# Informe final del proyecto ***Salud para la paz, fortaleciendo comunidades-Fase 2***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identificación del Proyecto  |  | Cobertura |
| * Título del Proyecto: Salud para la paz, fortaleciendo comunidades-Fase 2
* Código del Proyecto: 00117682
 | *Departamentos:**Antioquia; Arauca; Caquetá; Cauca; Cesar; Chocó; Córdoba;* *Guaviare; La Guajira; Meta; Nariño; Norte de Santander; Putumayo; Tolima.**Municipios\*:* *Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios y Vigía del Fuerte; Arauquita; La Montañita y San Vicente del Caguán; Buenos Aires, Caldono, Patía y Miranda; La Paz; Riosucio; Tierralta;* *San José del Guaviare; Fonseca; La Macarena, Mesetas y Vista Hermosa; Policarpa y Tumaco; Tibú; Puerto Asís; Icononzo y Planadas.*\*El componente de preparación y respuesta a la COVID-19 tuvo cobertura en los 170 municipios PDET.*Beneficiarios totales alcanzados:* *275.800**Mujeres: \_192.378\_\_ Hombres: 45.564\_**Niñas: 20.552\_ Niños: 17.306\_* |
| Organizaciones participantes  |  | Socios implementadores  |
| * Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA
* Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS
* Organización Internacional para las Migraciones-OIM
 | * Ministerio de Salud y Protección Social
 |
| Costos del Proyecto en USD  |  | Duración del Proyecto (en meses) |
| Contribución del Fondo USD: (Incluir total y por Agencia u Organización)  | UNFPA: 2.223.270OPS/OMS: 1.209.690OIM: 3.030.758Total: 6.463.718  |  | Duración Total: Fecha de Inicio:  | 21 meses10/09/2019 |
|  | Fecha inicial de cierre*[[1]](#footnote-2)* *(día, mes, año)* | 09/09/2020 |
| Contrapartida del Gobierno(Si aplica) | **Monto:** **686.505** **Fuente: MSPS** |  | Fecha final de cierre: [[2]](#footnote-3)*(día, mes, año)*¿Ha cerrado la Agencia (s) operacionalmente el Proyecto en su (s) sistema?  | 09/06/2021 Si No |
| Otras Contrapartidas(Si aplica) | **Monto: 160.000****Fuente: Hospitales locales****Monto: 159.674****Fuente: UNFPA****Monto: 19.879****Fuente: ORIENTAME** (socio implementador de UNFPA) |  | Fecha esperada de cierre financiero[[3]](#footnote-4):  | 09 de junio de 2021 |
| Apalancamiento(Si aplica) | **Monto:****Fuente:** |  |  |  |
| TOTAL: | USD 7.489.776 |  |  |  |
| Evaluaciones del Proyecto/Evaluaciones de medio Término:  |  | Informe presentado por: |
| ¿El proyecto fue sujeto de evaluación externa o revisión interna? Si No Evaluación Terminada: Si No Fecha: 30 de junio de 2021Informe de Evaluación – Adjunto Si No Fecha: 30 de junio de 2021 | * Nombre: Ginna Esmeralda Hernández Neuta
* Cargo: Gerente de Monitoreo y Evaluación, Programa Migración y Salud
* Organización participante (o líder): OIM
* Correo electrónico: ghernandez@iom.int
 |

ABREVIATURAS

|  |  |
| --- | --- |
| AIEPI | Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia |
| APS | Atención Primaria en Salud |
| ARN | Agencia para la Reincorporación y la Normalización |
| ART | Agencia de Renovación del Territorio |
| COVECOM | Comité de Vigilancia Comunitaria |
| DIU | Dispositivo intrauterino |
| DSDR | Derechos sexuales y derechos reproductivos  |
| EAPB | Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, son las que administran los recursos de la salud y quienes contratan a los prestadores de servicios de salud.  |
| ESE | Empresas sociales del estado, son prestadores de servicios de salud públicos.  |
| ETCR | Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación |
| ICBF | Instituto Colombiano de Bienestar Familiar |
| INVIMA | Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos |
| IPS | Instituciones prestadoras de servicios de salud que pueden ser públicas o privadas.  |
| IVE | Interrupción Voluntaria del Embarazo |
| Minsalud / MSPS | Ministerio de Salud y Protección Social |
| MyE | Monitoreo y Evaluación |
| MRF | Métodos de regulación de la fecundidad |
| OIM | Organización Internacional para las Migraciones |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PAIS | Política de Atención integral en salud  |
| PDET | Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial |
| PMI | Plan Marco de Implementación |
| PNSR | Plan Nacional de Salud Rural |
| PIC | Plan de Intervenciones Colectivas |
| PyP | Promoción y prevención |
| RIAS | Rutas de atención integral en salud |
| SENA | Servicio Nacional de Aprendizaje |
| SGSSS | Sistema General de Seguridad Social en Salud |
| SPA | Sustancias Psicoactivas |
| SSH | Estrategia Ser, Saber y Hacer |
| SSR | Salud Sexual y Reproductiva |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| UAIC | Unidades de Atención Integral Comunitaria |
| VBG | Violencia basada en género  |

***Salud para la paz, fortaleciendo comunidades-Fase 2***

1. **Reporte de principales avances**

* 1. **Nivel de avance:**

**Avance Técnico (porcentual acumulado) *100%***

**Avance Financiero (porcentual acumulado) *100****%*

|  |  |
| --- | --- |
| **Resultado** | **Avance** |
| 1. Aumentar las capacidades locales para mejorar el acceso efectivo y la calidad de servicios integrales de Atención Primaria en Salud en 25 municipios PDET donde se ubican 23 ETCR, esto se logró a través de la consolidación de la Estrategia Extramural de Atención Primaria en Salud – APS. | Con el objetivo de cerrar las brechas de acceso a la Atención Primaria en Salud de población vulnerables, en el área rural y rural dispersa, se fortalecieron las capacidades de los hospitales públicos locales a través de apoyo logístico, insumos críticos y profesionales de la salud para el desarrollo de 69 jornadas extramurales, en donde se atendieron 9.256 personas (4.178 mujeres, 1.416 Hombres, 2.013 niñas y 1.649 niños) de las zonas rurales priorizadas. Durante las jornadas se ofrecieron servicios de atención por medicina general, ginecología, pediatría, así como actividades de promoción y prevención, lo cual representa una oportunidad de acercar los servicios a las zonas rurales y rurales dispersas, cerrar las brechas en la atención de las comunidades más afectadas por el conflicto armado en armonía con lo contemplado en el punto 1 de los acuerdos de paz (reforma rural integral) y dar continuidad a servicios que habían estado restringidos por la pandemia.Las consultas de tele apoyo en ginecología, facilitaron la identificación de riesgos y necesidades de traslado inmediatos de gestantes y mujeres en postparto evitando muertes maternas. Mediante la gestión de casos y acompañamiento permanente, 253 gestantes de alto riesgo con dificultades de acceso a servicios de salud originados por razones de accesibilidad geográfica, económica, por restricciones relacionadas con la pandemia, o en situación de vulnerabilidad de las zonas rurales, tuvieron oportunidad de acceder a la atención en salud. El acompañamiento en temas de Salud Sexual y Reproductiva por parte de los profesionales en enfermería en los hospitales y en las comunidades, fue de gran importancia en el contexto de la pandemia, dado que los servicios institucionales se focalizaron en la atención de urgencias por COVID-19, al tiempo que en las comunidades crecieron los mitos, las creencias y la circulación de información errónea que les generaba temores para el acceso a los servicios médicos. 525 funcionarios de salud de 26 municipios fueron capacitados o recibieron acompañamiento técnico en salud materna, anticoncepción, violencia sexual e Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), fortaleciendo de este modo la capacidad y calidad de la atención de los hospitales en los servicios de salud sexual y reproductiva, evitando muertes maternas, embarazos no deseados en adolescentes y jóvenes, mejorando la captación y la respuesta del sector salud a las Violencias Basadas en Género (VBG). En salud infantil, se realizó seguimiento de las 27 Unidades de Atención Integral Comunitaria (UAIC), en coordinación con el área técnica del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), para la atención de la población infantil con Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), con Infección Respiratoria Aguda (IRA) y con desnutrición. Se fortaleció el componente educativo de las UAIC a través del desarrollo de talleres en Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) comunitario, la entrega de insumos consumibles (termómetro infrarrojo, toallas de papel desechables, máscaras para nebulización niño, bolsa plástica rojas para desechos, guantes de látex estériles, sales de rehidratación oral, tapabocas desechables, gel antibacterial, solución desinfectante a base de amonio cuaternario) y la dotación de material educativo sobre las 18 prácticas clave de AIEPI (agenda desnutrición, plegable uso de micronutrientes, plegable EDA, plegable vacunación, plegable gripa a metros, afiche IRA, afiche de vacunación, afiche lavado de manos, afiche práctica de lactancia maternal, afiche cuidado lactancia maternal, pendón de identificación de la UAIC).Se beneficiaron 5.802 niños y niñas de 1 a 2 años con desparasitantes, 5.449 niños de 6 a 23 meses con micronutrientes y 237 menores de cinco años con desnutrición aguda, moderada y severa recibieron fórmula terapéutica lista para el consumo. De esta manera se contribuyó a mitigar el estado de desnutrición en estas poblaciones. Sin embargo, a causa de la interrupción de servicios esenciales en los hospitales dadas las restricciones tanto en el acceso como en la movilización a causa de la pandemia, los hospitales no han logrado hacer el uso efectivo del 100% de los insumos donados. En complemento a la donación de los insumos, se fortalecieron las capacidades técnicas de los funcionarios de salud de los hospitales y de otras instituciones en temas relevantes como son las acciones promocionales en salud nutricional y en el lineamiento de atención integral a la desnutrición aguda.Se fortalecieron las capacidades de 106 profesionales de la salud de los hospitales priorizados y dos residentes de pediatría en los temas de AIEPI clínico, atención integral a la desnutrición, ruta de promoción y mantenimiento de la salud y en la Escala Abreviada del Desarrollo (EAD). Esta capacitación incluyó prácticas en la fundación Abrazar y fueron guiadas por pediatras expertos en el tema, apoyadas con 5 kits de EAD que posteriormente fueron donados al MSPS, como apoyo en los procesos de formación a nivel nacional que se llevan a cabo sobre esta estrategia. También, se desarrollaron procesos de capacitación virtuales con profesionales de la salud de los hospitales de Buenos Aires, Miranda y Tumaco en AIEPI y salud nutricional, y se reforzó la capacitación a los profesionales de los hospitales de los municipios de Caldono y Dabeiba de manera virtual y de Ituango y La Montañita en las asistencias técnicas presenciales en las acciones promocionales en salud nutricional y el lineamiento de atención a la desnutrición.En salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), se realizaron capacitaciones en la estrategia Ser, Saber y Hacer (SSH) para la prevención del consumo de SPA, en la cual participaron 131 profesionales de la salud de los hospitales de los 26 municipios priorizados y 179 líderes comunitarios. Este proceso de capacitación también benefició a 619 personas de la comunidad, profesionales o funcionarios de otros sectores, que confluyen en la prevención del consumo de SPA (318 de los municipios priorizados y 301 de otros municipios). Adicionalmente se capacitaron 219 facilitadores de la Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARN), quienes plantearon diez réplicas de la estrategia SSH para su desarrollo con la población en proceso de reincorporación. |
| 2. Consolidar una estrategia extramural de Atención Primaria en Salud - APS, con enfoque de determinantes en salud, género y equidad, que fortalezca las acciones comunitarias e intersectoriales en torno a las áreas del proyecto y la construcción de escenarios protectores de paz. | Se evitaron 13.652 embarazos no deseados o en adolescentes de los ETCR y de las comunidades aledañas intervenidas. Con la entrega de insumos de anticoncepción, la promoción de la inserción del Dispositivo Intra-Uterino (DIU) post evento obstétrico y con la contratación de personal con experiencia en la aplicación de DIU, 25.163 mujeres de estos municipios tuvieron acceso a métodos anticonceptivos modernos y de larga duración.Las comunidades cobran alta relevancia en la gestión de la salud infantil y nutricional, al enfatizar la importancia de llevar a cabo procesos de actualización y fortalecimiento del conocimiento de los líderes y su adaptación a las prácticas propias de acuerdo con las realidades de cada territorio. Estos líderes se convierten en actores clave, en el abordaje de las enfermedades prevalentes de la infancia, empoderando a la comunidad y generando alertas cuando se presenten signos de alarma y se requiera abordar casos que deben ser atendidos en la UAIC o sea necesario ser referidos a la institucionalidad. Adicionalmente, la comunidad a través de las acciones realizadas se apropia de herramientas para promover prácticas saludables y prevenir enfermedades, contribuyendo con la sostenibilidad de las intervenciones. Se fortalecieron las capacidades de 1.004 líderes comunitarios, de los cuales 159 (16%) son indígenas, 174 (17%) son afro y 671 (67%) se reconocen como mestizos. De estos líderes, se destaca la participación de las mujeres quienes constituyeron el 82% (823) de los líderes capacitados.En la prevención del consumo de SPA se contó con la participación de 179 líderes comunitarios, dentro de los cuáles se encuentran ocho agentes comunitarios, 108 docentes, 17 funcionarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), 15 profesionales de diferentes fundaciones, 18 auxiliares comunitarios, cinco trabajadores sociales, cuatro coordinadores de proyectos comunitarios, cuatro referentes sociales y líderes de la comunidad. |
| 3. Está operando una estrategia de participación y vigilancia comunitaria en salud pública a través del fortalecimiento de redes sociales para el empoderamiento y ejercicio del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas. | Se conformaron 31 redes de comunitarias en salud en la zona urbana y rural, con 524 líderes quienes participaron en los procesos de fortalecimiento de capacidades comunitarias en temas de promoción de salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos y síntomas y gestión de eventos de interés en salud pública y en la activación de rutas de atención.Se generaron espacios de participación juvenil, con 60 líderes comunitarios adolescentes y jóvenes de municipios PDET con las mayores prevalencias de embarazo en niñas y adolescentes, de zonas rurales con altos niveles de pobreza y vulnerabilidad, para el reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos y de su sexualidad. Se brindaron herramientas para su participación e incidencia en la elaboración de planes de acción en los territorios y su posterior multiplicación en los grupos de jóvenes que representan y fomentan la prevención del embarazo en la adolescencia y de la VBG desde su rol de líderes.Para favorecer y apoyar las acciones de empoderamiento de las comunidades en sus derechos sexuales y reproductivos y abrir camino de sensibilización en masculinidades alternativas como estrategia de prevención de la VBG, se llevaron a cabo 11 talleres comunitarios contando con la participación de 256 personas de la comunidad. Adicionalmente, se entregaron paquetes de material educativo a los 26 hospitales priorizados por el proyecto que contenían: Afiches para la construcción de rutas intersectoriales de violencia sexual, afiches/hojas de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, plegable de uso correcto del condón femenino y masculino, afiches y plegables sobre la importancia de tomar acciones en las primeras 72 horas luego de una violencia sexual. Mediante un trabajo intersectorial se realizaron 49 Comités de Vigilancia Comunitaria (COVECOM), en temas de salud prioritarios, los que permitieron analizar de forma conjunta con la comunidad las situaciones de riesgo en salud, se generaron propuestas de mejoramiento y se establecieron compromisos para la solución de éstas.Así mismo, se identificaron y formularon 29 iniciativas comunitarias en salud para la promoción y prevención a través de expresiones culturales, artísticas, deportivas que favorecen hábitos y estilos de vida saludables, medidas de autocuidado, medidas de saneamiento ambiental, participación social para el cuidado del medio ambiente y prevención de enfermedades asociadas a la disposición de residuos. Estas iniciativas beneficiaron de manera directa a 914 personas, en el marco del fortalecimiento de capacidades comunitarias; se acompañó el proceso de definición de acciones, la entrega de elementos, insumos y equipos necesarios y la articulación con otros sectores para su desarrollo, así como para la definición de acciones de continuidad de estas iniciativas.Se construyeron 56 planes municipales intersectoriales para la prevención del embarazo en la infancia y la adolescencia, y la violencia sexual, con acciones concertadas entre los sectores responsables en el municipio y adecuación al territorio de las rutas de atención integral de la violencia sexual, con particular interés en el restablecimiento de derechos de la menor de 14 años embarazada; ajustando las intervenciones a los escenarios rurales, la diversidad cultural y el contexto de pandemia por COVID-19. En los planes de prevención del embarazo en adolescentes se incorporaron el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, la atención integral y prevención del embarazo subsiguiente.El fortalecimiento de capacidades en SSH, que estaba dirigido inicialmente a los profesionales de la salud de los hospitales y a líderes comunitarios, gracias al voz a voz en los municipios, permitió la participación de diferentes actores de otros sectores como la Policía, el ICBF, los docentes de colegios, la ARN, las comisarías de familia, Familias en acción, entre otros, cuyo trabajo influencia la prevención del consumo de sustancias en todos los ciclos de vida principalmente en los niños, niñas y adolescentes. |
| 4. Fortalecer la prevención y respuesta a la emergencia por COVID-19 en municipios PDET, a través de tres componentes priorizados en el país, encaminados a la prevención del contagio, la atención y prestación de servicios y la vigilancia epidemiológica. | Se realizó donación de dos plantas generadoras de oxígeno para fortalecer la atención en salud a pacientes con COVID-19 en el Hospital Ismael Roldan de Quibdó, Chocó y el Hospital de Ciénaga, Magdalena. Durante la intervención la demanda de oxígeno era elevada para la atención de la población afectada por la COVID-19. Entre enero y abril de 2021 5.717 usuarios fueron atendidos con la planta generadora de oxígeno en Quibdó. Las donaciones realizadas fortalecen la capacidad de atención de hospitales que son centro de referencia de municipios PDET de sus respectivas regiones, mejorando la capacidad resolutiva de los hospitales a la emergencia generada por la pandemia, y aportando al manejo de otras patologías y atenciones de emergencias incluidas las obstétricas, la atención del parto, las enfermedades crónicas, entre otras, contribuyendo a una atención de calidad por los hospitales beneficiarios. 27 hospitales de ocho departamentos y un distrito fueron fortalecidos a través de la donación de equipamiento para mejorar los servicios esenciales y dar continuidad a la atención de gestantes y de pacientes con sospecha de COVID-19. La continuidad de la atención a esta población contribuyó a la reducción de las complicaciones graves o muerte y promovió espacios de monitoreo seguros y de calidad. Adicionalmente, estos equipos, fortalecieron los servicios de salud a largo plazo, más allá de la pandemia por COVID-19. De manera complementaria se entregaron 99 kits de emergencias obstétricas con el fin de evitar muertes en gestantes por causas evitables y 100 implantes subdérmicos de larga duración para la promoción de la anticoncepción post evento obstétrico para reducir la probabilidad de embarazos no planificados o no deseados en periodos intergenésicos cortos, que aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad materno perinatal.El proyecto contribuyó a prevenir el contagio por COVID-19 en 3.500 trabajadores de la salud a través de la entrega de más de 210.000 Elementos de Protección Personal (EPP) a los 171 hospitales de municipios PDET e Icononzo. Los EPP entregados fueron: guantes, mascarilla N95, mascarillas quirúrgicas, gafas, caretas, alcohol glicerinado, jabón antiséptico, sábanas, batas, gorros y polainas desechables y termómetros digitales. Con esta actividad se apoyó la protección del talento humano en salud en los territorios con mayores brechas de acceso y menor disponibilidad de profesionales, permitiendo así la continuidad de los servicios de salud.Se apoyó la prevención del contagio por COVID-19 y se mejoraron las condiciones de higiene personal, cuidado menstrual y protección personal a través de la entrega de Kits dignidad a 8.550 mujeres en condición de alta vulnerabilidad de los 171 municipios PDET e Icononzo. Estos kits se entregaron a 171 organizaciones de mujeres, priorizando a grupos de mujeres de población en proceso de reincorporación de las FARC, mujeres víctimas del conflicto armado, en situación de desplazamiento, indígenas, afrodescendientes, y en otras condiciones de vulnerabilidad. Al inicio de la segunda fase del proyecto, se entregaron 10.000 implantes subdérmicos a los 26 municipios del proyecto y ante el déficit nacional de métodos anticonceptivos en municipios rurales, por la emergencia de COVID-19, se entregaron 15.075 implantes adicionales y 9.960 dosis de píldoras de emergencia para apoyar a los hospitales de los 170 municipios PDET, en la prevención de los embarazos no deseados, de abortos inseguros y de la mortalidad materna. Adicionalmente se acordó con Profamilia la realización de un curso de acreditación en la aplicación de DIU, donde se capacitaron 131 profesionales de salud certificados por la Fundación Universitaria de la Salud.Igualmente, con la contratación de 26 equipos de Vigilancia epidemiológica se fortalecieron las entidades territoriales en la respuesta a la emergencia por COVID-19, a través del seguimiento al reporte de casos, búsqueda activa comunitaria, espacios para análisis de información, elaboración o difusión de boletines epidemiológicos para la toma de decisiones institucionales y por otro lado se fomentaron prácticas de autocuidado y adherencia a protocolos de bioseguridad de la comunidad.Con el financiamiento de 26 equipos territoriales conformados por profesionales de enfermería, profesionales psicosociales y gestores comunitarios, se desarrollaron actividades educativas comunitarias para la promoción de prácticas como lavado de manos, etiqueta de tos, identificación de factores de riesgo, uso de tapabocas, medidas de higiene y otros temas relacionados con la prevención del contagio por COVID-19. Las acciones de Información Educación y Comunicación (IEC) incluyeron actividades casa a casa, comunicación personalizada, redes sociales y perifoneo, con la cuales se tuvo una cobertura de 44.277 personas.Mediante la contratación de 26 profesionales de salud en los 26 hospitales municipales, se mantuvieron y fortalecieron los servicios de SSR y VBG, aumentando la cobertura de estos servicios para mujeres de zonas rurales dispersas que, por las distancias y por el miedo al contagio por el COVID-19, tienen bajo acceso a los servicios de salud. En total, se realizaron 66.855 atenciones, la mayoría a mujeres (98%), de las cuales 10.434 eran migrantes. Del total de atenciones, 2.258 fueron a personas excombatientes o que viven en los ETCR, 5% en población se reconocía como indígena y 13% como afrodescendientes. Se logró el fortalecimiento de las capacidades técnicas de 3.498 funcionarios de salud, (480 hombres y 3.018 mujeres) principalmente de municipios PDET, mediante el desarrollo de un ciclo de 8 seminarios online (webinar) en los temas de: 1. Buenas prácticas y desafíos de la salud materna de territorios rurales y zonas de paz en contexto de pandemia 2. Anticoncepción en territorios rurales y zonas de paz en contexto de pandemia 3. Por el derecho a una vida libre de violencias – avances y lecciones aprendidas para la respuesta del sector salud ante las violencias basadas en género en contextos rurales y de pandemia 4. De la luz a la sombra: avances y lecciones aprendidas de la sentencia C-355 de 2006 en contextos rurales y de pandemia. 5.La anticoncepción de emergencia desde la atención primaria en salud en contextos de Pandemia. 6.Buenas Prácticas y Desafíos de la Salud Sexual y Reproductiva en la adolescencia Juventud de Territorios Rurales y Zonas de Paz en contexto de pandemia. 7.Transformando en positivo: la realidad del VIH en territorios rurales en tiempos de Covid-19 8. Tejiendo programas de salud sexual y reproductiva con enfoque diferencial en contextos rurales y de pandemia. Con estos seminarios se desmitificaron concepciones y malas prácticas del personal de salud y se reforzó el conocimiento de la normatividad vigente en COVID-19.601 funcionarios de salud de los 26 municipios y 2.406 de otros municipios, recibieron asistencia técnica personalizada en SSR y VBG en relación con COVID-19 a través de la línea de atención telefónica, cubriendo a las 16 Subregiones PDET del país, a los 170 municipios PDET más Icononzo y a otros municipios no PDET que han solicitado apoyo. La operación de esta línea de atención se coordinó directamente con el MSPS, con las instituciones de salud de los 171 municipios y con los referentes territoriales de la ART.Se realizaron 107 asistencias técnicas por tele-apoyo en salud mental, a través de una psicóloga y una psiquiatra, quienes orientaron a profesionales de la salud de los hospitales de municipios PDET que no tenían experticia en el diagnóstico y tratamiento de pacientes que consultaban con problemas de salud mental. Este servicio estuvo disponible para los profesionales de la salud de los hospitales de los 170 municipios PDET.Entendiendo la afección que sobre la salud mental de las comunidades ha ejercido y ejercerá, en un futuro próximo la pandemia y sus consecuencias a nivel personal, familiar, social y económico, se realizaron capacitaciones a los profesionales de la salud de los hospitales de los 170 municipios PDET en la formulación, implementación y evaluación de acciones de prevención de problemas y trastornos de salud mental asociados a la COVID-19 y a la promoción del bienestar y la calidad de vida. A estas capacitaciones asistieron 706 profesionales de la salud, entre los cuales estuvieron médicos, enfermeros y psicólogos. Adicionalmente se contó con la participación de 728 personas (465 personas de 173 municipios PDET y 263 de 70 municipios no PDET) en seminarios online dirigidos directamente a las comunidades, teniendo en cuenta las dificultades que han ocasionado la cuarentena y la nueva normalidad, el trabajo desde casa y la convivencia, entre los miembros de las familias.El talento humano en salud de los hospitales públicos de los 170 municipios PDET y los referentes departamentales de seguridad alimentaria, fueron capacitados en el lineamiento de atención a la desnutrición aguda y en pautas de alimentación saludable con énfasis en lactancia materna como factor protector asociado a COVID-19, logrando la participación de 360 profesionales. Estas capacitaciones fueron evaluadas teniendo como resultado una ganancia de conocimiento en general del 75% respecto al que ya tenían los participantes previamente a la capacitación. |

* 1. **Impacto en la población:**
* Impacto General estratégico (narrativo):

Las acciones desarrolladas en el proyecto aportan al cumplimiento de 135 iniciativas PDET correspondientes al pilar de salud rural y al sistema para la garantía progresiva del derecho a la alimentación, las cuales a su vez aportan al cierre de brechas para el acceso de servicios de salud a zonas rurales y rurales dispersas. Asimismo, aportan al cumplimiento del Plan Marco de Implementación (PMI), en lo relacionado con el fortalecimiento del talento humano para la prestación de servicios de salud, mejorando la capacidad resolutiva del personal de salud de los hospitales locales y las comunidades para la gestión y el ejercicio de los derechos en salud con enfoque diferencial y de género.

Salud para la Paz se encuentra alineado con los compromisos sectoriales derivados del acuerdo de paz, y en particular a lo planteado en el punto 1.3.2 del Acuerdo Final, orientado a cerrar las brechas en salud y acercar la oferta de servicios de salud a las zonas rurales. Asimismo, las acciones previstas en el proyecto se encuentran alineadas con los ejes estratégicos previstos en el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) y contribuye a su implementación temprana en las zonas priorizadas, permitiendo fortalecer procesos que posteriormente serán complementados con el despliegue territorial del plan sectorial. La cobertura geográfica del proyecto involucra comunidades de zonas rurales excluidas o apartadas históricamente por cuenta del conflicto armado, a donde no han llegado servicios de salud por causa de la violencia.

Estas acciones también aportan al fortalecimiento del proceso de reincorporación desde varias perspectivas: i) Se incluyó a la población excombatiente en las actividades comunitarias y de atención en salud, de forma conjunta con la población receptora de las comunidades aledañas, permitiendo fortalecer nuevas formas de relacionamiento. ii) El rol de las agencias del Sistema de Naciones Unidas es clave en la intermediación para facilitar el acercamiento progresivo de los actores institucionales a las zonas más afectadas por el conflicto armado y con presencia de nuevas dinámicas de conflicto. iii) Las acciones comunitarias del proyecto permitieron fortalecer tanto las capacidades como los mecanismos de participación social de los líderes y organizaciones sociales de base, aspecto clave de la reforma rural integral.

A través de la implementación del proyecto Salud para la Paz se ha logrado impactar de manera positiva en la vida de las poblaciones en la medida que cuentan con mayor conocimiento sobre los derechos a la salud y las rutas de atención, facilitando el acceso a los servicios de salud en general, atención a las gestantes y atención de los niños y niñas con gran riesgo de vulnerabilidad, superando las barreras de acceso geográfico, cultural, de pobreza y de inseguridad.

Se ha avanzado en la organización comunitaria para incidir en los espacios de participación social que están establecidos en el marco legal. Las redes comunitarias en salud tienen un papel protagónico como aliados en los procesos de promoción y prevención en salud y la identificación de riesgos en salud en zonas rurales, ayudando a que las instituciones estén más cerca de la comunidad. Adicionalmente, las acciones en salud desarrolladas en la zona rural de los municipios permiten avanzar en la recuperación de la confianza institucional y la transformación de las formas tradicionales de relacionamiento entre las comunidades rurales y las autoridades de salud.

Se resalta como experiencia exitosa, el desarrollo de comités de salud rurales y veredales que perimieron fortalecer las capacidades de líderes comunitarios en salud con énfasis en salud sexual y reproductiva, y vinculó el recorrido y el conocimiento empírico de líderes de población excombatiente con otros liderazgos campesinos, permitiendo consolidar espacios de acompañamiento en salud para las comunidades rurales, migrantes y población en proceso de reincorporación de las FARC.

En la línea de salud mental se promovió la formulación de iniciativas de prevención del consumo de SPA, las cuales fueron lideradas por las direcciones locales de salud, referentes de salud mental, comisarías de familia y líderes comunitarios, orientadas a fortalecer factores protectores y reducir los factores de riesgo asociados al inicio temprano de consumo de alcohol y uso de otras sustancias psicoactivas. Con estas iniciativas se impacta todos los grupos poblacionales.

* Impacto Diferenciado

|  |  |
| --- | --- |
| **Población** | **Impacto** |
| Población étnica  | Participación de los líderes de comunidades indígenas y afrodescendientes de los municipios priorizados, en los procesos de formación para la creación de la red de vigilancia en salud pública comunitaria y en la definición de iniciativas comunitarias que permitirán dinamizar y acercar las autoridades municipales con la población. En municipios como Tumaco, Riosucio y Vigía de fuerte con población afrodescendiente se logró su participación en acciones de IEC como la creación de cuñas informativas y en la formulación de iniciativas comunitarias. En la conformación de estas redes comunitarias, el 6% de sus integrantes se identificó como indígena y el 16% como afrodescendiente de un total de 524 integrantes.En el fortalecimiento de capacidades de líderes comunitarios en las 18 prácticas clave del AIEPI comunitario, se resalta la participación de población indígena (16%) y población afrodescendiente (17%), lo cual es significativo, debido a las particularidades de estas poblaciones étnicas en relación con sus creencias y costumbres en la atención a la primera infancia.En la prevención del consumo de SPA se tuvo en cuenta el enfoque diferencial contextualizando a la situación de consumo y las acciones de prevención y promoción, partiendo de las creencias existentes asociadas a las sustancias psicoactivas y su consumo de acuerdo con las culturas presentes en los territorios, lo cual permitió articular y discutir diferentes creencias y mitos alrededor del consumo de SPA, y generó herramientas para su mitigación desde la familia, la comunidad y la institucionalidad.De igual manera, se sensibilizó al personal de salud de los hospitales sobre la importancia del enfoque diferencial en la atención en salud. Se apoyaron y promovieron acciones de adaptación etno-cultural en servicios de salud con el fin de respetar hábitos y conductas de la población indígena, en especial para la atención del parto.  |
| Mujeres en edad fértil  | Las acciones desarrolladas por el proyecto aportaron a las actividades que realizan los hospitales para la prevención de la morbilidad y mortalidad materna. Con el talento humano contratado, se apoyaron las acciones de captación temprana de gestantes y el fomento de los controles prenatales. Se realizó seguimiento a 253 gestantes con riesgo obstétrico o vulnerabilidad para acceder a los servicios de salud, el 94% de ellas con residencia en zona rural e identificadas como población víctima del conflicto armado (10%), en proceso de reincorporación (9%) y desplazados (8%). De acuerdo con su pertenencia étnica, el 16% de estas gestantes se reconocían como indígenas y el 6% como afrodescendientes. Tanto la capacitación recibida por el personal de salud como la presencia de un profesional que apoyara y direccionara las acciones de SSR de los hospitales, contribuyeron al mejoramiento en la calidad y oportunidad de las atenciones de SSR y VBG. El fomento de la atención del parto con acciones más humanizadas, un mayor acercamiento al respeto de sus creencias y costumbres y la ampliación del acceso a métodos anticonceptivos de larga duración con la entrega de 25.163 implantes subdérmicos (90% de éstos aplicados por el equipo del proyecto) son una evidencia de ello.Una mayor oferta y mejor acceso a estos métodos anticonceptivos modernos, podría incidir en la disminución de los embarazos no deseados y a la decisión sobre cuantos hijos tener y cuándo, empoderando a las mujeres y líderes juveniles en el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos y de una vida libre de violencias.  |
| Niños y niñas, adolescentes y jóvenes | Contribución en la prevención en las enfermedades prevalentes de la infancia como EDA, IRA y desnutrición haciendo partícipes a los líderes comunitarios como actores que influyen positivamente en las comunidades en la prevención y la canalización de niños y niñas con estas enfermedades hacia los servicios de salud cuando sea necesario.Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud para la identificación oportuna, tratamiento y seguimiento de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda moderada y severa, lo cual contribuye a la atención integral de esta población y al impacto positivo en los indicadores de morbimortalidad por esta patología.Participación de niños y niñas en los procesos de fortalecimiento de capacidades en salud, tanto en las iniciativas como las redes comunitarias, promoviendo acciones en salud en su entorno. El 2,3% de los participantes en las redes comunitarias corresponde a adolescentes (12 de 524 participantes)Fortalecimiento de los conocimientos de los adolescentes en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR) y empoderamiento de los jóvenes, en la construcción de estrategias de trabajo para la disminución del embarazo en niñas y adolescentes.Se promovieron estrategias para aumentar el involucramiento parental y pautas de crianza en padres de niños, niñas y adolescentes que permitieron fortalecer los factores protectores asociados a la salud mental y consumo de SPA. Estratégicamente se buscó impactar a docentes de los territorios quienes ejercen influencia en las poblaciones de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en la promoción de la salud mental y prevención del consumo de SPA. |
| Género | En las actividades de fortalecimiento de competencias en temas de salud infantil y nutricional y salud mental (SM) y prevención del consumo de SPA, se previó la participación de las mujeres, facilitando su acceso a las actividades de adquisición de conocimiento y promoviendo el liderazgo en las comunidades, fortaleciendo el rol de género en la toma de decisiones. Adicionalmente la formación en la estrategia SSH tuvo un enfoque de género, con el objetivo de orientar las iniciativas de prevención y promoción a partir de las diferencias de género y orientación sexual. Las mujeres que participaron en estos procesos correspondieron al 75% de los asistentes.Se eliminaron barreras para que las mujeres de las zonas rurales ejercieran su derecho de acceder a la IVE, mediante capacitación de personal de salud, eliminación de mitos y tabúes y la concreción de procedimientos.Las acciones intersectoriales para la construcción de planes municipales de prevención del embarazo en adolescentes y el empoderamiento de líderes juveniles en este tema, contribuyeron a prevenir los embarazos en niñas y adolescentes, apoyando de esta manera a las mujeres de estas edades, para que no vean truncados sus proyectos de vida. Se contribuyó a la visibilidad y la discusión sobre los temas de derechos sexuales y reproductivos, violencia de género y acoso sexual en municipios rurales. Se identificaron organizaciones de mujeres y lideresas interesadas en participar en los procesos comunitarios de conformación de redes e iniciativas comunitarias, que les permitirán continuar fortaleciendo su capacidad de liderazgo en favor de los derechos de las mujeres y comunidades vulnerables. El 75% de los integrantes de las redes comunitarias son mujeres adultas o adolescentes.Se apoyó a 8.550 mujeres en condición de vulnerabilidad en la protección contra COVID-19 y en la atención de su higiene personal y salud menstrual. Gracias a las dotaciones hospitalarias realizadas en 171 municipios PDET e Icononzo, se fortalecieron los servicios de atención en salud dirigidos especialmente a las mujeres de territorios PDET. |

* 1. **Actividades y productos:**

| **Actividades** | **Productos** | **Resultados estratégicos**  | **Departamento** |
| --- | --- | --- | --- |
| *Jornadas de atención en salud extramural a población del área rural y rural dispersa.*  | *112 jornadas como contrapartida de los hospitales públicos locales.**Se atendieron 7.705 personas.**69 jornadas con apoyo económico del proyecto.**Se atendieron 9.256 personas.* | *Se adelantaron alianzas con los hospitales locales, las entidades territoriales de salud y otros actores interinstitucionales para la identificación de necesidades en salud de las comunidades rurales, acorde a lo contemplado en el PNSR y las iniciativas PDET orientadas a mejorar el acceso de servicios de salud en estas comunidades.**Se fortalecieron las capacidades de los hospitales apoyando la logística necesaria para el desarrollo de las jornadas y de las acciones extramurales en el marco de los planes de salud de los ETCR.**Se realizaron las jornadas de salud y servicios sociales superando barreras de acceso a los servicios regulares por parte de la comunidad presentados por la ruralidad, distancia, recursos, reciente situación de pandemia e incluso situaciones de orden público; garantizando en cada uno de estos espacios las medidas de bioseguridad y recomendaciones de aforo para el distanciamiento social.* | *Antioquia: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios, Vigía del Fuerte**Arauca: Arauquita,* *Cauca: Buenos Aires, Caldono, El Patía, Miranda,**La Guajira: Fonseca,* *Tolima: Icononzo, Planadas**Caquetá: La Montañita, San Vicente del Caguán,**Meta: La Macarena, Mesetas, Vista Hermosa**Cesar: La Paz,* *Nariño: Tumaco,* *Putumayo: Puerto Asís,* *Chocó: Riosucio,* *Guaviare: San José del Guaviare,* *Norte de Santander: Tibú,* *Córdoba: Tierralta* |
| *Fortalecimiento de las actividades extramurales de los hospitales.* | *Donación de 5 ecógrafos portátiles.* | *Con esta donación, se apoya en las actividades extramurales de los hospitales beneficiarios en la atención de mujeres gestantes, acercando la prestación del servicio a la población rural. Los hospitales beneficiarios fueron identificados de forma conjunta con el área de prestación de servicios del Ministerio de Salud.*  | *Meta: Villavicencio**Nariño: Tumaco* *La Guajira: Riohacha**Guaviare: San José del Guaviare**Chocó: Istmina* |
| *Fortalecimiento institucional para la prestación de servicios esenciales.*  | *Dotación de Lámpara luz halógena cuello de cisne, equipo de órganos, tensiómetro de pared y báscula digital.**Dotación de 4 kits antropométricos que comprende: balanza pesa digital personas, balanza pesa electrónica bebés, infantómetro plegable, estadiómetro mecánico**portátil, cinta métrica mecánica medición**circunferencias, tensiómetro adulto y pediátrico, fonendoscopio.* | *Con el fin de dar continuidad en la prestación de servicios esenciales y mitigando los efectos negativos de la pandemia, se fortalecieron 8 puestos de salud del Hospital Nivel I El Bordo, para la atención de la población de mujeres en el servicio médico general y gineco-obstétrico.**Con esta donación se fortalece a las instituciones en la adecuada clasificación del estado nutricional de población vulnerable como son gestantes y menores de 5 años y la identificación precoz de la población menor de 5 años con desnutrición aguda para su intervención oportuna. Las instituciones beneficiarias fueron Empresa Social del Estado Popayán ESE, Asociación de Cabildos UKAWE’SX NASA CXHAB IPS-I y la ESE Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro.* | *Cauca: El Patía* *Cauca: Caldono**Antioquia: Dabeiba* |
| *Fortalecimiento de la atención integral en SSR y VBG.* | *66.855 personas atendidas mediante la contratación de 26 profesionales de salud que apoyaron las atenciones en los hospitales de 26 municipios iniciales.* *25.175 implantes subdérmicos, 9.960 dosis de píldoras y 26 juegos de pinzas para la inserción del DIU entregados municipios PDET más Icononzo.*  | *Se apoyó a los hospitales en el sostenimiento y mejoramiento de la calidad de la atención integral en SSR y de VBG y en la oferta de métodos anticonceptivos, frente al contexto de la pandemia, para la prevención de la morbi-mortalidad materna, prevención de los embarazos en niñas, adolescentes y no deseados y acompañamiento a víctimas de VBG.*  | *Antioquia: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios, Vigía del Fuerte**Arauca: Arauquita,* *Cauca: Buenos Aires, Caldono, El Patía, Miranda,**La Guajira: Fonseca,* *Tolima: Icononzo, Planadas**Caquetá: La Montañita, San Vicente del Caguán,**Meta: La Macarena, Mesetas, Vista Hermosa**Cesar: La Paz,* *Nariño: Tumaco, Policarpa**Putumayo: Puerto Asís,* *Chocó: Riosucio,* *Guaviare: San José del Guaviare,* *Norte de Santander: Tibú,* *Córdoba: Tierralta**Para la atención en SSR**Los otros 145 municipios PDET recibieron solamente implantes y píldoras de emergencia, no tuvieron personal de salud contratado.*  |
| *Gestión de la atención a mujeres gestantes.* | *253 mujeres gestantes con acompañamientos para el mejoramiento de su acceso a salud y a otros servicios sociales.**Realizaron 108 consultas de tele-apoyo con un ginecólogo para casos críticos de gestantes y 8.225 gestantes con dificultades de acceso a servicios de salud originados por razones de accesibilidad geográfica, económica o por restricciones relacionadas con la pandemia.* | *Se fortalecieron las rutas de atención a mujeres gestantes con la identificación de barreras que se agudizaron por la pandemia por COVID-19, aliados y oferta territorial.**Mejoramiento del acceso a salud de las mujeres gestantes a partir de la búsqueda activa, difusión de rutas, apertura de cupos en la consulta de los hospitales, el seguimiento individual y apoyo psicosocial para el acompañamiento a casos particulares.**Tele-apoyo de ginecólogo a profesionales de la salud responsables de la atención de mujeres gestantes con complicaciones.* *Gestión con entidades locales para el acceso a insumos de apoyo como elementos de protección personal, higiene o métodos para la anticoncepción post evento obstétrico.**Gestión con CRUE departamental y con secretarias de salud para asegurar el traslado de gestantes con complicaciones que ponían en riesgo su vida.*  | *Antioquia: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios, Vigía del Fuerte**Arauca: Arauquita,* *Cauca: Buenos Aires, Caldono, El Patía, Miranda,**La Guajira: Fonseca,* *Tolima: Icononzo, Planadas**Caquetá: La Montañita, San Vicente del Caguán,**Meta: La Macarena, Mesetas, Vista Hermosa**Cesar: La Paz,* *Nariño: Tumaco, Policarpa**Putumayo: Puerto Asís,* *Chocó: Riosucio,* *Guaviare: San José del Guaviare,* *Norte de Santander: Tibú,* *Córdoba: Tierralta* |
| *Dotación de kits de emergencias obstétricas* | *Se entregaron 99 kits de emergencias obstétricas a 33 hospitales de primer nivel de atención de municipios PDET o que son de referencia para la atención de población de municipios PDET* | *La entrega de estos insumos aporta a la atención oportuna y remisión segura de mujeres gestantes que presenten complicaciones obstétricas, con el fin de evitar muertes en gestantes por causas evitables. Complementariamente, se realizó la capacitación sobre el manejo integral de las emergencias obstétricas y el uso adecuado de los insumos contenidos en el kit.* | *Arauca: Tame**Guajira: Manaure**Putumayo: Puerto Guzmán, San Miguel**Cesar: Codazzi, Becerril, Manaure**Chocó Quibdó, Condoto, Istmina**Valle del Cauca: Buenaventura D.E.* *Norte de Santander: Convención, Sardinata**Magdalena: Aracataca, Fundación**Antioquia: Dabeiba, Ituango**Arauca: Arauquita**Caquetá: San Vicente Del Caguán**Cauca: Buenos Aires, Caldono, Miranda, El Patía* *Cesar: La Paz**Córdoba: Tierralta**Guaviare: San José del Guaviare**La Guajira: Fonseca**Meta: Mesetas**Meta: Vista Hermosa**Nariño: Tumaco**Putumayo: Puerto Asís**Tolima: Icononzo* |
| *Atenciones psicosociales* | *Realización de 2.789 atenciones psicosociales* | *Fortalecimiento de las capacidades institucionales en el marco de la respuesta a la pandemia por COVID-19 en la atención psicosocial a casos positivos, casos sospechosos o contactos estrechos.**Posicionamiento del tema de salud mental y apoyo psicosocial en planes de contingencia frente al COVID-19 en los 26 municipios priorizados.**Fortalecimiento de estrategias de apoyo psicosocial con poblaciones vulnerables como gestantes, personas con comorbilidades, adultos mayores, jóvenes y mujeres.**Inclusión del tema de apoyo psicosocial en las estrategias de información, educación y comunicación*  | *Antioquia: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios, Vigía del Fuerte**Arauca: Arauquita,* *Cauca: Buenos Aires, Caldono, El Patía, Miranda,**Tolima: Icononzo, Planadas**Caquetá: La Montañita, San Vicente del Caguán,**Meta: La Macarena, Mesetas, Vista Hermosa**Cesar: La Paz,* *Nariño: Tumaco, Policarpa**Putumayo: Puerto Asís,* *Chocó: Riosucio,* *Guaviare: San José del Guaviare,* *Norte de Santander: Tibú,* *Córdoba: Tierralta* |
| *Conformación de equipos interdisciplinarios de vigilancia en salud pública* | *Fortalecimiento de 26 entidades territoriales con equipos conformados por profesionales de epidemiología, enfermería y psicosociales además de gestores comunitarios* | *El Proyecto apoyó a las entidades territoriales en el seguimiento a la evolución de los casos de COVID-19 a partir de la realización de tamizajes, búsqueda activa comunitaria e investigaciones epidemiológicas de campo para la identificación y seguimiento de casos y contactos estrechos. Se apoyó en el seguimiento de 4.742 casos positivos del total de 10.475 casos identificados y notificados por la ET.**Igualmente, el proyecto fortaleció los procesos de análisis de vigilancia epidemiológica para la toma de decisiones con el apoyo a la revisión de datos y calidad de la información y elaboración de boletines informativos.* | *Antioquia: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios, Vigía del Fuerte**Arauca: Arauquita,* *Cauca: Buenos Aires, Caldono, El Patía, Miranda,**La Guajira: Fonseca,* *Tolima: Icononzo, Planadas**Caquetá: La Montañita, San Vicente del Caguán,**Meta: La Macarena, Mesetas, Vista Hermosa**Cesar: La Paz,* *Nariño: Tumaco, Policarpa**Putumayo: Puerto Asís,* *Chocó: Riosucio,* *Guaviare: San José del Guaviare,* *Norte de Santander: Tibú,* *Córdoba: Tierralta* |
| *Dotación de EPP a personal de salud de hospitales de municipios rurales para la prevención del contagio por COVID-19.*  | *25 kits de EPP entregados, uno a cada hospital de cada municipio (más de 210.000 EPP). Los EPP entregados contenían: Guantes, Mascarilla N95, Mascarilla quirúrgicas, caretas, gafas, Alcohol glicerinado, Jabón antiséptico, sabanas, Batas, gorros y polainas desechables, y Termómetros digitales[[4]](#footnote-5).*  | *Se contribuyó a prevenir el contagio por Covid-19 en 3.500 trabajadores de la salud de los 170 municipios PDET del país más Icononzo.* | *170 municipios PDET del país más Icononzo* |
| *Dotación a mujeres en situación de vulnerabilidad con EPP, elementos de higiene personal y de salud menstrual en el contexto de la COVID-19.* | *Se entregaron 8.550 kits de higiene a 171 organizaciones de mujeres, priorizando a grupos de mujeres víctimas del conflicto, en situación de desplazamiento, indígenas, afrodescendientes, y en otras condiciones de vulnerabilidad. Asimismo, se entregó información para la prevención frente a la COVID–19, para la apropiación y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, y prevención de la violencia de género[[5]](#footnote-6).* | *Se apoyó la prevención del contagio por el COVID-19 y se mejoraron las condiciones de higiene personal y de salud menstrual de 8.550 mujeres en condición de vulnerabilidad* | *Los 170 municipios PDET del país más Icononzo* |
| *Capacitaciones a funcionarios y personal del sector salud.*  | *2.037 funcionarios del sector salud y 2.451 funcionarios de otros sectores.**705 funcionarios de salud y 804 funcionarios de otras dependencias con capacitación, asistencia técnica y participación en mesas de trabajo relacionados con SSR y prevención del embarazo en adolescentes**56 planes de prevención del embarazo en adolescentes (PEA) y de prevención y atención de la violencia sexual –VS- construidos de forma intersectorial en los 26 municipios iniciales y en 30 más seleccionados por tener los indicadores más críticos de embarazo en niñas y adolescentes (1 por municipio)* | *Fortalecimiento de capacidades profesionales en temas de salud mental, apoyo psicosocial, vigilancia comunitaria, vigilancia epidemiológica, eventos de interés en salud pública**Actualización de lineamientos y protocolos de atención en salud en el marco de la respuesta a la pandemia por COVID-19**Fortalecimiento de capacidades de profesionales y prestadores de salud en temas de atención materna, emergencias obstétricas, SSR, VBG, IVE y anticoncepción**Fortalecimiento de capacidades a equipos intersectoriales locales en prevención del embarazo en niñas y adolescentes y en prevención y atención de la VS.*  | *Antioquia: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios, Vigía del Fuerte**Arauca: Arauquita,* *Cauca: Buenos Aires, Caldono, El Patía, Miranda,**Tolima: Icononzo, Planadas**Caquetá: La Montañita, San Vicente del Caguán,**Meta: La Macarena, Mesetas, Vista Hermosa**Cesar: La Paz,* *Nariño: Tumaco, Policarpa**Putumayo: Puerto Asís,* *Chocó: Riosucio,* *Guaviare: San José del Guaviare,* *Norte de Santander: Tibú,* *Córdoba: Tierralta**Antioquia: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios, Vigía del Fuerte, Apartadó, Carepa, Mutatá, Turbo, El Bagre, Segovia y Zaragoza.* *Arauca: Arauquita, Tame**Bolívar: San Juan Nepomuceno, San Pablo, Morales, Santa Rosa del Sur y Simití.**Cauca: Buenos Aires, Caldono, El Patía, Miranda, Jámbalo, Piendamó**Córdoba: Tierralta, Puerto Libertador**La Guajira: Fonseca, San Juan del Cesar**Tolima: Icononzo, Planadas, Chaparral* *Caquetá: La Montañita, San Vicente del Caguán, Milán**Magdalena: Ciénaga**Meta: La Macarena, Mesetas, Vista Hermosa, Puerto Concordia**Cesar: La Paz, Pueblo Bello.* *Nariño: Tumaco, Policarpa, Ricaurte, Barbacoas**Putumayo: Puerto Asís, Puerto Leguízamo**Chocó: Riosucio, Bojayá y Nóvita**Guaviare: San José del Guaviare,* *Norte de Santander: Tibú, Teorama* |
| *Fortalecimiento de capacidades de personal de salud y de las comunidades a través de Webinar sobre diferentes temas del proyecto en el contexto de la pandemia.* | *3.498 funcionarios de salud participaron en 8 Webinar que desarrolló el proyecto en los siguientes temas de SSR y VBG:*  *1. Buenas prácticas y desafíos de la salud materna de territorios rurales y zonas de paz en contexto de pandemia**2. Anticoncepción en territorios rurales y zonas de paz en contexto de pandemia**3. De la luz a la sombra: avances y lecciones aprendidas de la Sentencia C-355 de 2006 en contextos rurales y pandemia* *4. Por el derecho a una vida libre de violencias – avances y lecciones aprendidas para la respuesta del sector salud ante las violencias basadas en género en contextos rurales y pandemia.**5. La anticoncepción de emergencia desde la atención primaria en salud en contextos de pandemia.**6. Buenas Prácticas y Desafíos de la Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia y Juventud de Territorios Rurales y Zonas de Paz en contexto de pandemia.* *7. Transformando en positivo: la realidad del VIH en territorios rurales en tiempos de Covid-19* *8. Tejiendo programas de salud sexual y reproductiva con enfoque diferencial en contextos rurales y de pandemia.* *450 personas de la comunidad fortalecidas en factores protectores de la salud mental a través del desarrollo de 6 webinar desde el contexto de pandemia, en los siguientes temas:*1. *¿Cómo prevenir el consumo de drogas desde el hogar?*
2. *¿Cómo prepararnos para el regreso a clase de nuestros hijos?*
3. *Diez claves para llevar una vida con calidad.*
4. *¿Cómo convivir en familia sin morir en el intento?*
5. *Mentiras sobre el consumo de marihuana*
6. *Que hacer para mejorar mi salud mental.*
 | *Fortalecimiento de capacidades de personal salud para el mejoramiento de la atención en SSR y VBG en el contexto del Covid19. Desmitificando concepciones y malas prácticas del personal de salud y reforzando el conocimiento de la normatividad vigente para COVID- 19.**Socialización de herramientas que fortalecen los factores protectores de la salud mental en la población en todos los ciclos vitales con énfasis en la familia.* | *SSR: 170 municipios PDET más Icononzo**Salud mental: Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Caquetá, Cauca, Cesar, Choco, Córdoba, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Sucre, Tolima, Valle del Cauca* |
| *Asesoría en SSR y VBG a través de línea telefónica en el contexto de COVID-19.* | *Apoyo personalizado a 674 funcionarios de salud en la resolución de inquietudes frente a SSR y VBG en el contexto de COVID-19.* | *A través de esta estrategia, 3.007 profesionales de salud de todos los municipios PDET y de otros municipios del país, lograron acceder a apoyo profesional para poder resolver situaciones urgentes de sus pacientes, frente al manejo general de la pandemia y en los temas de SSR y de VBG. Esto ayudó a dar continuidad a las atenciones, especialmente en lo relacionado con anticoncepción y control prenatal, y a mejorar el desempeño de este personal.* | *170 municipios PDET e Icononzo* |
| *Fortalecimiento de capacidades de profesionales de salud de municipios PDET en mhGAP* | *Se realizo un curso virtual de mhGAP a través de la contratación de la Universidad de La sabana* | *A través de este curso, se brindaron herramientas a los profesionales de 21 hospitales beneficiarios para la atención de problemas de salud mental, entre las que se encuentran: problemas de ansiedad, depresión, consumo de alcohol, consumo de otras sustancias psicoactivas, autolesiones, epilepsias, problemas de conducta y estrés agudo. Los hospitales beneficiarios fueron priorizados teniendo en cuenta las tasas de suicidio, ideación suicida, violencia y prevalencias de SPA. 24 profesionales de la salud en las disciplinas de medicina, enfermería y psicología realizaron este curso virtual.* | *Arauca: Arauquita**Antioquia: Turbo, Ituango, Remedios, Briceño, Dabeiba, Vigía del Fuerte, Murindó y Carepa.**Meta: Mesetas.* *Caquetá: Florencia, Albania, San Vicente del Caguán.**Tolima: Icononzo.* *Cauca: El Patía.**Putumayo: Mocoa.**Nariño: Policarpa, Ricaurte, Francisco Pizarro.* *Huila: Algeciras.**Bolívar: Santa Rosa del Sur* |
| *Actualización del AIEPI clínico en el marco de la normatividad nacional vigente, específicamente en la Rutas integrales de atención en salud.* | *Un documento técnico denominado “Herramienta de Apoyo Para La Atención Integral de las Condiciones Prevalentes de La Primera Infancia” validado por sociedades científicas, la academia y las mesas técnicas del ministerio de salud y socializado a los municipios priorizados, y la propuesta de un aplicativo web que esté en línea con el documento para facilidad de consulta por los profesionales de la salud.* | *Estos productos trabajados constituyen un avance importante a nivel país, como herramienta de política pública y de apoyo a los profesionales de la salud como consulta de las pautas de la normatividad vigente en el abordaje integral de la primera infancia, especialmente para aquellos que atienden población en los primeros niveles de atención. Ser contó con la participación de 140 funcionarios de salud tanto de los niveles departamentales como municipales y de los hospitales de estos territorios* | *Funcionarios de las secretarías de salud de:**Barranquilla, Cundinamarca, Boyacá, Santander, Atlántico, Meta, Itagüí, Caquetá/Florencia, Casanare, Sucre, Valle del Cauca, Quindío, Vaupés, Bogotá D.C.**De municipios:**El Patía, Santa Marta, Vigía del Fuerte, Mapiripán, Bogotá, Buenaventura, Dabeiba, Cartagena, Tolú, Remedios, San José Del Fragua, Los Palmitos Sucre, Quibdó, Sardinata, San Benito Abad, San Onofre.* |
| *Evaluación del fortalecimiento de las habilidades y competencias generadas en los profesionales de la salud en el ámbito institucional de los 170 municipios PDET, en lo referente a salud nutricional en el marco de COVID-19* | *Un documento de evaluación.* | *Este documento corresponde a un estudio un estudio cuasi-experimental de pretest/postest que incluye datos de 14 sesiones de capacitación virtual diseñada, en los temas de atención a la desnutrición aguda en niños de 0 a 59 meses de edad, en pautas de alimentación saludable con énfasis en lactancia materna como factor protector y las buenas prácticas de la alimentación complementaria y alimentación saludable, basadas en las GABA, realizadas entre octubre y diciembre de 2020, donde participaron en total 360 profesionales de la salud de 148 municipios del país (96 municipios PDET y 52 municipios no PDET), evidenciando el impacto positivo en la adquisición de conocimientos por parte de los profesionales de la salud participantes en dichas capacitaciones y la necesidad en los hospitales de los municipios de contar con capacitaciones frecuentes debido a la alta rotación de personal, entre otros aspectos importantes de la evaluación.* | *Amalfi , Briceño, Cáceres, Carepa, Caucasia, Dabeiba, EL Bagre, Ituango, Murindó, Necoclí, Remedios, San Pedro de Urabá, Segovia, Taraza, Turbo, Valdivia, Yondó, Zaragoza, Arauquita, Fortul, Saravena, Carmen de Bolívar, Córdoba, María la Baja, San Jacinto, San Juan Nepomuceno, San Pablo, Florencia, San Vicente del Caguán, Solita, Valparaíso, Argelia, Caloto, El Tambo, Mercaderes, Miranda, Morales, Patía, Piendamó, Santander de Quilichao, La Jagua de Ibirico, La Paz, Manaure, Pueblo Bello, San Diego, Valledupar, Carmen del Darién, Istmina, Medio Atrato, Medio San Juan, Riosucio, Unguía, Montelíbano, Tierralta, Valencia, Calamar, Algeciras, San José del Guaviare, Santa Marta, Mapiripán, Puerto Lleras, Puerto Rico, Uribe, Vista Hermosa, Barbacoas, El Charco, El Rosario, Leiva, Los Andes, Mosquera, San Andres de Tumaco, EL Carmen, El Tarra, Hacarí, San Calixto, Teorama, Tibú, Sardinata, Mocoa, Orito, Puerto Asís , Puerto Caicedo, Puerto Guzmán, Valle del Guamuez, Villa Garzón, Los Palmitos, San Onofre, Toluviejo, Ataco, Chaparral, Icononzo, Planadas, Rioblanco, Florida, Pradera.* |
| *Fortalecimiento en temas de bienestar y la calidad de vida de la población general* | *6 webinar desde el contexto de pandemia, en los siguientes temas:*1. *¿Cómo prevenir el consumo de drogas desde el hogar?*
2. *¿Cómo prepararnos para el regreso a clase de nuestros hijos?*
3. *Diez claves para llevar una vida con calidad.*
4. *¿Cómo convivir en familia sin morir en el intento?*
5. *Mentiras sobre el consumo de marihuana*

*Que hacer para mejorar mi salud mental* | *728 personas de los municipios PDET con herramientas que fortalecen los factores protectores de la salud mental en todos los ciclos vitales con énfasis en las personas, la familia y la comunidad.* | *Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Caquetá, Cauca, Cesar, Choco, Córdoba, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Sucre, Tolima, Valle del Cauca* |
| *Talleres comunitarios de capacitación en salud* | *Se capacitaron 524 líderes comunitarios que conforman las redes de Vigilancia comunitaria.**Se desarrollaron 6 foros con 60 líderes juveniles y se capacitaron 295 líderes comunitarios en talleres de derechos sexuales y derechos reproductivos**Se capacitaron 1.004 líderes en AIEPI – comunitario*  | *Fortalecimiento de capacidades de líderes comunitarios a partir de su participación en talleres de capacitación coordinados con entidades locales.**Líderes capacitados para la realización del análisis de la situación de salud de su territorio, la priorización de problemas de salud y la activación de rutas de atención.**Fortalecimiento de la participación de los líderes en 49 COVECOM como espacios de análisis de la situación de salud y toma de decisiones.**Líderes sensibilizados en el ejercicio y protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos – DSDR- y en masculinidades alternativas.* *Foros de análisis y construcción de propuestas para la disminución del embarazo en adolescentes con líderes juveniles de 30 municipios.* *Líderes capacitados en las 18 prácticas clave del AIEPI comunitario* | *Antioquia: Anorí, Dabeiba, Remedios, Vigía del Fuerte, Ituango**Tolima: Icononzo, Planadas**Caquetá: La Montañita, San Vicente del Caguán**Meta: La Macarena, Mesetas, Vista Hermosa**Chocó: Riosucio,* *Norte de Santander: Tibú**COVECOM**Anorí, Arauquita, Buenos Aires, Caldono, Dabeiba, Fonseca, Ituango, La Macarena; La Montañita, La Paz, Mesetas, Miranda, Patía, Planadas, Policarpa, Puerto Asís, Riosucio, San José de Guaviare, Tierralta, Tumaco, Vigía del Fuerte, Vista Hermosa.**DSDR:* *La Montañita, San Vicente, La Paz, Tumaco, Fonseca, Mesetas, Vista hermosa, Riosucio, Caldono, Tierralta, El bordo, Anorí**Foros juveniles: El Bagre, Segovia,**Santa Rosa del Sur,**Morales, Zaragoza,**Simiti, Jambalo,**Pueblo bello, Medio**Atrato, Sipi, Puerto**libertador, Ciénaga,**Puerto Concordia,**Barbacoas, Chaparral, Apartadó, Carepa, Mutatá, Turbo, Tame, San Juan, Nepomuceno, San Pablo, Milán, Piendamó, Bojayá, Novita, San Juan del Cesar, Ricaurte, Teorama y Puerto Leguizamo**AIEPI comunitario**San José del Guaviare, Riosucio, Mesetas, Icononzo, Arauquita, Remedios, Ituango, Vista Hermosa, Anorí, La Montañita, Tibú, Vigía del Fuerte, Buenos Aires, Fonseca, Tierra Alta, Dabeiba, Macarena, El Patía, Caldono, La Paz, San Vicente del Caguán* |
| *Identificación de iniciativas comunitarias para la promoción de la salud* | *26 municipios con 29 iniciativas que fortalecieron la acción comunitaria en salud mediante el desarrollo de planes de trabajo con recursos aportados por el proyecto* *22 municipios, con iniciativas planteadas y planificadas para su desarrollo e implementación desde la estrategia Ser, Saber y Hacer para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, bajo el liderazgo de la secretaría municipal de salud* | *Fortalecimiento de procesos de participación y movilización comunitaria para empoderamiento social frente al derecho a la salud y mejoramiento de las condiciones de vida personal y comunitaria; a partir del desarrollo de actividades culturales, deportivas, educativas, ambientales, comunicativas y en salud y el reconocimiento de las condiciones diferenciales de grupos étnicos, de mujeres y juveniles.**Aporte a la superación de las causas asociadas a la enfermedad y a la falta de bienestar, transformación de determinantes sociales de la salud a partir de la identificación de riesgos y la generación de estrategias para su resolución.**Aporte al cumplimiento de las iniciativas PDET con el fortalecimiento de las capacidades comunitarias en primeros auxilios médicos para mejorar la atención oportuna de situaciones de salud presentadas en la comunidad, teniendo en cuenta las condiciones geográficas y de acceso a los servicios de salud.**A partir del fortalecimiento de competencias en la estrategia SSH en prevención del consumo de sustancias, se generaron 23 iniciativas acompañadas técnicamente, y dirigidas a retrasar la edad de inicio de consumo de alcohol y modificar las influencias normativas favorables al consumo, aumentar el involucramiento parental, el desarrollo de habilidades para la vida y aumentar la percepción del riesgo.*  | *Antioquia: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios, Vigía del Fuerte**Arauca: Arauquita,* *Cauca: Buenos Aires, Caldono, El Patía, Miranda,**La Guajira: Fonseca,* *Tolima: Icononzo, Planadas**Caquetá: La Montañita, San Vicente del Caguán,**Meta: La Macarena, Mesetas, Vista Hermosa**Cesar: La Paz,* *Nariño: Tumaco, Policarpa**Putumayo: Puerto Asís,* *Chocó: Riosucio,* *Guaviare: San José del Guaviare,* *Norte de Santander: Tibú,* *Córdoba: Tierralta**Primeros auxilios: Vigía del Fuerte, Tibú, Caldono, Policarpa, Riosucio, Vista Hermosa, Remedios, Icononzo, La Macarena, Patía, Tierralta, Tumaco, Puerto Asís, San José del Guaviare,* *Antioquia: Anorí, Dabeiba, Ituango, Vigía del Fuerte**Arauca: Arauquita,* *Cauca: Buenos Aires, Caldono, El Patía, Miranda,**La Guajira: Fonseca,* *Tolima: Icononzo,* *Caquetá: La Montañita, San Vicente del Caguán,**Meta: La Macarena, Mesetas, Vista Hermosa**Cesar: La Paz,* *Nariño: Tumaco, Policarpa**Putumayo: Puerto Asís,* *Guaviare: San José del Guaviare,* *Córdoba: Tierralta* |
| *Acciones de Información, Educación y Comunicación* | *26 Kits de material de educativo e informativo entregado a los hospitales para apoyar las estrategias de IEC.* *Mensajes sobre promoción de la salud y prevención de COVID-19 que llega a 44.277 personas**Fortalecimiento de las UAIC con material IEC* | *Se entregaron paquetes de material educativo a los 26 hospitales priorizados por el proyecto que contenían: afiches para la construcción de rutas intersectoriales de violencia sexual, afiches/hojas de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, plegable de uso correcto del condón femenino y masculino, afiches y plegables sobre la importancia de tomar acciones en las primeras 72 horas luego de una violencia sexual.* *Estrategia de construcción de mensajes sobre prevención de COVID-19 a partir del desarrollo de talleres sobre mitos y realidades de este evento.**Elaboración y difusión de 15 cuñas radiales construidas a partir de las piezas comunicativas elaborados por la comunidad que resaltan los lenguajes, música, ritmo y manifestaciones culturales como la trova y palabreo.**Fortalecimiento de estrategias comunitarias para la difusión de mensajes como el perifoneo, parlantes o megáfonos y emisoras comunitarias.**Elaboración de kit pedagógico compuesto por rotafolio, escalera, lotería y juego de concéntrese y entrega a las redes comunitarias para el apoyo a las actividades de réplica y sensibilización comunitaria en temas de promoción de la salud.* *Se fortalecieron las 27 UAIC en los 26 municipios priorizados, con material de IEC en lactancia materna, vacunación, prevención de IRA, EDA y desnutrición, lavado de manos y material de identificación de la UAIC.* | *Antioquia: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios, Vigía del Fuerte* *Arauca: Arauquita* *Cauca: Buenos Aires, Caldono, El Patía, Miranda,* *La Guajira: Fonseca**Tolima: Icononzo, Planadas,* *Caquetá: La Montañita, San Vicente del Caguán,* *Meta: La Macarena, Mesetas, Vista Hermosa**Cesar: La Paz,* *Nariño: Tumaco, Policarpa,* *Putumayo: Puerto Asís,* *Chocó: Riosucio,* *Guaviare: San José del Guaviare,* *Norte de Santander: Tibú, Córdoba: Tierralta* |

* 1. **Beneficiarios**

Beneficiarios directos

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Departamento**  | **Municipio**  | **Mujeres** | **Hombres** | **Niños** | **Niñas** | **Total** |
| *Antioquia* | *Anorí* | *8.385* | *1.900* | *858* | *1.132* | *12.275* |
| *Antioquia* | *Dabeiba* | *4.150* | *891* | *580* | *668* | *6.289* |
| *Antioquia* | *Ituango* | *6.068* | *735* | *300* | *418* | *7.521* |
| *Antioquia* | *Remedios* | *3.314* | *1.270* | *287* | *411* | *5.282* |
| *Antioquia* | *Vigía Del Fuerte* | *3.904* | *1.380* | *436* | *451* | *6.171* |
| *Arauca* | *Arauquita* | *7.004* | *1.113* | *869* | *869* | *9.855* |
| *Caquetá* | *La Montañita* | *4.258* | *1.504* | *332* | *403* | *6.497* |
| *Caquetá* | *San Vicente Del Caguán* | *7.417* | *2.225* | *1.082* | *1.044* | *11.768* |
| *Cauca* | *Buenos Aires* | *6.162* | *1.564* | *827* | *823* | *9.376* |
| *Cauca* | *Caldono* | *5.305* | *1.846* | *449* | *488* | *8.088* |
| *Cauca* | *Miranda* | *6.723* | *2.549* | *289* | *424* | *9.985* |
| *Cauca* | *Patía* | *7.189* | *1.791* | *71* | *251* | *9.302* |
| *Cesar* | *La Paz* | *4.883* | *1.342* | *683* | *677* | *7.585* |
| *Chocó* | *Riosucio* | *5.810* | *959* | *545* | *930* | *8.244* |
| *Córdoba* | *Tierralta* | *5.272* | *1.421* | *936* | *943* | *8.572* |
| *Guajira* | *Fonseca* | *7.227* | *2.120* | *662* | *749* | *10.758* |
| *Guaviare* | *San José Del Guaviare* | *5.539* | *2.104* | *849* | *950* | *9.442* |
| *Meta* | *La Macarena* | *6.351* | *2.611* | *1.789* | *1.949* | *12.700* |
| *Meta* | *Mesetas* | *7.185* | *4.584* | *1.035* | *1.162* | *13.966* |
| *Meta* | *Vistahermosa* | *8.745* | *1.564* | *789* | *1.164* | *12.262* |
| *Nariño* | *Policarpa* | *5.705* | *1.400* | *628* | *829* | *8.562* |
| *Nariño* | *San Andrés De Tumaco* | *7.133* | *790* | *732* | *959* | *9.614* |
| *Norte De Santander* | *Tibú* | *6.661* | *2.045* | *681* | *747* | *10.134* |
| *Putumayo* | *Puerto Asís* | *5.872* | *2.281* | *791* | *915* | *9.859* |
| *Tolima* | *Icononzo* | *4.726* | *1.361* | *474* | *580* | *7.141* |
| *Tolima* | *Planadas* | *8.140* | *1.319* | *332* | *616* | *10.407* |
| *0tros municipios PDET\** |  | *30.478* | *491* | *0* | *0* | *30.969* |
| *Otros municipios* |  | *2.772* | *404* | *0* | *0* | *3.176* |
| *Total beneficiarios* |  | ***192.378*** | ***45.564*** | ***17.306*** | ***20.552*** | ***275.800*** |

 Beneficiarios indirectos

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Departamento**  | **Municipio**  | **Mujeres** | **Hombres** | **Niños** | **Niñas** | **Total** |
| AntioquiaAraucaBolívarCaquetáCaucaCesarChocóCórdobaHuila La GuajiraMagdalenaMetaNariñoNorte de SantanderPutumayoSan José del GuaviareSucreTolimaValle del Cauca | *171 municipios PDET e Icononzo.* | *175.769* | *3370* | *0* | *100.541* | *279.680* |

\* Beneficiarios estimados por UNFPA en Salud Sexual y Reproductiva.

1. **Estrategia de salida y sostenibilidad de los resultados**

2.1 Estrategia de salida:

*Durante el desarrollo de las acciones del proyecto, ha sido muy importante la articulación con los equipos técnicos del MSPS, logrando que tanto la implementación como el seguimiento realizado se encuentren acordes con la política nacional vigente, con las necesidades del país y en particular con las necesidades de los municipios PDET. Así mismo, el trabajo coordinado con las secretarías departamentales y municipales de salud, así como las gerencias de las Empresas Sociales del Estado y/o hospitales locales han permitido que las acciones se desarrollen de manera conjunta, promoviendo permanentemente el fortalecimiento de la comunicación estable y permanente entre las comunidades y las instituciones más allá de la vigencia del proyecto.*

*En cada uno de los municipios priorizados por el proyecto se generaron espacios de rendición de cuentas comunitarias, institucionales y mixtas con el fin de dar a conocer los resultados y alcances de la ejecución. A cada municipio se entregó un boletín con la información de indicadores e informe final con los resultados, lecciones aprendidas, retos identificados para la sostenibilidad de las acciones, así como el acta de los insumos y equipos donados en cada territorio, con el fin de hacer seguimiento al uso de los mismos. Así mismo se realizó la entrega de los procesos comunitarios a las autoridades de salud locales con el fin de que los incluyan en las acciones de acompañamiento de las diferentes entidades.*

*Se desarrollaron reuniones con las redes comunitarias en salud, los líderes de las iniciativas y otros integrantes de la comunidad, directamente en las veredas, donde se contó con la participación de representantes institucionales responsables de los procesos comunitarios desde la entidad territorial. En estos espacios se presentaron los resultados alcanzados por el proyecto durante el tiempo de ejecución, lo que facilitó el reconocimiento de las acciones por parte de la comunidad y el compromiso de dar continuidad a los procesos comunitarios con el acompañamiento de la autoridad territorial de salud.*

*La rendición de cuentas institucional contó con la participación de los actores que han acompañado el desarrollo del proyecto, los responsables de acuerdo con las líneas de acción desarrolladas, y con la participación de representantes de la comunidad y los representantes territoriales de las instituciones encargadas de hacer seguimiento a la implementación de los acuerdos de paz. De la misma manera, con cada una de las gerencias y equipos técnicos y directivos de los hospitales locales, se realizó un ejercicio de presentación de resultados que incluyó la* *entrega de un documento con todas las actividades de fortalecimiento realizadas con el personal de salud y con las comunidades por parte del personal del UNFPA contratados a través de la Fundación Oriéntame, para apoyar las acciones de SSR y de VBG del hospital, que incluía además las recomendaciones para mejorar las brechas encontradas y para dar sostenibilidad a los proceso realizados. La entrega se realizó por dos medios: 1 presentación a los equipos técnicos y de gerencia de los hospitales de manera virtual y 2. Entrega formal con acta de recibido firmada por el gerente, del documento con el informe de cada uno de los municipios. Estos documentos también se entregaron al coordinador del proyecto para que lo presentara al MSPS con el fin de que el grupo de SSR de la Dirección de Promoción y Prevención, coordine seguimiento o acompañamiento para verificar el avance en la resolución de las brechas identificadas.*

*A nivel departamental, se propiciaron encuentros presenciales o virtuales con secretarios de salud y los referentes de los temas abordados en el proyecto, en ellos se presentaron de manera consolidada los resultados del proyecto en los municipios focalizados. Igualmente se hizo entrega de un boletín consolidado del reporte de los indicadores finales e informe con los resultados.*

*En el ámbito nacional se presentaron las acciones realizadas, los efectos que trajeron estas acciones en la prestación de los servicios de salud, los retos y acciones de sostenibilidad con las direcciones del Ministerio de Salud y Protección Social, ARN, Misión de Verificación, Consejería Presidencial para la Estabilización y la consolidación, al comité del MPTF y otras entidades aliadas al proyecto.*

2.2 Estrategia para la sostenibilidad de los resultados

*A nivel local se desarrollaron acciones coordinadas con las Direcciones Locales de Salud para promover la participación institucional e incorporación de las acciones del proyecto en instrumentos de planeación territorial y de políticas públicas en salud como el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el Plan Territorial de Salud (PTS). En algunos casos, dentro de las funciones de los contratistas de las direcciones locales especialmente los asociados a vigilancia epidemiológica, salud pública y participación social se incluyeron las acciones de seguimiento a los procesos comunitarios como las redes e iniciativas comunitarias.*

*Con las redes comunitarias se construyeron planes de trabajo como una ruta de acción para la identificación de recursos, aliados, responsables y tiempos para continuar con el desarrollo de actividades para su fortalecimiento interno y para el mejoramiento de la salud de la comunidad, incluyendo acciones de vigilancia comunitaria en salud. Estas redes fueron dotadas con materiales pedagógicos, de visibilidad y de papelería que facilitarán el desarrollo de estos planes. En las iniciativas comunitarias también se entregaron insumos que les permitirán continuar con las actividades de trabajo comunitario en promoción de la salud, estos procesos se encuentran en sinergia con las redes comunitarias con el fin de establecer alianzas comunitarias, acciones conjuntas y objetivos comunes en favor de la comunidad.*

*La coordinación realizada con el ICBF para el acompañamiento de los planes municipales intersectoriales de PEA, así como de prevención y atención de la violencia sexual, permitió el seguimiento de las acciones realizadas por el proyecto. Como parte del cierre, se entregaron oficialmente al ICBF los 56 planes departamentales de PEA y los equipos de la Subdirección General y de la Dirección de Adolescencia y Juventud se comprometieron a realizar el seguimiento para su implementación, acompañados por el equipo del Ministerio de Salud, y los jóvenes que participaron en los Foros Juveniles.*

*En lo relacionado con la aplicación de implantes subdérmicos, se dejó instaurado un proceso de capacitación en la aplicación de implantes “Jadelle” a través de Profamilia en los 171 municipios PDET. Los gerentes de los hospitales locales coordinarán con el MSPS de acuerdo con las necesidades del talento humano.*

*También se elaboró un documento con la sistematización de todas las acciones de SSR, que incluye una caracterización de cada uno de los 26 municipios (indicadores poblacionales y de SSR y VBG) y la consolidación de las acciones realizadas (Anexo 1). Este insumo será de gran utilidad para que el Ministerio de Salud y Protección Social pueda hacer seguimiento a las acciones desarrolladas y pueda replicar estas intervenciones en otros municipios.*

*A nivel comunitario se dejarán rutas de exigibilidad y veedurías de los derechos sexuales y reproductivos centrados en los servicios de salud sexual y reproductiva, así como la vinculación de líderes juveniles participantes de los Foros “Sexualidad sin Filtros” en procesos de fortalecimiento desde los programas del ICBF, articulándolos a las acciones que desarrolla el equipo de juventud del UNFPA.*

**ii) Evaluación de Indicadores basada en Desempeño:**

Usando el marco de resultados aprobado en el documento de proyecto proporcione las cifras planeadas y finalmente alcanzadas en cada uno de los indicadores del proyecto en todos los niveles. En la medida en que la explicación narrativa ya se brindó en la sección anterior, en este cuadro incluya solamente los resultados cuantitativos del proyecto.

|  |  |
| --- | --- |
| **Cuadro 2: Marco de resultados** | **Título del proyecto: *Salud para la paz, fortaleciendo comunidades-Fase 2*** |
| **Efecto del Fondo al cual el programa/proyecto contribuirá** | *Resultado Nº 5. Del ámbito 3. Socio económico/Marco de Resultados de la ERR* |
| **Indicadores del Resultado del Fondo:** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados**  | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación**  |
| Fortalecimiento de la infraestructura comunitaria en salud. | 26 municipios priorizados |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 27 Unidades de Atención Integral Comunitaria (UAIC).Alcanzado: 27 UAIC fortalecidas con entrega de insumos | Acta de entrega a la IPS priorizadaSeguimiento y acciones con UAIC e Informe.[[6]](#footnote-7) |
| Planeado | 27 |
| Alcanzado | 27 |
| Se impulsará un Plan de Choque contra el hambre y la malnutrición. | 26 municipios priorizados |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 7.000 niños y niñas que reciben atención integral en salud nutricional e infancia.Alcanzado: 5959\* niños y niñas\* A causa de la interrupción de servicios esenciales por la pandemia, los hospitales no han logrado hacer la entrega efectiva del 100% de los insumos donados. | Registros intramurales y extramurales de entregaBD seguimiento uso efectivo insumos[[7]](#footnote-8) |
| Planeado | 7.000 |
| Alcanzado |  |  | 2.818 | 3.141 |
| Se fortalecerán entornos protectores para niños/niñas y adolescentes frente a múltiples violencias que los afectan. | 26 municipios priorizados |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 20.000 mujeres, adolescentes y jóvenes.Alcanzado: 65.497\* mujeres, adolescentes y jóvenes\*Se aumentó la capacidad de respuesta de las atenciones de SSR, salud materna y VBG a través de la contratación de talento humano. | Base de datos de atenciones de SSR y VBG solo en niñas, niños y mujeres marzo 2021 [[8]](#footnote-9) |
| Planeado |  | 20.000 |  |  |
| Alcanzado |  | 64.402 | 1.068 | 27 |
| **Sub-Resultado 1:**  | *En el primer año de la intervención se han fortalecido las capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud, de calidad, con enfoque de género e intercultural, con énfasis en salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), salud sexual y reproductiva, atención a la infancia y salud nutricional.* *Organización/es responsable/s del Resultado: UNFPA y OPS/OMS* |
| **Indicadores del Subresultado 1:** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados** | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación** |
| Nº de mujeres que reciben atención en SSR con enfoque diferencial y de género para mujeres, adolescentes y jóvenes. |  |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 20.000 mujeres atendidasAlcanzado:64.402\* mujeres atendidas\* Se aumentó la capacidad de respuesta de las atenciones de SSR, salud materna y VBG a través de la contratación de talento humano. | Base de datos de atenciones en SSR y VBG marzo 2021[[9]](#footnote-10) |
| Planeado |  | 20.000 |  |  |
| Alcanzado |  | 64.402 |  |  |
| Nº de niños y niñas que reciben atención integral |  |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 20.000 niños y niñas atendidosAlcanzado: 42.313\*\* Se superó la meta porque los hospitales realizaron atenciones adicionales como contrapartida. | RIPS atenciones menores de 5 añosReportes atenciones hospitales en UAIC[[10]](#footnote-11) |
| Planeado |  |  | 20.000 |
| Alcanzado |  |  | 42.313 |
| Nº de personas reciben atención integral en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas |  |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 10.000 personas reciben atención integral en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivasAlcanzado:17.786\* personas\* Se superó la meta gracias a la contrapartida de los hospitales locales | 1. Soportes SM beneficiarios indirectos
2. BD beneficiarios directos e indirectos SM -SPA[[11]](#footnote-12)
 |
| Planeado | 10.000 |
| Alcanzado | 17.786 |
| **Producto 1.1**  | *En el primer año de la intervención se han fortalecido capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral en derechos sexuales y derechos reproductivos, anticoncepción, emergencias obstétricas, violencias basadas en género, prevención de embarazo en adolescentes atención ante y prenatal con enfoque diferencial.**Organización/es responsable/s del Producto: UNFPA* |
| **Indicadores de resultados inmediatos** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados** | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación** |
| Nº de funcionarios capacitados. | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 260 funcionarios capacitadosAlcanzado: 525\* funcionarios de salud.\* Las estrategias virtuales favorecieron la participación del personal de salud de los municipios por lo que aumentó la demanda de las capacitaciones. | Actas de capacitación de personal de salud[[12]](#footnote-13) |
| Planeado | 260 |  |  |
| Alcanzado | 123 | 402 |  |  |
| Nº de mujeres que reciben atención en SSR con enfoque diferencial y de género. | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 20.000 mujeresAlcanzado: 65.470\* mujeres\* Se aumentó la capacidad de respuesta de las atenciones de SSR, salud materna y VBG a través de la contratación de talento humano. | Base de datos de atenciones marzo 2021.[[13]](#footnote-14) |
| Planeado |  | 20.000 |  |  |
| Alcanzado | 1.184 | 64.402 | 1.068 |  |
| Nº de mujeres que reciben métodos modernos de anticoncepción. | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 10.000 mujeresAlcanzado: 21.190\*\* Se aumentó la capacidad de respuesta de las atenciones de SSR, salud materna y VBG a través de la contratación de talento humano y se superó la meta gracias a la contrapartida de los hospitales locales | Base de datos de reporte de entrega o aplicación de MA en los hospitales Reporte de hospitales corte a dic 2020 y reporte de personal del proyecto corte a marzo 2021[[14]](#footnote-15) |
| Planeado |  | 10.000 |  |  |
| Alcanzado |  | 21.190 |  |  |
| Nº de IPS priorizadas dotadas con Kits para la aplicación de DIU | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 IPSAlcanzado:26 IPS | Actas de entrega [[15]](#footnote-16) |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 26 |
| Nº de municipios que reciben paquetes de material educativo en SSR. | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 municipiosAlcanzado:26 municipios | Actas de entrega de material educativo de SSR [[16]](#footnote-17) |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 26 |
| Nº de municipios que reciben asesoría y Asistencia Técnica para el desarrollo de Rutas de Atención de la Violencia Sexual. | 26 municipios de 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 municipiosAlcanzado:26 municipios reciben asistencia técnica y desarrollan planes municipales intersectoriales para la prevención y atención de la violencia sexual y para la prevención del embarazo en adolescentes  | Ayudas de memoria de los Talleres de trabajo[[17]](#footnote-18)Planes de acción desarrollados por cada equipo intersectorial del municipio[[18]](#footnote-19)  |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 26 |
| **Producto 1.2**  | *En el primer año de la intervención se han fortalecido capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral de la infancia y la salud nutricional.**Organización/es responsable/s del Producto: OPS/OMS* |
| **Indicadores de resultados inmediatos** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados** | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación** |
| Nº de funcionarios que reciben asistencia técnica. | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 52 funcionariosAlcanzado:106\* funcionarios\*La ampliación del número de capacitaciones y participantes, corresponde a la adaptación de metodologías a la modalidad virtual, lo que favoreció la participación de otros sectores e instituciones en los procesos de formación. | Informe de resultados de la asistencia técnica[[19]](#footnote-20) |
| Planeado | 52 |  |  |
| Alcanzado | 37 | 69 |  |  |
| Nº de líderes fortalecidos en AIEPI Comunitario | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 52 líderes comunitariosAlcanzado:1.004\* líderes\* La ampliación del número de capacitaciones y participantes, responde a la adaptación de las metodologías a la modalidad virtual. | Soporte de material de apoyo entregado a cada municipio1. Lista de material2. Guía de trabajo3. Registro de replicas realizadas por los lideres[[20]](#footnote-21) |
| Planeado | 52 |  |  |
| Alcanzado | 181 | 823 |  |  |
| Nº de UAIC fortalecidas con insumos y material educativo | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 27 UAICAlcanzado:27 UAIC | Acta de entrega a la Secretaría de Salud Municipal o IPS priorizada.[[21]](#footnote-22) |
| Planeado | 27 |
| Alcanzado | 27 |
| Nº de niñas y niños menores de 2 años que reciben antiparasitario | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 7.000 niños y niñasAlcanzado:5802\* niños y niñas\* A causa de la interrupción de servicios esenciales por la pandemia, los hospitales no han logrado hacer la entrega efectiva del 100% de los insumos donados. | Registros intramurales y extramurales de entrega[[22]](#footnote-23) |
| Planeado |  |  |  |  |
| Alcanzado |  |  | 2.736 | 3.066 |
| Nº de niños y niñas entre los 6 y 23 meses que reciben micronutrientes. | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 7.000 niños y niñasAlcanzado:5449\* niños y niñas\* A causa de la interrupción de servicios esenciales por la pandemia, los hospitales no han logrado hacer la entrega efectiva del 100% de los insumos donados. | Registros intramurales y extramurales de entrega[[23]](#footnote-24) |
| Planeado |  |  |  |  |
| Alcanzado |  |  | 2.542 | 2.907 |
| No. de niñas y niños que reciben alimento terapéutico | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 405 niños y niñasAlcanzado:237\* niños y niñas\* A causa de la interrupción de servicios esenciales por la pandemia, los hospitales no han logrado hacer la entrega efectiva del 100% de los insumos donados. | Registros intramurales y extramurales de entrega[[24]](#footnote-25) |
| Planeado |  |  |  |  |
| Alcanzado |  |  | 124 | 113 |
| No. De informes de avance realizados | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 4 documentosAlcanzado:6 documentos\*\*Corresponden a los informes trimestrales que aumentaron de acuerdo con la extensión del proyecto. | Informes trimestrales de avance en la implementación de las acciones de salud infantil y nutricional[[25]](#footnote-26) |
| Planeado | 4 |
| Alcanzado | 6 |
| **Producto 1.3**  | *En el primer año de la intervención se han desarrollado capacidades institucionales locales de los municipios priorizados para la atención integral en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.**Organización/es responsable/s del Producto: OPS/OMS* |
| **Indicadores de resultados inmediatos** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados** | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación** |
| Nº de profesionales capacitados para la atención en salud mental y prevención del consumo de SPA | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 130 profesionalesAlcanzado:131 profesionales | Registros de capacitación por municipio:1. Agenda del taller2. Planes de acción elaborados por los participantes3. Listado de asistencia4. Base de datos de participantes (nombre, municipio, IPS, datos de contacto[[26]](#footnote-27) |
| Planeado | 130 |  |  |
| Alcanzado | 24 | 107 |  |  |
| Nº municipios que reciben material educativo para salud mental y prevención del consumo de SPA | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 municipiosAlcanzado:26 municipios | Acta de entrega a la Secretaría de Salud Municipal o IPS priorizada.[[27]](#footnote-28) |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 26 |
| Nº de líderes que reciben asistencia técnica para realizar acciones de promoción de la salud mental, e identificación y canalización de personas con problemas de salud mental y abuso de SPA en sus comunidades. | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 27 líderes comunitariosAlcanzado:179\* líderes comunitarios\* La ampliación del número de capacitaciones y participantes, corresponde a la adaptación de las metodologías a la modalidad virtual, lo que favoreció la participación de profesionales de otros sectores e instituciones. | Registros de capacitación por municipio:1. Agenda del taller2. Planes de acción elaborados por los participantes3. Listado de asistencia4. Base de datos de participantes (nombre, municipio, IPS, datos de contacto)[[28]](#footnote-29) |
| Planeado |  |  |  |  |
| Alcanzado | 32 | 147 |  |  |
| No. De informes de avance realizados | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 4 documentosAlcanzado: 6 documentos**\***Corresponden a los informes trimestrales que aumentaron deacuerdo con la extensión del proyecto. | Informes trimestrales de avance en la implementación de las acciones de salud mental[[29]](#footnote-30) |
| Planeado | 4 |
| Alcanzado | 6 |
| **Sub-Resultado 2:**  | *En el primer año de intervención se ha consolidado una estrategia extramural de Atención Primaria en Salud - APS, con enfoque de determinantes, género y equidad, para impulsar la acción comunitaria e intersectorial y la construcción de escenarios protectores de paz.**Organización/es responsable/s del Resultado: OIM* |
| **Indicadores del Subresultado 2:** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados** | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación** |
| Nº de personas que reciben Atención Primaria en Salud a través de la estrategia extramural | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 10.000 personasAlcanzado: 42.220\* personas\*Incluye personas con atenciones en jornadas de salud, seguimiento a gestantes y fortalecimiento de capacidades | Informe de jornadas extramurales, desagregando tipo de atención, género y curso de vida.BD Gestantes y BD capacitaciones[[30]](#footnote-31). |
| Planeado | 10.000 |
| Alcanzado | 10.739 | 24.010 | 4.222 | 3.249 |
| Nº de municipios con estrategia extramural de APS operando | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 municipiosAlcanzado: 26 municipios | Informe de la estrategia por municipio[[31]](#footnote-32) |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 26 |
| **Producto 2.1**  | *En el primer año de intervención se han desarrollado capacidades institucionales y comunitarias para la implementación de la estrategia extramural de APS en los municipios priorizados.**Organización/es responsable/s del Producto: OIM* |
| **Indicadores de resultados inmediatos** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados** | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación** |
| Nº de profesionales de enfermería contratadas | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 27 profesionales de enfermeríaAlcanzado:27 profesionales contratados | Contrato |
| Planeado | 27 |  |  |
| Alcanzado | 10 | 17 |  |  |
| Nº de gestantes de alto riesgo con acompañamiento del profesional de enfermería para la atención integral. | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 135 mujeres gestantesAlcanzado:253\* gestantes\*El resultado incluye gestantes con riesgo obstétrico y vulnerabilidad en el acceso a los servicios de salud que no se habían contemplado inicialmente en la meta, pero requirieron seguimiento. | Base de datos de seguimiento a gestantes por municipio.[[32]](#footnote-33) |
| Planeado |  | 135 |  |
| Alcanzado |  | 212 | 41 |  |
| Nº de actividades educativas comunitarias realizadas en las líneas de intervención del proyecto por las profesionales de enfermería. | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 540 actividades educativasAlcanzado:1983\* actividades y 32.711 personas (9.323 hombres, 19.620 mujeres, 2168 niñas y 1600 niños)\* La ampliación del número de capacitaciones y participantes, corresponde a la adaptación de las metodologías a la modalidad virtual, lo que facilitó la participación de otros sectores e instituciones en los procesos de formación. Así mismo el fortalecimiento de los equipos territoriales con profesionales incluidos en la respuesta a COVID-19, permitió abordar nuevas temáticas. | Registros de capacitación por municipio:1. Agenda del taller2. Listado de asistencia3. Base de datos de participantes (nombre, municipio, IPS, datos de contacto)[[33]](#footnote-34) |
| Planeado | 540 |
| Alcanzado | 1.983 |
| Nº de jornadas extramurales de APS realizadas en los municipios priorizados. | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 52 jornadas extramuralesAlcanzado: 69 \*Jornadas con apoyo económico del proyecto.Adicionalmente se realizaron 112 jornadas como contrapartida donde se atendieron 7.705 personas.\*El aumento en las jornadas de salud correspondió a la disposición de los hospitales locales en ampliar estos servicios. Adicionalmente desde el proyecto se aumentó el apoyo financiero debido a las eficiencias de cambio de tasa. | Informe de jornadas extramurales, desagregando tipo de atención, género y curso de vida.[[34]](#footnote-35) |
| Planeado | 52 |
| Alcanzado | 69 |
| Nº de personas atendidas en las jornadas extramurales de APS realizadas en los municipios priorizados. | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 5.200 personasAlcanzado:9.256 \* personas\*El aumento de las personas atendidas en las jornadas de salud corresponde al aumento del número de jornadas. | Informe de jornadas extramurales, desagregando tipo de atención, género y curso de vida.[[35]](#footnote-36) |
| Planeado | 5.200 |
| Alcanzado | 1.416 | 4.178 | 2.013 | 1.649 |
| **Sub-Resultado 3:**  | *En el primer año de intervención se ha implementado una estrategia de participación y vigilancia comunitaria en salud pública a través del fortalecimiento de redes sociales para el empoderamiento y ejercicio del derecho a la salud en zonas rurales y rurales dispersas**Organización/es responsable/s del Resultado: OIM* |
| **Indicadores del Subresultado 3:** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados** | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación** |
| Nº de municipios donde opera la estrategia de participación y vigilancia comunitaria | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 municipiosAlcanzado:26 municipios | Informe de implementación de la estrategia por municipio.[[36]](#footnote-37) |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 26 |
| Nº de redes comunitarias realizando vigilancia comunitaria en salud pública | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 redes comunitariasAlcanzado:31\* redes comunitarias\*Debido a la distancia y dificultad de comunicación en algunos municipios se creó más de una red de vigilancia para poder facilitar el trabajo y comunicación de forma constante entre sus integrantes. | Informe de la estrategia de vigilancia comunitaria por municipio con recomendaciones para el Ministerio de Salud.[[37]](#footnote-38) |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 31 |
| **Producto 3.1**  | *En el primer año de intervención se han fortalecido las capacidades comunitarias para la participación y vigilancia comunitaria en salud pública.**Organización/es responsable/s del Producto: OIM* |
| **Indicadores de resultados inmediatos** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados** | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación** |
| Nº de líderes comunitarios capacitados para la vigilancia en salud pública de base comunitaria | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 260 líderesAlcanzado:1,765 \* líderes\*Este resultado incluye 524 líderes que conforman las redes comunitarias y otros líderes que participaron en estas capacitaciones y en los procesos de identificación inicial. El trabajo realizado por los equipos territoriales con la comunidad motivó la conformación de estas redes en la comunidad general, los ETCR y comités de salud de las Juntas de Acción Comunal. | Registros de capacitación por municipio:1. Agenda del taller2. Planes de acción elaborados por los participantes3. Listado de asistencia4. Base de datos de participantes (nombre, municipio, IPS, datos de contacto)[[38]](#footnote-39) |
| Planeado | 260 |
| Alcanzado | 598 | 1.126 | 36 | 5 |
| Nº de COVECOM realizados | Anorí, Arauquita, Buenos Aires, Caldono, Dabeiba, Fonseca, Ituango, La Macarena; La Montañita, La Paz, Mesetas, Miranda, Patía, Planadas, Policarpa, Puerto Asís, Riosucio, San José de Guaviare, Tierralta, Tumaco, Vigía del Fuerte, Vista Hermosa. |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 COVECOMAlcanzado: 49\* COVECOM y 737 participantes\*El trabajo realizado con las redes comunitarias y su reconocimiento por parte de las autoridades locales en salud, promovió la realización de más comités de vigilancia epidemiológicas de los esperados. | Actas de COVECOM[[39]](#footnote-40) |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 49 |
| Nº de personas participando en procesos de información, educación y comunicación (IEC) en salud liderados por las redes comunitarias. | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 1.300 personasAlcanzado:3024 \*personas (710 hombres, 1.595 mujeres, 409 niñas y 310 niños)**\***El trabajo realizado por las redes comunitarias, incluyó en sus planes de trabajo la réplica de actividades educativas y acciones de información, educación y comunicación con sus comunidades en los eventos de interés en salud pública priorizados. | Informe de la estrategia por municipio[[40]](#footnote-41) |
| Planeado | 1.300 |
| Alcanzado | 315 | 907 | 108 | 81 |
| Nº de iniciativas comunitarias para la movilización y empoderamiento del derecho a la salud desarrolladas(incluyen las propuestas comunitarias de los PDET). | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 iniciativas comunitariasAlcanzado:29\* iniciativas comunitariasSe planteó inicialmente una iniciativa por municipio, sin embargo, por las necesidades particulares de algunos territorios y las eficiencias de recursos, se logró apoyar dos iniciativas en Anorí, San José del Guaviare y San Vicente del Caguán  | Informe del desarrollo de las iniciativas.[[41]](#footnote-42) |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 29  |
| **Sub-Resultado 4:**  | *En el primer año de la intervención se ha implementado una estrategia de monitoreo y evaluación de resultados del proyecto.**Organización/es responsable/s del Resultado: OIM* |
| **Indicadores del Subresultado 4:** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados** | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación** |
| Nº de documentos de monitoreo y evaluación generados. | Consolidado nacional |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 5 documentosAlcanzado: 6\* Informes trimestrales al donante.\*Corresponden a los informes trimestrales que aumentaron de acuerdo con la extensión del proyecto.  | Informe de línea de base de indicadores trazadores en salud de los hospitales localesInforme de lecciones aprendidas durante la implementación de las estrategias UAIC y mhGAPInforme de Evaluación cualitativa de resultados del proyectoInforme de rendición de cuentas a nivel comunitarioInforme Final de Resultados del Proyecto |
| Planeado | 5 |
| Alcanzado | 6 |
| Nº de municipios que participan en la estrategia de monitoreo y evaluación. |  |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 municipiosAlcanzado:26 municipios | Documentos generados en el desarrollo de la estrategia. |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 26 |
| **Producto 4.1**  | *En el primer año de intervención se han desarrollado capacidades institucionales y comunitarias para el monitoreo y evaluación de resultados en las líneas de intervención del proyecto.**Organización/es responsable/s del Producto: OIM* |
| **Indicadores de resultados inmediatos** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados** | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación** |
| Nº de IPS con línea de base construida. |  |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 municipiosAlcanzado:26 municipios | Informe de línea de base de indicadores trazadores en salud para cada municipio[[42]](#footnote-43) |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 26 |
| Nº de informes comunitarios de rendición de cuentas. | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 informesAlcanzado: 26 informes de entrega final | Informe comunitario de rendición de cuentas por municipio.[[43]](#footnote-44) |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 26 |
| **Sub-Resultado 5:**  | *En el primer año de la intervención se han fortalecido las capacidades institucionales y comunitarias a nivel local para la prevención y respuesta al COVID-19 en los municipios PDET.* |
| **Indicadores del Subresultado 5:** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados** | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación** |
| Nº de municipios con capacidad institucional para la prevención y respuesta al COVID-19 |  |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 171 municipios PDETAlcanzado:171 municipios PDET | Registro de entrega de dotación de insumos y base de datos de webinars [[44]](#footnote-45) |
| Planeado | 171 |
| Alcanzado | 171 |
| No. de IPS fortalecidas con elementos de protección personal y de higiene |  |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 171 IPSAlcanzado:171 | Registros de entrega de dotación e insumos[[45]](#footnote-46) |
| Planeado | 171 |
| Alcanzado | 171 |
| No. de municipios PDET que implementan acciones de respuesta a COVID-19 |  |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 171 municipios PDETAlcanzado:171 municipios PDET | Base de datos de la línea de atención y Ayudas De memoria y base de datos de los Webinar[[46]](#footnote-47) |
| Planeado | 171 |
| Alcanzado | 171 |
| Nº de municipios con estrategia de Vigilancia implementada en COVID-19 |  |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 municipios Alcanzado:26 municipios | Informe de la estrategia por municipio[[47]](#footnote-48) |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 26 |
| **Producto 5.1**  | *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los municipios PDET fortalecidas para la prevención del contagio por COVID-19* |
| **Indicadores de resultados inmediatos** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados** | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación** |
| Nº de IPS dotadas con elementos de protección personal en el marco de la pandemia por COVID-19 | 170 municipios PDET + Icononzo |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 171 IPSAlcanzado:171 IPS | Actas de recibo de dotación de EPP[[48]](#footnote-49) |
| Planeado | 171 |
| Alcanzado | 171 |
| N° de mujeres en condición de vulnerabilidad (en edad reproductiva) que reciben insumos de higiene | 171 municipios y 19 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 8.550 mujeres Alcanzado:8.550 mujeres | Actas de recibo o listas de distribución enviadas por las Organizaciones de la sociedad civil que recibieron los Kits para su distribución [[49]](#footnote-50) |
| Planeado |  | 8.550 |  |  |
| Alcanzado |  | 8.550 |  |  |
| **Producto 5.2** | *Municipios PDET fortalecidos para la atención y prestación de servicios de salud en respuesta a COVID-19.* |
| **Indicadores de resultados inmediatos** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados** | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación** |
| No. de personas que reciben atención en SSR y VBG | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 2.560 personasAlcanzado: 66.855\* personas\* El personal contratado para trabajar en los hospitales, por la emergencia por el COVID-19, realizó acciones de demanda inducida, consulta telefónica y participó en todas las jornada o brigadas de salud, lo que favoreció el aumento en las atenciones, en especial de anticoncepción y salud materna. El cálculo de las atenciones se hizo solo para atenciones presenciales individuales en el hospital, pero el personal se adaptó a las necesidades de la población del territorio.  | Base de datos atenciones en SSR y VBG por sexo y grupos de edad[[50]](#footnote-51) |
| Planeado | 2.560 |
| Alcanzado | 1.358 | 64.402 | 1.068 | 27 |
| No. de hospitales de municipios PDET más Icononzo que reciben Kits de anticoncepción [[51]](#footnote-52) | 170 municipios PDET más Icononzo  |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 171 municipios Alcanzado: 171 municipios  | Actas de entrega o en su defecto, guía de entrega de la transportadora[[52]](#footnote-53).  |
| Planeado | 171 |
| Alcanzado | 171 |
| No. De personas que reciben asistencia técnica por telesalud en COVID-19 y su relación con salud materna y VBG. | Personal de salud de 170 municipios PDET más Icononzo y de otros municipios que han solicitado apoyo |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 3.840 personasAlcanzado: 3.007\* personas\*A pesar de las acciones realizadas tanto por el personal del proyecto como por el MSPS, para fomentar el uso de la línea telefónica, el personal de salud de los municipios PDET no utilizó el servicio como se esperaba.  | Base de datos de teleapoyo[[53]](#footnote-54) |
| Planeado | 3.840 |  |  |
| Alcanzado | 453 | 2.554 |  |  |
| No. De hospitales públicos que reciben equipamiento médico para fortalecimiento de la atención | "Arauca, Tame, Saravena (Arauca), Riohacha, Manaure, Maicao (La Guajira), Puerto Leguizamo, Puerto Guzmán, San Miguel (Putumayo), Codazzi, Becerril, Manaure (Cesar), El Charco, Olaya Herrera, Mosquera (Nariño), Quibdó, Condoto, Istmina (Chocó), Buenaventura D.E., Convención, El Carmen, Sardinata (Norte de Santander), CiénagaAracataca, Fundación (Magdalena) " |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 27 Hospitales públicos de 8 departamentos y el distrito de BuenaventuraAlcanzado:27 Hospitales | 1. Actas de entrega del equipamiento médico a los hospitales públicos beneficiados. 2. Registro fotográfico de entrega y del equipamiento instalado. 3. Soporte de entrega por parte del proveedor a los hospitales.[[54]](#footnote-55) |
| Planeado | 27 |
| Alcanzado | 27 |
| No. de personas capacitadas en los municipios PDET priorizados, en temas de salud mental asociados a la pandemia por COVID-19 | 170 municipios PDET |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 680 personas Alcanzado:706 personas | 1. Plan de capacitación de acuerdo con lineamientos dados por la OPS. 2. Agendas del taller modalidad virtual. 3. Base de datos de de participantes en la sesión4. Soportes contenido Instagram5. Webinar comunitarios[[55]](#footnote-56) |
| Planeado | 680 |  |  |
| Alcanzado | 129 | 577 |  |  |
| No. de Profesionales de la salud que reciben teleapoyo para el abordaje de pacientes con problemáticas o trastornos de salud mental. | Algeciras, Anorí, Apartado, Arauquita, Caldono, Corinto, El Carmen de Bolívar, Florida, Francisco Pizarro, Ituango, La Paz, Mesetas, El Patía, Planadas, Pradera, Puerto Asís, Puerto Caicedo, Ricaurte, Riosucio, Roberto Payan, San José del Guaviare, San Vicente del Caguán, Santa Rosa del Sur, Santander de Quilichao, Saravena, Zaragoza |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 100 profesionales de las IPS de 50 municipios PDET seleccionados. Alcanzado: 107 profesionales | Registro de los procesos de teleapoyo realizados, en formato estándar para tal fin diseñado por la OPS.Informe final teleapoyo salud mentalProtocolo de telepoyo en salud mental[[56]](#footnote-57) |
| Planeado | 100 |  |  |
| Alcanzado | 25 | 82 |  |  |
| No de atenciones psicosociales dirigidas a personas y/o familias en el marco de respuesta al COVID-19 | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 2.340 atenciones psicosocialesAlcanzado:2789 \*atenciones psicosociales\*Hubo mayor demanda de atención psicosocial por las situaciones generadas por la pandemia que requirió un mayor número de atenciones También se incluyeron en las atenciones a las gestantes con seguimiento por parte del proyecto que necesitaron este apoyo. | Registros individuales de atención.[[57]](#footnote-58) |
| Planeado | 2340 |
| Alcanzado | 835 | 1.686 | 201 | 67 |
| No. de profesionales de la salud de los municipios PDET seleccionados capacitados en temas de salud nutricional. |  148 municipios (96 PDET y 52 no PDET) |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 340 profesionales Alcanzado:360 profesionales | 1. Plan de capacitación de acuerdo con lineamientos dados por la OPS. 2. Agendas del taller modalidad virtual. 3. Base de datos de de participantes en la sesión4. Informes finales capacitación en nutrición y pediatría5. Evaluación del fortalecimiento de capacidades en salud nutricional **[[58]](#footnote-59)**  |
| Planeado | 340 |  |  |
| Alcanzado | 88 | 272 |  |  |
| No webinar o talleres de capacitación dirigidos a personal de salud y de otras dependencias de los municipios PDET, sobre temas críticos de SSR | Todos los 170 municipios PDET del país más Icononzo  |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 6 Webinar Alcanzado: 8 Webinar con 1.054 participantes.\*El aumento en el número de Webinar se debió a solicitudes explicitas del personal de salud de los municipios.  | Ayuda memoria de Webinar [[59]](#footnote-60) |
| Planeado | 6 |
| Alcanzado | 8 |
| No. de talleres desarrollados en Prevención de Embarazos en Adolescentes | Apartadó, Bojayá, Carepa, Chaparral, Ciénaga, El Bagre, Jambaló, Medio Atrato, Milan, Mutata, Piendamo, Pueblo Bello, Puerto Concordia, Puerto Libertador, San Juan del Cesar, Segovia, Tame, Teorama, Turbo y Zaragoza |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 30 talleresAlcanzado:30 talleres y 774 participantes | Ayuda memoria y registro de asistencia de mesas PEA [[60]](#footnote-61)Planes de prevención del embarazo en la adolescencia -PEA- y de prevención y atención de la violencia sexual -VS- desarrollados con los equipos intersectoriales de los municipios[[61]](#footnote-62). |
| Planeado | 30 |
| Alcanzado | 30 |
| No de Foros o conversatorios para promover la participación juvenil en DSDR. | Apartadó, Carepa, Mutatá, Turbo, Tame, San Juan Nepomuceno, San Pablo, Milán, Piendamó, Bojayá, Novita, San Juan del Cesar, Ricaurte, Teorama, Puerto Leguizamo |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 5 forosAlcanzado: 6 foros y 60 participantes | Ayuda memora de foros juveniles [[62]](#footnote-63) |
| Planeado | 5 |
| Alcanzado | 6 |
| **Producto 5.3** | *Capacidades institucionales y comunitarias fortalecidas para la Vigilancia Comunitaria de COVID-19 en municipios priorizados.* |
| **Indicadores de resultados inmediatos** | **Áreas Geográficas** | **Beneficiarios Planeados vs Alcanzados** | **Meta Planeada vs**  **Alcanzada** **(Explicar las razones de la variación si aplica)** | **Medios de Verificación** |
| Nº de municipios con equipo profesional para la respuesta a COVID-19 | 26 municipios |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 municipiosAlcanzado:26 municipios | Informe final cualitativo de implementación de estrategias[[63]](#footnote-64) |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 26 |
| Nº de actividades educativas comunitarias orientadas a la prevención del COVID 19 por equipo de profesionales | 25 municipios priorizados |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 52 actividades educativasAlcanzado: 62\* actividades para el fortalecimiento de las redes comunitarias con 588 participantes.\*Estas actividades son especificas al fortalecimiento de COVID-19 con las redes comunitarias. Debido a la pandemia fue un tema de mucho interés por parte de los líderes y de suma importancia para fortalecer la vigilancia del evento, por lo que en algunos municipios se realizaron varias capacitaciones concernientes al tema. | Registros de capacitación por municipio:1. Agenda del taller2. Listado de asistencia o soporte de asistencia3. Base de datos de participantes (nombre, municipio, datos de contacto[[64]](#footnote-65) |
| Planeado | 52 |
| Alcanzado | 62 |
| No. de personas de la comunidad que han recibido información sobre medidas de higiene, signos de alarma y cuidados frente al COVID 19 | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 3.900 personasAlcanzado:44.277\* personas\*La estrategia de Información, educación y comunicación se desarrolló de acuerdo las necesidades de cada territorio e incluyó medios de comunicación masiva para la difusión de mensajes clave sobre la promoción y prevención del COVID-19, con adaptación cultural (cuñas radiales, perifoneo y “ferias de información”). | Kobo de respuesta COVID-19, pilar 2[[65]](#footnote-66) |
| Planeado | 3.900 |
| Alcanzado | 14.044 | 21.975 | 4.386 | 3.872 |
| No. de redes comunitarias fortalecidas con material educativo e informativo sobre prevención y cuidado en casa del COVID 19 | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 26 comunidades de los municipios priorizadosAlcanzado:31\* redes con 524 líderes que las conforman\* Debido a la distancia y dificultad de comunicación en algunos municipios se creó más de una red de vigilancia para poder facilitar el trabajo y comunicación de forma constante entre sus integrantes. | 26 actas de entrega de material educativo y actividad en plan de trabajo de la red comunitaria[[66]](#footnote-67) |
| Planeado | 26 |
| Alcanzado | 31 |
| No. de casos de COVID identificados y notificados por la entidad territorial en los municipios PDET. | 26 municipios y 14 departamentos |  | H | M | Niñas | Niños | Planeado: 5.000 casosAlcanzado:10.475\* casos\*\*La meta fue calculada de acuerdo con la dinámica de transmisión del inicio de la pandemia, sin embargo, por la dinámica de transmisión del COVID-19 a nivel nacional, se reportó un mayor número de casos al esperado. | Reporte de notificación con Fuente MSPS[[67]](#footnote-68) |
| Planeado | 5.000 |
| Alcanzado | 5.695 | 4.331 | 235 | 214 |

1. **Gestión del Conocimiento**
	1. Lecciones aprendidas

| **¿Cuál es la lección?** | **¿En el desarrollo de qué actividad o producto se generó?** | **Considere qué grupos o individuos dentro o fuera de la organización se beneficiarían de esta lección** |
| --- | --- | --- |
| 1. La contratación del personal para apoyar a los hospitales en las acciones de SSR y VBG, sin dependencia directa de la nómina del hospital, les da autonomía en el ejercicio de sus labores y hace que sea más fácil para ellos identificar y denunciar falencias en la atención. Además, tener a este personal contratado solo para las atenciones de SSR y de VBG, ha generado una mayor cobertura de la atención de SSR. | Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud Sexual y Reproductiva (atención prenatal, anticoncepción) y atención inicial de la Violencia Basada en Género, en los 26 municipios del proyecto, ante el aumento en la demanda por la pandemia de COVID 19, a través de la contratación de profesionales de enfermería. | Operadores de proyectos en municipios PDET, ya sea de Naciones Unidas u ONG.  |
| 2. Ante la alta rotación de personal en los hospitales rurales, se debe trabajar con la mayor cantidad posible de profesionales y técnicos para lograr que la memoria de las formas de trabajo que se enseñaron en las capacitaciones, permanezca. Así mismo, incluir en la capacitación, no solo a profesionales sino también a los y las auxiliares de enfermería que son los que tienen mayor permanencia en los hospitales. | Capacitación en servicio para el recurso humano de las IPS priorizadas para la atención integral en: derechos sexuales y reproductivos, anticoncepción, prevención de embarazo en adolescentes, consulta preconcepcional y atención prenatal, con enfoque diferencial, emergencias obstétricas y violencias basadas en género. | Los hospitales de los municipios.Las agencias o entidades que realicen capacitación del personal de salud.  |
| 3. En la zona rural de los municipios, con mayor proporción de población indígena, se presenta una problemática compleja de violencia sexual y vulnerabilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos, en especial de población joven y mujeres, situación que requiere continuar acompañando la asistencia técnica, desde un enfoque intersectorial, intercultural y continuo, en el marco de los avances del gobierno nacional en prevención de violencias basadas en género y en el sistema indígena de salud propia -SISPI, con población indígena. | Asesoría y Asistencia Técnica, a secretarías municipales de Salud para la construcción de planes de trabajo, para el desarrollo de rutas intersectoriales de atención de la violencia sexual. | Mesas locales intersectorialesSecretarias municipales de Salud Las agencias o entidades que realicen capacitación del personal de salud |
| 4. Los temas de DSDR y de prevención de la VBG deben incluir ejercicios de “roles” de los hombres (masculinidades alternativas) para poder impactar en los roles de género que generan las violencias. | Asesoría y Asistencia Técnica, a secretarías municipales de Salud para la construcción de planes de trabajo, para el desarrollo de rutas | Alcaldías locales Entidades que trabajen con la comunidad en estos temas.  |
| 5. A partir de la amplia asistencia, de personas de la comunidad y otros actores más allá de los profesionales de la salud a las capacitaciones de SSH, se evidenció la necesidad de las comunidades de tener herramientas de conocimiento sobre la prevención del consumo de SPA, puesto que se identificaron creencias y prácticas que contribuyen de forma directa o indirecta al consumo de alcohol. En cada sesión, además las autoridades locales de cada municipio tuvieron la oportunidad de escuchar dudas, situaciones y propuestas de personas de la comunidad sobre el consumo de SPA. | Capacitaciones de SSH, en profesionales de la salud y comunidad en general | Alcaldías locales Entidades que trabajen con la comunidad en estos temas. |
| 6. Con el apoyo logístico que se brindó desde el proyecto a los hospitales y el transporte a los equipos territoriales de los municipios priorizados, para las jornadas de salud extramurales se facilitó la llegada de la atención en salud a zonas rurales dispersas. | Se han desarrollado capacidades institucionales y comunitarias para la implementación de la estrategia extramural de APS en los municipios priorizados.  | Población rural de las veredas priorizadas, y de los ETCR, alcaldías y hospitales locales  |
| 7. Las comunidades y grupos tienen unos intereses y vocaciones que los unen, por lo que es necesario reconocer, apoyar y fortalecer los espacios de encuentro comunitarios como una forma de intercambio y construcción del tejido social, alrededor del cual se pueden abordar temas de interés en salud de una forma natural y sostenible en el tiempo, que se puede potenciar a través del apoyo a iniciativas que surgen de la misma comunidad. | Se han fortalecido las capacidades comunitarias para la participación y vigilancia comunitaria en salud pública. | Población rural de las veredas priorizadas, y de los ETCR, alcaldías y hospitales locales  |
| 8.La continuidad al proceso de fortalecimiento de capacidades en los técnicos de salud pública que fueron formados en la primera fase del proyecto, mediante la vinculación directa en la segunda fase para realizar acciones de salud en sus comunidades. Así mismo la vinculación de estos técnicos de salud pública que pertenecían al ETCR, facilitó la articulación del proyecto en el espacio de reincorporación. | Capacidades institucionales y comunitarias fortalecidas para la Vigilancia Comunitaria de COVID-19 en municipios priorizados. | Población rural de las veredas priorizadas, y de los ETCR, alcaldías y hospitales locales  |
| 9. Los procesos permanentes de capacitación deben incluirse dentro de las políticas organizacionales de los hospitales con lo cual se podrá asegurar un crecimiento continuo y progresivo a nivel institucional traducido en mayores y mejores niveles de calidad en la atención, de la mano con la racionalización y optimización de los recursos disponibles. | Proceso de evaluación de desarrollo de capacidades en salud nutricional en los profesionales de salud de los hospitales de municipios PDET. | Implementadores de proyectos en municipios PDET.Los hospitales de los municipios.Las agencias o entidades que realicen capacitaciones al personal de salud. Autoridades de salud departamentales y municipales. |

* 1. Actividades por desarrollar y demoras en la implementación:

*Las diferentes medidas restrictivas ocasionadas por la pandemia generaron algunas demoras en el desarrollo de las actividades, sin embargo, se retomaron las acciones extramurales y el trabajo comunitario de forma presencial. El proceso de fortalecimiento de capacidades desde la modalidad virtual no tiene un resultado óptimo, por las difíciles condiciones de conectividad y de manejo de herramientas ofimáticas por parte de la comunidad.*

*La restricción de los viajes no permitió la suficiente presencialidad en los territorios desde el nivel central y esto dificultó con algunos gerentes de Hospitales y algunos Secretarios de Salud Municipales la identificación y el conocimiento total del proyecto, situación que se complicó por las dificultades de conectividad de estos municipios para visitas virtuales, como se había comentado anteriormente y los cambios de gerentes y secretarios de salud en diferentes momentos del proyecto.*

*Un tema que afectó las proyecciones programáticas y de recursos fue la dificultad para conseguir métodos anticonceptivos (el bloqueo internacional, limitación del trasporte y cierre de fábricas productoras) y de algunos EPP y los altos costos de estos productos al inicio de la pandemia por la alta demanda de estos insumos y el consecuente desabastecimiento nacional, y los altos costos del transporte a los municipios PDET que aumentaron de manera importante con la pandemia.*

* 1. Historias de vida y buenas prácticas
1. *Buena Práctica: En el Hospital del municipio de La Macarena, se presentó el caso de una mujer de 22 años, que inició los dolores del parto a las 40 semanas de embarazo. No tenía controles prenatales suficientes, y los exámenes estaban incompletos, manifestando dificultad económica para transportarse al hospital. Sin embargo, la profesional de SPP le hizo acompañamiento vía telefónica y por WhatsApp durante su embarazo, brindándole información y apoyo sobre los cuidados generales en la maternidad. Al tratarse de un embrazo muy complicado, se solicitó una Avioneta Medicalizada para que la llevara a un hospital con médicos especialistas, que no fue autorizada por la EAPB Nueva EPS. El bebé nació en el hospital y la madre presento mucho sangrado, que se logró estabilizar con el traje antichoque, que donó el proyecto en la primera fase y medicamentos. La profesional de SPP realizó la gestión de su traslado y desde el equipo de nivel central del UNFPA y el coordinador del proyecto en el MSPS, se realizó solicitud de apoyo con la Secretaría Departamental y se consiguió una avioneta medicalizada de la fuerza aérea, para trasladar a la paciente a Villavicencio a un hospital de tercer nivel, donde los médicos especialistas continuaron la atención. A las 2 semanas, la madre y la bebé regresaron a la Macarena con su familia. Cabe destacar que una de las principales causas de muertes maternas en el país son las hemorragias posparto, el traje antichoque, la acción inmediata de la enfermera y el apoyo de la secretaría departamental, fueron claves para lograr conseguir el traslado lo antes posible a un mayor nivel de atención, esto le salvó la vida a esta madre.*
2. *Buena práctica: Desde el proyecto se logró la construcción y reproducción de material educativo-didáctico, diseñado para apoyar el trabajo de las lideresas y líderes de las redes comunitarias en salud, que facilitarán el desarrollo de las actividades de capacitación, involucrando a todos los miembros de la familia, como actores importantes en el mejoramiento de su calidad de vida a partir de la revisión y transformación de prácticas cotidianas. El objetivo de este material es brindar elementos metodológicos, para llevar a cabo la labor de promover prácticas y hábitos saludables frente a los cuidados a nivel individual, familiar, comunitarios, de la vivienda y el ambiente**(Anexo 3).*

*Enlaces para acceder al material educativo:*

*Juego concéntrese “18 prácticas de AIEPI comunitario”*

[*https://iomint-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/micastro\_iom\_int/EtWBSHZCmqZPiH-hAfbXpIsB4PxF7QUeVSzzkOvzlG\_JjA?e=iB26EQ*](https://iomint-my.sharepoint.com/%3Af%3A/g/personal/micastro_iom_int/EtWBSHZCmqZPiH-hAfbXpIsB4PxF7QUeVSzzkOvzlG_JjA?e=iB26EQ)

*Juego Toboganes y Escaleras para la salud*

[*https://iomint-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/micastro\_iom\_int/EpvFJAPhWhhNkhnEktVnYcQBXkWn0aon\_J6D9amUujgUSg?e=xbMm6r*](https://iomint-my.sharepoint.com/%3Af%3A/g/personal/micastro_iom_int/EpvFJAPhWhhNkhnEktVnYcQBXkWn0aon_J6D9amUujgUSg?e=xbMm6r)

*Lotería Saneamiento básico*

[*https://iomint-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/micastro\_iom\_int/Ek4uNbBhxGhLho8wEiWonugBrzyVi\_eZ0L1T4KE0ghEnFA?e=nx8Ot5*](https://iomint-my.sharepoint.com/%3Af%3A/g/personal/micastro_iom_int/Ek4uNbBhxGhLho8wEiWonugBrzyVi_eZ0L1T4KE0ghEnFA?e=nx8Ot5)

*Rompecabezas para el correcto lavado de manos*

[*https://iomint-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/micastro\_iom\_int/Em9Fw3PWH7pMghbnXsWUQNEB-J1T26ImPtN3PtHMKB2luA?e=CxDIbN*](https://iomint-my.sharepoint.com/%3Af%3A/g/personal/micastro_iom_int/Em9Fw3PWH7pMghbnXsWUQNEB-J1T26ImPtN3PtHMKB2luA?e=CxDIbN)

*Rotafolio construyendo salud desde las comunidades- Vigilancia en Salud Pública Comunitaria*

[*https://iomint-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/micastro\_iom\_int/El8oC2UrutBMp9PPnO2xLyUB9CPdXStmy7BjoLpFgCA23A?e=4KRzkW*](https://iomint-my.sharepoint.com/%3Af%3A/g/personal/micastro_iom_int/El8oC2UrutBMp9PPnO2xLyUB9CPdXStmy7BjoLpFgCA23A?e=4KRzkW)

*Guía metodológica para líderes de la red comunitaria*

[*https://iomint-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/micastro\_iom\_int/Ee0A3a7B3kROndedVjg2gVIBL5n4yVm3qY38W096o0VomA?e=Y5Rq4b*](https://iomint-my.sharepoint.com/%3Ab%3A/g/personal/micastro_iom_int/Ee0A3a7B3kROndedVjg2gVIBL5n4yVm3qY38W096o0VomA?e=Y5Rq4b)

1. *Buena práctica: A través de la música, los líderes y lideresas elaboraron mensajes y cuñas radiales con la comunidad, facilitando la apropiación de las prácticas saludables, la difusión por medios de comunicación alternativos y asequibles para la comunidad, ya que promueven lenguajes propios, usando ritmos tradicionales de las diferentes regiones del país.*

*A continuación, se envían los enlaces de las cuñas elaboradas*

[*https://www.ivoox.com/podcast-cunas-radiales-salud-para-paz\_sq\_f11247608\_1.html*](https://www.ivoox.com/podcast-cunas-radiales-salud-para-paz_sq_f11247608_1.html)

1. *Buena práctica: Como parte del proceso de rendición de cuentas a las poblaciones afectadas se realizaron entrevistas con las secretarías de salud, funcionarios de los hospitales locales, líderes de los AETCR y de las redes comunitarias para conocer su percepción sobre las acciones implementadas por el proyecto y recibir sus recomendaciones sobre futuros proyectos en salud. A partir de las entrevistas se elaboraron dos videos (Anexo 4).*
2. *Historias de vida: Se destacan las historias de vida de Camilo Castrillón, un joven de 24 años de la vereda la Escocia en Icononzo, Tolima que en la primera fase del proyecto se formó con técnico en salud pública y continuó en la segunda fase de implementación del proyecto como gestor comunitario; de Gilberto Sogamoso Llanos, gestor comunitario en La Montañita, Caquetá, su labor se destaca por su dedicación y compromiso en la concertación e implementación de acciones comunitarias de promoción y prevención; y de Rosa Emilia Paya, mujer indígena del Resguardo Nasa We’sx en Planadas, Tolima, que practica desde hace 30 años la partería y es reconocida como lideresa y defensora del legado cultural, su apoyo fue importante para que el proyecto pudiera insertarse en medio de las prácticas de salud tradicionales.*

 *Enlaces de las historias de vida publicadas a la fecha y que incluyen elementos multimedia:*

*Camilo, llevando la salud con el corazón*

[*https://colombia.iom.int/historia-de-vida-camilo-llevando-la-salud-con-el-corazon*](https://colombia.iom.int/historia-de-vida-camilo-llevando-la-salud-con-el-corazon)

*La partería, una práctica cultural que trae salud para la paz*

[*https://colombia.iom.int/la-parter%C3%ADa-una-pr%C3%A1ctica-cultural-que-trae-salud-para-la-paz-0*](https://colombia.iom.int/la-parter%C3%ADa-una-pr%C3%A1ctica-cultural-que-trae-salud-para-la-paz-0)

*Salud para la Paz llega a la Montañita, gracias al compromiso de un adulto mayor*

[*https://colombia.iom.int/salud-para-la-paz-llega-la-monta%C3%B1ita-gracias-al-compromiso-de-un-adulto-mayor*](https://colombia.iom.int/salud-para-la-paz-llega-la-monta%C3%B1ita-gracias-al-compromiso-de-un-adulto-mayor)

*Charras, una comunidad que se transforma gracias a la salud*

[*Charras, una comunidad que se transforma gracias a la salud | Organización Internacional para las Migraciones (iom.int)*](https://colombia.iom.int/charras-una-comunidad-que-se-transforma-gracias-la-salud)

1. Se refiere a la primera fecha de cierre aprobada por el Comité de Dirección del Fondo. [↑](#footnote-ref-2)
2. Indicar la última fecha de cierre aprobada por el Comité Directivo en caso de que se haya aprobado una extensión en tiempo. La fecha final es la misma que la de cierre operacional la cual será cuando todas las actividades para las cuales la Organización participante es responsable ante un proyecto aprobado por el MPTF han sido completadas. En relación al MOU, las agencias notificarán al MPTF cuando el proyecto haya completado sus actividades operacionales. Por favor ver la guía de cierre de operaciones del MPTF en [MPTF Office Closure Guidelines](http://mdtf.undp.org/document/download/5449). [↑](#footnote-ref-3)
3. El cierre financiero requiere el reembolso de los balances no gastados y el envío del certificado final del estado financiero e informe disponible en [Certified Final Financial Statement and Report.](http://mdtf.undp.org/document/download/5388) [↑](#footnote-ref-4)
4. Para definir los volúmenes se categorizaron los hospitales en tipo 1, 2 y 3, donde los 1 eran los más pequeños, con menor cantidad de atenciones y menor cantidad de personal de salud, los 2 eran un intermedio y los tres eran los hospitales más grandes. Los insumos entregados eran complementarios a los que compraron o recibieron del gobierno nacional o departamental los hospitales, se entregaron los suficientes para proteger al personal de salud por aproximadamente 3 meses. [↑](#footnote-ref-5)
5. Contenido de los kits: 5 tapabocas reutilizables, 1 botella de alcohol glicerinado, 1 desodorante, 3 jabones  baño, 1 cepillo de dientes, 1 pasta dental, 1 paquete de bandas para recoger el cabello, 1 cepillo para el cabello, 1 espejo, 1 linterna con dinamo recargable, 2 cucos 100% algodón, 1 silbato con cordón para colgar al cuello, 1 barra de jabón de ropa, 3 toallas, higiénicas reutilizables, 2 para el día y 1 para la noche (más grande y más gruesa), 1 Plegable "Violencia sexual, que hacer antes de que se cumplan las 72 horas", 1 Plegable "Mujeres se cuidan en tiempos de COVID-1919", 1 Plegable con instrucciones sobre bioseguridad por Covid19 [↑](#footnote-ref-6)
6. Anexo 2. Producto 1.2.3. Actas de entrega de insumos UAIC [↑](#footnote-ref-7)
7. Anexo 2. Producto 1.2.4. Registros entrega micronutrientes, desparasitantes y formulas terapéuticas y su seguimiento [↑](#footnote-ref-8)
8. Anexo 2. Producto 1.1.2. Registro de atenciones en NN y mujeres realizadas por las enfermeras del UNFPA/Oriéntame. [↑](#footnote-ref-9)
9. Anexo 2. Producto 1.1.2. Base de datos atenciones en SSR [↑](#footnote-ref-10)
10. Anexo2. Producto 1.2 Niños y niñas que reciben atención integral [↑](#footnote-ref-11)
11. Anexo 2. Producto 1.3 Personas que reciben atención integral en SM y SPA [↑](#footnote-ref-12)
12. Anexo 2. Producto 1.1.1. Actas de actividades de capacitación a funcionarios de salud [↑](#footnote-ref-13)
13. Anexo 2. Producto 1.1.2. Base de datos atenciones de SSR en NN y mujeres [↑](#footnote-ref-14)
14. Anexo 2. Producto 1.1.2. Base de datos de reporte de entrega o aplicación de MA [↑](#footnote-ref-15)
15. Anexo 2. Producto 1.1.2. Actas de entrega pinzas e implantes [↑](#footnote-ref-16)
16. Anexo 2. Producto 1.1.3. Actas de entrega material educativo de SSR [↑](#footnote-ref-17)
17. Anexo 2. Producto 1.1.4. Ayudas de memoria de talleres intersectoriales para la prevención y atención de la violencia sexual y construcción de Planes municipales de prevención del embarazo en adolescentes -PEA- [↑](#footnote-ref-18)
18. Anexo 2. Producto 1.1.4. Planes de acción intersectoriales para la prevención y atención de la violencia sexual y prevención del embarazo en adolescentes -PEA [↑](#footnote-ref-19)
19. Anexo 2. Producto 1.2.1 Asistencia Técnica salud infantil y nutricional - funcionarios [↑](#footnote-ref-20)
20. Anexo 2. Producto 1.2.2. Líderes capacitados en AIEPI comunitario [↑](#footnote-ref-21)
21. Anexo 2. Producto 1.2.3. actas de entrega de insumos UAIC [↑](#footnote-ref-22)
22. Anexo 2. Producto 1.2.4. Registros entrega micronutrientes, desparasitantes y formulas terapéuticas [↑](#footnote-ref-23)
23. Anexo 2. Producto 1.2.4. Registros entrega micronutrientes, desparasitantes y formulas terapéuticas [↑](#footnote-ref-24)
24. Anexo 2. Producto 1.2.4. Registros entrega micronutrientes, desparasitantes y formulas terapéuticas [↑](#footnote-ref-25)
25. Anexo 2. Productos 1.2.5 y 1.3.3. Informes trimestrales - MPTF [↑](#footnote-ref-26)
26. Anexo 2. Producto 1.3.1 y 1.3.2 Capacitación en Salud Mental y Prevención consumo SPA profesionales y líderes [↑](#footnote-ref-27)
27. Anexo 2. Producto 1.3.1 y 1.3.2 Actas de entrega de material educativo Salud Mental y prevención consumo SPA [↑](#footnote-ref-28)
28. Anexo 2. Productos 1.3.1 y 13.2 Capacitación en Salud Mental y Prevención consumo SPA profesionales y líderes [↑](#footnote-ref-29)
29. Anexo 2. Productos 1.3.3. Informes trimestrales - MPTF [↑](#footnote-ref-30)
30. Anexo 2. Productos 2.1.1 y 2.1.2 Bases de datos de gestantes, capacitaciones y jornadas de atención en salud [↑](#footnote-ref-31)
31. Anexo 2. Producto 4.1.1 Informes finales de municipios [↑](#footnote-ref-32)
32. Anexo 2. Producto 2.1.1 Base de datos de gestantes [↑](#footnote-ref-33)
33. Anexo 2. Producto 2.1.1 Base de datos de capacitaciones [↑](#footnote-ref-34)
34. Anexo 2. Producto 2.1.2 Formato Jornadas de atención en salud [↑](#footnote-ref-35)
35. Anexo 2. Producto 2.1.2 Formato Jornadas de atención en salud [↑](#footnote-ref-36)
36. Anexo 2. Producto 4.1.1 Informes finales de municipios [↑](#footnote-ref-37)
37. Anexo 2. Producto 4.1.1 Informes finales de municipios [↑](#footnote-ref-38)
38. Anexo 2. Producto 3.1.1 Base de datos de capacitaciones [↑](#footnote-ref-39)
39. Anexo 2. Producto 3.1.1 COVECOM [↑](#footnote-ref-40)
40. Anexo 2. Producto 4.1.1 Informe final municipios [↑](#footnote-ref-41)
41. Anexo 2. Producto 3.1.2 Iniciativas comunitarias [↑](#footnote-ref-42)
42. Anexo 2. Producto 4.1.1. Informe final municipios [↑](#footnote-ref-43)
43. Anexo 2. Producto 4.1.2. Boletines de resultados municipios [↑](#footnote-ref-44)
44. Anexo 2. Producto 5.1.1 Actas de recibo de EPP y Producto 5.2.9 Ayudas de memoria y Base de datos de webinar [↑](#footnote-ref-45)
45. Anexo 2. Producto 5.1.1 Actas de recibo de EPP [↑](#footnote-ref-46)
46. Anexo 2. Producto 5.2.3 Base de datos de teleapoyo en SSR y Producto 5.2.9 Ayudas de memoria y Base de datos de webinar [↑](#footnote-ref-47)
47. Anexo 2. Producto 4.1.1. Informes finales municipio [↑](#footnote-ref-48)
48. Anexo 2. Producto 5.1.1 Actas de recibo de los EPP [↑](#footnote-ref-49)
49. Anexo 2. Producto 5.1.2. Actas o formatos firmados por líderes comunitarias de recibo de los Kits entregados [↑](#footnote-ref-50)
50. Anexo 2. Producto 5.2.1. Base de datos atenciones SSR por sexo y grupos de edad [↑](#footnote-ref-51)
51. Se entregaron 171 kits de anticonceptivos que incluían implantes subdérmicos y píldoras de emergencia para, pero no se logró incluir los condones porque debido a la emergencia internacional hubo desabastecimiento y demoras en el transporte. Estos elementos serán entregados a las secretarias departamentales de salud para que ellos los envíen a los municipios PDET y a Icononzo (decisión concertada con el comité técnico y con el MSPS), los condones llegaron a Bogotá el 19 de mayo y luego de coordinar con el MSPS, a más tardar a finales de mayo, se enviaran a las Secretarias Departamentales de Salud que tiene municipios PDET. [↑](#footnote-ref-52)
52. Anexo 2. Producto 5.2.2. Actas de recibo de anticonceptivos o en su defecto guías de entrega de la transportadora [↑](#footnote-ref-53)
53. Anexo 2. Producto 5.2.3. Base de datos de teleapoyo en SSR [↑](#footnote-ref-54)
54. Anexo 2. Producto 5.2.4. Hospitales públicos que reciben equipamiento médico para fortalecimiento de la atención. [↑](#footnote-ref-55)
55. Anexo 2. Producto 5.2.5. Personas capacitadas en temas de salud mental asociados a la pandemia por COVID-19 [↑](#footnote-ref-56)
56. Anexo 2. Producto 5.2.6 Servio de teleapoyo para el abordaje de pacientes con problemáticas o trastornos de salud mental [↑](#footnote-ref-57)
57. Anexo 2. Producto 5.2.7 Registro de atenciones psicosociales [↑](#footnote-ref-58)
58. Anexo 2. Producto 5.2.8. Profesionales de la salud capacitados en salud nutricional en el contexto de la pandemia por COVID-19 [↑](#footnote-ref-59)
59. Anexo 2. Producto 5.2.9 Ayuda memoria de Webinar [↑](#footnote-ref-60)
60. Anexo 2. Producto 5.2.10 Ayuda memoria Mesas Prevención del Embarazo en Adolescentes [↑](#footnote-ref-61)
61. Anexo 2. Producto 5.2.10 Planes intersectoriales de PEA y de prevención y atención de la VS [↑](#footnote-ref-62)
62. Anexo 2. Producto 5.2.11 Ayuda memoria foros juveniles en DSDR [↑](#footnote-ref-63)
63. Anexo 2. Producto 4.1.1. Informe final municipios [↑](#footnote-ref-64)
64. Anexo 2. Producto 5.3.1. Base de datos de capacitaciones [↑](#footnote-ref-65)
65. Anexo 2. Producto 5.3.2 Base de datos Personas que reciben IEC en COVID-19 – Pilar 2 [↑](#footnote-ref-66)
66. Anexo 2. Producto 5.3.2. Redes comunitarias con Material IEC [↑](#footnote-ref-67)
67. Anexo 2. Producto 5.3.3. Boletines epidemiológicos, infografías o informes con casos de COVID-19 notificados por la entidad territorial [↑](#footnote-ref-68)