 3107723967 Janneth Aredondo Polanco Auxiliar Cel. 3214175698	Julio Quiñonez Cel: 310 3215876
25	Tolima	Icononzo	La Fila	Alejandro Pinto MD 3165209512	Claudia Quevedo Cel: 311 4966884
26		Planadas	El Oso	Médico: Dr. Ainoa 3212376863	Henry Rincón Cel: 316 7430703

Anexo 6. Rutas de Acceso a las ETCR

CONTRATISTA	UBICACIÓN Vereda / Municipio / Departamento	COORDENADAS	RUTA
DISTRIBUIDORA REMEN CMT S.A.S	Carrizal, Remedios Antioquia		Medellín -> Remedios (188 km) -> Carrizal (48 km - 4.5 horas) -> Campamento (2 km)
	La Plancha, Anorí, Antioquia		Medellín -> Anorí (170 km - 4.5 horas) -> vereda La Plancha (17 Km - 40 min)
	Llano Grande, Dabeiba, Antioquia		Medellín -> Dabeiba (176 km - 4.5 horas) -> Llano Grande (25 km - 1 hora) -> Campamento (1 km)
	Santa Lucía, Ituango, Antioquia		Medellín -> Ituango (194 Km - 4.5 horas) -> Santa Lucía (33 km - 1 hora 15 min)
	Vidri, Vigía del Fuerte, Antioquia		Quibdó -> Transporte fluvial a Tagachí (3 horas) -> cambio embarcación a Vidri (2 horas)
	Brisas, Río Sucio, Chocó		Aeropuerto Carepa (Antioquia) -> Belén de Bajirá (2 horas) -> vereda Las Brisas (15 min)
	La Carmelita, Puerto Asís, Putumayo		Aeropuerto Puerto Asís -> Corregimiento La Carmelita (26 km) -> Campamento (3 km)
	La Elvira , Buenos Aires, Cauca		Aeropuerto Palmira -> Santander Quilichao (50 km) -> Timba (25 km) -> El Ceral (30 km) -> La Elvira (15 km)
	Monte Redondo, Miranda, Cauca		Aeropuerto Palmira -> Miranda (50 km) -> vereda Monte Redondo (18 km)
	Los Monos/San Antonio, Caldonó, Cauca		Aeropuerto Palmira -> Pescador (65 km) -> Crucero Rosario (10 km) -> Los Monos (13 km)
SAMA DISTRIBUIDORA S.A.S	Los Monos/San Antonio, Caldonó, Cauca (NUEVO)		

CONTRATISTA	UBICACIÓN Vereda / Municipio / Departamento	COORDENADAS	RUTA
	Pondores, Fonseca, Guajira	N 10° 47' 50.32" W -72° 46' 40.80"	Valledupar -> municipio Fonseca (65Km) -> Corregimiento Conejo (15Km) -> vereda Ponders (3Km)
ROMART DEL LLANO	Ye de La Macarena, Yari, Meta		Opción 1: Villavicencio -> vía aerea hasta Macarena -> Playa Rica (2.5 horas) -> Campamento (2km) Opción 2: Bogotá -> vía aerea San Vicente del Caguan -> Playa Rica (3 horas) -> Campamento (2km)
	Reforma, Vista Hermosa, Meta	N 2° 52' 88.0" W 73° 33' 62.3"	Villavicencio -> Granada (85km) -> San Juan de Arama (30Km) -> Vista Hermosa (30km) -> Piñalito (20Km) -> Vereda La Cooperativa (34Km)
	Guajira, Mesetas, Meta		Villavicencio -> Granada (85km) -> Mesetas (51.5 km) -> vereda Buena Vista (2.5 horas - 30 km aprox)
	Guajira, Mesetas, Meta (NUEVO)		
LUKET S.A.S	Betania, Policarpa, Nariño		Pasto -> Remolinos 87km. Remolinos -> Policarpa -> Madrigal 68km aprox (destapado)
	Betania, Policarpa, Nariño (NUEVO)		
	Variante, Pulgande, Tumaco, Nariño		Tumaco -> La Variante (55km) -> La Variante -> Campamento (1.5km)
	Miravalle, San Vicente del Caguán, Caquetá		Aeropuerto Florencia -> San Vicente del Caguan (150 km) -> vereda Miravalle (85 km)
	El Carmen, La Montañita, Caquetá		Aeropuerto Florencia -> municipio La Montañita (16 km) -> vereda Agua Bonita (13 km)
Charras, San José del Guaviare, Guaviare		Aeropuerto San José del Guaviare -> vereda Charras (110 km)	

CONTRATISTA	UBICACIÓN Vereda / Municipio / Departamento	COORDENADAS	RUTA
JT SOLUCIONES INTEGRALES	Colinas , Retorno Guaviare		Aeropuerto San José del Guaviare -> Corregimiento El Capricho (1 hora) -> vereda Colinas (30 min)
	San José de Oriente, Cesar, La Paz	N 10° 22' 10.8" W 073° 03' 59.8"	Valledupar -> municipio La Paz -> vía Manauare en km 4 se toma la "Y" hacia San Jose de Oriente -> vereda Tierragrata (8 Km) -> Campamento (1 Km)
	Caño Indio, Tibu, Norte de Santander		Cucuta -> Tibú (117 km) -> vía La Gabarra hasta el punto denominado El Mirador (30 km) -> desvío a Caño Indio (13 km)
	Filipinas, Arauca		Arauca -> Pueblo Nuevo (184 km) -> Filipinas (15 Km)
	Monte Gallo, Tierralta, Cordoba		Montería -> Tierralta (81.7 km) -> vereda Frasquillo (28 km) -> vía fluvial vereda Gallo (45 min)
	Fila, Icononzo, Tolima		Bogotá -> Melgar (116 km) -> Icononzo (25 Km) -> vereda La Fila (18 Km)
	El Jordán, Planadas, Tolima		Bogotá -> Castilla (200 km) -> Ataco (56 km) -> Planadas (76 km) -> Gaitania (35 Km) -> El Oso (7 km)