

Que, por su parte, el artículo 6° de la Ley 2135 de 2021 dispone que los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de Minas y Energía establecerán el régimen de precios aplicable al volumen máximo de combustibles derivados del petróleo a distribuir con beneficios económicos y tributarios en las zonas de frontera, así como señalar los esquemas regulatorios y tarifarios para esos efectos.

Que en la actualidad se viene haciendo uso de la estructura para la fijación de precios de la gasolina motor corriente, gasolina motor corriente oxigenada, ACPM y ACPM mezclado con biocombustible para uso en motores diésel, a distribuir en los municipios definidos como Zonas de Frontera del departamento de Nariño, establecida mediante la Resolución 4 0827 de agosto de 2018 expedida por el Ministerio de Minas y Energía.

Que el artículo 15 de la citada resolución determina que “[e]l resultado de la aplicación de la estructura de precios establecida para los municipios del departamento de Nariño mediante el presente acto administrativo, con respecto al precio de venta al público, no podrá en ningún caso, superar el precio máximo de referencia que fije el Ministerio de Minas y Energía a través de acto administrativo”.

Que mediante Resolución 4 0345 de 2023 los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de Minas y Energía, establecieron el ingreso al productor del combustible fósil de la gasolina motor corriente y el ingreso al productor del ACPM, que regirá a partir del 3 de mayo de 2023.

Que de otra parte, mediante Resolución 4 0346 de 2023, los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de Minas y Energía establecieron el ingreso al productor del alcohol carburante y el ingreso al productor del biocombustible para uso en motores diésel, que regirá a partir del 3 de mayo de 2023.

Que, asimismo, mediante Resoluciones 4 0447 del 2022 y 4 0158 de 2023, los Ministerios de Agricultura y Desarrollo Rural, de Minas y Energía y de Ambiente y Desarrollo Sostenible establecieron el nivel obligatorio de alcohol carburante en la mezcla con gasolina corriente y gasolina extra a nivel nacional y de biocombustible en mezcla con ACPM para uso en motores diésel.

Que mediante Resolución 4 0144 de 2023 el Ministerio de Minas y Energía adoptó medidas temporales en relación con el contenido máximo de alcohol carburante — etanol y la gasolina motor corriente y extra y el contenido máximo de biocombustible en la mezcla con combustible diésel fósil en el departamento de Nariño.

Que se requiere establecer un valor del precio de venta al público de los combustibles a distribuir en el departamento de Nariño, que sea concordante con las estructuras de precios resultantes de la modificación del ingreso al productor de los combustibles fósiles y de los biocombustibles señaladas por las Resoluciones 4 0345 y 4 0346 de 2023, así como con los ajustes a los niveles de proporcionalidades que le son aplicables a los municipios declarados como zonas de frontera efectuadas por medio de la Resolución 4 0347 del 2023.

Que la presente resolución se expide de conformidad con la metodología establecida por el Ministerio de Minas y Energía en la Resolución 4 0827 de 2018, para fijar el precio de referencia de la gasolina motor corriente oxigenada y ACPM mezclado con biocombustibles para uso en motores diésel, a distribuir en los municipios del departamento de Nariño.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Precio de referencia de la gasolina motor corriente oxigenada para el municipio de Pasto.* Fíjese el precio máximo de referencia de venta al público de la gasolina motor corriente oxigenada que se distribuya en el municipio de Pasto, en nueve mil novecientos dieciséis pesos (\$9.916) moneda corriente por galón. Dicho precio se aplicará al combustible distribuido que haga parte del volumen máximo con beneficios tributarios asignado a este municipio.

Parágrafo. El precio establecido en el presente artículo podrá ser reajustado en los eventos en que se modifique el porcentaje de mezcla vigente. Así mismo, el precio al que se refiere este artículo se podrá reajustar cuando se tenga una fuente de suministro alternativo al plan de abastecimiento vigente, por eventos como la existencia de alguna contingencia que pueda afectar la continuidad en la prestación del servicio público de distribución de combustibles.

Artículo 2°. *Precio de referencia del ACPM mezclado con biocombustible para uso en motores diésel para el municipio de Pasto.* Fíjese el precio máximo de referencia de venta al público del ACPM mezclado con biocombustible para uso en motores diésel que se distribuya en el municipio de Pasto, en ocho mil trescientos noventa y seis pesos (\$8.396) moneda corriente por galón. Dicho precio se aplicará al combustible distribuido que haga parte del volumen máximo con beneficios tributarios asignado a este municipio.

Parágrafo. El precio establecido en el presente artículo podrá ser reajustado, en los eventos en que se modifique el porcentaje de mezcla vigente. Así mismo, el precio al que se refiere este artículo se podrá reajustar cuando se tenga una fuente de suministro alternativo al plan de abastecimiento vigente por eventos como la existencia de alguna contingencia que pueda afectar la continuidad en la prestación del servicio público de distribución de combustibles.

Artículo 3°. *Precios de referencia para los demás municipios del departamento de Nariño.* El precio máximo de referencia de la gasolina motor oxigenada y del ACPM mezclado con biocombustible para uso en motores diésel en los demás municipios del

departamento de Nariño, de conformidad con la Resolución 9 0664 de 2014 o las normas que la modifiquen o sustituyan, deberá considerar para los componentes descritos en el numeral 10.4 del artículo 10 y en el numeral 14.3 del artículo 14 de la Resolución 4 0827 de 2018, los valores que establezca la respectiva autoridad municipal para el transporte de combustibles desde la planta de abastecimiento mayorista a las estaciones de servicio de cada municipio. Así mismo, deberán considerar las condiciones asociadas al combustible distribuido que haga parte del volumen máximo con beneficios tributarios asignado a tales municipios.

Artículo 4°. *Aplicación de la estructura de precios.* La aplicación de la estructura de precios para el combustible distribuido en los municipios del departamento de Nariño, deberá tener en cuenta lo dispuesto en el artículo 9° de la Ley 1430 de 2010, modificado por el 220 de la Ley 1819 de 2016, el artículo 6° de la Ley 2135 de 2021, el artículo 35 de la Ley 1955 de 2019 o aquellas normas que los sustituyan, modifiquen o adicione.

Artículo 5°. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir del 3 de mayo de 2023 y deroga la Resolución 4 0312 del 31 de marzo de 2023 y todas las disposiciones que le sean contrarias.

Artículo 6°. *Publicación.* Publíquese la presente resolución en el *Diario Oficial*.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 2 de mayo de 2023.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

*Ricardo Bonilla González.*

El Director General de la Unidad de Planeación Minero Energética (Upme) encargado de las funciones del empleo de Ministro de Minas y Energía,

*Carlos Adrián Correa Flórez.*

(C. F.)

## MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### RESOLUCIONES

#### RESOLUCIÓN NÚMERO 0000654 DE 2023

(abril 28)

*por la cual se adopta el Plan Provisional de Acción para materializar el derecho fundamental a la salud del pueblo Wayú en las comunidades de Uribia, Manaure, Maicao y el Distrito de Riohacha, ubicados en el departamento de La Guajira.*

La Ministra de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las previstas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el numeral 5 del artículo 59 de la Ley 489 de 1998; los numerales 42.1, 42.12 y 42.23 de la Ley 715 de 2001, los numerales 2, 4, 8, 11, y 26 del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, así como en cumplimiento de la Sentencia T-302 de 2017, Auto 696 de 2022 de la Corte Constitucional y,

CONSIDERANDO:

Que, en el marco de lo dispuesto en el artículo 7° de la Constitución Política, dentro de los principios fundamentales del Estado social de derecho colombiano, se encuentra el reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural de la Nación, el cual se expresa en el respeto de las cosmovisiones de los diferentes grupos étnicos, sus formas de gobierno y sus territorios.

Que, para la Corte Constitucional los sujetos de especial protección constitucional se constituyen por aquellas personas que debido a su condición física, psicológica o social particular merecen una acción positiva estatal para efectos de lograr una igualdad real y efectiva. Así, ha considerado que entre los grupos de especial protección constitucional se encuentran los niños, los adolescentes, los ancianos, los discapacitados físicos, síquicos y sensoriales, las mujeres cabeza de familia, las personas desplazadas por la violencia y aquellas que se encuentran en extrema pobreza.

Que en La Guajira se concentra el mayor porcentaje de la población indígena del país, que corresponde al 47,8% de la población de ese departamento, mientras que para el total del país es solo el 3,4%; para el año 2018, el pueblo Wayú estaba integrado por 394.683 personas, siendo así el grupo étnico más grande (38,43%) del país, seguido por los Kogui (3%), los Wiwa, Arzarios, Sanka o Malayos (menos del 1%), y los Ika, Arhuacos o Bintukua.

Que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos a través de las Resoluciones 60 de 2015 y 3 y 51 de 2017 ordenó medidas cautelares contra el Estado colombiano, con el objeto de preservar la vida y la integridad de niñas, niños y adolescentes, personas mayores, así como las mujeres Wayú en estado de gestación y lactantes de las comunidades de Uribia, Manaure, Riohacha y Maicao ubicadas en el departamento de La Guajira, a fin de materializar el acceso a la atención médica con un enfoque integral y culturalmente adecuado.

Que la Corte Suprema de Justicia en sentencia STC 10243 de 2016 ordenó diseñar, coordinar y ejecutar un plan eficiente y eficaz de las principales áreas de cobertura: desnutrición, salud y falta de acceso al agua potable y salubre de los niños y niñas Wayú.

Que la Corte Constitucional, a través de la sentencia T-302 de 2017, declaró el Estado de Cosas Inconstitucional en relación con el goce efectivo de los derechos fundamentales a la alimentación, salud, agua potable y participación del pueblo Wayú.

Que la declaratoria del Estado de Cosas Inconstitucional busca solucionar las condiciones de vida de algunos grupos, para que las autoridades responsables en el marco de sus competencias, diseñen y pongan en marcha las políticas, planes y programas que garanticen de manera adecuada los derechos fundamentales, así como, se apropien los recursos necesarios para garantizar la efectividad de tales derechos y de ser necesario se reforme el marco jurídico cuyas falencias han contribuido al desconocimiento de los derechos y garantías fundamentales.

Que a este Ministerio en cumplimiento del tercer objetivo constitucional señalado en la sentencia T-302 de 2017, como ente rector le corresponde: *“aumentar y mejorar las medidas inmediatas y urgentes en materia de salud a cargo del Gobierno Nacional; formular e implementar una política de salud para La Guajira que permita asegurar el goce efectivo del derecho a la salud para todos los Wayú”*.

Que conforme a la información disponible en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), en el marco del Sistema Único de habilitación (SUA), se evidencian inequidades en la oferta de servicios por ámbito rural-urbano, así como entre departamentos y grupos de servicios.

Que, en ese sentido, del total de las 424 sedes de IPS en el departamento de La Guajira, 337 se encuentran en la zona urbana, esto quiere decir el 79,2%, y solamente 87 están ubicadas en zonas rurales, representando el 20,8% del total de sedes. El departamento de La Guajira, existen bajas coberturas de servicios trazadores para la atención primaria resolutoria, lo cual se advierte en la capacidad instalada en camas hospitalarias la cual corresponde a 1,78 por mil habitantes, inferior a la razón de camas a nivel nacional la cual es de 1,88.

Que, la Corte Constitucional expresó en la referida Sentencia T-302 de 2017 que el modelo previsto en la Ley 100 de 1993 y sus modificatorias, *“no ha garantizado el goce efectivo al derecho a la salud de las poblaciones indígenas en zonas dispersas (...), los servicios no son oportunos, la atención extramural es esporádica y las actividades de promoción y prevención lo son aún más”*; adicionalmente, no se materializa la atención en salud con enfoque diferencial, atendiendo a la conformación poblacional de ese departamento.

Que, conforme a la situación que se presenta en el departamento de La Guajira y según lo establecido en el objetivo octavo de la T-302 de 2017, con el propósito de superar el estado de cosas inconstitucional, en desarrollo del proceso de consulta previa y en garantía del diálogo genuino, el 16 de febrero de 2022 en el Corregimiento de Irraipa, municipio de Uribia, se pactaron acuerdos macro para la conformación de una comisión técnica integrada por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del sistema, secretarías municipales de salud de Uribia, Manaure, Maicao, el Distrito de Riohacha, secretaría departamental y el equipo técnico y voceros del pueblo Wayú y la Superintendencia Nacional de Salud, con el objeto de construir la propuesta (hoja de ruta) para la elaboración del modelo de salud con enfoque intercultural a partir de fases y revisar conjuntamente el plan de choque en Salud propuesto por voceros del pueblo Wayú, denominado *“Apoyo a las acciones de identificación y gestión del riesgo para la promoción de la salud en las zonas rurales y rurales dispersas de los municipios de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia del departamento de La Guajira”*.

Que de acuerdo con el proceso de concertación llevado a cabo con los sujetos de protección de la sentencia T 302 de 2017, en la Mesa Técnica de Salud se acordó que el Plan Provisional de Acción ordenado en el Auto 696 de 2022 sería el primer año del Plan de Acción inmediata, el cual da respuesta a lo ordenado en las providencias de la Corte Constitucional, cuya línea base corresponde a las exigencias planteadas dentro de la propuesta del Plan de Choque presentado por el pueblo Wayú que recoge el sentir de las autoridades tradicionales, acordando que el proceso de atención en salud se debe desarrollar con orientación individual, familiar y comunitaria de acuerdo con el perfil epidemiológico de cada una de las comunidades residentes en los sesenta y nueve (69) territorios a través de la modalidad de prestación de servicios extramural con la conformación de equipos básicos de salud adecuados a la cultura Wayú, integrado por los promotores en salud en sus territorios, profesionales de las ciencias sociales bilingües (Wayuunaiki-castellano), traductores en lingüística Wayuunaiki, enfermeros/as, médicos generales, nutricionistas, pediatras y ginecólogos, como talento humano complementario a la medicina tradicional.

Que, los acuerdos pactados entre este Ministerio y las autoridades legítimas Wayú, a través de un diálogo genuino, en el corregimiento de Irraipa, municipio de Uribia, departamento de La Guajira y lo concertado en la Mesa Técnica de Salud constituyen un mandato vinculante para las entidades del sector salud.

Que, con fundamento en lo anterior, se hace necesario adoptar el Plan Provisional de Acción, con el objeto de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud del pueblo Wayú en aras de superar el estado de cosas inconstitucional declarado por la Corte Constitucional en la sentencia T-302 de 2017.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Objeto y Ámbito de aplicación.* Adoptar el Plan Provisional de Acción en Salud dirigido al pueblo Wayú residente en los municipios de Uribia, Manaure, Maicao y

el Distrito de Riohacha, ubicados en el departamento de La Guajira, contenido en el Anexo Técnico que hace parte integral del presente acto administrativo, el cual aplicará a:

- 1.1 Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), incluidas las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI)
- 1.2 Los prestadores de servicios de salud
- 1.3 Los proveedores de tecnologías en salud
- 1.4 Los municipios de Uribia, Manaure, Maicao, el Distrito de Riohacha y al departamento de La Guajira
- 1.5 La Superintendencia Nacional de Salud

Artículo 2°. *Conformación de la Red funcional de Prestación de Servicios de Salud en el marco del Plan Provisional de Acción dirigido al pueblo Wayú residente en los municipios de Uribia, Manaure, Maicao y el Distrito de Riohacha del departamento de La Guajira.* La Gobernación del Departamento de La Guajira y los Municipios de Uribia, Manaure, Maicao y el Distrito de Riohacha, a través de las secretarías de salud o quien haga sus veces, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), con el apoyo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, organizará y conformará la red funcional de prestación de servicios de salud en los términos del artículo 62 de la Ley 1438 de 2011, así como las disposiciones contenidas en el “Capítulo II Redes Integradas de Servicios de Salud” del “Título VI. De la Prestación de Servicios de Salud” de la referida ley, para lo cual se contará con 30 días calendario a partir de la expedición de la presente resolución.

La red funcionará con la participación de las Entidades de carácter público y privado con presencia en el territorio, incluyendo a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Empresas Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), Instituciones prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPSI) y las Instituciones Prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas y mixtas, quienes realizarán alianzas estratégicas o acuerdos de voluntades para garantizar la atención en salud y prestar servicios de salud en las diferentes modalidades de atención a un grupo de familias que serán atendidas por equipos básicos de salud. El número de familias atendido por cada equipo básico de salud variará de acuerdo con condiciones de dispersión geográfica, aspectos socioculturales y poblacionales, en los municipios de residencia de la población. En todo caso, la prestación de los servicios debe ser eficiente, equitativa, integral y continua para la población.

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud a través de mesas de trabajo en el marco de sus competencias, brindarán asistencia técnica con el fin de facilitar la conformación de la Red Funcional de Prestación de Servicios de Salud priorizando los siguientes aspectos, la territorialización y caracterización poblacional, el modelo de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género, mecanismos efectivos referencia y contrarreferencia, red de transporte y comunicaciones.

Parágrafo 1°. Los equipos básicos de salud, adecuados a la cultura Wayú en el departamento de La Guajira, corresponderán a estructuras funcionales y organizativas del talento humano en salud en el marco de la prestación de los servicios de salud en todos los entornos de desarrollo, que permiten facilitar el acceso y la continuidad de la atención integral en salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011.

Parágrafo 2°. En todo caso se deberá garantizar la organización y puesta en marcha de al menos un (1) equipo básico de salud con enfoque diferencial, poblacional, intercultural en cada uno de los sesenta y nueve (69) territorios, en los términos del Anexo Técnico que hace parte integral del presente acto administrativo.

Artículo 3°. *Contratación de las atenciones individuales definidas en el Plan Provisional de Acción.* Los prestadores de servicios de salud contratarán a los equipos básicos de salud, para garantizar la prestación de servicios y tecnologías en salud en la modalidad extramural.

Artículo 4°. *Financiación de las atenciones individuales definidas en el Plan Provisional de Acción.* La financiación de las atenciones se realizará con cargo a los recursos que por concepto de aseguramiento reciben las Entidades Promotoras de Salud (EPS) incluidas las EPSI por cuenta de su población afiliada en los municipios de Uribia, Manaure, Maicao y el Distrito de Riohacha.

La contratación que realicen las Entidades Promotoras de Salud (EPS), incluidas las EPSI, con los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud, para el cumplimiento de lo dispuesto en esta resolución, deberá realizarse a través de la modalidad de capitación, en los términos del artículo 52 de la Ley 1438 de 2011.

Los recursos para el pago del valor pactado serán girados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) a los prestadores de servicios de salud, a través del mecanismo de giro directo, en los términos y condiciones establecidos en la normativa vigente, sin perjuicio de las acciones de auditoría que deben realizar las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

A partir de la fecha de expedición del presente acto administrativo, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud tendrán 5 días hábiles contados a partir de la conformación de la red, para suscribir acuerdos de voluntades o realizar ajustes a los vigentes, con el fin de garantizar la respectiva contratación de los equipos básicos por parte de la red funcional, integral e integrada de prestación de servicios de salud, en los términos establecidos en esta Resolución.

Parágrafo. Las EPS continuarán desarrollando sus funciones de gestión del riesgo, garantizando la atención integral en salud de sus afiliados.

Artículo 5°. *Articulación de las intervenciones colectivas y de gestión de la salud pública con las atenciones individuales previstas en el Plan Provisional de Acción.* El departamento de La Guajira, el distrito de Riohacha y los municipios de Manaure, Maicao y Uribia, con los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones para Salud - Subcomponente de Salud Pública y con recursos propios, deberán articular las intervenciones colectivas y de gestión de la salud pública con las atenciones individuales desplegadas por los equipos básicos de salud, contratados por los prestadores de servicios de salud.

Artículo 6°. *Traducción.* Con el propósito de garantizar los principios constitucionales de publicidad y acceso a la información, la presente resolución será traducida al Wayunaiki.

Artículo 7°. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 28 de abril de 2023.

La Ministra de Salud y Protección Social,

*Diana Carolina Corcho Mejía.*

#### Anexo Técnico

#### Plan de Acción Provisional de La Guajira

**Objetivo.** Adoptar las medidas con el propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud a través del aumento de las modalidades de prestación de servicios extramural.

**Población.** Está orientado a los habitantes Wayú de los municipios de Riohacha, Manaure, Uribia y Maicao.

El presente Plan de acción se organiza en dos componentes a saber:

#### Componente 1. Implementación del Plan Provisional

| ACCIONES  | INDICADOR  | META   |  | RESPONSABLE   | PRESUPUESTO  | FUENTE DE FINANCIACIÓN  |
|---|--|--|--|---|--|---|
|   |  | 2022   | 2023   |   |  |   |
| Realizar caracterización inicial de familias y comunidades  | Base de datos con la información de caracterización de la población.   | Metodología e instrumentos concertados entre la mesa técnica de salud, la gobernación y el DANE para la caracterización a realizar por parte de los equipos del proyecto de identificación y gestión del riesgo en las comunidades de los municipios y distrito accionados | Base datos con la información recolectada por los equipos del proyecto gobernación dispuesta para el uso por parte de los actores del sistema de salud y la mesa técnica.                      | Gobernación del Departamento – Secretaría de Salud Departamental  | Recursos del proyecto de la Gobernación \$ 32.833.958.398  | Sistema General de Regalías   |
| Realizar actualización y mantenimiento de la base de datos  | Base de datos actualizada por parte de los responsables de la operación del modelo preventivo de salud para las comunidades Wayú en los municipios y distrito accionados.  | Acta con acuerdos entre la mesa técnica de salud, la gobernación y el DANE para manejo y actualización de la información de la caracterización inicial.  | Base de datos actualizada de manera permanente por parte de los responsables de la operación del modelo preventivo de salud para las comunidades Wayú en los municipios y distrito accionados, | Equipos básicos de salud  | Recursos de la gestión Nacional del MSPS   | Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.  |
| Incluir el componente de salud del registro administrativo tipo censo de población en los instrumentos coordinados por el DANE. | Documentos técnicos contentivos de la situación de salud de las personas, familias y comunidades de los municipios y el distrito accionados en la sentencia, junto con el análisis de la red de prestación de servicios de salud y nutrición, como parte del registro de población tipo Censo.<br>Instrumentos específicos del módulo o componente de salud, concertados e incluidos en el registro administrativo tipo censo<br>% de ejecución de compromisos del sector salud, pactados con DANE para la recolección de información. | Metodología concertada entre MSPS, INS, ICBF, DANE, gobernación del departamento y alcaldías, y mesa técnica de salud para la realización del registro de población tipo Censo, en el componente de salud  | Documentos técnicos y bases de datos del registro de población tipo Censo, dispuestos para el uso por parte de los actores del sistema de salud y la mesa técnica de salud.                    | MSPS/DANE   | Recursos de la gestión Nacional del MSPS   | Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.  |
| Realizar la caracterización en cada comunidad, de los cuatro municipios accionados  | % de personas caracterizadas por comunidad que se encuentran afiliadas al SGSSS  | 100%   | 100%   | Operadores del proyecto (gobernación) y los equipos básicos de salud  | Se encuentra dentro de los recursos de: Proyecto de la Gobernación y en los que se destinarán para la financiación de los equipos básicos de salud | Sistema general de regalías y Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.                        |
|   | % de NNA identificados y georreferenciados de cada comunidad, con respecto al establecimiento de salud más cercano   | Pendiente definir con operador proyecto gobernación.   | 100%   | Operadores del proyecto (gobernación) y los 69 equipos ESITRACW   | Se encuentra dentro de los recursos de: Proyecto de la Gobernación y en los que se destinarán para la financiación de los ESITRACW                 | Sistema general de regalías y Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.                        |
|   | % de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) a quienes se ha documentado la fecha de última atención en salud, por comunidad   | Pendiente definir con operador proyecto gobernación.   | 100%   | Operadores del proyecto (gobernación)   | N/A  | N/A   |
| Desplegar las acciones de los 24 equipos de identificación y gestión del riesgo (proyecto Gobernación)                          | Número de familias a las cuales se les realizaron acciones de salud, incluidas en el proyecto de la gobernación  | pendiente  | Con el proyecto de la Gobernación se espera caracterizar a 94.000 familias   | Gobernación del Departamento – Secretaría de Salud Departamental  | Recursos de regalías   | Número de familias a las cuales se les realizaron acciones de salud, incluidas en el proyecto de la gobernación |
| Fortalecer e intensificar búsqueda activa comunitaria y notificación al SIVIGILA  | Número de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) detectados, con diagnóstico de desnutrición o con riesgo de desnutrición, en los municipios de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia  | 100%   | 100%   | Operadores del proyecto (gobernación)   | Recursos del proyecto de la Gobernación \$32.833.958.398   | Sistema general de regalías   |
|   |  |  |  | Secretarías de Salud municipales de Riohacha – Manaure – Maicao y Uribia; EPS, IPS; secretaria departamental de salud |  | Sistema General de Participaciones Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.                   |

| ACCIONES   | INDICADOR  | META   |      | RESPONSABLE   | PRESUPUESTO  | FUENTE DE FINANCIACIÓN  |
|--|--|--|------|---|--|---|
|  |  | 100%   | 100% |   |  | Sistema general de regalías<br>Sistema General de Participaciones<br>Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. |
| Realizar la valoración del estado nutricional de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) detectados en las comunidades                                   | Número de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) valorados en cuanto a su estado nutricional y de salud por cada comunidad/ total (NNA) detectados por comunidad, en los municipios de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia | 100%   | 100% | Secretarías de Salud municipales de Riohacha – Manaure – Maicao y Uribia; EPS, IPS; secretaria departamental de salud | Recursos del proyecto de la Gobernación \$32.833.958.398 | Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.  |
| Realizar la revisión del esquema vacunar y completar esquemas de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) detectados en las comunidades                   | % de niñas, niños y adolescentes (NNA) a quienes se ha documentado su estado vacunar según PAI, por comunidad.   | Pendiente definir con operador proyecto gobernación. | 100% | Operadores del proyecto (gobernación) y los equipos básicos de salud  | El que dispongan las secretarías                         | Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.  |
| Incrementar la demanda inducida por parte de los equipos extramurales de las EPS, con la respectiva notificación al SIVIGILA por parte de sus IPS. | Número de NNA a quienes se aplica la Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud por comunidad/ Total de NNA afiliados por comunidad, en los municipios accionados.  | Pendiente definir con operador proyecto gobernación. | 100% | Las secretarías de salud Departamental y municipales de Manaure, Maicao, Uribia y Riohacha.                           | El que dispongan las secretarías                         | Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.  |
|  | Número de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) detectados con diagnóstico de desnutrición o riesgo de desnutrición en los municipios accionados.  | Pendiente definir con operador proyecto gobernación. | 100% | Las secretarías de salud Departamental y municipales de Manaure, Maicao, Uribia y Riohacha.                           | El que dispongan las secretarías                         | Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.  |
| Incrementar la búsqueda activa comunitaria y notificación al SIVIGILA  | Numero de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) a los cuales se realiza seguimiento comunitario y son notificados al SIVIGILA en los municipios accionados   | Pendiente definir con operador proyecto gobernación. | 100% | Las secretarías de salud Departamental y municipales de Manaure, Maicao, Uribia y Riohacha.                           | El que dispongan las secretarías                         | Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.  |
| Aumentar la cobertura de afiliación al Sistema general de seguridad Social   | Número de personas detectadas sin afiliación al SGSS y afiliadas, por comunidad  | Pendiente definir con operador proyecto gobernación. | 100% | Las secretarías de salud Departamental y municipales de Manaure, Maicao, Uribia y Riohacha.                           | El que dispongan las secretarías                         | Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.  |
|  | % de población afiliada por comunidad/ Total población caracterizada por comunidad   | Pendiente definir con operador proyecto gobernación. | 100% | Las secretarías de salud Departamental y municipales de Manaure, Maicao, Uribia y Riohacha.                           | El que dispongan las secretarías                         | Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.  |

**Componente 2. Disponer los equipos básicos de salud para la atención de las personas, familias y comunidades Wayú en los municipios Uribia, Maicao, Manaure y el distrito de Riohacha.**

|               | OBJETIVO  | ACCIONES  | INDICADOR  | META   |   | RESPONSABLE                                   | PRESUPUESTO   | FUENTE DE FINANCIACIÓN   |
|---------------|---|---|--|--|---|---|---|--|
|               |   |   |  | 2022   | 2023  |   |   |  |
| Componente II | Adoptar las medidas con el propósito de aumentar los equipos extramurales y brigadas de salud | Coordinar con las EPS y las autoridades Wayú el incremento de cantidad y cobertura mediante equipos extramurales y jornadas de salud en las comunidades rurales y rurales dispersas de los municipios Uribia, Maicao, Manaure y el distrito de Riohacha | Cronograma de brigadas/ jornadas de salud extramurales para las comunidades Wayú de los 4 municipios accionados        | EPS y redes de servicios prometidas para la realización de brigadas de salud por corregimiento | EPS y redes de servicios comprometidas para la realización de brigadas de salud por corregimiento. Previa concertación. | Mesa técnica de salud                         | Presupuesto de UPC girando a las EPS  | Presupuesto del MSPS; Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. |
|               |   | Concertar el modelo preventivo de salud para las comunidades Wayú de los municipios de Uribia, Manaure y Maicao, y del distrito de Riohacha   | Documento contentivo del modelo preventivo de salud para las comunidades Wayú en los municipios y distrito accionados, | Pendiente definición de condiciones con los voceros  | 30-oct  | MSPS/Mesa técnica y autoridades tradicionales | El presupuesto será financiado del valor total causado por concepto de UPC del régimen subsidiado, para los grupos poblacionales priorizados en las sentencias y medidas cautelares (niños, niñas; adolescentes; adultos mayores; en el caso de las mujeres, se tomó en cuenta la totalidad de población afiliada en el rango de 12 a 45 años, dada la imposibilidad de contar con los datos de mujeres gestantes y lactantes) en los municipios de Maicao, Manaure, Uribia y el Distrito de Riohacha.). este porcentaje se estima entre el 13% y el 17% de acuerdo con los componentes finales de atenciones y tecnologías en salud que se prestará a la población, a través de los equipos interdisciplinarios. | Presupuesto MSPS   |

| OBJETIVO | ACCIONES   | INDICADOR  | META  |   | RESPONSABLE  | PRESUPUESTO | FUENTE DE FINANCIACIÓN |
|----------|--|--|---|---|--|-------------|------------------------|
|          | Construir ranking de IPS para invitación a formar parte de la alianza estratégica.   | Documento que contenga de la clasificación de las IPS presentes en los cuatro municipios, acorde con los criterios técnicos definidos en la mesa técnica | Ranking constituido y socializado   | Septiembre 2022   | Mesa técnica de salud (equipo Wayú. entidades del sistema)           |             | Presupuesto MSPS       |
|          | Concertar tipo de alianza estratégica para la operación del plan   | Acuerdos con prestadores de servicios de salud, EPS y comunidades para constituir alianza estratégica  | NA  | 23 septiembre de 2022   | Mesa técnica de salud (equipo Wayú. entidades del sistema)           |             | Presupuesto MSPS       |
|          | Realizar proceso contractual para la operación del plan  | Convenios/contratos formalizados   | Acuerdos de voluntades formalizados   | Acuerdos implementados  | Mesa técnica de Salud  |             | Presupuesto MSPS       |
|          | Socializar y ratificar el plan de acción provisional en las comunidades de los 40 corregimientos.                                | Contrato o convenio formalizado para el desarrollo de las actividades de socialización   | Contrato ejecutado  | NA  | Mesa técnica de salud (equipo Wayú. entidades del sistema)           |             | Presupuesto MSPS       |
|          | Concertar tipo de alianza estratégica para la operación del plan   | Comunidades/ autoridades tradicionales informadas sobre los contenidos, alcances y metodología para el desarrollo de las actividades del plan.           | Comunidades de 40 corregimientos informadas sobre todos los aspectos del plan   | NA  | MSPS/mesa técnica  |             | Presupuesto MSPS       |
|          | Construcción de la Gobernanza y acuerdos interinstitucionales  | Mesa interinstitucional establecida  | Mesa interinstitucional para la gobernanza operando   | Mesa interinstitucional para la gobernanza operando                     | Ministerio de Salud y Protección Social                              |             | Presupuesto MSPS       |
|          | Concertación con las EPS-IPS-Entes territoriales -interinstitucional   | Acta con acuerdos, compromisos y decisiones para viabilizar el plan  | 1. Acuerdos suscritos entre los actores del Sistema de salud para la implementación del plan  | Acciones de los acuerdos y/o de los actos administrativos implementados | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema  |             | Presupuesto MSPS       |
|          | Realizar la convocatoria y selección del equipo responsable de la administración del proyecto                                    |  | 2. Actos administrativos del MSPS en el cual dispone de los recursos y ordena los procedimientos pertinentes, vinculantes, para la implementación del plan. |   | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema. |             |                        |
|          |  | Documento que contenga la relación de perfiles, cantidades, ubicación y situación de disponibilidad  | Relación de personal identificado y disponible para contratación  | NA  |  |             |                        |
|          | Realizar convocatoria y selección de enfermeros y nutricionistas   | Documento que contenga la relación de perfiles, cantidades, ubicación y situación de disponibilidad  | Relación de personal identificado y disponible para contratación  | NA  | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema  |             | Presupuesto MSPS       |
|          | Realizar convocatoria y selección de los demás profesionales en salud  | Documento que contenga la relación de perfiles, cantidades, ubicación y situación de disponibilidad  | Relación de personal identificado y disponible para contratación  | NA  | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema  |             | Presupuesto MSPS       |
|          | Realizar la identificación y selección de los promotores comunitarios  | Documento que contenga la relación de perfiles, cantidades, ubicación y situación de disponibilidad  | Relación de personal identificado y disponible para contratación  | NA  | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema  |             | Presupuesto MSPS       |
|          | Realizar la identificación y selección del personal de áreas sociales (lingüistas – trabajo social – antropólogo)                | Documento que contenga la relación de perfiles, cantidades, ubicación y situación de disponibilidad  | Relación de personal identificado y disponible para contratación  | NA  | Operador contratado para la ejecución del plan                       |             | Presupuesto MSPS       |
|          | Realizar la identificación y selección del Personal étnico (lingüistas – conciliadoras – Pütchipü'ü- médicos tradicionales Wayú) | Documento que contenga la relación de perfiles, cantidades, ubicación y situación de disponibilidad  | Relación de personal identificado y disponible para contratación  | NA  | Operador contratado para la ejecución del plan                       |             | Presupuesto MSPS       |
|          | Realizar proceso de vinculación del equipo responsable de la administración del proyecto.  | Personal contratado  | Personal vinculado para el desarrollo del plan  | NA  | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema  |             | Presupuesto MSPS       |
|          | Realizar proceso de vinculación de enfermeros y nutricionistas   | Personal contratado  | Personal vinculado para el desarrollo del plan  | NA  | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema  |             | Presupuesto MSPS       |
|          | Realizar proceso de vinculación de los demás profesionales en salud  | Personal contratado  | Personal vinculado para el desarrollo del plan  | NA  | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema  |             | Presupuesto MSPS       |

| OBJETIVO   | ACCIONES  | INDICADOR   | META  |  | RESPONSABLE   | PRESUPUESTO                                    | FUENTE DE FINANCIACIÓN   |
|--|---|---|---|--|---|--|--|
|  | Realizar proceso de vinculación de los promotores comunitarios  | Personal contratado   | Personal vinculado para el desarrollo del plan  | NA   | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema |  | Presupuesto MSPS   |
|  | Realizar proceso de vinculación del personal de áreas sociales (lingüistas – trabajo social – antropólogo)  | Personal contratado   | Personal vinculado para el desarrollo del plan  | NA   | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema |  | Presupuesto MSPS   |
|  | Realizar proceso de vinculación del Personal étnico (lingüistas – conciliadoras – Putschipumédicos tradicionales Wayú)  | Personal contratado   | Personal vinculado para el desarrollo del plan  | NA   | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema |  | Presupuesto MSPS   |
|  | Realizar alistamiento del talento humano profesional en salud   | Personal profesional en salud que recibió las instrucciones para el desarrollo de las acciones del plan   | Personal Profesional en salud contratado y entrenado para el desarrollo de las actividades del plan | Realizar educación continuada  | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema |  | Presupuesto MSPS   |
|  | Capacitar al personal elegido en el marco de la socialización como promotores comunitarios.   | Articular acciones con el SENA y demás entidades de formación (UNIGUA-JIRA) para iniciar la capacitación.   | Personal seleccionado capacitado  | N/A  | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema |  | Presupuesto MSPS   |
|  | Realizar proceso de vinculación del Personal étnico   | Determinar un cronograma de capacitaciones y lugares en donde se van a realizarlas.   | Personal seleccionado capacitado  | N/A  | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema |  | Presupuesto MSPS   |
|  | Realizar alistamiento del talento humano profesional en salud   | Determinar el plan de capacitación junto con las enfermeras, el personal social y étnico para la entrada a las comunidades.   | Personal seleccionado capacitado  | N/A  | Mesa técnica de salud – Operador contratado                         |  | Presupuesto MSPS   |
|  | Poner en marcha los ESITRACW en las comunidades en el marco del modelo preventivo de salud para las comunidades Wayú en los municipios Uribia, Maicao, Manaure y el distrito de Riohacha (69 equipos)         | Cronograma de trabajo formalizado e inicio de atención a las comunidades  | Ejecución del cronograma por parte de los equipos conformados en territorio.                        | N/A  | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema |  | Presupuesto MSPS   |
| Mejorar la oportunidad de los servicios de salud prestados a la población indígena (indicadores de goce efectivo)  | Disponer los equipos interdisciplinarios para la atención de las personas, familias y comunidades   | Número de familias que recibe una atención por promotor o enfermera, por lo menos una vez al mes.   | N/A   | Metas provisional, sujeto a la real disponibilidad de talento humano en salud en las cuatro entidades territoriales, en las entidades territoriales en las cuales se desarrollará el plan, y/o la respuesta a la convocatoria que se realice al respecto | Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del Sistema | El dispuesto para la financiación del proyecto | Presupuesto del MSPS; Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. |
|  |   |   |   | Se estima la realización de las siguientes cantidades en el lapso de un año:   |   |  |  |
|  |   |   |   | 115.200 consultas de medicina general  |   |  |  |
|  |   |   |   | 25.200 consultas de pediatría  |   |  |  |
|  |   |   |   | 25.200 consultas por ginecología,  |   |  |  |
| 49.680 visitas familiares por enfermería y/o promotor comunitario.   |   |   |   |  |   |  |  |
| Determinar si se puede considerar los avances en la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural para la implementación de las medidas concretas de atención en materia de salud. | Hacer un análisis de los documentos técnicos construidos frente al modelo de salud Wayú en el marco del SISPI y determinar si es viable y acorde con el modelo preventivo de salud para las comunidades Wayú. | Un documento contentivo del pronunciamiento de los voceros Wayú, respecto a la utilidad de los avances en la construcción del modelo Wayú en el marco del SISPI, para el modelo preventivo de salud para las comunidades Wayú | N/A   | 30 de junio de 2023  | Mesa técnica de salud   | Por definir                                    | Presupuesto MSPS   |

|  | OBJETIVO   | ACCIONES   | INDICADOR   | META |      | RESPONSABLE                        | PRESUPUESTO  | FUENTE DE FINANCIACIÓN  |
|--|--|--|---|------|------|------------------------------------|--|---|
|  | Verificar cumplimiento de competencias de las entidades territoriales, aseguradores y prestadores de servicios de salud que operan los municipios de Manaure, Maicao, Uribia y Riohacha, en materia de responsabilidades y normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud                                       | Auditorías a entidades territoriales, Aseguradores y prestadores de servicios de salud | Número de auditorías programadas/ Número de auditorías realizadas   | 100% | 100% | Superintendencia Nacional de Salud | Se dispondrá de los valores de viáticos y tiquetes aéreos requeridos para el desplazamiento de los funcionarios para el desarrollo de las actividades de inspección y vigilancia | Recursos de inversión C-1903-0300-4-0-1903016-02 Adquisición de Bienes y Servicios - Servicio de Auditoría Y Visitas Inspectivas - Fortalecimiento de la Inspección, Vigilancia y Control Realizada por la Superintendencia Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a Nivel Nacional |
|  | -SGSSS encaminados a la detección oportuna de casos en riesgo de desnutrición y de casos de desnutrición aguda o severa a fin de evitar la mortalidad por esta causa atribuida a barreras administrativas y/o asistenciales presentadas en el proceso de, prevención, captación y atención en salud de la población Wayú | Mesas técnicas de seguimiento  | Número mesas técnicas programadas/ Número mesas técnicas realizadas | 100% | 100% | Secretaría de salud                | Presupuesto actual de vigilancia   | Sistema General de Participaciones  |

Lineamientos Plan de Acción Provisional de La Guajira1. 1. Adoptar las medidas con el propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud a través del aumento de los equipos extramurales y brigadas de salud.

#### Componente 1. Implementación del Plan Provisional

a) Despliegue de los equipos para la identificación y gestión del riesgo para la promoción de la salud y la nutrición en las zonas rural y rural dispersa en los municipios de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia del departamento de La Guajira 2023-2024

- Operación del software
- Equipos tecnológicos a disponer

b) Coordinar con las EPS y las autoridades Wayú el incremento de cantidad y cobertura mediante equipos extramurales y jornadas de salud en las comunidades rurales y rurales dispersas de los municipios Uribia, Maicao, Manaure y el distrito de Riohacha.

c) Adaptaciones en el sistema de vigilancia en salud pública para eventos de notificación obligatoria de interés prioritario.

d) Organización intersectorial para la gobernanza y seguimiento.

#### Componente 2.

2.1 Disponer los equipos interdisciplinarios para la atención de las personas, familias y comunidades Wayú en los municipios Uribia, Maicao, Manaure y el distrito de Riohacha.

2.1.1 Alistamiento de los agentes del Sistema y del Talento humano en Salud.

2.1.2 Puesta en marcha de los equipos interdisciplinarios para la atención de las personas, familias y comunidades Wayú en los municipios Uribia, Maicao, Manaure y el distrito de Riohacha.

- Valoración integral en salud
- Valoración familiar
- ¿Cómo se realiza la valoración familiar por los equipos?
- Visita familiar
- Instrumentos de valoración de la Historia Familiar de Salud.

2.1.3 Proceso de formación al personal elegido en el marco de la socialización como promotores en salud.

2.1.4 Construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural para la implementación de las medidas concretas de atención en materia de salud.

### 1. Adoptar las medidas con el propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud a través del aumento de los equipos extramurales y brigadas de salud.

La construcción e implementación del Plan Provisional de Acción/Plan de acción Inmediata propuesto en el presente documento se aborda, primero, desde la mirada de la determinación social (Jaime Breilh, Sousa Campos. SAMAJA, Juan. Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Editorial Lugar. Buenos Aires, 2007), como proceso sociohistórico y político complejo que resulta de relaciones de poder entre grupos de una sociedad, produciendo efectos dispares entre quienes acumulan más poder e influencia, y aquellos grupos que han sido subordinados y segregados, dando entre otros resultados, la prevalencia de grupos sociales en condiciones de desigualdad, e inequidad; lo anterior conlleva a segregación por razones de etnia, género, ubicación territorial, estatus económico, entre otros.

En segundo término, se toma como marco la Constitución Política de Colombia, que consagra, entre otros principios, el del reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural de la nación (artículo 7°), así como también, reconoce que las lenguas y dialectos de los grupos étnicos son también oficiales en sus territorios (artículo 10). Bajo la premisa de ser un Estado Social de Derecho; el Estado colombiano tiene el deber de garantizar derechos fundamentales, libertades y oportunidades a todas las personas que habitan sus territorios, para lo cual han de recibir la misma protección y trato de las autoridades; lo anterior, sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión pública o filosófica. (art 13). En este mismo artículo, la CP establece que “El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.”; agrega también el deber del Estado de proteger especialmente a aquellas personas que, por razones de su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ella se cometa.

En materia de salud, el artículo 49 determinó: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.”, y también definió que “Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad” estos mandatos se desarrollaron mediante la Ley 1751 de 2015 - Estatutaria en salud, de la cual se aplica para este Plan la totalidad de los elementos y principios del derecho a la salud, de acuerdo con las definiciones contenidos en esta Ley; con especial énfasis en los principios de Interculturalidad, Protección de los pueblos indígenas y la prevalencia de derechos; para contexto, se relacionan a continuación elementos principales como la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y la calidad e idoneidad profesional. También se fundamenta en principios como la Universalidad, Pro homine, Equidad, Continuidad, Oportunidad, Prevalencia de derechos, Progresividad del derecho, Libre elección, Sostenibilidad, Solidaridad, Eficiencia, Interculturalidad, Protección a los pueblos indígenas, Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Adicionalmente, este Plan Provisional/Plan de acción inmediata hace aplicación de principios específicos de la Atención Primaria en Salud (APS), según lo establecido en la Ley 1438 de 2011, a saber: atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, transparencia e irreversibilidad.

En aplicación de los principios de la APS, el Plan Provisional de acción/Plan de acción inmediata, tendrá énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; incluye acciones intersectoriales para impactar los determinantes en salud; busca incentivar la cultura del autocuidado; las acciones e intervenciones tendrán orientación individual, familiar y comunitaria, para lo cual debe desarrollar planes de cuidado que garanticen atención integral, integrada y continua; incluye elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.

Se estructura con base en equipos multidisciplinarios, con talento humano organizado, motivado, suficiente y cualificado; de tal manera que paulatinamente permita fortalecer las Instituciones Prestadoras de Servicios de complejidad baja y media, con el fin de mejorar

la resolutivez; todo lo anterior, mediado por el diálogo genuino con las comunidades, para rescatar y promover la Interculturalidad, en el cuidado de la salud.

Es importante mencionar que, el plan de acción provisional tiene como objetivo “contribuir en la disminución de las tasas de morbilidad materno infantil y la asociada a la desnutrición de la población indígena en los municipios de Manaure, Maicao y Uribia, y el Distrito de Riohacha, departamento de La Guajira, mediante la disminución/erradicación de barreras que dificulten el acceso oportuno a servicios de salud básicos; interactuando con los usos y costumbres de las comunidades Wayú; dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y se desarrolla en dos componentes:

i) Despliegue de los equipos para la identificación y gestión del riesgo para la promoción de la salud y la nutrición en las zonas rural y rural dispersa en los municipios de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia del departamento de La Guajira 2023-2024.

ii) Despliegue de los equipos interdisciplinarios para la atención de las personas, familias y comunidades Wayú en los municipios Uribia, Maicao, Manaure y el distrito de Riohacha 2023-2026.

El componente I del Plan provisional de acción, se constituye en el proceso de transición en el que se los agentes del sistema EPS, IPS y ET Departamental y Municipales, realizan la organización de los equipos multidisciplinarios para que a través de la modalidad de atención extramural realicen de manera progresiva las atenciones resolutivas que incidan positivamente en los indicadores de salud de la población.

### Componente 1. Implementación del Plan Provisional

a) **Despliegue de los equipos para la identificación y gestión del riesgo para la promoción de la salud y la nutrición en las zonas rural y rural dispersa en los municipios de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia del departamento de la guajira 2023-2024**

Proyecto formulado por el Departamento y financiado con los recursos del Sistema General de Regalías, encaminado al desarrollo de actividades de identificación y gestión del riesgo para la promoción de la salud y la nutrición de niños y niñas de 0 a 59 meses, madres gestantes, lactantes y sus familias, ubicadas en las zonas rurales y rurales dispersas del distrito de Riohacha y los municipios de Maicao, Manaure y Uribia, del departamento de La Guajira.

La población a intervenir fue definida tomando como referencia las familias que habitan en el área rural y rural dispersa de los 3 municipios y del distrito de Riohacha. Considerando las dificultades de acceso a las zonas donde se desarrollará el proyecto; tomó el 95% del universo de familias según la población estimada por DANE, obteniendo un total de población objeto de 423.360 personas, correspondientes a 94.080 familias; teniendo en cuenta que el número de integrantes por familia es de 4,5 personas (ASIS 2020). Para lograr la meta de población establecida, se realizarán 13.440 acciones de identificación y gestión del riesgo colectivo, durante 28 meses por parte de 24 equipos: Manaure: 6 equipos Uribia: 11 equipos Maicao: 3 equipos Riohacha: 4 equipos.

Se definieron tres líneas estratégicas, a saber: 1. Atención en salud y nutrición en el curso de la vida, 2. Identificación y gestión del riesgo y 3. Vigilancia comunitaria.

1. **Atención en salud y nutrición en el curso de la vida.** En esta línea se ordenan las atenciones teniendo en cuenta el contexto territorial; los entornos; el enfoque diferencial étnico y la aplicación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, y se deriva la atención a la desnutrición aguda en niñas y niños menores de 5 años de edad, u otras que se requieran, según riesgos identificados.

2. **Identificación y gestión del riesgo:** Incluye la gestión integral del riesgo en salud en sus componentes colectivo e individual, esta línea busca dinamizar la articulación con las EAPB, IPS y otras entidades involucradas en los determinantes de la salud.

3. **Vigilancia comunitaria.** Busca empoderar a la comunidad como generadora de acciones que impacten de forma positiva los determinantes sociales a nivel local, a través de la identificación de las redes sociales comunitarias existentes y del establecimiento de redes de vigilancia en salud pública, para mejorar la respuesta requerida por las personas y comunidades en las cuales se identifiquen los riesgos.

A continuación, se describen los perfiles que conforman los equipos de gestión del riesgo y las acciones que desarrollan cada uno de ellos. Cada equipo cuenta con la siguiente conformación: (1) profesional medicina, (1) profesional de enfermería, (1) profesional de trabajo social, (2) técnicos en salud pública y (1) técnico salud ambiental.

| Perfil   | Responsabilidades   |
|--|---|
| Profesional de medicina con experiencia mínima de un (1) año en salud pública.         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizar y clasificar el riesgo en salud de las familias y comunidades, según el momento del curso de vida.</li> <li>• Población menor de 5 años.</li> <li>• Identificar riesgos respiratorio- Covid.</li> <li>• Realizar la valoración antropométrica y clasificación nutricional.</li> <li>• En caso de detectar casos de desnutrición aguda moderada y severa con o sin complicaciones en niños menores de 5 años.</li> <li>• El profesional de medicina deberá desarrollar las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar si hay desnutrición aguda moderada y severa (&lt; -2 DS) y/o casos PB &lt;11,5 cm. En caso positivo determine si hay alguna complicación médica.</li> <li>• Iniciar Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo - FTLC, si el niño o niña con desnutrición aguda No presenta complicaciones con criterios para el tratamiento en el hogar, según la Resolución 2350 de 2020.</li> <li>• Remitir al niño o niña, Si la desnutrición aguda es moderada y severa, con edema grado III y/o PB &lt;11,5 cm y Si presenta complicación médica y cumple los criterios para manejo hospitalario.</li> <li>• Informar al equipo coordinador de gestión del riesgo colectivo sobre los casos en los cuales se hizo necesario la remisión a un prestador de servicios de salud complementario para las gestiones pertinentes para la atención.</li> <li>• Realizar el seguimiento ambulatorio a las niñas y niños menores de 5 años con desnutrición aguda moderada y severa identificados con criterios para el manejo en el hogar; teniendo cuenta lo establecido en Resolución 2350 del 2020.</li> </ul> </li> <li>• <b>Mujeres gestantes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar en factores protectores para la salud de la gestante (medidas higiénicas, guía nutricional, lactancia materna, fomento de la actividad física, sexualidad, prevención de infecciones vaginales, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y atención institucional del parto, prevenir la automedicación y el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación).</li> <li>• Identificar el riesgo de la gestante y remitir aquellos casos en los cuales se requiere de atención oportuna.</li> <li>• Orientar a las gestantes sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente.</li> <li>• Verificar el consumo de micronutrientes a todas las gestantes y educar sobre el adecuado uso de los mismos.</li> </ul> </li> <li>• <b>Otras acciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diligenciar la información recolectada en el trabajo de campo en el software establecido.</li> <li>• Diligenciar los formatos de atención médica en medio magnético.</li> <li>• Elaborar los informes mensuales que incluya las acciones desarrolladas.</li> <li>• Elaborar los demás informes requeridos.</li> </ul> </li> </ul> |
| Profesional en enfermería con experiencia mínima un (1) año en promoción y prevención. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterización y clasificación del riesgo en salud de las familias y comunidades, según el momento del curso de vida.</li> <li>• Tomar medidas antropométricas de todos y cada uno de los integrantes de las familias y comunidades, para establecer la caracterización nutricional, según el momento del curso de vida.</li> <li>• Determinar si el niño o niña presenta Alto Riesgo y remitir al asegurador para garantizar la atención en salud según el riesgo presentado.</li> <li>• <b>Población menor de 5 años</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar esquema de vacunación.</li> <li>• Gestionar con el equipo coordinador de gestión del riesgo a las niñas y niños identificados, y garantizar el esquema completo de vacunación.</li> <li>• Desarrollar actividades de información y educación grupales a padres y cuidadores sobre los siguientes temas: hábitos de alimentación saludable, puericultura, importancia de las vacunas, eventos adversos seguidos a la inmunización, cuidados post vacunales y cumplimiento oportuno de esquemas en el punto de vacunación correspondiente.</li> </ul> </li> <li>• <b>Población de 6 a 10 años</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar si el niño o niña presenta Alto Riesgo y remitir al asegurador para garantizar la atención en salud, según el riesgo presentado.</li> <li>• Desarrollar actividades de información y educación a padres, cuidadores y niños sobre: hábitos de alimentación saludable, puericultura y otros temas de acuerdo a la edad del niño(a), enseñanza de la estimulación adecuada, fomento de factores protectores, orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente.</li> </ul> </li> <li>• <b>Población joven</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar si el joven presenta Alto Riesgo y remitir al asegurador para garantizar la atención en salud según el riesgo presentado.</li> <li>• Realizar consejería grupal a familiares, cuidadores, adolescentes y jóvenes en: Alteraciones en el desarrollo físico, cambios en el peso y la talla, alteraciones en su desarrollo emocional, afectivo, comportamiento alimentario, relación con sus padres, familia, pares, profesores, uso del tiempo libre, actividades relacionadas con violencia juvenil, pandillas, accidentes, identidad sexual, comportamiento escolar, uso de cigarrillo, drogas y alcohol.</li> </ul> </li> <li>• <b>Población de mujeres en edad fértil</b></li> </ul>  |

| Perfil   | Responsabilidades  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar si las mujeres en edad fértil presentan ALTO RIESGO y/o NO cuentan con las atenciones en salud según momento del curso de vida, y remitir al asegurador para garantizar la atención integral en salud, según el riesgo presentado.</li> <li>Realizar actividades educativas sobre la importancia de la prevención y detección precoz, técnica de autoexamen mamario y examen físico para la prevención del cáncer de mama.</li> </ul> <p><b>Población adulta mayor</b></p> <p>Determinar si el adulto mayor presenta Alto Riesgo y remitir al asegurador para garantizar la atención en salud según el riesgo presentado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar actividades educativas sobre la importancia de la prevención y detección precoz de enfermedades no transmisibles y alteraciones.</li> </ul> <p><b>Otras acciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la notificación de TODOS los eventos de interés en salud pública según los protocolos y formatos definidos.</li> <li>Realizar el seguimiento a las niñas y niños menores de 5 años identificados con desnutrición aguda moderada o severa y que hayan iniciado tratamiento ambulatorio o institucional.</li> <li>Realizar seguimiento a las mujeres gestantes identificadas a riesgo y remitidas a las EPS.</li> <li>Elaborar los informes mensuales que incluya las acciones desarrolladas por los equipos de identificación, caracterización y gestión de riesgo colectivo y las respectivas bases de datos.</li> <li>Elaborar los demás informes requeridos.</li> </ul>   |
| Profesional en trabajo social, con experiencia de mínima de un (1) año con comunidades.  | <p>Socializar el programa, las acciones y los procesos que se realizarán a las familias a través de las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Liderar el contacto inicial de la entrada del equipo a la comunidad.</li> <li>Gestionar la casa de paso para los cuidadores de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda moderada y severa, y de las mujeres gestantes y/o lactantes que requieran remisión para atención hospitalaria.</li> <li>Identificar la oferta institucional presente en el municipio, y gestionar la inclusión de los niños y niñas con desnutrición aguda moderada o severa, para que una vez terminen su proceso de recuperación nutricional en el ámbito comunitario, sean incluidos en un programa de apoyo alimentario.</li> <li>Gestionar la inclusión de las familias con vulnerabilidad alimentaria a programa de recuperación de medios de vida que se estén desarrollando en el territorio.</li> <li>Gestionar el aseguramiento al SGSSS del 100% de las personas que no cuenten con este derecho.</li> <li>Cargar en el software los soportes para el proceso de afiliación de cada una de las personas no afiliadas identificadas por los equipos en las comunidades visitadas.</li> <li>Iniciar el proceso de redistribución del aseguramiento por familia con el fin que todos los miembros estén afiliados a un mismo asegurador, teniendo en cuenta la normatividad vigente sobre afiliación.</li> <li>Identificar y gestionar los casos con vulneración en atenciones por parte de los actores sociales con presencia en el territorio (Registraduría, ICBF, Sisbén, etc.).</li> <li>Registrar la caracterización de la atención realizada a la población, por medio del sistema de información de biometría y ficha de caracterización familiar, con cargue en el software.</li> </ul>  |
| Técnico en salud pública, reconocido en las comunidades priorizadas y experiencia en acciones comunitarias y de atención primaria en salud, debe hablar e interpretar el wayuunaiki. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar el cronograma de visitas de seguimiento y capacitación en la comunidad.</li> <li>Capacitar a las autoridades y líderes Wayú de las comunidades, en vigilancia en salud pública comunitaria, en situaciones en salud que pueden ser identificadas en la comunidad; esta actividad se desarrollará mediante mínimo tres jornadas de capacitación, y ejercicios de simulación.</li> <li>Monitorear las situaciones definidas en cada una de las comunidades asignadas; con visitas periódicas con el fin de identificar la ocurrencia de situaciones de interés en salud pública.</li> <li>Apoyar en la caracterización de las comunidades asignadas y el diálogo de saberes; levantamiento de la información, mediante entrevistas o diálogo con las autoridades tradicionales y/o líderes reconocidos en la comunidad.</li> <li>Realizar las acciones de información y comunicación en cada una de las comunidades, ante la detección de situaciones o eventos de interés en salud pública.</li> <li>Brindar orientación a la comunidad sobre los derechos y responsabilidades en salud y la inducción al uso adecuado de los servicios con énfasis en la promoción de estilos de vida saludables, detección temprana de alteraciones, protección específica y control de riesgos, contenidos en los planes de beneficios del sistema.</li> <li>Orientar a las familias, desde las dinámicas propias, en la prevención y promoción de la salud, con especial énfasis en aquellas necesidades más recurrentes en la comunidad (EDA, IRA, embarazo, nutrición, salud infantil, parasitosis, etc.)</li> <li>Realizar educación a los padres y/o cuidadores sobre los siguientes aspectos: Alimentación adecuada, estimulación oportuna, buen trato, crianza humanizada, prevención y manejo de las enfermedades y problemas más frecuentes, según edad y momento del curso de vida.</li> </ul> |

| Perfil                     | Responsabilidades  |
|----------------------------|--|
|                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Detectar los factores de riesgo existentes en el núcleo familiar y comunicarlo inmediatamente, al equipo de identificación, caracterización y gestión de riesgo colectivo y al equipo coordinador del municipio, con el fin de generar las alertas tempranas.</li> <li>Canalizar a las familias con riesgo hacia los procesos educativos que lidera el equipo con la intención de minimizarlos y optar por factores protectores.</li> </ul>   |
| Técnico en Salud Ambiental | <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar análisis de los riesgos ambientales presentes en la comunidad y viviendas caracterizadas.</li> <li>Identificar y registrar el material de construcción de las viviendas y sus condiciones, fuente de abastecimiento de agua para el consumo, método de potabilización del agua, disposición de excretas, métodos utilizados para la disposición de residuos sólidos, combustible utilizado para cocinar, método de iluminación, métodos de conservación de alimentos en las viviendas caracterizadas y la identificación de las condiciones de zoonosis en caninos y felinos dentro de las comunidades.</li> <li>Diseñar, a partir de los riesgos identificados conjuntamente con los integrantes de la familia, el plan de intervención para el mejoramiento de las condiciones ambientales en la comunidad y viviendas.</li> <li>Capacitar a las comunidades sobre buenas prácticas ambientales en el entorno comunitario y familiar.</li> <li>Apoyar el registro de la ubicación de las familias, por medio del GPS-Sistema de Posicionamiento Global.</li> <li>Cargar la información recolectada en el software y en los formatos requeridos.</li> </ul> |

**Operación del software**

Con el fin que las atenciones de gestión del riesgo realizadas por parte de los equipos extramurales en cada uno de los municipios, se articule con la atención en salud, se implementa *un sistema de información para la caracterización de la población* y la consolidación de información para la toma de decisiones en política pública.

El registro de las actividades realizadas a la población objeto y la trazabilidad de las mismas contenidas en el software, permite ser una fuente de consulta para todos los actores que se articulan en el proyecto; además de convertirse en material de evidencia de la ejecución de las actividades que se desarrollaran para el mejoramiento de la situación de salud y nutrición de las mujeres gestantes y/o lactantes; niñas y niños menores de cinco años de edad y sus familias, que residen en las zonas rurales dispersas en los municipios priorizados.

El sistema de información está constituido por tres segmentos: el segmento espacial, el segmento de control y el segmento del usuario; además como complemento del registro de la caracterización y de la atención realizada a la población objeto, se implementará sistema de información de biometría con cargue en el software. La implementación del software (que es dinámica durante la ejecución del proyecto) y el uso de las tabletas, computadores y equipo de biometría, permitirá lo siguiente:

- Manejo centralizado de la información, evitando así las posibles inconsistencias causadas por mantener información en diferentes documentos.
- Incorporación de datos de georreferenciación por GPS.
- Información de datos biométricos, previo consentimiento informado de los padres y/o cuidadores.
- Facilitar el almacenamiento y resguardo de la información importante, proporcionando niveles de usuario y perfiles de acceso a los datos.
- Proporcionar una administración y control de la información lo que agilizará los procedimientos relacionados.
- Generar información pertinente que pueda ser utilizada para ajustar procesos, mediante el envío oportuno a los actores en el territorio.
- Mantener datos históricos que podrán ser utilizados para generar índices y mediciones estadísticas de la población niños menores de 5 años, mujeres gestantes y lactantes y sus familias.
- Reporte de medidas antropométricas de la población identificada.
- Gráficas de evolución del reporte de medidas antropométricas.
- Resumen de evolución del estado nutricional de niños menores de 5 años, mujeres gestantes y lactantes y sus familias semanal, mensual o anual.
- Recordatorio de 24 horas de alimentación del grupo familiar.
- Gráfica de crecimiento peso/talla: Evolución que confronta el peso del niño o niña con su talla, contiene además curvas de tendencias que permiten definir el estado nutricional del niño o niña. (Res 2465 de 2016).
- Gráfica de perímetro cefálico: Es similar a las anteriores, esta gráfica confronta perímetro cefálico con la edad del niño o niña.
- Gráfica de estado nutricional de las mujeres gestantes. (Res 2465 de 2016).
- Reporte semanal de movilidad de niños y niñas: Contiene información como el nombre del niño o niña, la edad, la fecha de ingreso, lugar de traslado y reingreso.
- Reporte comparativo del antes-después: presenta los cambios manifestados en los niños o niñas, comparando sus datos al ingreso con los datos al momento del alta;

mostrará, entre otras cosas las fotografías del antes y el después; previo consentimiento informado de los padres y/o cuidadores.

- **Equipos tecnológicos a disponer**

El software presentará módulos parametrizados, que se alimentan con la información registrada en los formatos, tabletas, equipos de cómputo, y los equipos de Sistema de Posicionamiento Global (GPS).

Un (1) Software, Un (1) Servidor para almacenamiento de datos instalado, Cuatro (28) tabletas, Cuatro (28) computadores portátiles, Cuatro (28) Sistemas de Posicionamiento Global (GPS), Cuatro (8) equipos de biometría (lector de huella).

Luego de la ejecución del proyecto, el software quedará a cargo de la Gobernación de La Guajira - Secretaría Departamental de Salud; el mantenimiento de los equipos, es responsabilidad de la Gobernación de La Guajira, la cual, gestionará todo lo necesario para la sostenibilidad de los mismos durante la ejecución del proyecto (ver certificado de compromiso Gobernación de La Guajira); de la misma manera, resguardará la información magnética, producto de la caracterización en salud y nutricional de las comunidades de los municipios de Riohacha, Maicao, Uribia y Manaure, teniendo en cuenta la normatividad vigente de Hábeas Data.

El proceso de caracterización derivado de la implementación del sistema de información en las acciones extramurales de los equipos, se complementa con las **siguientes acciones de la vigilancia en salud pública comunitaria:**

- El Proceso se desarrolla con el apoyo de la institucionalidad, a través de la figura de técnicos en salud pública. Este recurso actuará como gestor y se encarga de realizar el puente entre la comunidad y la institucionalidad, con el fin de canalizar la comunicación de la situación a la autoridad sanitaria, desencadenando alertas a partir de las cuales coordinará la respuesta en salud pública conforme al evento y los protocolos predefinidos.
- Se realiza el análisis, seguimiento, gestión y evaluación y retroalimentación a la notificación de los eventos de interés en salud pública en los 4 municipios priorizados.
- Se desarrollan capacidades en las comunidades, en cuanto a la identificación, análisis y divulgación de conocimiento asociado a eventos, factores de riesgo y determinantes que pueden afectar la salud y calidad de vida de las personas, a partir de información recaudada, notificada o construida por la propia población organizada.
- Se conforman redes de vigilancia en salud pública con base comunitaria en las zonas rurales y rurales dispersas priorizadas.
- Se notifican los eventos de interés en salud pública identificados en las comunidades de las familias a intervenir.
- Se realiza el informe estadístico y epidemiológico del proyecto.
- Se monitorean las situaciones definidas en cada una de las comunidades asignadas (Plan de Visita a las comunidades asignadas, con el fin de identificar la ocurrencia de situaciones de interés en salud pública).
- Se adelantan las acciones de información y comunicación en cada una de las comunidades.

**b) Coordinar con las EPS y las autoridades Wayú el incremento de cantidad y cobertura mediante equipos extramurales y jornadas de salud en las comunidades rurales y rurales dispersas de los municipios Uribia, Maicao, Manaure y el distrito de Riohacha.**

Para la implementación del plan de acción de que trata el presente acto administrativo, se requiere la conformación de los equipos y la puesta en marcha de una alianza estratégica entre la red de servicios de salud en el departamento de La Guajira. Hasta tanto, sean implementadas estas dos medidas, las EPS y el departamento de La Guajira desarrollarán las siguientes actividades de conformidad con las fuentes y mecanismos vigentes que garanticen la continuidad de los servicios.

1. Acompañamiento técnico del proceso de realización de los acuerdos de voluntades y contratos de las EPS y los prestadores.
  - a. Se realizarán sesiones virtuales grupales y presenciales con representantes de las EPS para revisar las estrategias empleadas para asegurar la inclusión de mecanismos dirigidos a la protección del usuario (Decreto 441 de 2022) e identificar las oportunidades de mejora con la correspondiente estrategia de seguimiento.
  - b. Se realizará seguimiento, con la Superintendencia Nacional de Salud, de la implementación de oportunidades de mejora dirigidas a garantizar los mecanismos dirigidos a la protección del usuario (Decreto 441 de 2022) incluidos en los contratos con las instituciones prestadoras.
2. Incremento y mejoramiento de las actividades extramurales a desarrollar en los municipios de Maicao, Manaure y Uribia y el distrito de Riohacha.
  - a. Cada EPS deberá incrementar el número de equipos y el número de jornadas de salud para alcanzar un aumento de familias atendidas en los entes territoriales accionados.
  - b. Se realizará una mesa técnica con las EPS para definir la estrategia de mejoramiento de la calidad de las atenciones y jornadas de salud que será incluida en los términos contractuales establecidos para la vigencia de 2023.
  - c. La Secretaría de Salud Departamental con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social definirá un mecanismo único para la articulación de la programación y seguimiento de las actividades de los equipos y las jornadas de salud.

d. Las EPS y las EPSI en el marco del Decreto 971 de 2011 y la Resolución 1587 de 2016, modificada por la Resolución 4621 de 2016, así como, los artículos 2.3.2.2.8, 2.6.1.1.5.2, 2.6.1.2.1.2, 2.6.4.3.1.3.1 y 2.6.4.3.1.3.2 del Decreto 780 de 2016 y las Resoluciones 654 de 2014 y 3503 de 2015, reportarán a la Adres los montos autorizados a girar directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

e. En el marco del estado de cosas institucionales se modifica la periodicidad del reporte del Resolución 2175 de 2015, por la cual se establece el anexo técnico para el reporte de las atenciones en salud a menores de 18 años, gestantes y atenciones de parto y se adopta el mecanismo de transferencia de los archivos. Lo anterior, con el fin de identificar la cohorte de población para el desarrollo de las acciones preventivas para incidir positivamente en el indicador de desnutrición aguda.

**c) Adaptaciones en el sistema de vigilancia en salud pública para eventos de notificación obligatoria de interés prioritario.**

Con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad, asociada a la desnutrición aguda, el Ministerio de Salud, de manera conjunta con el Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, el ICBF y otras entidades con acciones para atención urgente a nivel individual y familiar, establecerá un procedimiento para la detección y seguimiento oportuno de los niños y niñas menores de cinco años con desnutrición aguda.

El procedimiento antes anotado estará dirigido a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Empresas Administradoras de Plan de Beneficios, Secretarías de Salud Municipales y Departamental de La Guajira, Instituto Nacional de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y se dispondrá en la página del Ministerio de Salud y Protección Social.

En la ilustración siguiente, se presenta el algoritmo incluido en el procedimiento para la detección y seguimiento oportuno de los niños y niñas menores de cinco años con desnutrición aguda.

En el marco de la normatividad vigente, la Ley 1438 de 2011 establece en el artículo 15 que para la financiación los equipos básicos de salud "(...) concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud".

Adicionalmente, el artículo 42 de la mencionada ley, estipula la forma como se financian las acciones de salud pública, en los siguientes términos:

Artículo 42. Financiación de las acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención. Las acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud se financiarán con:

42.1 Los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata Ley 715 de 2001.

42.2 Los recursos de la Unidad de Pago por Capitación destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud.

42.3 Los recursos de la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga.

42.4 Los recursos de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud.

42.5 Los recursos que destinen y administren las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención, que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud.

42.6 Recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública.

42.7 Los recursos que del cuarto (1/4) de punto de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar se destinen a atender acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Cuando estos recursos sean utilizados para estos fines, un monto equivalente de los recursos del presente numeral se destinará al Régimen Subsidiado con cargo al numeral 1.

42.8 Otros recursos que destinen las entidades territoriales.

Los equipos básicos de salud, de acuerdo con lo determinado en el artículo 15 de la citada Ley deben ser adaptados a las necesidades y requerimientos de la población, por lo que cada territorio determina la conformación según sus necesidades.

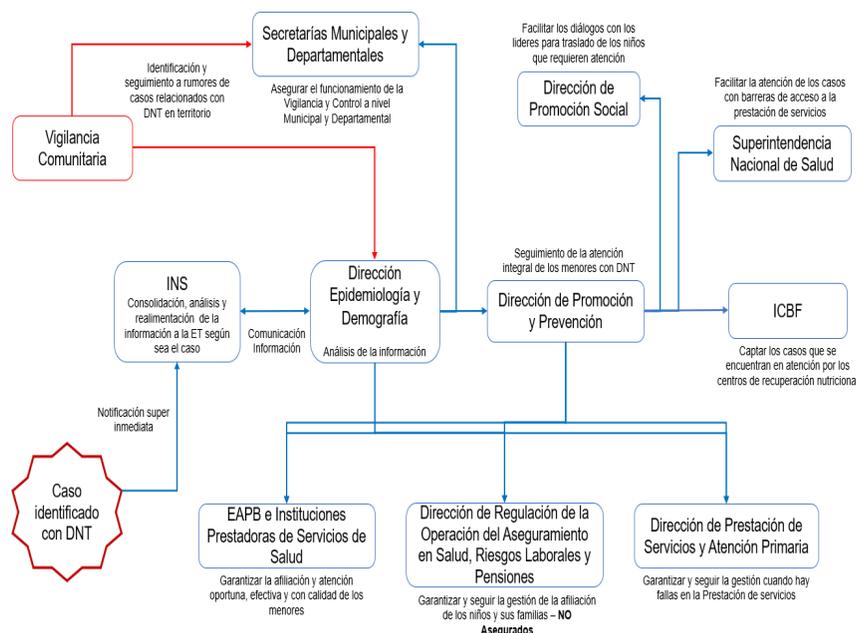
En los últimos años, diferentes entidades territoriales del orden municipal y departamental han avanzado en la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, mediante la conformación de equipos básicos de salud y equipos de apoyo o complementarios, según sus recursos disponibles, los cuales se han financiado en algunos casos con recursos diferentes a los provenientes del Sistema General de Participaciones para Salud - Subcomponente de salud pública, como ingresos corrientes de libre destinación o regalías, en tanto que algunos territorios han logrado la articulación de los recursos de las intervenciones individuales y colectivas a través de los prestadores para dicho fin.

Conforme al Programa de Gobierno Presidencia, se viene trabajando en la construcción de forma participativa en las bases del plan nacional de desarrollo, incluyendo lo relacionado con lineamientos y estrategias para la implementación de la atención primaria con enfoque de salud familiar y comunitaria, mediante la conformación y operación de equipos médicos interdisciplinarios territoriales que operaran de forma permanente para la atención de una población en un territorio, cuya implementación se plantea de forma progresiva. Para su financiación, se analizan diferentes alternativas.

Las acciones promocionales contempladas en el Plan de Intervenciones Colectivas se financian con recursos del Sistema General de Participación a través de proveer el personal de los equipos territoriales y parcialmente del complementario. Las acciones contempladas en el Plan Básico de Salud (PBS) se financian con recursos de la UPC contratados por las EAPB con los hospitales públicos.

En esta primera etapa se fortalecerá el subsidio a la oferta a la red pública para que destine estos recursos a la implementación de los equipos y al fortalecimiento de su capacidad resolutoria a nivel intramural.

En perspectiva se avanzará para que los recursos del PBS para detección temprana y protección específica se destinen a fortalecer al hospital público tanto en su respuesta extramural con los EMIT y la capacidad resolutoria.



#### d) Organización intersectorial para la gobernanza y seguimiento

Conformar y articular una instancia intersectorial de gobernanza y seguimiento, la cual será responsable de direccionar, articular, verificar y evaluar la materialización del Plan Provisional de Acción, la cual tendrá una Secretaría Técnica ejercida por la Secretaría de Salud Departamental de La Guajira

Las instancias de gobernanza y seguimiento se conformarán de la siguiente manera:

- De gobernanza:
  - Ministerio de Salud y Protección Social, quien lo presidirá
  - Instituto Nacional de Salud
  - Secretaría departamental de salud. Ejercerá la secretaría técnica
  - Secretarías de salud de Maicao, Manaure, Uribia y Riohacha
  - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
  - Voceros y/o representantes elegidos por las autoridades tradicionales del pueblo Wayú.
- De Seguimiento:
  - Asociaciones/alianzas de Usuarios: debidamente acreditadas por la secretaría departamental de Salud
  - Veedurías comunitarias debidamente acreditadas por las entidades competentes de los municipios y distrito accionados en la sentencia T-302 de 2017
  - Defensoría del Pueblo Nacional o regional
  - Personerías municipales de los municipios y distrito accionados en la sentencia T-302 de 2017
  - Veeduría de la sentencia T-302 de 2017
  - Accionantes de la sentencia T-302 de 2017
  - Superintendencia Nacional de Salud
  - Procuraduría General de la Nación o Procuraduría Regional
  - Contraloría General de la República

Para efecto del funcionamiento de la instancia intersectorial de gobernanza y seguimiento, esta creará su propio reglamento. Las determinaciones, acuerdos, que se lleven a cabo en las sesiones serán vinculantes y de obligatorio cumplimiento respecto de las cuales se deberán levantar y suscribir actas que integrarán el archivo documental del Plan Provisional de Acción cuya salvaguarda estará a cargo de la Secretaría Técnica con copia a la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

Con el fin de garantizar la transparencia y la rendición de cuentas en desarrollo del Plan Provisional de Acción, la Instancia Intersectorial de Gobernanza y Seguimiento presentarán informes en los que se dé cuenta de los avances, dificultades y resultados a la Mesa Técnica Multipartita conformada en desarrollo de los acuerdos de Irraipa; y a la

Comisión intersectorial para el departamento de La Guajira/ Mecanismo de Seguimiento y Evaluación de las Políticas Públicas (Mesepp).

#### Componente 2. Disponer los equipos básicos de salud para la atención de las personas, familias y comunidades Wayú en los municipios Uribia, Maicao, Manaure y el distrito de Riohacha.

##### 2.1.1 Alistamiento de los agentes del Sistema y del Talento humano en Salud

##### a) Socializar y ratificar el plan de acción provisional en las comunidades de los 40 corregimientos.

Atendiendo lo indicado por la Corte en cuanto al diálogo genuino, se requiere que el trabajo técnico trabajado en el marco de la Mesa Técnica de Salud, se presente ante las autoridades Wayú quienes son dentro de la estructura político organizativa de la Gran Nación Wayú los únicos que dentro de sus territorios pueden tomar decisiones para sus comunidades; por lo anterior, se espera desarrollar la Propuesta que para la garantía de participación de las autoridades indígenas de los cuarenta (40) corregimientos de los cuatro (4) municipios accionados Maicao, Uribia, Riohacha y Manaure, para avanzar articuladamente en el cumplimiento del tercer objetivo constitucional referido a “Aumentar y mejorar las medidas inmediatas y urgentes en materia de salud a cargo del Gobierno nacional; formular e implementar una política de salud para La Guajira que permita asegurar el goce efectivo del derecho a la salud para todos los Wayú” así como desarrollar un diálogo genuino de gobierno a gobierno con las autoridades legítimas del pueblo Wayú como lo establece el Octavo objetivo constitucional.

La propuesta se desarrollará bajo una metodología de trabajo dividida en tres líneas transversales:

- Línea 1 “Garantía del diálogo genuino”.
- Línea 2 “Socialización Plan Provisional de Acción - Elección de Promotores”.
- Línea 3 “Apoyo Logístico para la Capacitación de Promotores”.

Como desarrollo de la línea 1, el Ministerio de Salud liderará la mesa técnica de salud la cual se conformará por (16) personas expertas y expertos en las ciencias de la salud, administración, Contaduría Pública, ciencias humanas, con conocimientos y funcionalidad del sistema general de Seguridad Social en salud SGSSS, conocimientos ofimáticos e informáticos y funciones de archivo, control elaboración de correspondencia y registro de transacciones contables, y afines, pero lo más importante el equipo estará integrado por sabios y sabias Wayú expertas en procesos de diálogo y concertación con autoridades, líderes, conocedor o conocedora de la medicina tradicional; esto con el objeto de garantizar un diálogo genuino; la Mesa Técnica tendrá un total de diez (10) sesiones durante la vigencia 2023.

Frente a la línea 2, se desarrollarán doce (12) reuniones de Socialización del Plan de Acción Provisional Auto 696 del 2022, y los avances en las acciones concertadas en el marco de la consulta previa de la sentencia T-302 de 2017, con la asistencia de 310 Autoridades Tradicionales Wayú por cada reunión para un total de 3.720 Autoridades Tradicionales Wayú, pertenecientes a los 40 corregimientos de los cuatro (4) municipios Riohacha, Uribia, Manaure y Maicao.

Las jornadas de socialización se desarrollarán de la siguiente manera

I. En el municipio de Uribia se realizarán cinco (5) reuniones de socialización con una asistencia de 310 Autoridades Tradicionales cada una, para un total de participación de **1.550 Autoridades Tradicionales**

II. En el municipio de Maicao se realizarán dos (2) Reuniones de socialización con de 310 Autoridades Tradicionales en cada una, para un total de Socialización con la participación de **620 Autoridades Tradicionales**.

III. En el municipio de Manaure se realizarán tres (3) Reuniones de socialización con de 310 Autoridades Tradicionales en cada una, para un total de Socialización con la participación de **930 Autoridades Tradicionales**.

IV. En el municipio de Riohacha se realizarán tres (2) Reuniones de socialización con de 310 Autoridades Tradicionales en cada una, para un total de Socialización con la participación de **620 Autoridades Tradicionales**.

En las **12 reuniones** se garantizará la participación de un total de **3.720 Autoridades Tradicionales Wayú**, que asistirán a los diferentes puntos de encuentro, las cuales pertenecen a los **40 corregimientos** de los cuatro (4) municipios Riohacha, Uribia, Manaure y Maicao.

En el marco de estas mismas reuniones, se concertará con la Autoridades Tradicionales Wayú la Elección de Promotores, quienes serán capacitados y posteriormente conformarán el “Equipos de salud, interdisciplinarios territoriales, resolutivos, adecuados a la cultura Wayú a través del cual se implementará una estrategia de atención directa en territorio” Serán un total de 1.036 promotores Wayú quienes tendrán la responsabilidad recorrer las comunidades Wayú visitando las familias para el seguimiento y levantamiento de información en los temas de salud y otros afines; mandatado por la Autoridades Tradicionales Wayú. Para el buen desarrollo de las 12 reuniones de socialización se tendrá en cuenta una etapa de convocatoria y una etapa para el desarrollo del evento acciones que se concertarán de manera previa.

Para la línea 3, se apoyará logísticamente el desarrollo de la Capacitación de Promotores, un total de 16 talleres de capacitación. A la cual, asistirán un mínimo de 64 promotores y un máximo de 68 promotores. Esta capacitación tendrá una duración de 90

días obligatorias para certificarse como promotor de salud, un requisito principal para integrar el equipo de salud, interdisciplinarios territoriales, predictivos y resolutivos.

Las líneas de trabajo anteriormente mencionadas, estarán articuladas a todo el proceso y orientarán el abordaje de cada uno de los objetivos propuestos como estrategias diferenciadas, priorizando la contextualización del tema a trabajar, desarrollar un acercamiento social frente a la salud desde un enfoque de la ley de origen así como una institucional hacia un enfoque más humano y social como punto de partida para desarrollar políticas que garanticen los derechos Económicos Sociales y Culturales de los Wayú, de acuerdo con los usos y costumbres, que permitirá un buen desarrollo social y mejoramiento de la calidad de vida.

### 2.1.2 Puesta en marcha de los equipos básicos de salud para la atención de las personas, familias y comunidades Wayú en los municipios Uribia, Maicao, Manaure y el distrito de Riohacha.

#### 2.1.2.1 Orientaciones agentes del sistema para la garantía de la prestación de servicios en el marco del Plan Provisional de Acción dirigido al pueblo Wayú residente en los municipios de Uribia, Manaure, Maicao y el Distrito de Riohacha del departamento de La Guajira

Las entidades promotoras de salud (EPS), las entidades promotoras de salud indígena (EPSI), los prestadores de servicios de salud, los proveedores de tecnologías en salud, las entidades territoriales del orden Municipal, Distrital y Departamental, deberán realizar las siguientes acciones para la garantía de la prestación de servicios en el marco del Plan Provisional de Acción dirigido al pueblo Wayú.

##### a. Las EPS – EPSI

Garantizar los medios que materialicen la atención integral y la adaptabilidad, haciendo un especial énfasis en las condiciones sociales y culturales del pueblo Wayú, involucrando el acceso a los traductores en dialecto Wayuunaiki, para lo cual se realizará concertación con las autoridades indígenas.

Además de los elementos mínimos establecidos por el Decreto 780 de 2016, en los acuerdos de voluntades se debe incluir:

- La conformación y disponibilidad de los equipos básicos de salud, en proporción a la población afiliada en cada uno de los municipios accionados.
- La gestión colaborativa entre las entidades para dar cumplimiento al Plan Provisional de Acción.
- Identificar los resultados en salud en las personas y sus familias, sobre los cuales se va a priorizar la gestión y respuesta de los equipos básicos de salud, así como la coordinación con la red integral e Integrada. Respecto a las acciones de promoción y prevención, se debe garantizar como mínimo la definición y concertación de los siguientes elementos:

- La población sujeta por momento de curso de vida para las intervenciones individuales (programáticas y por condición de riesgo).

- Los parámetros técnicos de acuerdo con los cuales deban desarrollarse, según las disposiciones establecidas en la Resolución 3280 de 2018, en términos de frecuencias, talento humano, atenciones incluidas en los procedimientos, tecnologías en salud e instrumentos para la detección temprana de alteraciones.

- Definir los mecanismos para garantizar en el mismo lugar de atención, las consultas, la toma de muestras para tamizaje y la dispensación de medicamentos e insumos para la protección específica, que deberán hacerse en la red Integral e Integrada establecida por la Entidad Territorial, en atención a lo dispuesto en el artículo 4º de la presente resolución.

- Se deben identificar los procedimientos acordados para la captación efectiva y oportuna de las personas y familias sujetos de atención por el prestador o la red contratada, detallando el tiempo requerido para garantizar la atención al total de los afiliados contratados y los mecanismos establecidos para la respuesta oportuna en los casos identificados y canalizados para la atención.

- Garantizar con la red integral e integrada la capacidad instalada y resolutive en salud, con autonomía operativa en materia de servicios, energías alternativas, que cuenten, por ejemplo, con pantallas solares (a gestionar con organismos competentes) para poder contar con el servicio de telemedicina, sistemas de comunicación-TIC).

- Garantizar con la red integral e integrada la gestión de medios o mecanismos de transporte para los territorios rurales y rurales dispersos (especialmente aquellos de difícil acceso) como un mecanismo para asegurar la provisión efectiva de los servicios y la cobertura poblacional con las intervenciones del plan provisional.

- La definición de los indicadores para el seguimiento y monitoreo que den cuenta de la calidad de la atención, la gestión y los resultados en salud de las personas y sus familias.

- Las EPS y las EPSI reportarán a la ADRES los montos autorizados a girar directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 971 de 2011 y la Resolución 1587 de 2016, modificada por la Resolución 4621 de 2016, así como, los artículos 2.3.2.2.8, 2.6.1.1.5.2, 2.6.1.2.1.2, 2.6.4.3.1.3.1 y 2.6.4.3.1.3.2 del Decreto 780 de 2016 y las Resoluciones 654 de 2014 y 3503 de 2015, y demás normas que se expidan al respecto.

##### b. Las entidades territoriales.

La gobernación del departamento de La Guajira a través de las secretarías de salud departamental y municipal con el apoyo Técnico del Ministerio de Salud y Protección

Social, organizará la mesa técnica para identificar la red de prestadores de servicios de salud públicas, privadas o mixtas que garantizarán la prestación de las atenciones individuales y colectivas bajo la modalidad extramural de los municipios de Maicao, Manaure y Uribia, y el Distrito de Riohacha, con enfoque diferencial, poblacional, intercultural y territorial, para lo cual desarrollarán las siguientes acciones:

#### Caracterización poblacional, territorial y de la oferta territorial de prestación de servicios y proveedores de tecnologías en salud

- Con base en la caracterización realizada por parte de los equipos para la identificación y la gestión del riesgo, la entidad territorial debe coordinar con las EPS, EPSI y prestadores de servicios del territorio la actualización, ajuste y complementación de esta para el respectivo análisis que soporte la toma de decisiones en salud. Es importante mencionar que el proyecto denominado “identificación y gestión del riesgo”, deja capacidad instalada en lo correspondiente a tecnología y sistema de información para este fin.

- Reconocer la estructura geográfica físico-espacial, en el marco del Decreto 1599 de 2022, por el cual se adiciona la Parte 11 al Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con la Política de Atención Integral en Salud, en el marco de las áreas geográficas para la gestión en salud y se modifican los artículos 2.5.1.1.1, 2.5.1.3.2.1, 2.5.2.3.3.3 del citado Decreto 780 de 2016 y se adiciona el artículo 2.5.3.8.3.1.6 a dicho decreto”, se entenderán como áreas geográficas: la organización de unidades geográficas contiguas, que comparten características socioeconómicas y culturales pero que son heterogéneas y diferenciadas en sus relaciones funcionales y complementarias en cuanto a sus capacidades. Estas pueden ser regionales y subregionales. Con base en lo anterior, los prestadores tendrán en cuenta:

(I) Las áreas geográficas definidas por la comunidad e identificadas en el presente anexo, para la disposición de la red de prestación integral e integrada.

(II) Los mapas de corregimientos, veredas y barrios del municipio.

(III) Los datos poblacionales por corregimiento, vereda y barrios del municipio.

(IV) Los datos de pobreza, situación de salud de la población por género, edad, grupo étnico, corregimiento, vereda y barrios del municipio.

(V) El cálculo y determinación de las áreas geográficas que agrupen un número de familias de manera continua y contigua. Las áreas geográficas pueden ser distantes entre sí.

(VI) La información de identificación de las áreas geográficas se puede sintetizar en una tabla como se ilustra a continuación:

| Datos generales  |  |
|--|--|
| Fecha de identificación  |  |
| Municipio  |  |
| Ubicación de las áreas geográficas   |  |
| Código   | Nombre Municipio + No. Territorio + Número de Microterritorio. Ejemplo: Manaure 0101 |
| Corregimiento  |  |
| Comunidad  |  |
| Barrio   |  |
| Límites: Dirección y/o elementos de identificación: ríos, quebradas, caminos o carreteras. |  |
| Criterios de priorización/ Indicadores de pobreza, dispersión geográfica y de salud        |  |
| Código   | Nombre Municipio + No. Territorio + Número de Microterritorio. Ejemplo: Manaure 0102 |
| Corregimiento  |  |
| Comunidad  |  |
| Barrio   |  |
| Límites: Dirección y/o elementos de identificación: ríos, quebradas, caminos o carreteras. |  |
| Criterios de priorización/ Indicadores de pobreza, dispersión geográfica y de salud        |  |

(VII) Contar con la información de la oferta pública, privada o mixta de servicios de salud (incluyendo grados de complejidad y modalidades de prestación), y su análisis para la atención de las necesidades de la población, a fin de garantizar una atención integral, integrada y continua a toda la población. Incluye determinar la capacidad instalada disponible y su estado identificando la infraestructura en salud existente y la faltante.

(VIII) La información en mención se encuentra disponible en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). En el caso de las Empresas Sociales del Estado de los municipios accionados, se cuenta adicionalmente con la información del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO).

(IX) Identificar el talento humano en los municipios accionados, en especial en el nivel primario (Equipos Territoriales de Salud).

(X) Contar con la disponibilidad de servicios de salud en su territorio, para la atención de las necesidades de la población, a fin de garantizar una atención integral e integrada y continua a toda la población, desde el nivel primario (Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, como primer contacto y puerta de entrada al sistema) hasta el nivel complementario (Especializado y subespecializado), incluyendo la articulación con dispositivos sociocomunitarios, socioambientales y en general los sectores que puedan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud.

**Organización e implementación participativa para el desarrollo de la mesa técnica**

(I) Con toda la información anterior se organiza la red funcional de prestadores de servicios de salud de los municipios accionados, basados en una propuesta construida por la Secretaría Departamental de Salud de La Guajira y concertada con los alcaldes, comunidades, prestadores de servicios de salud, EPS e EPSI, de los municipios accionados.

(II) La propuesta construida por la Secretaría Departamental de Salud de La Guajira deberá contemplar, entre otros aspectos:

(III)

a) La articulación de las atenciones individuales del PBS y del PIC conforme a los procesos de gestión de la salud pública.

b) La definición de mecanismos que se consideren idóneos y faciliten el flujo de usuarios entre las IPS que conforman la red integrada de servicios de salud, así como con dispositivos sociocomunitarios, socioambientales y en general la oferta de otros sectores que contribuyen a promover los mejores resultados de salud, de tal manera que se garantice la integralidad en la atención del individuo, la familia y la comunidad, según los principios de la atención primaria en salud (APS).

c) La disponibilidad y acceso oportuno a medicamentos, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, servicios de apoyo terapéutico y demás suministros y servicios para garantizar la atención de las personas, familias y comunidades en el marco de la atención primaria en salud.

d) La articulación con prestadores de referencia y contrarreferencia para los temas inherentes a la prestación de servicios (en todas las modalidades de atención) a fin de conocer el tránsito del usuario y gestionar el riesgo en salud, evitando en todo momento que el usuario deba encargarse de realizar trámites inherentes al servicio de salud necesario para solucionar sus necesidades específicas. Incluye realizar acuerdos relacionados con la disponibilidad de medios de transporte, de comunicación y de sistemas de información requeridos y culturalmente pertinentes a los usos y costumbres Wayú.

e) La definición de las acciones de monitoreo y evaluación de la prestación de servicios de salud en la red contratada, incorporando los parámetros de la atención basado en APS.

**Monitoreo y evaluación de la red funcional de prestadores de servicios de salud**

Para el proceso de monitoreo y evaluación de la red funcional, la Secretaría Departamental de Salud de La Guajira, contará con un equipo profesional que apoye esta labor para la medición permanente de indicadores de proceso y resultado que se acuerden, como insumo esencial para la toma de decisiones, generación de informes a Entes de Control y la Organización Intersectorial para la Gobernanza y Seguimiento, definida esta última en el marco de la resolución que adopta el Plan Provisional de Acción.

**c) Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**

- Organizar y mantener de manera ininterrumpida los Equipos Básicos de Salud en conjunto con la Entidad Territorial, EPS e EPSI, teniendo en cuenta los usos y costumbres Wayú.

- Definir procesos de complementación en las diferentes modalidades de prestación de servicios de salud con los saberes ancestrales y prácticas de salud propia.

- Desarrollar planes institucionales de capacitación del talento humano para el fortalecimiento de competencias en la implementación y desarrollo de la APS.

- Desarrollar la prestación de servicios de salud, garantizando la capacidad para responder a las necesidades de la población con el máximo grado de resolutivez en su nivel de atención teniendo en cuenta la operativización de los Equipos Básicos de Salud (EBS), de acuerdo con el portafolio acordado al interior de la red funcional de prestación de servicios de salud, en el marco del modelo de APS.

- Fomentar la participación efectiva de las personas, familias y comunidades en el desarrollo de la atención integral, integrada con enfoques diferenciales poblaciones y territoriales.

- Establecer mecanismos de articulación con los servicios sociocomunitarios, socioambientales, entre otros, en aras de fortalecer la gestión de la salud individual, familiar y comunitaria.

- Gestionar la articulación con prestadores de referencia y contrarreferencia para los temas inherentes a la Prestación de servicios en el contexto de la red en especial en los procesos de canalización de la población por parte de los EBS.

- Implementar las acciones de telemedicina y telesalud para aumentar el acceso y capacidad resolutivez de la atención en salud.

**2.1.2.2 Despliegue de las atenciones bajo la prestación de las atenciones individuales y colectivas bajo la modalidad extramural (equipos básicos de salud).**

Niveles territoriales de intervención sociosanitaria

- Municipio:** Es la unidad político-administrativa a nivel funcional y estructural del ordenamiento territorial del Estado. Se distinguen zonas urbanas con sus barrios y zonas rurales organizadas en corregimientos y veredas. En el caso de los pueblos indígenas se considerarán los resguardos, en los pueblos afrocolombianos los concejos comunitarios y en las zonas campesinas, aquellas que se acuerden con sus asociaciones y organizaciones.

- Territorio:** Espacio territorial en el que se comparten dinámicas geográficas, poblacionales y factores socioambientales y culturales que inciden en las condiciones de salud y el reconocimiento de zonas de impacto y de riesgo.

En este nivel se configura como el espacio de intervención permanente, sistemática e integrada de los Equipos Básicos de Salud, para la ejecución de intervenciones colectivas e individuales dirigidas a la familia. En el territorio; las personas, familias y comunidades se encuentran en los entornos, comprendidos estos como: “los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea. Se caracterizan por tener sujetos con roles definidos y una estructura organizativa, que comprende condiciones de base sociodemográfica que pueden ser urbanas o rurales” (MSPS, 2015. Estrategia entornos saludables).

Teniendo en cuenta la delimitación del territorio que realizaron los representantes de las comunidades de los municipios accionados, a continuación, se presentan los 69 polígonos identificados por la comunidad, en los cuales se debe garantizar al menos un Equipo Básico de Salud:



A continuación, se describen los perfiles a incluir en los equipos básicos de salud para dar respuesta al Plan y tipo de tecnología en salud a realizar por entorno:

| Perfiles del Equipo básico de Salud Territorial |  |
|---|--|
| Auxiliar de enfermería                          |  |
| Profesional en enfermería                       |  |
| Profesional en medicina                         |  |
| Promotor de salud /Líder comunitario            |  |

- Entorno hogar** Son todas aquellas actividades que se realizan con las personas y familias en los hogares que conforman los microterritorios, con el propósito de desarrollar o fortalecer condiciones protectoras para la salud, identificar y gestionar el riesgo en salud de cada uno de los integrantes de la familia.

| Intervenciones Colectivas  | Perfil                        |
|--|-------------------------------|
| Caracterización social y ambiental del entorno hogar                                     | Auxiliar de enfermería        |
| Información en salud   | Auxiliar de enfermería        |
| Educación para la salud  | Profesional en enfermería     |
| Tamizajes  | Profesional en medicina       |
| Articulación de la respuesta sectorial e intersectorial y la gestión de la salud pública | Profesional en enfermería     |
| Rehabilitación basada en comunidad (RBC)   | Profesional en Trabajo Social |

| Intervenciones Colectivas   | Perfil   |
|---|--|
| <b>Atenciones Individuales (Servicios y Tecnologías en Salud en la modalidad de atención extramural)</b>  |  |
| La valoración integral según el momento de curso de vida definida en la Res. 3280 de 2018, Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, en el marco de la modalidad de atención extramural. | Profesional en Medicina                          |
| Actividades de detección temprana y protección específica según el momento de curso de vida definida en la Res. 3280 de 2018, en el marco de la modalidad de atención extramural.   | Auxiliar de enfermería Profesional en enfermería |

| Atenciones individuales e Intervenciones Colectivas   | Perfil                                |
|---|---------------------------------------|
| Es la persona que representa los intereses y aspiraciones de su comunidad, pues conoce las dinámicas de relacionamiento social, condiciones de vida, comportamiento de la morbilidad, así como las interacciones de diferentes factores que inciden en la calidad de vida del colectivo. En el marco de la organización de los EBST, los líderes son un elemento fundamental en el proceso de contacto, comunicación, aceptación y concertación de intervenciones a implementar en todos los entornos de desarrollo de las personas y familias. Se espera que los líderes comunitarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>Participe en la priorización de microterritorios</li> <li>Elaboración de cartografía social</li> <li>Sean el enlace directo entre los EST y la comunidad</li> <li>Apyoen el relacionamiento inicial entre los EST y la comunidad <ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalezcan el análisis de los determinantes sociales del bienestar</li> <li>Identifiquen tempranamente situaciones de riesgo en salud</li> <li>Fortalezcan las actividades de información, educación y canalización</li> </ul> </li> <li>Realicen seguimiento familiar al PCIP</li> </ul> | Líder comunitario / Promotor de salud |

\*\* Para la vinculación de este perfil en el equipo básico se deben considerar los supuestos planteados en el proceso de formación descrito en el numeral 2.3 del presente documento

• **Entorno Comunitario:** Estas actividades buscan incidir en el bienestar y protección de la salud de comunidades, reconociendo la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias, organizadas de manera autónoma y solidaria, con el fin de promover la salud y el cuidado, proteger los entornos y gestionar riesgos en salud, mediante el desarrollo de capacidades.

| Intervenciones Colectivas                                       | Perfil  |
|---|---|
| Caracterización social y ambiental del entorno hogar            | Auxiliar de enfermería                            |
| Información en salud  | Auxiliar de enfermería Profesional en enfermería  |
| Vacunación  |   |
| Educación para la salud   |   |
| Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias | Profesional en medicina Profesional en enfermería |
| Rehabilitación basada en comunidad (RBC)                        | Profesional en medicina Profesional en enfermería |
| Centros de escucha comunitaria                                  |   |

• **Entorno Educativo:** Comprende actividades que se realizan con la comunidad educativa constituida por estudiantes (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores), padres de familia, directivos, educadores y personal administrativo de los diferentes escenarios, con el objetivo de desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de los integrantes de la comunidad educativa.

| Intervenciones Colectivas                            | Perfil   |
|--|--|
| Caracterización social y ambiental del entorno hogar | Auxiliar de enfermería                           |
| Información en salud                                 | Auxiliar de enfermería Profesional en enfermería |
| Educación para la salud                              |  |

|   |   |
|---|---|
| Tamizajes   | Profesional en medicina                                 |
| Articulación de la respuesta sectorial e intersectorial y la gestión de la salud pública  | Profesional en enfermería Profesional en Trabajo Social |
| Rehabilitación basada en comunidad (RBC)  |   |
| <b>Atenciones Individuales (Servicios y Tecnologías en Salud en la modalidad de atención extramural)</b>  |   |
| La valoración integral según el momento de curso de vida definida en la Res. 3280 de 2018, Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, en el marco de la modalidad de atención extramural. | Profesional en Medicina                                 |
| Actividades de detección temprana y protección específica según el momento de curso de vida definida en la Res. 3280 de 2018, en el marco de la modalidad de atención extramural.   | Auxiliar de enfermería Profesional en enfermería        |

#### 2.1.2.2.1 Proceso de atención en salud con orientación individual, familiar y comunitaria, a través de los equipos básicos de Salud

##### • Valoración Integral en salud

Desarrolla los aspectos relacionados con la identificación de necesidades y riesgos que ameriten atención en los servicios de salud para la prevención de enfermedades, detección temprana, protección específica, recuperación de la salud, rehabilitación del daño y atención paliativa, los cuales deben ser gestionados por el equipo para su atención de acuerdo con la afiliación de la población.

##### • Valoración Familiar

La atención integral de salud a las familias implica garantizar su reconocimiento como sujeto, al acceso a integralidad en la atención, en el marco de un proceso que permita dinamizar, actualizar y gestionar acompañamiento y continuidad. Así mismo, la garantía de la continuidad implica además de las acciones promocionales, la conexión y remisión a procesos resolutivos y de acompañamiento permanente según la situación. De este modo, la atención a las familias, debe ser un proceso informado y concertado considerando la decisión y compromiso de estas en su proceso de fortalecimiento y mejora de la salud familiar en un marco promocional, teniendo en cuenta lo previsto en la página 198 de la Resolución 3280 de 2018.

Según Jáuregui, Suarez, en su 2<sup>da</sup> edición de la Editorial Médica Internacional, 2004, en el texto "Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Enfoque en salud familiar", la valoración familiar consiste en la evaluación que hace el EST en la vivienda donde se encuentra la familia, que le permite obtener un conocimiento integral del estado de salud de esta y cada uno de sus miembros, los factores de riesgo, así como poder evaluar la dinámica familiar, estructura familiar, recursos y redes de apoyo social, al igual que las características del entorno domiciliario y del medio ambiente, como parte de los determinantes de la salud.

Los resultados de esta valoración son base para la elaboración del Plan Integral de Cuidado Primario (PICP) por parte del Equipo, la planificación de los cuidados y de las actividades de promoción y prevención a través de la gestión del riesgo a nivel individual, familiar y comunitario en el área donde habita la familia a través de la coordinación intersectorial.

Esta valoración se realiza para elaborar la Historia Familiar de Salud empleando los instrumentos que permiten evaluar las condiciones anteriormente mencionadas y que se archivan en la Carpeta Familiar correspondiente a cada una de las familias evaluadas como son la caracterización social y ambiental en el entorno hogar, la definición de plan integral de cuidado primario, el Familiograma, el Apgar familiar y el Ecomapa y su aplicación permite conocer la funcionalidad familiar, el apoyo intrafamiliar y la relación de la familia y/o sus miembros con las redes de apoyo social.

##### • ¿Cómo se realiza la valoración familiar por los equipos?

La valoración familiar es uno de los aspectos más importantes del programa territorial de salud, que hacen parte de la extensión de la atención de las personas y su grupo familiar desde los servicios intramurales hacia la comunidad.

##### • Visita familiar

La responsabilidad del proceso de planeación, ejecución y seguimiento de la visita familiar está a cargo del EST, el cual está adscrito a un territorio de salud con unas características particulares en oferta de servicios y necesidades de salud que se deben armonizar para realizar una adecuada gestión del riesgo y promoción de la salud a nivel familiar, comunitario e incidencia en políticas públicas.

La visita familiar facilita al EST estar en contacto directo con los individuos, la familia, la comunidad y el entorno para identificar además de las necesidades de atención en salud, otras a nivel de los determinantes sociales de la salud, involucrando a las personas y la comunidad en la solución de sus necesidades y problemas, promoviendo la organización y cohesión social. Es importante que el equipo de salud asuma como parte de la gestión del riesgo y la promoción de la salud de las familias, un rol de liderazgo que permita incidir en la toma de decisiones sobre las políticas públicas en todos los sectores, para mitigar y

superar el impacto de las amenazas ambientales, sociales, económicas y culturales en la salud y bienestar de las personas.

La visita familiar integra las dimensiones: física, mental, ambiental, redes sociales y de servicios de salud a través del Plan Integral de Cuidado Primario (PICP), el cual da cuenta de los acuerdos y el cumplimiento de un conjunto de logros familiares que permiten establecer el grado de salud y bienestar alcanzado por las familias en un periodo de tiempo en respuesta a la adopción de medidas de control del riesgo y prácticas de cuidado, surgidas de los compromisos realizados por la familia durante cada encuentro con el EST.

• **Instrumentos de valoración de la Historia Familiar de Salud**

**Carpeta familiar**

La Carpeta familiar ha sido un instrumento utilizado para realizar la caracterización de las familias la cual es aplicada por el equipo territorial y permite guardar todos los componentes de la historia familiar.

**Instrumentos de valoración de la Historia Familiar de Salud**

| Instrumentos de valoración de la historia familiar de salud                | Utilidad  |
|--|---|
| Caracterización Familiar   | Permite conocer la composición familiar y características sociodemográficas de sus miembros.<br>Identifica las condiciones de riesgo a nivel del ambiente socioafectivo, lamorbimortalidad y condiciones de la vivienda.  |
| Estructura y tipología familiares (FAMILIOGRAMA)                           | Permite conocer la tipología y la estructura familiares de 3 generaciones, mediante la identificación y representación gráfica de i) trazado de la estructura familiar, (ii) registro de información sobre miembros e historia familiar y (iii) Delineado de las relaciones familiares.<br>• Dentro de la información que proporciona el Familiograma se encuentra: patrones de género, tipología y curso de vida familiar, patrones intergeneracionales, dinámica familiar, contexto de creencias, costumbres, estilos y modos de relación, tendencias en salud – enfermedad, así como identificación de “enfermedades hereditarias, adaptación de la familia a la enfermedad, recursos familiares y eventos críticos”.  |
| Estructura y tipología familiares (FAMILIOGRAMA)                           | • La tipología familiar permite clasificar a las familias con base en la estructura delFamiliograma y las definiciones de familia que se han realizado en Colombia. Lostipos de familia se agrupan por:<br>• Convivencia entre generaciones<br>• Por relación de pareja<br>• Por tipo de asociación   |
| Clasificación del curso de vida familiar                                   | Etapas sucesivas por las que transita la familia desde que se forma hasta su disolución. Se clasifica en familia en formación, expansión, consolidación, apertura, nido vacío y disolución y sirve para identificar logros, peligros y crisis.  |
| Recursos familiares APGAR FAMILIAR (Intrafamiliar) ECOMAPA (Extrafamiliar) | Son los mecanismos de defensa y de adaptación que se encuentran disponibles para la familia o los individuos en el momento de presentarse una enfermedad o una crisis de cualquier índole. Los recursos pueden ser intrafamiliares y extrafamiliares, constituyéndose la Red Social de Apoyo Familiar. La valoración de la red social se realiza a través de:<br>• El APGAR familiar es un instrumento útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.<br>• Ecomapa: Valora recursos extra familiares comunitarios y de los sectores sociales que trabajan a nivel del territorio por el bienestar (educación, defensoría, recreación, trabajo etc.). El Ecomapa permite diagramar el tipo de relación que la familia o alguno de sus miembros tiene con el recurso siendo fuerte, débil, estresante onula. |
| Valoración individual integral   | La valoración del riesgo de la salud individual es un instrumento que se emplea para evaluar el perfil de riesgo de cada uno de los miembros de la familia de convivencia, los cuales están definidos por antecedentes de enfermedades familiares relevantes, estilos de vida no saludables, problemas afectivos y de la salud oral, existencia o no de vacunación, quimioprofilaxis o tamizajes de acuerdo al individual, asistencia o no a los programas de promoción y prevención que ofrecen los CAPS para así lograr realizar el plan de intervención.   |
| Evaluación de determinantes sociales de la salud                           | Esta valoración se realiza a través de la detección de los riesgos socioeconómicos, ambientales, por la prestación de servicios de salud y los relacionados con las personas. Estos datos se encuentran a lo largo de la valoración familiar en la Carpeta familiar que incluye la historia familiar de Salud e individual.   |

Fuente. Grupo de Atención Primaria en Salud- Ministerio de Salud y Protección Social

• **Instrumento de caracterización familiar**

La caracterización es una actividad conducente a establecer las condiciones determinantes de la salud del entorno hogar; así como de la familia y de los individuos como sujetos de derecho, con el fin de identificar las condiciones de vida de los sujetos para proyectar un Plan Integral de Cuidado Primario (PICP), que reconozca entre otras las características de la vivienda, condición, de la dinámica y situaciones de la familia, verificar el estado de garantía de atenciones en salud en los miembros de la familia según su momento de curso de vida y en las gestantes identificar algunos riesgos en los integrantes de la familia, así como capacidades, factores protectores que permitan definir del Plan Integral de Cuidado Primario (PICP) familiar e individual, según grado de vulnerabilidad.

La caracterización y ejecución de *Plan Integral de Cuidado Primario (PICP)*, se realiza a las familias ubicadas en el territorio y considerando su alcance como herramienta para la planeación de la atención en salud, se realiza en primera instancia por un auxiliar en enfermería, y de acuerdo con los hallazgos se articula con la entrega de atenciones en salud por parte de los profesionales de la salud del equipo de acuerdo al momento de curso de vida de los sujetos y en el caso de las mujeres gestantes de acuerdo al momento de captación de la misma. *(El MSPS diseñará un instrumento guía de caracterización para dicho fin).*

Para el desarrollo de esta caracterización y ejecución de Plan Integral de Cuidado Primario (PICP), a las familias se identifican cuatro momentos que a su vez están conformados por actividades y cuentan con herramientas para soportar la recolección de información. El producto de la caracterización resultará en un Plan Integral de Cuidado Primario (PICP), que serán ejecutados por los EST en coordinación con las instituciones prestadoras de servicios de salud en el marco de las redes integrales e integradas territoriales de prestación de servicios de salud.

• **Formato de Plan Integral de Cuidado Primario (PICP)**

En una herramienta operativa que le permite al equipo de salud identificar, planear, implementar, monitorear y evaluar las acciones prioritarias en salud a nivel individual, familiar y colectivo, en los diferentes momentos de curso de vida, considerando las particularidades poblacionales y territoriales. *(El MSPS diseñará una herramienta para la elaboración del PICP que pondrá a disposición de las ESE).*

• **Apgar familiar**

La aplicación del APGAR permite identificar el grado de satisfacción familiar y de las situaciones de conflicto o riesgo familiar en términos del grado de disfuncionalidad familiar. El APGAR Familiar valora la funcionalidad familiar a partir de 5 elementos: i) adaptación; ii) participación; iii) gradiente de recursos; iv) afectividad y v) recursos o capacidad resolutive.

**Matriz del APGAR Familiar**

| PREGUNTAS   | SIEMPRE(4) | LA MA-YORÍADE VECES (3) | ALGUNAS VECES (2) | MUY PO-CAS VECES (1) | NUNCA(0) |
|---|------------|-------------------------|-------------------|----------------------|----------|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.                 |            |                         |                   |                      |          |
| Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.  |            |                         |                   |                      |          |
| Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.                 |            |                         |                   |                      |          |
| Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor.    |            |                         |                   |                      |          |
| Me satisface cómo compartimos en familia: El tiempo para estar juntos. Los espacios en casa. El dinero. |            |                         |                   |                      |          |

Fuente: APGAR Familiar. Tomado de Zurro, A. M. Solà, G. J. *Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Elsevier. España 2011. Incorporado en Anexo de Instrumentos Obligatorios de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud.

• **Formato de canalización**

Documento diseñado para consignar los datos más relevantes que motivan la remisión hacia las diferentes instituciones existentes en la municipalidad, con el fin de mejorar el nivel de salud de los individuos o para la retribución de derechos de estos. Este instrumento de remisión permite evaluar mediante indicadores cuantitativos la efectividad de los agentes de atención primaria en el desarrollo de sus actividades, por lo cual es fundamental recopilarlas y mensualmente hacer el balance entre el número de remisiones por cada uno de los agentes y las remisiones efectivas. *(Las ESE podrán usar el formato de su preferencia para dicho fin).*

• **Seguimiento**

Verifica el cumplimiento de compromisos, asumiendo a la familia como el primer evaluador del logro de compromisos, mediante el registro de la autoevaluación en el programador de cuidado, procurando de esta manera la adherencia al cuidado y tratamientos, además de permitir a la familia y al equipo de salud estrechar vínculos. Es el momento en el cual se evalúan y planifican objetivos tentativos para la próxima visita o control de salud, los cuales quedan registrados como hallazgos y compromisos en el programador de cuidado familiar.

El seguimiento es utilizado como herramienta para garantizar la continuidad del cuidado, esto implica que una vez se realiza el primer contacto con la familia, el equipo y el sistema de salud deben estar en capacidad de mantener un contacto permanente con esta;

que asegure mejores condiciones de salud en términos de un cuidado integral, integrado (perspectiva de gestión del riesgo y determinantes sociales) y continuo.

### 2.1.3 Proceso de formación al personal elegido en el marco de la socialización como promotores en Salud

El proceso de formación para el fortalecimiento de habilidades y capacidades al personal elegido por las autoridades Wayú en el marco del proceso de socialización tiene dos grandes componentes a saber:

a) El proceso para el fortalecimiento de habilidades y capacidades en el Talento Humano en salud, diseña y facilita las herramientas para el plan de despliegue de formación territorial en el marco de la de formación continua. La co-construcción y consolidación de planes de formación continua por municipio del departamento de La Guajira, este plan de formación deberá contener: Definición de competencias, definición de contenidos. 2. Adecuación a las características propias sociodemográficas del municipio. 3. Definición de la normativa según las funciones de los equipos cuando aplique. 4. El grupo de formación de la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social brindará apoyo y acompañamiento para cada municipio.

b) La orientación en funciones y/o acciones a realizar por parte de los equipos tanto básicos como complementarios.

**Frente al primer componente fortalecimiento de habilidades y capacidades**, se hace necesario la definición de niveles en el proceso de fortalecimiento de capacidades y habilidades. **Grupo 1:** Personal con conocimientos básicos en el área de la salud, tales como auxiliares, técnicos que cuentan con una formación formal y que se encuentran como integrantes del pueblo Wayú y que permite potencializar este capital humano y un **Grupo 2:** referido al personal del pueblo Wayú que no cuentan con alguna formación formal en el área de la salud, los dos grupos con características fundamentales como lo son, la pertenencia al pueblo Wayú, hablantes del wayuunaiki y generadores de confianza en el pueblo Wayú.

Para el grupo 1, se plantea un entrenamiento en actualización de competencias comunitarias y resolutivas con el objetivo de fortalecer en aprendizajes específicos, donde se realizará una priorización de temáticas de acuerdo a las necesidades de los municipios, en articulación con la dirección de promoción y prevención el grupo de materno perinatal y representantes del pueblo Wayú estimando un tiempo de este entrenamiento de, 2 meses, dedicado de tiempo completo. Lo cual se traduce en un horario de 7 a. m. a 5 p. m. Para el grupo 2, se propone un programa de formación presencial entre 8 a 10 meses, utilizando la metodología teórica práctica a través de jornadas y encuentros intensivos con dedicación de tiempo completo, donde se requiere supervisores de práctica en los territorios preferiblemente (enfermería). Donde se define formación teórica 5 meses y 3 mes de práctica en territorios. Para este proceso se hace necesario la disposición logística en: espacios físicos adecuados para impartir la formación, como también alimentación, desplazamiento, entre otros.

Para llevar a cabo el proceso de formación, este Ministerio viene trabajando de manera articulada con el Sena a fin de lograr una alianza estratégica de FORMACIÓN DE PROMOTORES DE SALUD específicamente para los municipios de Riohacha, Manaure, Maicao y Uribia, con una proyección para formar 1036 personas en los cuatro municipios. Este proceso se desarrollará a través de una propuesta presentada por el Sena y concertada en la Mesa Técnica de Salud. La cual se compone de 4 fases desarrolladas así:

| FASES   | ACTIVIDAD   | PRODUCTO   | RESPONSABLE  |
|---------|---|--|--|
| I FASE  | Ajuste de lineamientos normativos para formalización del perfil ocupacional del promotor de salud | Decreto  | Ministerio de Salud  |
|         | Elaboración del perfil ocupacional "PROMOTOR DE SALUD" NSCL                                       | Estructura Funcional de la Ocupación<br>Normas Sectoriales de Competencia Laboral            | Mesa Técnica: Minsalud - Universidad de Antioquia -Facultad Salud Pública, INS - Sena (Centros de formación Antioquia y DC)                          |
| II FASE | Elaborar el diseño curricular del promotor en salud   | Programa de formación  | Mesa Técnica: Minsalud, Universidad de Antioquia -Facultad Salud Pública, INS, Sena (Centros de formación Antioquia y DC)                            |
|         | Ingresar el diseño curricular en el aplicativo Sofia Plus   | Código del programa - Versión- Estado en Ejecución   | Sena   |
|         | Elaborar el desarrollo curricular del Promotor en Salud   | Proyecto Formativo Planeación Pedagógica - Guías de aprendizaje - Instrumentos de Evaluación | Mesa Técnica: Minsalud-Autoridades y sabedores<br>Universidad de Antioquia - Facultad Salud Pública, INS, Sena (Centros de formación Antioquia y DC) |

| FASES    | ACTIVIDAD   | PRODUCTO   | RESPONSABLE   |
|----------|---|--|---|
| III FASE | Caracterización de líderes comunitarios<br>Números de familia atender por Promotor de Salud | Número de personas a formar por municipio  | Minsalud (Equipo Técnico -ST 302) Secretarías de Salud Sena- Centro Industrial y de Energías Alternativas Autoridades tradicionales |
|          | Proceso de Selección  | Personas seleccionadas   | Sena- Centro Industrial y de Energías - Minsalud  |
|          | Alistamiento Centro Industrial y de Energías Alternativas                                   | Programación específica<br>Contratación de instructores<br>Revisión ambientes de formación y demás | Coordinador académica Administración Educativa  |
|          | Socializar el diseño y desarrollo curricular con los instructores                           | Acta   | Red Salud - Coordinador académica - Instructores  |
|          | Matrícula de aprendices seleccionados en el programa de formación                           | Formalización de matrícula   | Sena/Centro Industrial y de Energías Alternativas   |
| IV FASE  | Ejecución de la Formación   | Inicio de la formación   | Sena/Centro Industrial y de Energías Alternativas   |
|          | Seguimiento del Proyecto  | Actas  | Minsalud- Sena  |

Es de aclarar que como este es un proceso en el que se garantiza el diálogo genuino y la participación del pueblo Wayú, esta propuesta será desarrollada en el marco de la Mesa Técnica de Salud.

### Para el segundo componente, se orientan como principales funciones del Equipo Básico:

a) Promotor de salud, auxiliar, técnico en salud pública; identificación del riesgo, educación en prevención de la enfermedad, y promoción de hábitos saludables, canalización a equipos complementarios, activación de rutas, desarrollar acciones de educación y comunicación, promover la adherencia de la comunidad, apoyar la planeación y el desarrollo de jornadas de salud extramurales, informar situaciones, eventos o brotes que afecten la salud de las personas, apoyar la gestión y articulación entre actores de la comunidad y el SGSSS, apoyar las estrategias de información, identificar en las familias personas sin aseguramiento y gestionar su aseguramiento, reportar y cargar la información de interés en salud pública según las orientaciones dadas por la enfermera Jefe, notifica de eventos prioritarios en salud pública, canaliza a servicios de salud del PS.

b) Enfermería: Coordina el equipo del nivel básico de atención que provee las acciones conducentes a la recuperación, adaptación funcional y/o paliación de las familias. Optimiza los recursos interprofesionales e intersectoriales en procura de apoyar la rehabilitación del paciente. Gestiona el cuidado de la salud materno-infantil, desde la preconcepción hasta el postparto y la primera infancia. Liderar programación, articulación de los 15 promotores a cargo, en recepción y validación de instrumentos y la calidad de la información recolectada. Liderar mecanismos de articulación sectorial, intersectorial para aportar a la afectación positiva de los determinantes de la salud. Desarrolla y promueve las estrategias de organización, gestión para el cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades y el respeto por los derechos humanos. Identifica y gestiona la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud. Realiza seguimiento a canalizaciones y reportes en eventos de interés en salud pública, según protocolos y lineamientos nacionales. Participa en el diseño de planes, programas, proyectos para el cuidado de la salud del pueblo Wayú en el contexto de trabajo en el Equipo Interprofesionales para la Salud. Coliderar los programas de atención primaria y los equipos multidisciplinarios para la salud. Organiza, dirige, controla y evalúa la prestación de los servicios de salud y de enfermería bajo los parámetros de calidad establecidos por la normatividad vigente. Diseña e implementar estrategias para el mejoramiento de la calidad de los servicios que se ofertan en atención primaria.

c) Medicina: Realizar actividades encaminadas a evitar, retardar el inicio y progresión de las enfermedades más prevalentes e incidentes, canaliza a servicios de salud del P S, Valoración de los riesgos en salud materna y perinatal. Realizar sesión de asesoría integral en casa a la Familia de prioridad alta - Gestante, Id de Síndrome de Hipertensión en el Embarazo, preeclampsia o eclampsia en este o en un anterior embarazo. Id Diabetes Gestacional en este o en un anterior embarazo. Reporta a Trabajo Social familias en quienes se haya identificado con deficiente red de apoyo familiar. Cuida de la salud de la gestante de acuerdo con el momento del curso de vida. Prescribe apropiadamente micronutrientes según corresponda en los diferentes momentos del curso de vida y durante la gestación. Adelanta acciones pertinentes orientadas a prevenir las principales enfermedades infectocontagiosas, Identifica, analiza y canaliza críticamente las condiciones y determinantes de la salud del individuo, la familia y la comunidad. Realiza diagnóstico de las anemias durante la infancia y adolescencia, adelanta tratamiento integral de la desnutrición infantil, recurriendo al apoyo del médico especialista u otros profesionales de acuerdo con la severidad y evolución del caso. Gestiona el cuidado de la salud materno-infantil, desde la preconcepción hasta el posparto y la primera infancia.

d) Promotor de Salud/Líder Comunitario, orientando principalmente las siguientes acciones: Atención colectivas e individuales de acuerdo a usos y costumbres según práctica de cada perfil étnico. Mediar en caso de rechazo en el ingreso de los equipos básicos, o complementarios. Articulación permanente con los equipos complementarios en respuesta a las necesidades identificadas de los niños, niñas, jóvenes. Atención de enfermedades de

acuerdo a usos y costumbres del pueblo Wayú protegiendo y salvaguardando la vida del paciente.

#### Apoyo logístico para la formación del equipo básico de salud en territorio

Como se manifestó en el literal a, denominado Socializar y ratificar el plan de acción provisional en las comunidades de los 40 corregimientos, la línea 3 de la propuesta para la suscripción del convenio que se suscribe en el marco del apoyo para llevar a cabo la Capacitación de promotores, el compromiso de esta propuesta corresponde a la garantía de la logística requerida y necesaria para el buen desarrollo de la formación. Por lo cual, se tendrá en cuenta lo siguiente:

##### 1. Dotación

- Uniformes antifuero programa de gestores unisex.
- Kits de capacitación (morrall, tablilla, capeta, libreta de apunte 200 hojas, lápiz, tajalápiz, borrador, bolígrafo).

##### 2. Apoyo alimentación

- Refrigerio a. m. y p. m.
- Desayuno.
- Almuerzo.
- Cena.
- Estación café y agua.

##### 3. Apoyo logístico

- Salón de Taller “Sitio apto para el desarrollo de la capacitación”.
- Apoyo económico de movilidad.

El número total de promotores a formar por los 40 corregimientos de los 4 municipios son 1.036 personas, distribuidas de la siguiente manera:

1. En el municipio de **Uribia**, son **406 promotores**, en este municipio se tendrá el mayor número de promotores, por cada punto de capacitación asistirán máximo **(68) promotores** que equivalen a seis **(6) puntos** de capacitación con una duración de noventa **(90) días obligatorios** para que los asistentes se puedan certificarse como promotor de salud.

| CAPACITACIÓN URIBIA |                        |                   |
|---------------------|------------------------|-------------------|
| Ítem                | Punto de concentración | No. de promotores |
| 1                   | Punto 1                | 68                |
| 2                   | Punto 2                | 68                |
| 3                   | Punto 3                | 68                |
| 4                   | Punto 4                | 68                |
| 5                   | Punto 5                | 67                |
| 6                   | Punto 6                | 67                |
|                     | <b>Totales</b>         | <b>406</b>        |

Se aclara que habrá dos (2) puntos de concentración de 67 promotores.

2. En el municipio de **Maicao**, son **266 promotores**, por cada punto de capacitación asistirán máximo (67) promotores que equivalen a cuatro **(4) puntos** de concentración de capacitación, con una duración de noventa **(90) días obligatorios** para que los asistentes se puedan certificarse como promotor de salud.

| CAPACITACIÓN MAICAO |                        |                   |
|---------------------|------------------------|-------------------|
| Ítem                | Punto de concentración | No. de promotores |
| 1                   | Punto 1                | 66                |
| 2                   | Punto 2                | 66                |
| 3                   | Punto 3                | 67                |
| 4                   | Punto 4                | 67                |
|                     | <b>Totales</b>         | <b>266</b>        |

Se aclara que habrá dos (2) puntos de concentración de 67 promotores.

3. En el municipio de **Manaure** son **171 promotores**, por cada taller de capacitación asistirán máximo **(57) promotores**, que equivalen a tres **(3) puntos** de capacitación con una duración de noventa **(90) días obligatorios** para que los asistentes se puedan certificarse como promotor de salud.

| CAPACITACIÓN MANAURE |                        |                   |
|----------------------|------------------------|-------------------|
| Ítem                 | Punto de concentración | No. de promotores |
| 1                    | Punto 1                | 57                |
| 2                    | Punto 2                | 57                |
| 3                    | Punto 3                | 57                |
|                      | <b>Totales</b>         | <b>171</b>        |

4. En el municipio de **Riohacha** son **193 promotores**, por cada taller de capacitación asistirán máximo **(64) promotores** que equivalen a tres **(3) puntos** de capacitación con una de noventa **(90) días obligatorios** para que los asistentes se puedan certificarse como promotor de salud.

| CAPACITACIÓN RIOHACHA |                        |                   |
|-----------------------|------------------------|-------------------|
| Ítem                  | Punto de concentración | No. de promotores |
| 1                     | Punto 1                | 64                |
| 2                     | Punto 2                | 64                |
| 3                     | Punto 3                | 65                |
|                       | <b>Totales</b>         | <b>193</b>        |

Todos los promotores serán nominados por las propias Autoridades Tradicionales de las diferentes comunidades con base a unos perfiles previamente establecidos, pero es imperativo que estas personas pertenezcan al mundo Wayú, deberán residir en sus comunidades, serán hablantes del wayunaiki y deberán poseer las habilidades para el trabajo en comunidad, pues se convertirán en la base para garantizar el enfoque diferencial al Plan de Acción Provisional Auto 696/22 y serán los referentes para el desarrollo de la propuesta de modelo de salud del Gobierno con enfoque preventivo y predictivo planteado en el programa de gobierno “Colombia Potencia Mundial de la Vida”.

Es importante mencionar que entre tanto se cuenta con la disponibilidad del talento humano con base en el proceso de formación precitado en el territorio, los equipos básicos de salud que se constituirán por parte de los agentes del sistema como mínimo contarán con los perfiles de auxiliar de enfermería, profesional en enfermería y profesional en medicina.

#### 2.1.4 Construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural para la implementación de las medidas concretas de atención en materia de salud

a) *Hacer un análisis de los documentos técnicos construidos frente al modelo de salud Wayú en el marco del SISPI y determinar si es viable y acorde con el modelo preventivo de salud para las comunidades Wayú.*

Dentro del proceso de cumplimiento de la Sentencia T-302 de 2017, en las propuestas de acuerdos que se presentaron a los voceros de las comunidades Wayú, a través de la Consejería para las Regiones, para el proceso de consulta previa y diálogo genuino que se inició en el año 2020, se encuentra la propuesta de Acuerdo número II, relacionado con “formular e implementar una política pública de salud para asegurar el goce efectivo del derecho a la salud para todos los Wayú; esta política será construida de manera participativa y con la concurrencia de recursos de las entidades territoriales, los resguardos Wayú y del Gobierno nacional. Esta política se va a elaborar a través del desarrollo del modelo de salud en el marco del SISPI y conforme lo establecido en la guía metodológica”.

A manera de contexto, es importante informar que el Sistema de Salud Propio e Intercultural (SISPI), está definido en el Decreto 1953 de 2014[1] como el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo; que se articula, coordina y complementa con el SGSSS con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas; y que es integral y se desarrolla en el marco del derecho fundamental a la salud, bajo la rectoría del MSPS o quien haga sus veces.

Este sistema cuenta con cinco componentes, identificados en el Decreto 1953, así:

1. **Cuidado de salud propia e intercultural**, acciones en salud propia y complementaria que se realizan con las personas, las familias, la comunidad y con el territorio, que tiendan a promover y proteger la salud, y a prevenir y tratar la enfermedad con el propósito de promover, recuperar y mantener la armonía y el equilibrio.

2. **Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento**, promueve y fortalece la investigación, la generación y uso del conocimiento, así como la gestión, planificación, diseño y orientación de los programas de formación propia e intercultural.

3. **Sabiduría ancestral**, conocimientos propios y espirituales de los pueblos indígenas, practicados culturalmente de forma milenaria y que se transmiten por generaciones a través de las autoridades espirituales, permitiendo la existencia física y cultural de los pueblos indígenas.

4. **Político organizativo**, estructuras políticas y organizativas, en el nivel local, zonal, regional y nacional, que orientan, deciden, consolidan e implementan el SISPI.

5. **Administración y gestión**, orientación y administración de la información, los recursos físicos, territoriales, financieros, técnicos, tecnológicos y de talento humano para el buen funcionamiento del SISPI, en coordinación, articulación y con la complementación con el SGSSS.

El SISPI se encuentra en proceso de estructuración en el marco de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación (MPC) con pueblos y organizaciones indígenas (creada mediante Decreto 1973 de 2013). Este proceso se enmarca no solo en la construcción de la estructura del Decreto en mención, sino en generar herramientas para avanzar en los territorios por lo que se expidió la Circular 011 del 5 de marzo de 2018, dirigida a Gobernadores, Alcaldes, Secretarios de Salud o quienes hagan sus veces, Gerentes, Directores de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Gerentes/Directores de Empresa Social del Estado (ESE), Institución Prestadora de

Servicios (IPS), Superintendente Nacional de Salud, y cuyo asunto es “Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Con esta circular se presentan directrices para ser adoptadas por parte de las entidades territoriales y demás actores del sistema de salud, a partir de orientaciones e instrucciones en el marco del cumplimiento de normas existentes, no normas nuevas. De lo dispuesto en esta circular se puede determinar que las entidades territoriales tanto departamentales, distritales y municipales son responsables junto con las organizaciones indígenas de articularse para lograr avances en las acciones en salud propia e intercultural, así como la conurrencia de recursos en el financiamiento de las diferentes acciones en salud, incluyendo los modelos de salud, los cuales deben ser planteados acorde con los lineamientos expuestos por este Ministerio en la Guía Metodológica para la Construcción de Contenidos de los Componentes e Implementación del SISPI[2], en la cual se da orientación frente a las tres grandes fases por medio de la cual se hace el levantamiento de información para los modelos de los pueblos indígenas, proceso en el que se establece la competencia, relación y antecedentes con las diferentes entidades de salud citadas y las prácticas tradicionales, entre otras, la circular establece expresamente dentro del componente Político Organizativo corresponde a los actores del sistema en el marco de sus competencias: “Gestionar los recursos territoriales necesarios para establecer o reactivar, en conjunto con las autoridades indígenas, las instancias de diálogo y concertación a nivel territorial que permitan el desarrollo e implementación de las políticas, planes, programas y estrategias del SISPI, entre las estructuras propias en salud, organizaciones y/o autoridades indígenas y los actores del SGSSS, mediante la implementación de una ruta por parte de las entidades territoriales de acuerdo con las dinámicas organizativas de los pueblos.”.

Frente al desarrollo del modelo de salud para el pueblo Wayú en el marco del sistema indígena de salud propio e intercultural (SISPI), le informo que el proceso se ha venido adelantando desde el año 2017 y a la fecha se cuenta con la primera fase desarrollada a través del Convenio Interadministrativo número 148 de 2017, suscrito entre el departamento de La Guajira-Administración Temporal del Sector Salud y la IPS Indígena Almajaa Wayú, cuyo objeto se enmarcó en el desarrollo de elementos de la caracterización sociocultural y el diagnóstico de la situación de salud del pueblo indígena Wayú, desde lo propio y desde el SGSSS, la identificación y el análisis de las respectivas desarmonías y desequilibrios conforme a lo estipulado en la primera fase de la guía metodológica para la construcción de contenidos e implementación del SISPI, aprobada en el marco de la subcomisión de salud de la mesa permanente de concertación con pueblos y organizaciones indígenas.

El producto de esta primera fase, es la base para el inicio de la construcción del Modelo para el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural para el Pueblo Wayú de La Guajira (Segunda Fase conforme la Guía Metodológica), con el fin de superar todas aquellas barreras sociales y de inequidad desde la autonomía de los pueblos indígenas que promuevan ideas que ayuden a desarrollar un sistema de salud para las comunidades indígenas que reconozca e incorpore las particularidades de su condición étnica y cultural, poniendo en práctica su visión holística en la génesis y manejo de la salud y la enfermedad. Los resultados obtenidos fueron compilados en un documento denominado “Sistema indígena de salud propio e intercultural (SISPI) para el pueblo Wayú”, el cual se adjunta a esta respuesta junto con la presentación realizada, en los cuales se puede ver de forma detallada los resultados de la investigación.

Ante la necesidad de seguir avanzando en este proceso; este Ministerio continuó el diálogo y la concertación al interior de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación, acuerdan suscribir *el Convenio 079 de 2022* con la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), entre los modelos priorizados se encuentra el modelo para el Pueblo Wayú, en donde se desarrollaran contenidos que dan respuesta a los resultados del análisis realizado por el pueblo Wayú en el marco del proceso de construcción de su modelo de salud propio e intercultural. Como producto de este convenio se tiene un documento de la Primera Fase, actualizado y el avance de los cinco componentes, así:

- Un capítulo con los resultados de la Construcción del Componente de Sabiduría Ancestral (Línea Operativa 1) de la Fase II del Modelo de Salud Propio e Intercultural para el Pueblo Wayú, y que demuestre el desarrollo de cada uno de las cuatro líneas descrita en la guía metodológica.
- Un capítulo con los resultados de la Construcción del Componente de Cuidado de la Salud (Línea Operativa 1) de la Fase II del Modelo de Salud Propio e Intercultural para el Pueblo Wayú, y que demuestre el desarrollo de cada uno de las cuatro líneas descrita en la guía metodológica.
- Un capítulo con los resultados de la Construcción del Componente Político Organizativo (Línea Operativa 1) de la Fase II del Modelo de Salud Propio e Intercultural para el Pueblo Wayú y que demuestre el desarrollo de cada uno de las cuatro líneas descritas en la guía metodológica.
- Un capítulo con los resultados de la Construcción del Componente Formación, Capacitación y Uso del Conocimiento (Línea Operativa 2) de la Fase II del Modelo de Salud Propio e Intercultural para el Pueblo Wayú, y que demuestre el desarrollo de cada uno de las cuatro líneas descrita en la guía metodológica.
- Un capítulo con los resultados de la Construcción del Componente de Administración y Gestión (Línea Operativa 1) de la Fase II del Modelo de Salud Propio e Intercultural para el Pueblo Wayú, y que demuestre el desarrollo de cada uno de las cuatro líneas descrita en la guía metodológica.

- Un capítulo que dé cuenta del proceso de socialización y las impresiones del pueblo frente al trabajo que se viene realizando.

Además, tendrá en el marco de la adición, un documento denominado:

- Reporte técnico y financiero analizado en el desarrollo de los encuentros comunitarios en el marco de la mesa técnica de salud conformada en cumplimiento de los acuerdos de Irraipa –consulta previa– superación del estado de cosas inconstitucional.
- Documento de avance en la estructuración del modelo de salud con enfoque intercultural para el pueblo indígena Wayú.
- Análisis técnico y financiero de la situación de salud en el departamento de La Guajira, específicamente en la comunidad indígena Wayú.

Los productos de estas sublíneas buscaron tener un producto consolidado que se integre al documento técnico de la primera fase y por eso, por lo que fue fundamental desarrollar el proceso con instrumentos propios y metodología acorde, como preguntas orientadoras, entrevistas semiestructuradas, encuestas acordadas, y graficación propia, que recolecte la información necesaria para construir la Identificación de avances y dificultades en el desarrollo de este proceso intercultural en salud, formulados en el marco normativo y la identificación de acciones de complementariedad terapéutica adecuados y pertinentes interculturalmente.

Frente al Modelo de Salud Wayú se deben precisar dos hechos; en primer lugar, los voceros y accionantes de las sentencias que participaron en la reunión de alto nivel en el corregimiento de Irraipa, Uribia (en el marco de la Consulta previa que se encuentra en desarrollo), manifestaron no estar de acuerdo con los contenidos y alcances del Decreto 1953 de 2014; en segundo lugar, se anota que la Corte Constitucional en el Auto 696 de 2022 imparte una orden en el numeral segundo, literal c) (...) en relación con el derecho a la salud determinar: (...) X. Se deben considerar los avances en la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural para la implementación de las medidas concretas de atención en materia de salud.

Al respecto, se informa que se acordó en la Mesa técnica de Salud Tripartita conformada en el marco de los acuerdos de Irraipa, que el equipo técnico Wayú analizaría los documentos técnicos producto del acompañamiento financiero y técnico de este Ministerio y que emitirán concepto y una ruta específica para avanzar en la construcción del modelo de salud propio; este compromiso hace parte del Cronograma del Plan Provisional de Acción radicado ante la Corte Constitucional.

Es así que para dar cumplimiento a esta orden expresa del Auto 696 de 2022 frente al avance del Modelo de Salud Wayú, en el marco el SISPI se abordará desde dos instancias:

- Se solicitará un espacio en la agenda en la próxima sesión de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación a fin de acordar una ruta teniendo como fundamento principal la voluntad de las autoridades Wayú frente al Modelo de Salud Wayú en el Marco del SISPI.
- Análisis por parte del equipo técnico de los documentos técnicos producto del acompañamiento financiero y técnico de este Ministerio y que emitirán concepto y una ruta específica para avanzar en la construcción del modelo de salud propio; este compromiso hace parte del Cronograma del Plan Provisional de Acción radicado ante la Corte Constitucional. Atendiendo en todo caso el diálogo genuino.

[1] Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política.

[2] <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/guia-metodologica-sispi.pdf>.

(C. F.).

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

### DECRETOS

#### DECRETO NÚMERO 0679 DE 2023

(mayo 2)

*por medio del cual se acepta una renuncia y se hace un encargo.*

El Ministro de Hacienda y Crédito Público de la República de Colombia, delegado de funciones presidenciales mediante Decreto 0677 del 1° de mayo de 2023, en uso de sus facultades constitucionales y legales, y en particular, las previstas en el numeral 13 del artículo 189 de la Constitución Política y en los artículos 2.2.5.1.1, 2.2.11.1.3, 2.2.5.4.7 del Decreto 1083 de 2015, y

#### CONSIDERANDO:

Que mediante comunicación del 27 de abril 2023, la doctora MIRIAM PANTOJA OTERO, identificada con cédula de ciudadanía número 27081781, presentó renuncia al empleo de Director General Código 0015 Grado 28 de la Unidad de Planeación de Infraestructura de Transporte, nombrada por medio del Decreto No. 2105 del treinta y uno (31) de octubre de 2022 y del cual tomó posesión el primero (1°) de noviembre de 2022.