
INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS CONSTRUCCIÓN DE PAZ

N o v i e m b r e 2 0 1 6 – M a y o 2 0 1 8

Esta es la ruta de la implementación del Acuerdo de Paz

El Ministerio de Salud y Protección Social desarrolla acciones que aportan a la construcción de Paz en Colombia. En este ***Informe de Rendición de Cuentas*** encuentra aquellas que están directamente relacionadas con la implementación del Acuerdo de Paz, adelantadas entre **el 30 de noviembre de 2016 y el 30 de mayo de 2018**, sobre los siguientes puntos del Acuerdo:



Punto 1.

Hacia un Nuevo Campo Colombiano: Reforma Rural Integral.



Punto 3.

Fin del Conflicto



Punto 4.

Solución al Problema de las Drogas Ilícitas



Punto 5.

Acuerdo sobre las Víctimas del Conflicto.

Finalmente, encuentra acciones que aunque no son obligaciones explícitas del Acuerdo de Paz ni de los decretos reglamentarios, se han realizado en el marco de las competencias legales con el propósito de contribuir a su implementación.

¿Qué hemos hecho?

El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de su competencia ha desarrollado las siguientes acciones para la implementación del Acuerdo Final:

1. Acciones acordadas en el Plan Marco de Implementación

Tras la firma del Acuerdo Final, y con el fin de garantizar la implementación de todo lo acordado, la Comisión de Seguimiento, Impulso y Verificación a la Implementación del Acuerdo Final –CSIVI- discutió y aprobó el Plan Marco de Implementación, el cual integra el conjunto de propósitos, objetivos, metas, prioridades e indicadores acordados para dar cumplimiento al Acuerdo de Paz.

En esta sección, encuentra la información sobre las acciones que viene desarrollando esta entidad para dar cumplimiento al Plan Marco de Implementación, organizadas por cada Punto del Acuerdo de Paz al que aportamos, los cuales son: Hacia un nuevo campo colombiano. Reforma rural integral, Fin del Conflicto, Solución al Problema de las Drogas Ilícitas, y Acuerdo sobre las Víctimas del Conflicto.



Punto 1 del Acuerdo

Hacia un nuevo campo colombiano:

Reforma Rural Integral

1.3 Planes Nacionales para la Reforma Rural Integral

Superar la pobreza y la desigualdad para alcanzar el bienestar de la población rural, e integrar y cerrar brechas entre el campo y la ciudad.

*Acción 1.***Plan Nacional de Salud Rural****Compromiso
que atiende:**

Se creará e implementará el Plan Nacional de Salud Rural. El cual tiene como propósito acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades, a través de los siguientes criterios: 1. La construcción y el mejoramiento de la infraestructura para la salud rural sobre la base de un diagnóstico amplio y participativo, 2. La adopción de un enfoque diferencial y de género, 3. La creación de un modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas, 4. Sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de atención.

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR
Modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas	Porcentaje de territorios definidos en el respectivo plan con modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas
Modelo especial de salud pública para zonas rurales	Porcentaje de territorios definidos en el respectivo plan con modelo especial de salud pública para zonas rurales
Centros y puestos de salud con capacidad resolutive, articulados en redes integrales de prestación de servicios en el marco de la Política de Atención Integral de Salud y demás normatividad vigente	Porcentaje de centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2016	1. Diagnóstico Participativo de prestación de servicios y capacidad instalada 2. Creación e implementación del modelo especial de salud pública
2017	1. Formulación del Plan Nacional de Salud Rural 2. Diagnóstico Participativo de prestación de servicios y capacidad instalada 3. Creación e implementación del modelo especial de salud pública 4. Centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET

2018

1. Formulación del Plan Nacional de Salud Rural
2. Diagnóstico Participativo de prestación de servicios y capacidad instalada
3. Creación e implementación del modelo especial de salud pública
4. Centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET



¿Cómo lo hemos hecho?

El Plan Nacional de Salud Rural -PNSR tiene como objetivo “Hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las comunidades de las zonas rurales de Colombia, asegurando cobertura, acceso, oportunidad y calidad de las atenciones en salud, con un enfoque territorial, poblacional y de género” y dar respuesta al compromiso puntual del Acuerdo Final “se creara e implementará el Plan Nacional de Salud Rural”.

Con miras a contribuir al desarrollo rural integral, la formulación del PNSR parte del análisis de la situación de salud de los municipios ubicados en las zonas rurales del territorio nacional, de la materialización del componente participativo del Acuerdo Final, y los avances en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, y del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS. Desde esta perspectiva se han adelantado las siguientes acciones:

- **Formulación del Plan Nacional de Salud Rural.**

La formulación del Plan Nacional de Salud Rural –PNSR, inició en el mes de febrero de 2017 tras el desarrollo de las mesas temáticas de la construcción del Plan Marco de Implementación -PMI del Acuerdo Final; a raíz de este ejercicio se identificaron y definieron las disposiciones dentro de las cuales el sector tenía injerencia. Si bien estas mesas fueron un insumo, la formulación formal del Plan inició en julio de 2017 tras la participación del Ministerio en el Taller “Colombia Renace-Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial”.

En los meses posteriores y bajo la coordinación de la Agencia de Renovación del Territorio-ART y la participación de las FARC-EP, se solventaron discusiones relevantes que permitieron definir los lineamientos y alcance que deberían tener los Planes Nacionales para la Reforma Rural Integral. Para el mes de octubre se definió entre los involucrados elementos puntuales que deberían desarrollarse y el enfoque participativo deseado para la construcción del mismo.

Finalizando el segundo semestre del 2017, el MSPS adelantó la discusión sobre cada uno de los componentes que materializarán los criterios dispuestos en el Acuerdo Final para la formulación del Plan, de este proceso se obtuvo una versión preliminar del documento el cual fue retroalimentado informalmente por parte de la Subdirección de Salud del Departamento Nacional de Planeación. Paralelamente a este ejercicio, y como resultado de la participación del Ministerio

en las diferentes mesas para incorporar el enfoque de género y étnico al PMI se incluyeron lineamientos puntuales sobre la adopción de estos enfoques en el documento, con el fin de responder a los retos que presenta la salud rural en Colombia.

Siguiendo con la anterior metodología, en enero de 2018 se obtuvo el documento preliminar del Plan, el cual fue revisado y retroalimentado por parte de la Alta Consejería para el Posconflicto, la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, la Agencia de Renovación del Territorio, la Subdirección de Salud y el Grupo de Proyectos Especiales del Departamento Nacional de Planeación. Adicionalmente, se han generado espacios interinstitucionales con diferentes dependencias de la ART donde se ha delimitado de forma concreta la materialización del enfoque étnico y participativo que contempla el Acuerdo Final para la formulación e implementación del plan.

A su vez, se ha realizado el seguimiento a las iniciativas generadas en el pilar correspondiente al sector salud en desarrollo de las pre-asambleas veredales en el marco de la construcción de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial -PDET. Es pertinente anotar que la versión final del documento usará como insumo los resultados en salud de dichos PDET, a la luz de las líneas estratégicas del plan, las cuales son:

- I. Construcción e implementación de un Modelo Especial de Salud Pública Acorde a las características de Población y Territorios.
- II. Aumentar la cobertura del aseguramiento en zona rural.
- III. Fortalecimiento de la oferta de salud en el campo colombiano.
- IV. Estrategias de priorización de salud pública para el posconflicto.
- V. Diseño e implementación de un sistema de seguimiento y evaluación.

Si bien, lo anteriormente descrito corresponde al proceso de formulación del Plan, es importante resaltar el componente participativo del mismo para su posterior implementación. Las asambleas municipales que se están adelantando en el marco de construcción de los Planes de Acción para la Transformación Regional -PATR, serán los espacios que brinden los insumos necesarios para tal fin y generen sinergia sobre los demás actores del sistema, dado que la implementación del mismo parte desde un componente de articulación de acciones para una intervención integral del territorio.

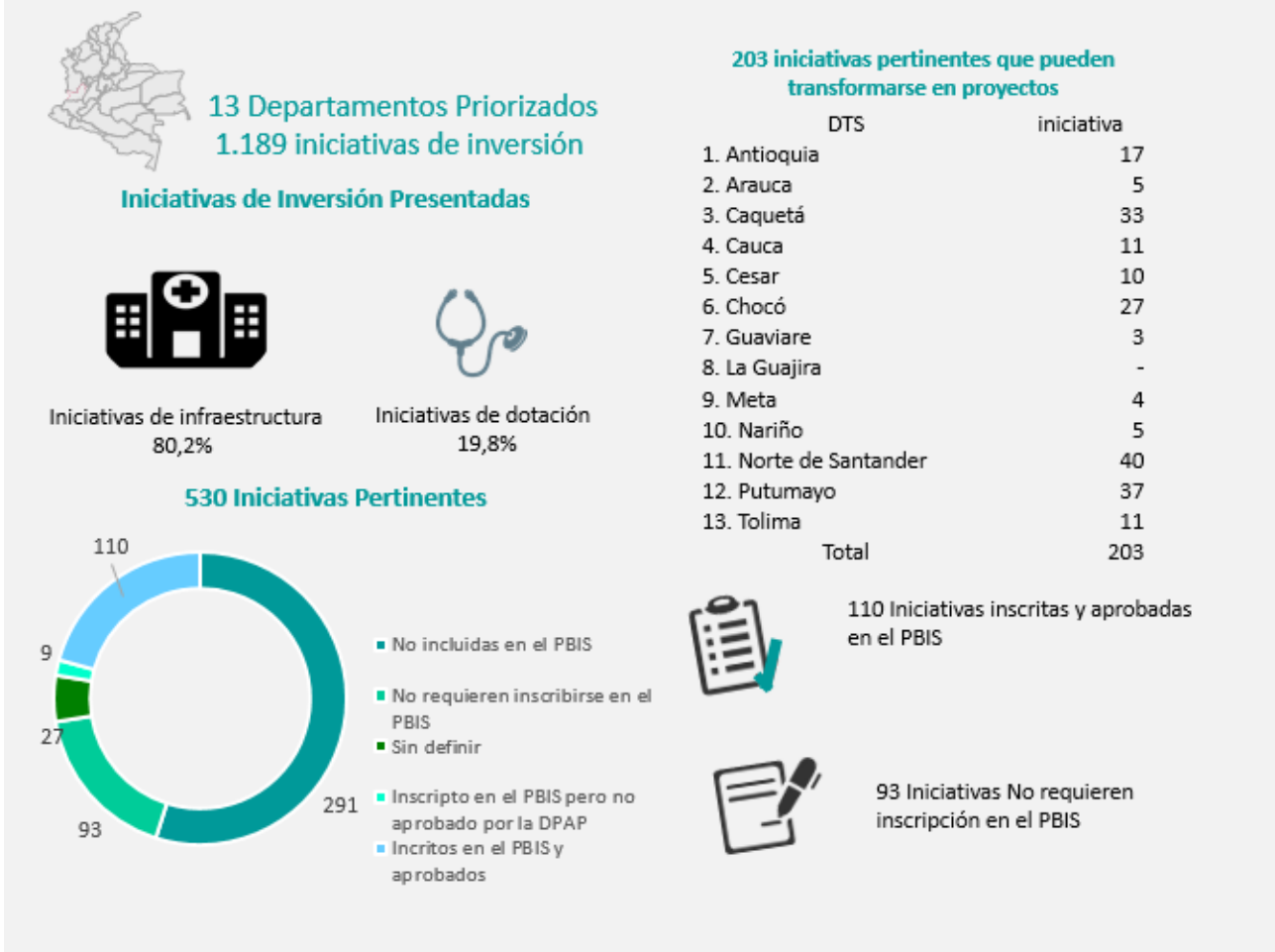
- **Diagnóstico participativo de la prestación de servicios y capacidad instalada (infraestructura y dotación), en zonas rurales dispersas, y del Diagnóstico institucional de la prestación de servicios y capacidad instalada (infraestructura y dotación) para zonas dispersa**

La operación en redes integrales prestadoras de servicios de salud implica el fortalecimiento de la oferta de centros y puestos de salud, articulados en un contexto de red con centros de mayor complejidad. Desde esta perspectiva, el MSPS ha generado lineamientos y ha prestado asistencia técnica a las Direcciones Territoriales de Salud –DTS, para la construcción del documento de planeación de necesidades de inversión, en el marco de los respectivos Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de ESE y sus consecuentes Planes Bienales de Inversiones en Salud -PBIS aprobados por el Ministerio.

En el primer trimestre del 2016, la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria -DPSAP de este Ministerio, trabajó en la metodología para la construcción del diagnóstico de necesidades en los territorios priorizados a esa fecha para la implementación del Acuerdo Final (Antioquia, Arauca, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Guaviare, La Guajira, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo y Tolima), la cual partió de la definición de los siguientes componentes: Participativo, Necesidad en Salud, y Demanda y Oferta.

En marzo de 2016 se desarrolló una jornada de trabajo con las DTS departamentales priorizadas, a fin de socializar la metodología diseñada para la construcción del diagnóstico. Posteriormente se realizó el acompañamiento y la asistencia técnica requeridos por las DTS presentes, al igual que a los departamentos que no pudieron asistir a la jornada de socialización.

El producto de este primer ejercicio de diagnóstico participativo fue el documento *"Dimensionamiento de las necesidades de prestación de servicios y capacidad instalada (infraestructura y dotación) para fortalecer la atención en salud en los municipios posconflicto"* en el cual se plasmaron las iniciativas identificadas y priorizadas por las diferentes DTS de los 13 departamentos priorizados, estas iniciativas y el lineamiento general fueron socializados en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud -CTSSS. Este documento concluyó en el primer semestre de 2017 y tuvo los siguientes resultados:



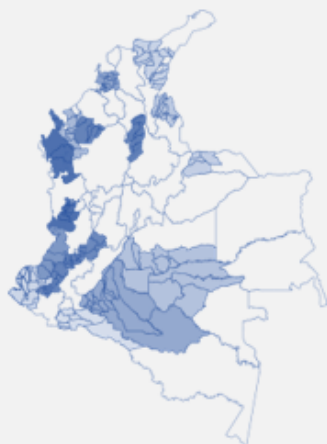
A raíz de la divulgación del Decreto 893 de 2017, la DPSAP inicio la formulación de la segunda versión de documento el cual se concluirá a finales del primer semestre del 2018. Para esto, en octubre de 2017 se realizó una nueva jornada de socialización de los lineamientos para la construcción del nuevo documento, en la que participaron las DTS de los departamentos de Arauca, Bolívar, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Huila, Meta, Putumayo, Tolima y Sucre. Los departamentos restantes (Antioquia, Córdoba, Guajira, Guaviare, Magdalena, Nariño, Norte de Santander y Valle del Cauca) recibieron la socialización a través de videoconferencia y asistencia técnica. En este espacio se contó con la participación de la ART quien socializó la metodología con la que se están desarrollando las asambleas en los territorios PDET.

Este diagnóstico permitió dimensionar la demanda y la oferta en los territorios priorizados (en términos geográficos), así como el cumplimiento de los lineamientos mínimos establecidos para garantizar la participación de la ciudadanía en estos territorios. Conjuntamente, se identificó la necesidad de generar insumos suficientes para la participación de las Direcciones Territoriales de Salud DTS en los escenarios que se desarrollen en el marco de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial -PDET, además de incorporar los insumos generados de estos espacios en los instrumentos de planeación del sector, como los Planes Bienales de Inversión en Salud y los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de ESE.

Ahora bien, como avances de los productos para el diagnóstico participativo preliminar de las necesidades de prestación de servicios y capacidad instalada (infraestructura y dotación) para fortalecer la atención en salud en los municipios posconflicto, se informa que según los PBIS en municipios PDET aprobadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, que contiene las iniciativas solicitadas y respaldadas por las Entidades Territoriales, con corte a mayo de 2018, la inversión total en infraestructura y dotación hospitalaria (incluye construcción nueva y dotación de mediana y alta complejidad), para las 593 iniciativas presentadas asciende aprox. a \$ 1,3 billones, de los cuales un 92% corresponden a infraestructura (\$1.2 bill.) y un 8% a dotación (\$101.9 mil mill.), de acuerdo con el siguiente detalle:

INICIATIVAS DE INVERSIÓN (INFRAESTRUCTURA Y/O DOTACIÓN) EN MUNICIPIO PDET INCLUIDOS EN PLAN BIENAL DE INVERSIONES EN SALUD VIGENCIA 2016-2017

19 Departamentos Priorizados
593 iniciativas presentadas



DEPARTAMENTOS PDET	No. Iniciativas	VALOR INFRAESTRURA	VALOR DOTACIÓN
Antioquia	49	134.036.521	-
Arauca	34	72.187.816	19.046.245
Bolívar	33	56.501.724	9.000.000
Caquetá	17	141.165.730	-
Cauca	26	42.117.495	7.000.000
Cesar	37	67.857.926	9.878.556
Chocó	39	64.930.054	4.295.428
Córdoba	24	8.986.844	-
Guaviare	19	77.683.101	5.395.219
Huila	1	9.663.409	-
La Guajira	25	90.773.557	19.706.705
Magdalena	22	25.254.531	9.375.291
Meta	68	29.951.649	-
Nariño	62	120.288.468	5.006.398
Norte de Santander	23	64.959.874	250.000
Putumayo	25	27.900.027	1.684.483
Sucre	18	42.957.592	-
Tolima	30	45.525.559	5.935.560
Valle del Cauca	41	83.161.549	5.420.000



Iniciativas de infraestructura
92%



Iniciativas de dotación
8%

Iniciativas de Inversión Presentadas

• Creación e Implementación del Modelo especial de salud pública para zonas rurales

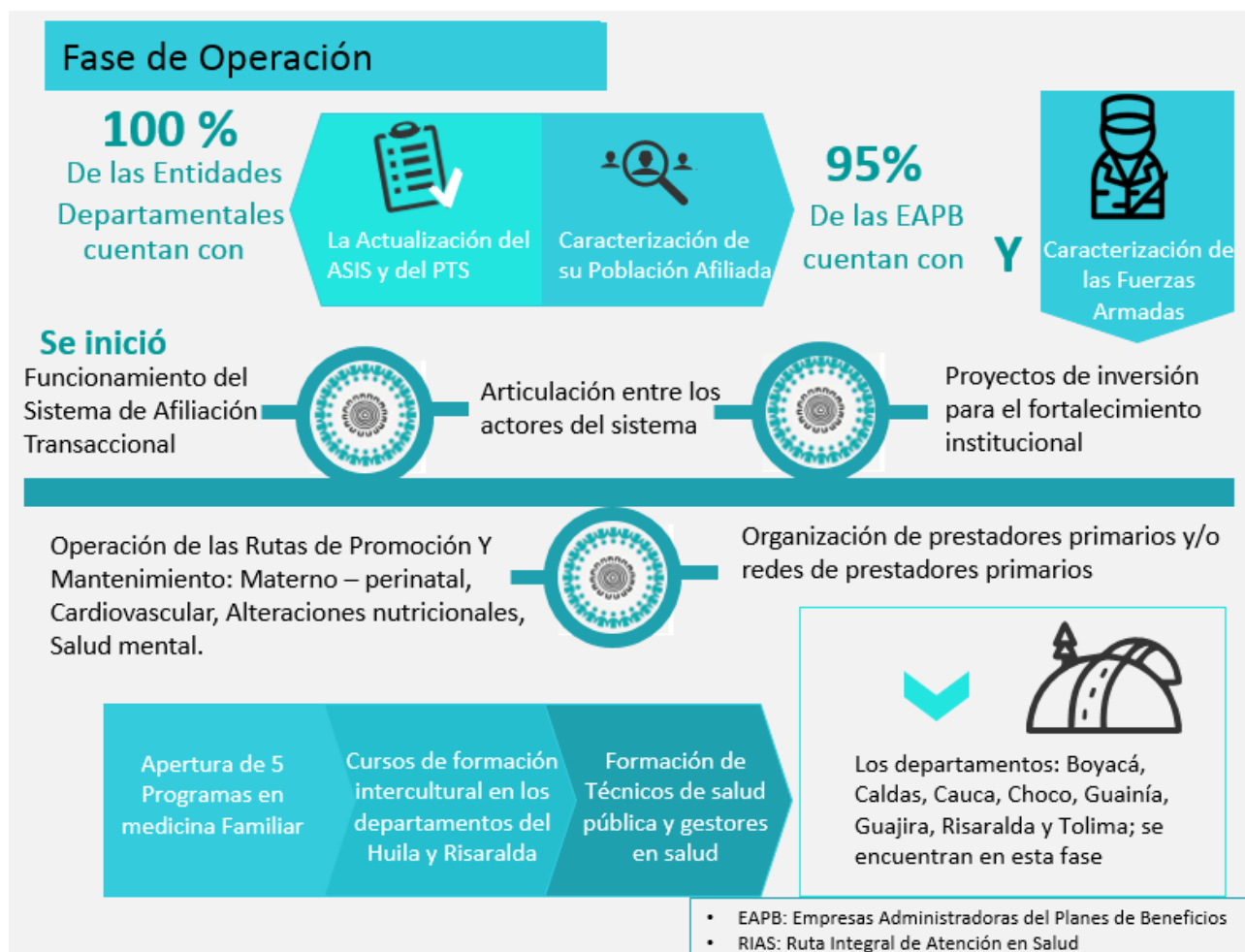
En el marco de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, el Modelo especial de salud pública para zonas rurales se construye sobre la base del Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS centrándose en el ámbito rural y disperso. Si bien, la Implementación del MIAS parte del reconocimiento de las condiciones de la población y del territorio y su contexto, para la adaptación de la atención en salud a esas particularidades específicas, desde un enfoque participativo, el modelo especial de salud pública para zonas rurales cuenta con la particularidad de trabajar de manera articulada con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural –SISPI en el caso de los pueblos indígenas, y con los consejos comunitarios en el caso de los afrodescendientes, raizales y palenqueros.

Cabe resaltar que la implementación del modelo depende de la plena participación y liderazgo de las Entidades Territoriales –ET. En este escenario el rol del Ministerio como ente rector de la política ha sido la generación de los lineamientos e instrumentos necesarios para la adopción y adaptación de cada uno de los componentes del modelo por parte de los diferentes actores del sistema, además del acompañamiento constante y asistencia técnica brindada a las ET en la implementación del modelo en sus dos fases:

Fase de alistamiento: esta fase tiene como objetivo la adopción de la política y el modelo por parte de la Entidad Territorial, a través de su incorporación en el Plan de Desarrollo Territorial, para lo cual se han desarrollado acciones direccionadas a la adaptación del modelo por parte de la Entidad Territorial a partir de la definición de sus prioridades en salud, y articulación con los demás actores del sistema. El Ministerio de salud ha realizado las siguientes actividades en el desarrollo de esta fase desde noviembre de 2016:

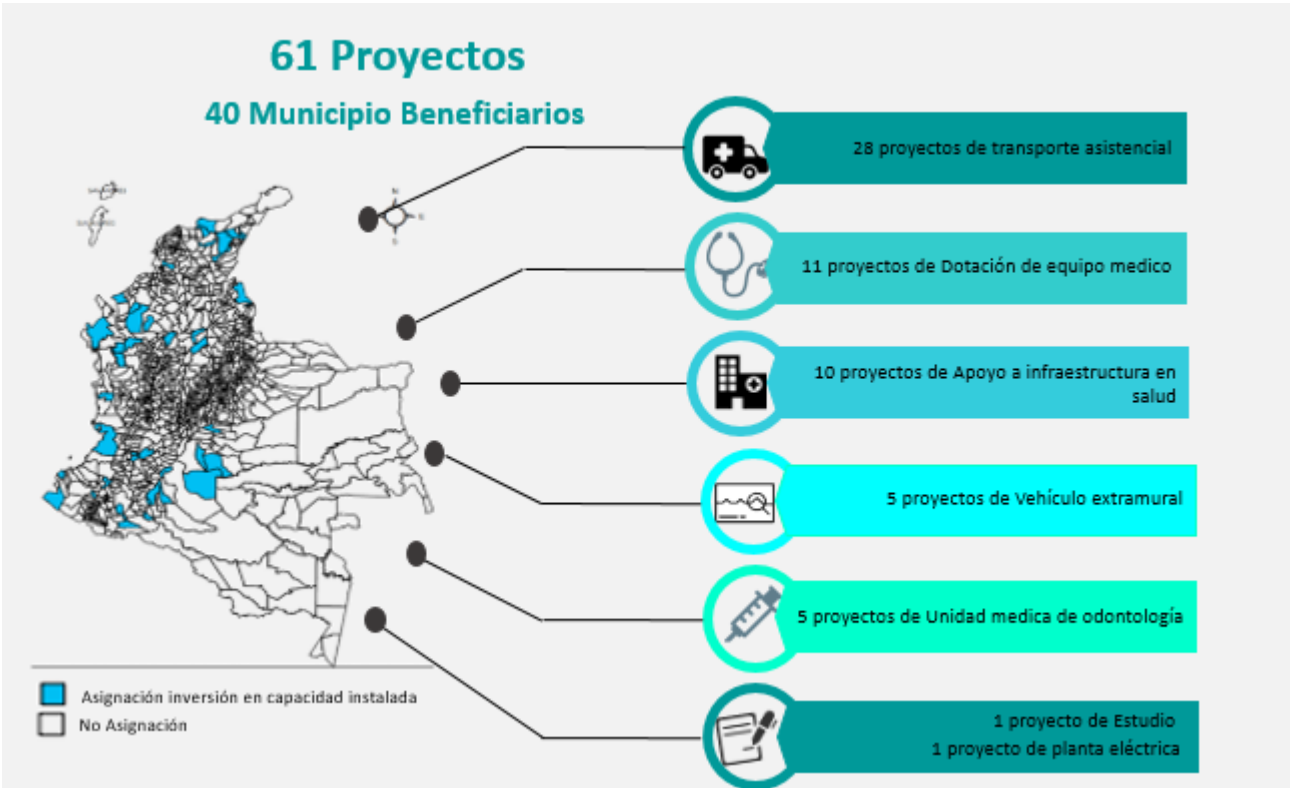


Fase Operativa: esta fase tiene como resultado la caracterización de la población por parte de las EAPB, la implementación de las rutas obligatorias y priorizadas para el territorio, fortalecimiento de la capacidad resolutoria del prestador primario (equipos extramurales, telesalud, especialidades básicas, gestores en salud), y el desarrollo del recurso del talento humano. Lo siguiente es el avance a la fecha del desarrollo de esta fase:



• **Centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET**

Si bien el Plan Nacional de Salud Rural está en proceso de formulación, el Ministerio ha venido adelantando **respuestas concretas que tienen como objeto el fortalecimiento de la oferta de servicios a través de transferencias de recursos**. Entre el año 2017 y lo corrido de este año se han transferidos recursos desde la Nación a 61 proyectos que han tenido como objeto la adquisición de ambulancias, dotación e infraestructura de los hospitales de 40 municipios de los 170 priorizados en los PDET.



Dentro del marco de los compromisos derivados del Plan Marco de Implementación, esta acción contribuye al producto **centros y puestos de salud con capacidad resolutive, articulados en redes integrales de prestación de servicios en el marco de la Política de Atención Integral de Salud y demás normatividad vigente**. Estos recursos fueron girados a 9 Entidades Territoriales

Alcaldía Municipal De Morelia	Alcaldía Municipal De Medio Baudó
Alcaldía Municipal De Riosucio	Alcaldía Municipal De Algeciras
Gobernación Del Magdalena-Secretaría Seccional De Salud Del Magdalena	Alcaldía Municipal De Tierralta-Secretaría De Salud
Alcaldía Municipal De Mosquera	
Gobernación De Putumayo - Secretaria Departamental De Salud	Gobernación De Putumayo - Secretaría Departamental De Salud
Secretaria Distrital De Salud De Buenaventura	

y 35 Empresas Sociales del Estado:

E.S.E. Fabio Jaramillo Londoño - Centro De Salud Solita	E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Perpetuo Socorro
E.S.E. Hospital San Bartolomé	E.S.E. Hospital San Sebastián De Urabá
E.S.E. Hospital Atrato Medio Antioqueño	E.S.E. Hospital Héctor Abad Gomez
E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen	E.S.E. Hospital Local San Pablo
E.S.E. Hospital Luis Ablanque De La Plata	E.S.E. Sor Teresa Adele
E.S.E. Hospital Comunal Las Malvinas	E.S.E. Hospital María Inmaculada
E.S.E. Norte 2 - Sede Corinto	E.S.E. Hospital San Juan De Dios De Anorí
E.S.E. Hospital Nivel I El Bordo	E.S.E. Cxayu´Ce Jxut
E.S.E. Hospital El Socorro	E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza

E.S.E. Camu Divino Niño	E.S.E. Hospital San José
E.S.E. Hospital Sagrado Corazón De Jesús	E.S.E. Hospital San Agustín De Fonseca
E.S.E. Hospital San Rafael Nivel II	E.S.E. Hospital San Cristóbal De Ciénaga
E.S.E. Centro De Salud Paz Del Rio	E.S.E. Alejandro Prospero Reverend
E.S.E Hospital Municipal De Acacias	E.S.E. Solución Salud
E.S.E. Centro De Salud Policarpa	E.S.E Centro Hospital Divino Niño
E.S.E. Hospital Regional Norte	E.S.E. Hospital José María Hernández
E.S.E. Hospital Alcides Jimenez	E.S.E Hospital Centro De Planadas
E.S.E. Hospital Luis Ablanque De La Plata	



¿Quiénes se han beneficiado?

El Plan Nacional de Salud Rural, a través de su componente estratégico tiene como objetivo beneficiar a más de 9 millones de colombianos ubicados en los ámbitos rurales y rurales dispersos del territorio nacional, incluyendo población Indígena, Campesina, Afrocolombiana, Raizal, y Palenquera.



¿Quiénes han participado en esta acción y cómo hemos promovido el control social?

- **Formulación del Plan Nacional de Salud Rural.**

La participación activa de la ciudadanía en la implementación del Acuerdo Final además de una garantía de transparencia, garantiza la territorialización de los diferentes planes y programas, al reconocer la necesidad, características y particularidades de los territorios. El Plan Nacional de Salud Rural –PNSR, no es ajeno a este proceso, por lo que reconoce como un eje transversal para su implementación la participación de la ciudadanía.

- **Diagnóstico participativo de la prestación de servicios y capacidad instalada (infraestructura y dotación), en zonas rurales dispersas, y del Diagnóstico institucional de la prestación de servicios y capacidad instalada (infraestructura y dotación) para zonas dispersa**

La formulación del documento “*Dimensionamiento de las necesidades de prestación de servicios y capacidad instalada (infraestructura y dotación) para fortalecer la atención en salud en los municipios posconflicto*” contó dentro de su diseño metodológico con la definición de un componente participativo. En efecto, se partió de la necesidad de contar con la participación de la comunidad en el proceso de definición de las necesidades de prestación de servicios y de capacidad instalada (infraestructura y dotación) en las zonas rurales dispersas, para lo cual dentro de los lineamientos planteados se enfatiza la “Consolidación del diagnóstico participativo, contando como

mínimo con el trámite de presentación ante los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS)". Este proceso se llevó a cabo en 50 CTSSS ubicados en los departamentos de Arauca, Cauca, Chocó, Guaviare y Tolima.



¿En qué territorios hemos desarrollado la acción?

- **Diagnóstico participativo de la prestación de servicios y capacidad instalada (infraestructura y dotación), en zonas rurales dispersas, y del Diagnóstico institucional de la prestación de servicios y capacidad instalada (infraestructura y dotación) para zonas dispersa**

Como ya se aclaró anteriormente, la primera versión del diagnóstico participativo del dimensionamiento de la capacidad instalada se desarrolló meses antes de la firma del Acuerdo Final, en el que participaron los siguientes departamentos: Antioquia, Arauca, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Guaviare, La Guajira, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo y Tolima. Para la segunda versión del documento participan los 19 departamentos PDET Antioquia, Arauca, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Sucre Tolima y Valle del Cauca.

- **Creación e Implementación del Modelo especial de salud pública para zonas rurales**

Por otro lado, la implementación del modelo especial de salud pública se ha iniciado en la totalidad de los departamentos priorizados en por el Plan Nacional de Salud Rural, encontrándose en fase de alistamiento Amazonas, Antioquia, Arauca, Caquetá, Cesar, Córdoba, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Sucre, Valle del Cauca y Vaupés. Y en fase de operación Cauca, Chocó, Guainía, Guajira y Tolima.

- **Centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET**

Fueron objeto de la transferencia de recursos de la Nación los siguientes municipios:

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Antioquia	Anorí	Córdoba	Puerto Libertador
Antioquia	Dabeiba	Córdoba	Tierralta
Antioquia	Murindó	Córdoba	Valencia
Antioquia	Necoclí	Huila	Algeciras
Antioquia	Vigía Del Fuerte	La Guajira	Fonseca
Antioquia	Yondo	La Guajira	San Juan Del Cesar
Bolívar	El Carmen De Bolívar	Magdalena	Ciénaga
Bolívar	San Pablo	Magdalena	Fundación
Buenaventura D.E.	Buenaventura	Magdalena	Santa Marta
Caquetá	El Doncello	Meta	Acacías

Caquetá	Florencia	Meta	La Macarena
Caquetá	Morelia	Meta	Mesetas
Caquetá	Solita	Meta	Vista Hermosa
Cauca	Corinto	Nariño	Mosquera
Cauca	Patía	Nariño	Policarpa
Cauca	Patía	Nariño	Tumaco
Cauca	Toribio	Norte De Santander	Tibu
Cesar	San Diego	Putumayo	Mocoa
Cesar	Valledupar	Putumayo	Puerto Caicedo
Chocó	Medio Baudó	Tolima	Planadas
Chocó	Riosucio	Valle Del Cauca	Buenaventura

*Acción 2.***Salud Para la Paz, Fortaleciendo comunidades****Compromiso
que atiende:**

Acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades, en especial los grupos y personas en condiciones de vulnerabilidad, fortalecer la infraestructura y la calidad de la red pública en las zonas rurales y mejorar la oportunidad y la pertinencia de la prestación del servicio. Se creará e implementará el Plan Nacional de Salud Rural.

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR
Talento humano en salud con las competencias requeridas (según el componente primario o complementario) disponible en zonas rurales en el marco del MIAS	Porcentaje de IPS con personal calificado, con permanencia y adecuado a la oferta local en municipios PDET
Modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas	Porcentaje de territorios definidos en el respectivo plan con modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas
Modelo especial de salud pública para zonas rurales	Porcentaje de territorios definidos en el respectivo plan con modelo especial de salud pública para zonas rurales

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2018	1. Fortalecimiento institucional para el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud-APS 2. Desarrollo de una estrategia extramural e intercultural de APS 3. Entrenamiento de líderes comunitarios, como auxiliares de salud pública 4. Estrategia de vigilancia de base comunitaria



¿Cómo lo hemos hecho?

El proyecto Salud para la Paz, Fortaleciendo Comunidades es una iniciativa del Ministerio de Salud con el apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) que busca el **desarrollo de capacidades locales para la promoción y garantía del derecho a la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva (SSR), salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), salud infantil y desnutrición** en 25 municipios y 14 departamentos donde se ubican los 26 Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación ETCR).

A la fecha se han cumplido cinco meses de intervención del proyecto, el cual se ha desarrollado a través de 3 componentes y arrojado los siguientes resultados:

- **Fortalecimiento institucional para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud**

Este componente es ejecutado por la OPS y UNFPA y busca implementar estrategias basadas en la evidencia, desde un enfoque intercultural de atención primaria en salud que mejoren la calidad, la aceptabilidad y el acceso a servicios prioritarios de salud de la población beneficiaria, con énfasis en salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas - SPA, salud sexual y reproductiva y atención de las enfermedades prevalentes de la infancia y salud nutricional.

Para el efecto se ha capacitado a **270 profesionales** de la salud de las Secretarías de Salud Departamentales y los hospitales locales de primer nivel de los 25 municipios y a líderes comunitarios del área rural en temas de derechos sexuales y reproductivos, prácticas obstétricas que salvan vidas, métodos anticonceptivos, prevención del embarazo en adolescencia, violencia sexual, interrupción voluntaria del embarazo, salud nutricional e infancia, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

Capacitación a **47 profesionales de la salud de los hospitales locales en AIEPI Clínico**, en estrategia nacional de reducción de anemia, fortificación casera con micronutrientes y manejo de desnutrición aguda; adicionalmente, Capacitación **a 48 profesionales de la salud de los hospitales locales en salud mental y prevención de consumo de sustancias psicoactivas**.

Además, para la atención de mujeres y niños del área rural se han entregado a los hospitales los siguientes insumos: trajes antichoque para prevenir las hemorragias posparto, métodos anticonceptivos, kit de exposición a violencia sexual, dotación de unidades de atención Integral Comunitarias en los 25 municipios con el fin de atender niños con enfermedad diarreica y enfermedad respiratoria aguda.

- **Desarrollo de una estrategia extramural e intercultural de APS y el entrenamiento de líderes comunitarios, como auxiliares de salud pública.**

Este componente es ejecutado por la OIM y se propone implementar en cada municipio que alberga un ETCR un programa extramural e intercultural de Atención Primaria en Salud liderado por una enfermera profesional y dos líderes comunitarios (campesinos o indígenas, según sea el caso).

Este equipo extramural apoyará los equipos extramurales de las IPS de los municipios en actividades de atención primaria en salud ajustadas a las condiciones socioculturales de cada municipio, desde los enfoques de determinantes, de género y de derechos, para promover el derecho a la salud.

En el primer trimestre de ejecución del proyecto se han realizado acciones encaminadas a la formación de 50 líderes comunitarios como auxiliares de salud pública para el fortalecimiento de los equipos extramurales de los hospitales locales, a la formación de 44 líderes comunitarios en el curso Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI comunitario), el desarrollo de actividades extramurales en las comunidades de Ituango, Mesetas, Macarena, Vista Hermosa, la caracterización de las veredas seleccionadas para intervención y la contratación de 26 Enfermeras una en cada municipio donde se encuentran los ETCR que cumplen funciones de acercamiento a las comunidades y apoyo a la gestión de los habitantes.

- **Estrategia de Vigilancia epidemiológica de base comunitaria.**

Este componente incluye la concertación de una estrategia de vigilancia de base comunitaria, con enfoque intercultural, su ejecución es liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual ha avanzado en la construcción de la estrategia de vigilancia en salud pública de base comunitaria y la encuesta de percepción de acceso a los servicios de salud.



¿Quiénes se han beneficiado?

Tras la ejecución total del proyecto Salud para la paz, Fortaleciendo comunidades se beneficiarán:



¿Quiénes han participado en esta acción y cómo hemos promovido el control social?

El proyecto liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuenta con la participación desde la construcción y en la ejecución de UNFPA, OIM y OPS/OMS; participan además las Secretarías municipales y departamentales de salud quienes interactúan para generar atenciones extramurales en la población del municipio. Participan la población de la zona rural y la población del ETCR. Se ha vinculado a otras instituciones como Fundaciones sin ánimo de lucro, otras agencias de Naciones Unidas y la sociedad civil.



¿En qué territorios hemos desarrollado la acción?

El proyecto se está ejecutando en la totalidad de los municipios donde se encuentran ubicados los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación, 14 departamentos – 25 municipios – 26 ETCR

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Antioquia	Ituango
Antioquia	Vigía del Fuerte
Antioquia	Remedios
Antioquia	Anorí
Antioquia	Dabeiba
Arauca	Arauquita
Meta	Mesetas
Meta	Macarena
Meta	Vista Hermosa
Chocó	Riosucio
Guaviare	San José del Guaviare
Norte de Santander	Tibú
Cauca	Caldono
Cauca	Buenos Aires
Cauca	Miranda
Nariño	Policarpa
Nariño	Tumaco
Tolima	Icononzo
Tolima	Planadas
Putumayo	Puerto Asís
Córdoba	Tierra Alta
Caquetá	Montañita
Caquetá	San Vicente del Caguán
Cesar	La Paz
Guajira	Fonseca



Punto 3 del Acuerdo

Fin de Conflicto:

3.2 Reincorporación de las FARC-EP a la vida civil - en lo económico, lo social y lo político – de acuerdo con sus intereses

Reincorporación de las FARC-EP a la vida civil - en lo económico, lo social y lo político – de acuerdo con sus intereses

Acción 1.

Atención a enfermedades de alto costo y rehabilitación de lesiones derivadas del conflicto

Compromiso que atiende:

Establecer, excepcionalmente, para enfermedades graves de alto costo, y para la rehabilitación de lesiones derivadas del conflicto, un sistema especial con la cooperación nacional e internacional, en el marco del CNR, para su atención durante 36 meses.

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR
Recursos de cooperación internacional no reembolsable y de instituciones no gubernamentales para el programa de atención especial para lisiados del conflicto con incapacidad permanente y adultos mayores	Recursos de cooperación internacional no reembolsable y de instituciones no gubernamentales para el programa de atención especial para lisiados del conflicto con incapacidad permanente y adultos mayores, gestionados en especial en los primeros 36 meses
Atención a enfermedades de alto costo y rehabilitación de lesiones derivadas del conflicto	Porcentaje de integrantes de las FARC-EP acreditados, con enfermedades de alto costo y/o lesiones derivadas del conflicto, que

	acceden a la ruta integral de atención (RIA) correspondiente Proyectos
Atención a enfermedades de alto costo y rehabilitación de lesiones derivadas del conflicto	Proyecto(s) de cooperación para cubrir los costos que excepcionalmente se generen de la atención de enfermedades de alto costo y/o lesiones derivadas del conflicto de los miembros acreditados de las FARC-EP, presentados en especial en los primeros 36 meses.

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2018	1. Formulación del proyecto de rehabilitación funcional dirigida a la cooperación internacional 2. Elaboración de la estrategia de captura de información primaria encaminada a identificar posibles necesidades procesos de rehabilitación funcional en los ETCR.



¿Cómo lo hemos hecho?

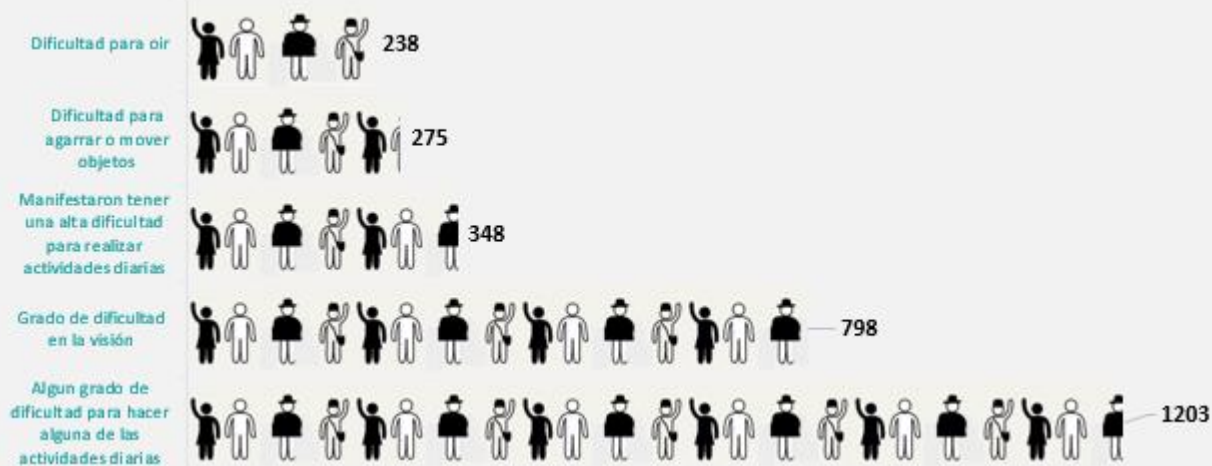
A través del proceso de aseguramiento de la población en proceso de reincorporación se ha ido garantizando el acceso a salud de los pacientes que presentan enfermedades de alto costo. En efecto, a la fecha de los miembros de las FARC EP reincorporados afiliados y, tan sólo a través de la Nueva EPS, el principal (pero no exclusivo) asegurador de esta población, se han autorizado 94 procedimientos a pacientes oncológicos.

Lo anterior se ha complementado con esfuerzos para la consecución de recursos adicionales que permitan atender la demanda de rehabilitación física y mental de aquellos que presentan alguna discapacidad. Para tal efecto:

- (i) Se ha desarrollado una propuesta de proyecto de rehabilitación funcional dirigida a la cooperación internacional toda vez que, como se establece en el Acuerdo Final se **requiere un esfuerzo financiero conjunto entre Gobierno y cooperantes para materializar el acceso integral a servicios de salud de esta población**. Ello en el entendido que existe una significativa demanda de servicios de rehabilitación y de

que sus costos son altos, más aún si se tiene en cuenta que la mayoría de la población se ubica en zonas dispersas del país y de difícil acceso.

- (ii) Se ha presentado dicha propuesta, entre otras, ante una mesa de cooperantes facilitada por la Misión de Verificación de la ONU y, a raíz de ello, se ha elaborado una nota conceptual a ser presentada al Fondo Multidonante de las Naciones Unidas
- (iii) Se ha elaborado junto con la ARN ***una estrategia de captura de información primaria encaminada a identificar posibles necesidades procesos de rehabilitación funcional en los ETCR.*** Dados los altos flujos demográficos de la población reincorporada se identificó la necesidad de captar información sobre el número, la ubicación, documento de identidad y morbilidad sentida de las personas que manifiestan tener discapacidad. La matriz ya se está aplicando en los ETCR y sirve de base para trazar una hoja de ruta para futuras acciones de atención a la población con discapacidad, a la fecha se han encuestados 2956 miembros de las FARC en proceso de reincorporación obteniendo los siguientes resultados:



- (iv) Paralelamente, se ha solicitado a los equipos de salud y de la ARN desplegados en los ETCR hacer un seguimiento especial a las personas con discapacidad y, canalizar y dar inicio al proceso diagnóstico y de atención de esta población en los casos en que esto no haya ocurrido ya.



¿Quiénes se beneficiarán?

Se verán beneficiados directamente población reincorporada con discapacidad e indirectamente, personas con lesiones derivadas del conflicto y demás habitantes que requieran rehabilitación funcional que vivan en los sectores donde se ubicarán servicios comunitarios de rehabilitación.



¿Cómo tenemos previsto promover el control social?

El fomento del control social frente al desarrollo de las dos primeras actividades se ha realizado a través de los siguientes espacios:

(i) **Consejo Nacional de Reincorporación -CNR:**

(ii) **Mesa técnica de salud del CNR:**

(iii) En un ejercicio conjunto con la ARN, se están realizando **encuentros regionales con beneficiarios, EPS, IPS y la Supersalud como mecanismo para fomentar el conocimiento sobre derechos y deberes de los (nuevos) usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**



¿En qué territorios vamos a desarrollar la acción?

El seguimiento a las personas en proceso de reincorporación en condición de discapacidad, se está realizando a nivel nacional, priorizándose en los ETCR ubicados en los siguientes territorios:

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VEREDA
Antioquia	Dabeiba	Vereda Llano Grande
Antioquia	Anorí	Vereda La Plancha
Antioquia	Ituango	Vereda Santa Lucia
Antioquia	Remedios	Vereda Carrizal
Antioquia	Vigía Del Fuerte	Vereda Vidri
Arauca	Arauquita	Vereda De Filipinas
Caquetá	La Montañita	Vereda Agua Bonita
Caquetá	San Vicente Del Caguán	Vereda Mira Valle
Cauca	Buenos Aires	Vereda El Ceral/La Elvira
Cauca	Caldono	Vereda San Antonio De Los Monos
Cauca	Miranda	Vereda Monteredondo
Cesar	La Paz	Vereda San José De Oriente
Choco	Riosucio	Vereda Brisas/La Florida
Córdoba	Tierralta	Vereda Gallo
Guaviare	El Retorno	Vereda La Colinas
Guaviare	San José Del Guaviare	Vereda De Charras
Meta	La Macarena	Vereda La Yará
Meta	Mesetas	Vereda La Guajira
Meta	Vistahermosa	Vereda La Reforma/La Cooperativa
Nariño	Policarpa	Vereda Betania

Nariño	Tumaco	Vereda La Playa
Norte De Santander	Tibú	Vereda Caño Indio
Putumayo	Puerto Asís	Vereda La Pradera / La Carmelita
Tolima	Planadas	Vereda El Oso
Tolima	Icononzo	Vereda La Fila



Punto 4 del Acuerdo

Solución al Problema de las Drogas Ilícitas:

4.1 Programas de sustitución de cultivos de uso ilícito. Planes integrales de desarrollo con participación de las comunidades — hombres y mujeres— en el diseño, ejecución y evaluación de los programas de sustitución y recuperación ambiental de las áreas afectadas por dichos cultivos

Generar condiciones materiales e inmateriales de bienestar y buen vivir para las poblaciones afectadas por cultivos de uso ilícito, en particular para las comunidades campesinas en situación de pobreza que en la actualidad derivan su subsistencia de esos cultivos, y de esa manera encontrar también una solución sostenible y definitiva al problema de los cultivos de uso ilícito y a todos los problemas asociados a ellos en el territorio, el Gobierno Nacional creará y pondrá en marcha un nuevo Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS)

Acción 1.

Brigadas de atención básica en salud

Compromiso que atiende:

Se promoverá la realización de **brigadas de atención básica en salud**, sin perjuicio de lo establecido en el subpunto 1.3.2.1. “Plan Nacional de Salud Rural”.

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR
Brigadas de atención básica en salud	Porcentaje de territorios afectados por cultivos de uso ilícito con brigadas de salud realizadas a solicitud



¿Cómo lo hemos hecho?

Las brigadas de atención básica en salud, tienen como objetivo contribuir a la creación y garantía de condiciones de vida digna y de trabajo **para el bienestar y el buen vivir** y son acciones que deben desarrollarse con las comunidades que se acogen al Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícitos – PNIS.

Las brigadas de atención básica en salud son actividades que hacen parte de los Planes de Atención Inmediata – PAI comunitario, de los Planes integrales de Sustitución y Desarrollo Alternativo – PISDA. Las acciones que comprenden los PAI comunitario son concertados, a través de asambleas, con las comunidades de municipios afectados por cultivos de uso ilícito, por los equipos regionales de la Dirección para la Sustitución de Cultivos Ilícitos – DSCI, de la Alta Consejería Presidencial para el Postconflicto. A través de estos espacios de concertación las comunidades establecerán cuáles son sus prioridades en salud, para ser atendidas a través de las brigadas.

La Dirección para la Sustitución de Cultivos Ilícitos, elaboró el protocolo de implementación del Plan de Atención Inmediata – PAI – comunitario. En cumplimiento de este protocolo, se ha avanzado en los siguientes documentos: (i) un flujograma, que se encuentra en revisión y ajuste; (ii) matriz de oferta institucional en cuanto a los servicios que incluye para las brigadas de salud; y (iii) un documento con la información a recopilar con las entidades territoriales y las comunidades, en las asambleas comunitarias acerca de la situación de salud, prioridades de atención, prácticas sanitarias, factores de riesgo, barreras de acceso, entre otros.

A la fecha de este informe, **el Ministerio de Salud y Protección Social no ha recibido solicitudes de brigadas por parte de las comunidades**. Una vez se realicen estas solicitudes, se gestionará conjuntamente con los actores del Sistema de Salud la realización de las mismas, para dar respuestas a las prioridades de atención en salud identificadas por las comunidades en los Planes de Acción Inmediata - PAI comunitario.

Por lo tanto, **las metas de cobertura anual** de brigadas de atención básica en salud para los años 2018 y 2019, se programaran conforme a las solicitudes que realicen las comunidades, en coordinación con los equipos regionales de la Dirección para la Sustitución de Cultivos Ilícitos – DSCI y las Direcciones Territoriales de Salud, Municipal y Departamental, entidades corresponsables en

la realización de esta acción, junto con las instituciones Prestadoras de Servicios –IPS, y las Empresas Promotoras de Salud –EPS, presentes en los territorios.



¿Quiénes se beneficiarán?

Los beneficiarios de las brigadas de salud serán las personas, familias y comunidades (niños, niñas, adolescentes, mujeres, pueblos indígenas, Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, personas LGBTI, personas con discapacidad) de los territorios donde se implementen Planes de Atención Inmediata PAI- comunitario, de los Planes Integrales Comunitarios y Municipales de Sustitución y Desarrollo Alternativo – PISDA.



¿Cómo tenemos previsto promover el control social?

El control social a las brigadas de salud se promoverá a través la Rendición Pública de Cuentas, espacio a través del cual la comunidad podrá realizar peticiones de información y explicaciones de los resultados a la gestión realizada, tanto a las secretarías municipales y departamentales de salud como al Ministerio de Salud y Protección.



¿En qué territorios vamos a desarrollar la acción?

Los municipios previstos durante el año 2018 para la realización de brigadas de salud son:

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Antioquia	Briceño
Arauca	Arauquita
Caquetá	La montaña
Caquetá	Puerto Rico
Guaviare	San José del Guaviare
Meta	La Uribe
Nariño	Tumaco
Norte de Santander	Tibú
Putumayo	Puerto Asís

Los municipios previstos durante el año 2019 para la realización de brigadas de salud son:

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Antioquia	Taraza	Meta	Puerto Concordia
Antioquia	Cáceres	Meta	Puerto Rico
Antioquia	Anorí	Meta	Mesetas
Bolívar	Cantagallo	Meta	Vista Hermosa
Bolívar	Santa Rosa del Sur	Norte de Santander	Sardinata
Caquetá	Belén de los Andaquíes	Putumayo	Orito
Caquetá	Cartagena del Chairá	Putumayo	Mocoa
Caquetá	Curillo	Putumayo	Puerto Caicedo
Caquetá	El Doncello	Putumayo	Puerto Guzman
Caquetá	EL Paujil	Putumayo	Puerto Leguízamo
Caquetá	San José del Fragua	Putumayo	San Miguel
Caquetá	San Vicente del Caguán	Putumayo	Valle del Gaumuez
Cauca	Miranda	Putumayo	Villagarzón
Cauca	EL Tambo	Valle del Cauca	Dovio
Cauca	Argelia	Valle del Cauca	Bolívar
Cauca	Piamonte	Valle del Cauca	Dagua
Guaviare	Calamar	Vichada	Cumaribo
Guaviare	El Retorno	Vichada	Guerima
Guaviare	Miraflores		
Meta	La Macarena		
Meta	Mapiripan		

4.2 Programas de prevención del consumo y salud pública

Trabajar conjuntamente entre las autoridades, la comunidad y la familia en torno a una política frente al no consumo de drogas ilícitas: promoción en salud, prevención, atención integral e inclusión social, con especial énfasis en niños, niñas y adolescentes y que incluya el fortalecimiento de las capacidades, tanto nacionales como territoriales.

Acción 1.

Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas

**Compromiso
que atiende:**

Crear el Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas como una instancia de alto nivel, para articular las instituciones con competencia en la materia y coordinar un proceso participativo de revisión, ajuste y puesta en marcha de la política frente al consumo.

Proceso participativo para la revisión y ajuste de la política frente al consumo de drogas ilícitas.

Planes de acción participativos con enfoque territorial y poblacional.

Sistema de seguimiento de las acciones territoriales que se adelantan en el tema de consumo de drogas ilícitas

Generación de conocimiento en materia de consumo de drogas ilícitas

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR
Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas	Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas creado y en funcionamiento
Poner en marcha el proceso participativo para la revisión y ajuste de la política frente al consumo de drogas ilícitas	Documento de Política frente al consumo de drogas ilícitas actualizada, con participación de la comunidad
Planes de acción departamentales que incluyen acciones frente a la prevención del consumo, con enfoque de género	Porcentaje de departamentos acompañados en la formulación y ejecución plena de planes departamentales para la promoción de la salud, prevención, atención del consumo de sustancias psicoactivas
Sistema de seguimiento de las acciones territoriales que se adelantan en el tema de consumo de drogas ilícitas	Sistema de seguimiento de las acciones territoriales que se adelantan en el tema de consumo, diseñado y en funcionamiento
Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia para la generación de conocimiento en materia de consumo de drogas ilícitas	Documento con estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, elaborado
Lineamientos de tratamiento con enfoque de género, incluyendo población LGBTI, dentro del Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo	Lineamientos de tratamiento con enfoque de género, incluyendo población LGBTI, dentro del Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de

de Drogas Ilícitas, que permitan disminuir las brechas de acceso al sistema de salud, elaborados

Drogas Ilícitas, que permitan disminuir las brechas de acceso al sistema de salud, elaborados.

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2017	1. Consolidación de condiciones intersectoriales. 2. Proceso de planeación participativa para la construcción del Plan Distrital de drogas de Buenaventura 3. Generación de conocimiento en materia de consumo de sustancias psicoactivas.
2018	1. Consolidación de condiciones intersectoriales. 2. Gestión para creación de la instancia de alto nivel. 3. Formulación de la Ruta metodológica para la puesta en marcha del proceso de revisión de la política pública frente al consumo de sustancias psicoactivas 4. Generación de conocimiento en materia de consumo de sustancias psicoactivas.



¿Cómo lo hemos hecho?

El Ministerio de Salud y Protección Social, en el ámbito de sus competencias, ha avanzado en las siguientes acciones para el cumplimiento de los compromisos que se establecen en el componente de política Pública denominado **Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas** que se enmarca en el ámbito de “Programas de Prevención del Consumo y Salud Pública, del punto 4.2 del Acuerdo final.

De esta manera, para dar viabilidad técnica y operativa al compromiso relacionado con la Creación del Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas, como una instancia de alto nivel, que articule las instituciones con competencia en la materia y coordine un proceso participativo de revisión, ajuste y puesta en marcha de la política frente al consumo, desde el año 2017 a la fecha, se han privilegiado procesos de coordinación sectorial e intersectorial a través de la Comisión Técnica Nacional para la Reducción de la Demanda de Drogas. Esto ha permitido la consolidación de condiciones para el fortalecimiento de la respuesta estatal a los compromisos, relacionados con la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas tanto lícitas como ilícitas, como se enuncia a continuación.

- **Consolidación de condiciones intersectoriales.**

El grupo de instituciones que integran la Comisión Técnica Nacional para la Reducción de Demanda de Drogas, desarrolló durante el año 2017, bajo el liderazgo del Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Salud y Protección Social, las siguientes acciones para ***la consolidación de condiciones de articulación de instituciones con competencia en la materia y coordinar un proceso participativo de revisión, ajuste y puesta en marcha de la política frente al consumo***, objetivo que tiene la creación del Programa Nacional de intervención integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas, como instancia de alto nivel. Las acciones adelantadas son:

- (i) La Construcción del Plan de Acción 2017 – 2018, del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, con la participación de diferentes sectores e instituciones corresponsables de la prevención y atención del consumo. Este Plan de Acción parte del reconocimiento y apropiación de las disposiciones del Acuerdo Final e instrumentos internacionales.
- (ii) Construcción y validación de un modelo de gestión e implementación del Plan Nacional.
- (iii) Elaboración de batería de indicadores de gestión, resultados e impactos poblacionales, insumo para el monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan de Acción 2017 – 2018.

- **Gestión para creación de la instancia de alto nivel.**

Para la creación del Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas lícitas e ilícitas se han desarrollado las siguientes acciones:

- (i) Revisión del marco normativo nacional relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas, desde el año 1970 a la actualidad.
- (ii) Concertación de la ruta metodológica a seguir para la creación de la instancia de alto nivel, a través de la Comisión Técnica para la Reducción de la Demanda de Drogas, instancia que cumple funciones de articulación técnica en este proceso. La formulación de esta ruta responde, además, a la transversalización de la garantía de participación teniendo en cuenta el Sistema Integrado de Información para el posconflicto - Decreto 1829 del 7 de noviembre de 2017.
- (iii) Los ministerios de Salud y Protección Social y de Justicia y del Derechos se encuentran, actualmente, en procesos internos de consulta jurídica para la toma de decisión respecto a la figura jurídica y conformación de la alta instancia de alto nivel.
- (iv) Una vez surtido este proceso, se elaborará y presentará acto administrativo ante el Consejo Nacional de Estupefacientes para la creación del Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas, instancias que estará integrada por las cabezas de las entidades con competencia en el tema de reducción del consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas.

Propuesta construida en la Comisión técnica de reducción del consumo

Abril de 2018



- **Otros avances relacionados con los compromisos que hacen parte del punto**

Paralelo a las acciones adelantada para la creación del Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Justicia y del Derecho, ha adelantado acciones puntuales relacionadas con los siguientes compromisos:

Revisión y ajuste participativo de la política pública frente al consumo de drogas. Para el avance en el cumplimiento de este compromiso, se concertó, a través de la Comisión Técnica Nacional para la Reducción de la Demanda de Drogas, **la ruta metodológica para la puesta en marcha del proceso de revisión de la política pública frente al consumo de sustancias psicoactivas** que contará con las siguientes fases: (i) Alistamiento y diseño metodológico del proceso de actualización de la política (fase ya evacuada), (ii) Elaboración de documento de referencia de la Política para revisión y ajuste participativo; (iii) Realización de espacios deliberativos de revisión y ajuste, nacional y territorial, del documento de la política con participación de la comunidad, (iv) Acto administrativo de adopción de la Política pública frente al consumo de sustancias psicoactivas.

Planes de acción participativos con enfoque territorial y poblacional. Al respecto, y por solicitud del territorio, se desarrolló el primer de proceso de planeación participativa para la construcción del Plan Distrital de drogas de Buenaventura.

Generación de conocimiento en materia de consumo de sustancias psicoactivas. En este compromiso se ha avanzado en lo relacionado a mecanismos de difusión de la información sobre el consumo para lo cual se han realizado, desde el año 2017 a la fecha, 13 conversatorios con los diferentes actores corresponsables e interesados en la reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Este es un espacio de diálogo abierto de diálogo de saberes, que tiene como objetivo fortalecer los procesos de prevención y atención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en los entornos familiar, educativo y comunitario, a partir de intervenciones de prevención y la

atención integral en salud, basadas en la evidencia desde un enfoque de derechos humanos y salud pública.

Formulación del ***Lineamientos de tratamiento con enfoque de género incluyendo población de orientación diversa (LGBTI), dentro del programa nacional de intervención integral frente al consumo de drogas ilícitas que permitan disminuir las brechas de acceso al sistema de salud*** el cual tiene como objetivo “El reconocimiento de las personas, familias y comunidades como sujetos titulares de derechos y centro de la atención integral en salud”. El documento preliminar se enfoca en el reconocimiento de las inequidades en salud asociadas al género y se encuentra en proceso de validación por otros sectores de interés.

Incidencia para el posicionamiento político y de política pública de los Principios. Con el objetivo de consolidar los principios del Acuerdo Final, como son los enfoques de derechos humanos, enfoque de salud pública y enfoque diferencial y de género, en el desarrollo e implementación de políticas pública, se han desarrollado las siguientes acciones:

- (i) Capacitación a los referentes departamentales de salud mental, convivencia y consumo de sustancias psicoactivas.
- (ii) Construcción del CONPES de salud mental bajo la orientación metodológica del Departamento Nacional de Planeación.
- (iii) Aportes en la construcción de la política de drogas, proceso liderado por la Vicepresidencia de la República y la Policía Nacional - Comité de revisión estratégica e innovación CREI.



¿Quiénes se han beneficiado?

Con la creación del Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas lícitas e Ilícitas, como instancia de alto nivel, se espera beneficiar a la totalidad de la población del territorio nacional.

A través de los conversatorios realizados, se han beneficiado 981 personas entre servidores públicos de entidades del orden nacional y territorial; profesionales en salud, trabajo social y personal administrativo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Empresas Promotoras de Salud- EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS (públicas y privados) y de organizaciones y fundaciones de la sociedad civil que trabajan en el tema; estudiantes e investigadores de universidades; investigadores de fundaciones privadas; jóvenes pertenecientes a barras de equipos de fútbol; personas consumidoras de sustancias psicoactivas y sus familias; y empresarios.

Conversatorios en prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas			
Año 2017	Tema		Participantes
Julio	Situación de consumo y sistemas de información		131

Agosto	Modelo de Atención en Salud y Ruta integral de atención a personas con trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas	129
30 de agosto	Regulación del uso médico y científico del cannabis en Colombia	160
Septiembre	Lineamientos de reducción de daños y riesgos para Población que se Inyecta Drogas	120
Septiembre	Estrategia Nacional de respuesta integral al consumo de alcohol	108
Noviembre	Guía de práctica clínica para la detección y tratamiento de abuso de alcohol	78
Noviembre	Síndrome de abstinencia neonatal y alcoholismo fetal	22
<i>Subtotal</i>		<i>748</i>
Enero	Censo de servicios de tratamiento	31
febrero	Marco regulatorio servicios de tratamiento	73
Marzo	Intercambio de experiencias en tratamiento	21
Marzo	Lineamientos nacionales de prevención del consumo de SPA	65
Abril	Consumo de sustancias psicoactivas y patología dual I	43
Mayo (9)	Consumo de sustancias psicoactivas y patología dual II	
<i>Subtotal</i>		<i>233</i>
Total 2017 y 2018		981



¿Quiénes han participado en esta acción y cómo hemos promovido el control social?

La Formulación del Plan Integral Distrital de Drogas del Distrito de Buenaventura contó con la participación de actores comunitarios e institucionales como son; Alcaldía, Secretaría de Gobierno y Seguridad Ciudadana, Secretaría de Salud, Secretaría de Convivencia para la Sociedad Civil, Enlaces Distrital Primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, Policía Nacional, Brigada Fluvial de Infantería de Marina No. 2, Fiscalía, Policía Judicial, y Procuraduría. De igual forma se destaca la presencia de ediles y representantes de la mesa del paro cívico.

El control social a la creación del Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas y los compromisos derivados de esta instancia de alto se promoverá a través de:

- (i) **Rendición Pública de Cuentas**, espacio a través del cual la comunidad podrá realizar peticiones de información y explicaciones de los resultados a la gestión realizada, tanto por el Ministerio de Salud y Protección como por las secretarías departamentales y municipales en lo concerniente a sus competencias.

- (ii) **Movilización y participación ciudadana**, orientada al seguimiento de las rutas técnicas, metodológicas y operativas diseñadas para la implementación de los compromisos, la asignación transparente, eficiente, eficaz y efectiva de recursos.



¿En qué territorios hemos desarrollado la acción?

En Buenaventura, el proceso de planeación participativa para la construcción del Plan Distrital de drogas (octubre de 2017).

En Bogotá DC., los conversatorios con instituciones, sociedad civil, familias y personas con consumo de sustancias psicoactivas.

26 Entidades territoriales: Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá DC, Boyacá, Bucaramanga, Buenaventura, Caldas, Casanare, Cesar, Guainía, Chocó, Cauca, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima, Valle y Vaupés, con referentes de salud mental, convivencia y consumo de sustancias psicoactivas, capacitados en el 2017, en enfoques de derechos humanos, salud pública, de género, y diferencial, durante Encuentro Nacional de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental.

Acción 2.

Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas Ilícitas

Compromiso que atiende:

Con el **objetivo de mejorar la atención a los consumidores y las consumidoras que requieran de tratamiento y rehabilitación de manera progresiva**, el Gobierno Nacional diseñará y pondrá en marcha un Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas Ilícitas que incluya acciones complementarias de rehabilitación e inserción social con enfoque de género.

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO

INDICADOR

Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas Ilícitas	Acto administrativo de creación del Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas Ilícitas expedido
Atención por consumo de sustancias ilícitas, desagregado por hombres y mujeres	Porcentaje de personas que reciben tratamiento por consumo de sustancias ilícitas

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2016	1. Personas atendidas por consumo de SPA
2017	1. Personas atendidas por consumo de SPA
2018	1. Diseño de la Ruta Metodológica para la puesta en marcha del proceso de revisión de la política pública frente al consumo de sustancias psicoactivas



¿Cómo lo hemos hecho?

Para avanzar en la materialización y garantía del derecho fundamental a la salud, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció, en el año 2016, la Política de Atención Integral en Salud - PAIS; esta Política busca mejorar las condiciones de la salud de la población y reducir la brechas territoriales y sociales existentes a través de regulación de las intervenciones que deben realizar, tanto los integrantes del sector salud como los otros sectores, con la participación de la comunidad, para la atención integral en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, así como para la intervención de los determinantes sociales de la salud.

El consumo de sustancias psicoactivas, desde un enfoque de derechos humanos y de salud pública, implica un abordaje integral e intersectorial, por lo cual el Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas Ilícitas, deberá dar respuesta no solo a las personas consumidoras de sustancias ilícitas, sino también a las consumidoras de sustancias lícitas. A su vez, en el ámbito del derecho a la salud y de atención integral, deberá abordar componentes de promoción, prevención, tratamiento, reducción de riesgos e inclusión social.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha avanzado en la concertación de una ruta metodológica a través de la Comisión Técnica Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, para la creación del Sistema Nacional a Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas (lícitas e ilícitas), con el objetivo ordenar las acciones individuales y colectivas ya

existentes, según lo establecido en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, el Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS, la Ruta Integral de Atención a personas con riesgo o consumo de sustancias psicoactivas, el Modelo de tratamiento basado en la evidencia, y el Modelo para jóvenes del Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente. Lo anterior, teniendo en cuenta la inclusión de acciones complementarias de rehabilitación e inserción social con enfoque de género

Paralelo al proceso de creación del Sistema Nacional a Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas (lícitas e ilícitas), el Ministerio de Salud y Protección Social ha avanzado en las siguientes acciones orientadas a la atención integral en salud a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas:

- Atención a hombres y mujeres con consumo de sustancias psicoactivas a través de los servicios de salud.
- Elaboración de la Ruta Integral de Atención en Salud relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos y adicciones debidos al uso de las mismas
- Elaboración del Modelo de tratamiento basado en la evidencia
- Construcción, validación y pilotaje del modelo de atención a los adolescentes del sistema de responsabilidad penal.
- Elaboración del Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas
- Asistencia técnica al talento humano de entidades territoriales para prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.
- Capacitación a líderes sociales, comunitarios, personas, familias y comunidades en Modelo de intervención integral en comunidad.



¿Quiénes se han beneficiado?

Personas atendidas por consumo de SPA	2016	2017
Número de mujeres	10.411	11.428
Número de hombres	28.337	32.408
<i>Total Personas atendidas</i>	<i>38.748</i>	<i>43.836</i>

Fuente: Registro Individual de prestaciones en salud. Consulta abril 2018

Atenciones realizadas por consumo de SPA	2016	2017
Atenciones en Mujeres	37.275	52.968
Atenciones en Hombres SPA	128.431	172.794
<i>Total Atenciones realizadas</i>	<i>165.706</i>	<i>225.762</i>

Fuente: Registro Individual de prestaciones en salud. Consulta abril 2018

30 profesionales de la salud formados en el modelo de atención y ruta integral de atención a trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y los lineamientos nacionales de prevención del consumo de sustancias psicoactivas – Virtual.

40 profesionales de la salud formados en el currículo universal de tratamiento que incluye el fortalecimiento de capacidades para la identificación, tamización, desarrollo de actividades de intervención breve, entrevista motivacional y gestión de casos en el marco del sistema de salud, en articulación con la Comisión Interamericana para el control y abuso de drogas CICAD.

200 profesionales de la Policía Nacional capacitados en la identificación de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y manejo de sobredosis.

1.586 profesionales del capacitados en Modelo de Atención Integral en Salud – MIAS, Ruta integral de atención en salud por consumo de sustancias psicoactivas y modelo de atención a los adolescentes del sistema de responsabilidad penal.

914 Líderes sociales, comunitarios, personas, familias y comunidades beneficiados con proyectos de intervenciones integrales para la reducción de riesgos y daños en Pereira, Dosquebradas, Cali, Cúcuta, Armenia, Bogotá en cooperación con Fondo Nacional de Estupefacientes.

2. 053 Líderes sociales, comunitarios, personas y familias beneficiados con el modelo de intervención integral en comunidad.



¿En qué territorios hemos desarrollado la acción?

Los proyectos de intervenciones integrales para la reducción de riesgos y daños por consumo de sustancias psicoactivas fueron desarrollados en las ciudades de Pereira, Dosquebradas, Cali, Cúcuta, Armenia y Bogotá.

Las capacitaciones en prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas dirigidas a los referentes de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas se desarrollaron en 28 Entidades Territoriales: Antioquia, Barranquilla, Bogotá DC, Bolívar, Boyacá, Caldas, Cartagena, Casanare, Cesar, Córdoba, Guajira, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Medellín, Norte de Santander, Pasto, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santander, Sucre, Tolima, Valle, Vaupés y Yopal.



Punto 5 del Acuerdo

Acuerdo sobre las Víctimas del Conflicto:

5.1 SIVJR

Reconocer a las víctimas como ciudadanos con derechos: A través del reconocimiento de que debe existir verdad plena sobre lo ocurrido; del reconocimiento de responsabilidad por parte de quienes participaron de manera directa o indirecta en el conflicto y se vieron involucrados de alguna manera en graves violaciones a los derechos humanos y graves infracciones al Derecho Internacional Humanitario; del principio de satisfacción de los derechos de las víctimas a la verdad, la justicia, la reparación y la no repetición, sobre la premisa de no intercambiar impunidades, teniendo en cuenta además los principios básicos de la Jurisdicción Especial para la Paz, entre los que se contempla que “deberá repararse el daño causado y restaurarse cuando sea posible”.

Acción 1.

Plan Nacional de Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición

Compromiso que atiende:

Aumentar la cobertura y elevar la calidad de las estrategias de rehabilitación comunitaria para la reconstrucción del tejido social

Ampliar la cobertura pública y despliegue territorial, y mejorar la calidad de la atención psicosocial para la recuperación emocional de las víctimas de acuerdo al daño específico que hayan padecido, entre ellas las afectaciones particulares de las víctimas de violencia sexual

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR
Estrategias móviles (unidades) para llegar a los lugares más apartados	Víctimas atendidas a través de estrategias móviles de rehabilitación psicosocial en los lugares más apartados
Centros locales de atención a víctimas	Centros regionales de atención a víctimas con acompañamiento psicosocial, en funcionamiento
Plan Nacional de Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición	Plan Nacional de Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición, implementado

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2017	1. Formulación del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición
2018	1. Formulación del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición



¿Cómo lo hemos hecho?

El Ministerio de Salud y Protección Social ha venido liderando la construcción del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición, en conjunto con la Unidad para las Víctimas, la Agencia para la Reincorporación y la Normalización –ARN, y el Centro Nacional de Memoria Histórica – CNMH, cuyo objetivo general consiste en: Contribuir a la construcción de convivencia, reconciliación y garantías de no repetición, a través de la rehabilitación psicosocial y la atención en salud física y mental de individuos, familias y comunidades afectadas por el conflicto

armado, conforme a lo definido en el Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera.

Las entidades involucradas decidieron incorporar en dicho plan, tanto las medidas de recuperación emocional a nivel individual a las que hace referencia el Acuerdo Final, así como lo mencionado frente a los componentes colectivo y comunitario, en sus tres líneas de estrategias, de la siguiente manera:

- **Ampliar la cobertura pública y despliegue territorial, y mejorar la calidad de la atención psicosocial para la recuperación emocional de las víctimas de acuerdo al daño específico que hayan padecido, entre ellas las afectaciones particulares de las víctimas de violencia sexual.**

El Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición incluye el enfoque diferencial y el enfoque de género que plantea un abordaje en el que se reconoce de manera diferenciada los efectos del conflicto armado en determinadas poblaciones como mujeres, hombres y personas con orientaciones sexuales o identidades de género no hegemónicas, que fueron víctimas de hechos como la violencia sexual. Particularmente el Plan establece que “se requiere adelantar medidas afirmativas que respondan a los impactos desproporcionados que ha tenido el conflicto armado en las mujeres, en particular la violencia sexual” tal y como se encuentra planteado en el Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera.

Adicional a lo anterior, la Línea 2 del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición responde al **Fortalecimiento de la Oferta de Atención Psicosocial y Salud Integral** con la que se pretende **reforzar los avances que como Estado se han dado en la atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado**, buscando ampliar la cobertura territorial y poblacional a los lugares más apartados del país y fortalecer la respuesta institucional frente al daño psicosocial generado por hechos victimizantes como la violencia sexual, conforme al anexo técnico desarrollado en el año 2017 en el marco de la Estrategia de Atención psicosocial del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI, es preciso apuntar que la competencia del Ministerio de Salud frente a esta línea estratégica está relacionada con la implementación del PAPSIVI.

Se debe de tener en cuenta, que el fortalecimiento propuesto para dar respuesta a lo definido en este punto del Acuerdo, consiste en llegar a las víctimas ubicadas en lugares apartados, se comprenderá como tal, aquellos municipios del estudio de suficiencia que utiliza el Ministerio para establecer la UPC diferencial, teniendo en cuenta que en ellos se ha valorado la mayor dificultad de acceso a los servicios de salud. Así las cosas, se dará cuenta de la atención recibida por las víctimas plenamente identificadas que residen en los lugares más apartados que sean priorizados para la implementación del Programa, conforme a los recursos presupuestales que se asignen para este propósito.

- **Estrategias de rehabilitación comunitaria para la construcción de tejido social**

Teniendo en cuenta que el Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición incorpora tanto las medidas de recuperación emocional individual como las comunitarias y colectivas, la tercera línea estratégica del Plan corresponde a ***Estrategias psicosociales para la convivencia, la reconciliación y la no repetición***, cuyo énfasis son los escenarios comunitarios con mayor afectación a causa del conflicto armado.

El Ministerio se encuentra desarrollando una Estrategia Comunitaria que responda al reconocimiento de la experiencia territorial, a manera de contribución a la construcción de una paz estable y duradera, de garantías de no repetición y procesos de reconciliación y convivencia sostenibles.

Las estrategias psicosociales comunitarias buscan convocar todos los grupos poblacionales presentes en el territorio, agrupados principalmente en población víctima del conflicto armado, población civil de los territorios priorizados, excombatientes de las FARC-EP u otros grupos, e integrantes activos y/o retirados de las Fuerzas Militares y de Policía, alrededor de procesos de construcción de paz, convivencia y reconciliación, basados en la interacción entre estos grupos, y no solo en el interior de los integrantes de cada uno de ellos, como ocurre actualmente. Con esto, se busca que, con el establecimiento de diálogos, acuerdos y relaciones de convivencia, se reduzca el riesgo de nuevos hechos de violencia social o política, contribuyendo a generar garantías de no repetición.

Así las cosas, se dará cuenta del desarrollo de esta estrategia de acuerdo con la priorización de los territorios y conforme a los recursos presupuestales que se asignen para este propósito.



¿Quiénes se han beneficiado?

La implementación del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición beneficiará a las víctimas ubicadas en lugares apartados y demás grupos poblacionales presentes en el territorio tales como sociedad civil, excombatientes de las FARC-EP u otros grupos, e integrantes activos y/o retirados de las Fuerzas Militares y de Policía. Más de 2,5 millones de víctimas que se estiman son objeto de atención psicosocial y a la fecha no han accedido al Papsivi, a los 10015 miembros de las FAR –EP en proceso de reincorporación, a las Fuerzas Militares y de Policía, y a la sociedad civil que resida en los territorios donde se adelantaran las diferentes acciones encaminadas en el proceso de reconciliación y no repetición.



¿Quiénes han participado en esta acción y cómo hemos promovido el control social?

El control social se podrá desarrollar en el marco de las mesas de participación efectiva de víctimas, constituidas según lo definido por la Ley 1448 de 2011, en las cuales se realiza el seguimiento a la implementación del PAPSIVI desde el nivel municipal hasta el nivel nacional. Adicionalmente, el MSPS ha promovido el desarrollo de un plenario nacional con líderes y lideresas representantes de las víctimas en donde se valoran los avances y cumplimiento de la implementación de la Estrategia de Atención Psicosocial del Programa.



¿En qué territorios hemos desarrollado la acción?

Cabe anotar que durante el proceso de implementación de la Estrategia de Atención psicosocial del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –, se ha llegado a las ciudades capitales y cabeceras municipales en donde se han identificado la mayor concentración de las víctimas del conflicto. La oferta de atención psicosocial del PAPSIVI se implementó durante el año 2017 en 29 entidades territoriales: Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Boyacá, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Choco, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Guainía, Huila, Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte De Santander, Putumayo, Quindío, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vaupés.

2.

Acciones que se derivan del cumplimiento de instrumentos normativos que se han expedido con posterioridad a la firma del Acuerdo de Paz

En esta sección encuentra la información sobre otras acciones que viene desarrollando esta entidad para dar cumplimiento a decretos o leyes que se han expedidos con posterioridad a la firma del Acuerdo de Paz, las cuales están organizadas por cada uno de los Puntos del Acuerdo: Fin de del Conflicto.



Punto 3 del Acuerdo

Fin de Conflicto:

3.1 Acuerdo sobre el cese al fuego y de hostilidades bilaterales y definitivas y dejación de las armas entre el Gobierno Nacional y las FARC-EP

Acuerdo sobre el cese al fuego y de hostilidades bilaterales y definitivas y dejación de las armas entre el Gobierno Nacional y las FARC-EP

Acción 1.

Proceso de aseguramiento y atención en salud a los miembros de las FARC -EP

Compromiso que atiende:

Poner en marcha medidas y actividades preparatorias para la reincorporación y otras actividades necesarias para facilitar el tránsito a la legalidad de las FARC-EP y para garantizar el bienestar en las ZVTN, hoy ETCR que pueden incluir entre otras, atención en salud, jornadas de cedulación y demás actividades de preparación para la reincorporación.

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2016	1. Afiliación de los miembros de las FARC EP al Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2. Atención en salud en los ETCR.
2017	1. Afiliación de los miembros de las FARC EP al Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2. Atención en salud en los ETCR. 3. Provisión directa de plazas del servicio social obligatorio a Zonas Transitorias de Normalización –ZVTN y Puntos Transitorios de Normalización –PTN
2018	1. Afiliación de los miembros de las FARC EP al Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2. Atención en salud en los ETCR.



¿Cómo lo hemos hecho?

Con el objetivo de garantizar las condiciones necesarias en el proceso de reincorporación a la vida civil de los miembros de las FARC –EP, el Ministerio de Salud ha desarrollado diferentes acciones con el fin **garantizar la prestación del servicio de salud** en las anteriormente denominadas Zonas Transitorias de Normalización -ZVTN y los Puntos Transitorios de Normalización –PTN, hoy conocidas como Espacios Territoriales de Reincorporación y Capacitación –ETCR, dentro de las que se encuentran el aseguramiento de esta población y la transferencia de recursos a las ESE de los municipios donde se ubican estos espacios, esto con el objeto de complementar las intervenciones que iniciaron a través del Fondo de Programas Especiales para la Paz.

- **Afiliación de los miembros de las FARC EP al Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

En aras de **garantizar el derecho fundamental a la salud** de la población en proceso de reincorporación, este Ministerio estableció las disposiciones relacionadas con el proceso de aseguramiento, incluyendo el reporte de información de esta población para su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, y el giro de recursos de UPC-S para su atención.

Para materializar la afiliación fue necesario desarrollar una normatividad especial con el fin de:

- (i) Permitir la afiliación expedita al régimen subsidiado desde diciembre de 2016 de población perteneciente a las FARC y a sus hijos menores de edad.
- (ii) Facilitar este proceso mediante la figura de listado censal y la asignación de códigos. Esto es importante pues se trataba inicialmente de una población que no había terminado de surtir el proceso de identificación (Cedulación).

A través del Decreto 1937 de 2016 se adicional el Capítulo 6 al Título 10 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en el que se dictan disposiciones frente a las reglas de afiliación de los miembros de las FARC-EP al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, el listado censal, el tratamiento de la información, la inscripción a la EPS, y el reconocimiento, liquidación y giro de la UPC a la EPS respectiva. Este decreto posteriormente fue modificado por el Decreto 294 de 2017.

Consecutivamente, a través de la Resolución 6057 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, modificada por las Resoluciones 310 y 1177 de 2017, se determinó la estructura de datos y los parámetros para el reporte del listado censal de los miembros de las FARC- EP, y el procedimiento para la liquidación y giro de los recursos por esta población.

El insumo de partida de este proceso fue el listado de los ex miembros de las FARC EP, el cual fue suministrado en el 2017 directamente por las FARC -EP a la Oficina del Alto Comisionado para la Paz – OACP; luego de lo cual, ésta remitió el listado a este Ministerio para proceder con la validación. Efectuadas las revisiones y validaciones, este Ministerio entregó la información a la NUEVA EPS, para que se procediera a la afiliación, y posteriormente se retroalimenta a la Oficina del Alto Comisionado para la Paz – OACP, para que ésta a su vez informara a cada afiliado.

La liquidación de recursos a favor de la NUEVA EPS por el aseguramiento en salud de esta población, se efectuó a través del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, hoy Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, con cargo a los recursos correspondientes para la financiación del régimen subsidiado, desde la expedición del Decreto 1937 de 2016 y hasta diciembre de 2017.

A partir de 2018, como parte del proceso de normalización de la atención en salud, se abrió la opción de libre elección de EPS de conformidad con la ubicación final de residencia de los excombatientes. Paralelamente, se estableció un mecanismo para la afiliación de familiares de los excombatientes y se realiza la actualización de la información en la BDUA de los excombatientes acreditados por la OACP, proceso que, a su vez, permitió la asignación de IPS primarias.

Registros liquidados UPC

Enero 2017

5090



Junio 2017

9645



Diciembre 2017

10295

Fuente. FOSYGA, hoy ADRES - Liquidación de recursos de UPC

Es importante señalar que el 4 de diciembre de 2017, se expidió el Decreto 2026 de 2017, el cual determina en el de su artículo 8, que el MSPS seguirá ejerciendo en los ahora denominados ETCR las funciones que venía desarrollando junto con el Fondo de Programas Especiales para la Paz. En el marco de este decreto, se expidió la Resolución 5271 de 2017, que permitió efectuar el proceso de actualización de la información de la ex miembros de las FARC-EP en la Base Única de Afiliados – BDUA, actividad que ejecutó en diciembre de 2017. Por tanto, conforme establece el artículo 4 de la citada resolución, desde el 1 de enero de 2018, el proceso de afiliación y reporte de novedades de los ex miembros de las FARC-EP, se podrá efectuar por la Agencia Colombiana para la Reintegración –ARN.

Cabe resaltar, que las más recientes modificaciones reglamentarias responden de forma paralela al cumplimiento al subpunto **3.2 Reincorporación de las FARC EP a la vida civil – económico, lo social y lo político – de acuerdo con sus intereses**, en lo relacionado con cubrir la seguridad social de los integrantes de las FARC acreditados y en proceso de reincorporación que no se encuentran vinculados a actividades remuneradas.

- **Atención en salud en los ETCR.**

Con el objetivo de **brindar atención en salud a miembros de las FARC –EP en proceso de reincorporación**, se giraron 2.683.577.000 de pesos entre 2016 y 2017 a 23 Empresas Sociales del Estado –ESE, ubicadas en los municipios donde los ahora denominados Espacios Territoriales de Reincorporación y Capacitación –ETCR, a través de los Decreto 4073 de 2016 y 1690 de 2017. Estos recursos fueron asignados a través de la cuenta transferencias corrientes, específicamente del programa Plan Nacional de Salud Rural a las siguientes ESE:

E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Perpetuo Socorro

E.S.E. Hospital San Juan De Dios

E.S.E. Hospital San Vicente De Paul

E.S.E. Hospital Atrato Medio Antioqueño

E.S.E. Moreno Y Clavijo

E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada

E.S.E. Hospital San Rafael

E.S.E. Norte 1

E.S.E. Popayán

E.S.E. Norte 2

E.S.E. Hospital Marino Zuleta Ramírez

E.S.E. Hospital Local Ismael Roldán Valencia
E.S.E. Hospital San José De Tierralta
E.S.E. Red De Salud De Primer Nivel Del Guaviare
E.S.E. Hospital San Agustín De Fonseca
E.S.E. Del Departamento Del Meta Solución Salud
E.S.E. Centro De Salud Policarpa
E.S.E. Centro Hospital Divino Niño
E.S.E. Hospital Regional Norte
E.S.E. Hospital Local De Puesto Asís
E.S.E. Hospital Centro Nivel I Planadas
E.S.E. Hospital San Juan De Dios De Anorí
E.S.E Hospital Sumapaz E.S.E.

Consecutivamente al desembolso de los recursos, el MSPS generó los lineamientos requeridos para la ejecución del presupuesto asignado, en los que se especificaron los siguientes componentes: contratación de talento humano en salud, adquisición de bienes y/o servicios necesarios para la logística requerida, y adquisición de dispositivos médicos y medicamentos.

En el desarrollo de las diferentes actividades relacionadas con la ejecución de estos recursos se han llevado a cabo a la fecha 55 brigadas de salud en 23 veredas, y 21 actividades relacionadas con el apoyo a la atención a través de la contratación de personal, traslado en ambulancia y adquisición de bienes y/o servicios en 8 veredas.

La ejecución de estos recursos ha contribuido a mejorar la calidad de vida de la población que reside en estos territorios, a través de la prestación de servicios de salud. Cabe resaltar que a la fecha aún se encuentran en proceso de ejecución estos recursos.

- **Provisión directa de plazas del servicio social obligatorio a Zonas Transitorias de Normalización –ZVTN y Puntos Transitorios de Normalización –PTN**

Bajo el marco del desempeño de una profesión con carácter social, el servicio social obligatorio está orientado a mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud especialmente de la población que tiene difícil acceso a estos, de estimular la adecuada distribución geográfica del talento humano en salud y propiciar los espacios para el desarrollo personal y profesional del talento humano que inicie su vida laboral en el sector salud.

De conformidad con lo anterior, y en aras de atender con prioridad la población ubicada en las Zonas Veredales Transitorias de Normalización ZVTN y los Puntos Transitorios de Normalización –PTN, hoy ETCR o en las que se establezcan posteriormente, dentro de la implementación del Acuerdo Final y hasta su culminación, se dictó la Resolución 6357 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la cual ***se autoriza la asignación directa de plazas que se encuentren vacantes o de las que se lleguen a crear para estos territorios.***

A la fecha están dispuestas 14 plazas de Servicio Social Obligatorio, todas en Medicina, distribuidas en los siguientes departamentos:

DEPARTAMENTO	MEDICINA
Antioquia	6
Cauca	1
Guaviare	2
Meta	3
Tolima	2
Total	14



¿Quiénes se han beneficiado?

Todas las acciones en salud desarrolladas en los ETCR van dirigidos no sólo a los miembros de las FARC en proceso de reincorporación, sino también a las comunidades que residen en los municipios donde se encuentran ubicados los Espacios.

A través de los recursos asignados por el Ministerio a 23 E.S.E. para la atención de salud en los hoy denominados Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación -ETCR se han realizados más de 15.000 atenciones entre las que se encuentren miembros de las FARC EP en proceso de reincorporación, personas de la sociedad civil, gobierno y ONU.

Por otro lado, a la fecha se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud 11649 personas:



11649
Miembros de las FARC EP en
proceso de reincorporación.

Miembro de las FARC en procesos de reincorporación
Afiliados SGSSS



196 personas de la tercera edad

2676 jóvenes entre 18 y 26 años



1230
*Afrocolombianos



1769
*Indígenas



4
Room

*Datos del censo realizado por el UN



¿Quiénes han participado en esta acción y cómo hemos promovido el control social?

El fomento del control social frente al desarrollo de las dos primeras actividades se ha realizado de la siguiente forma:

Consejo Nacional de Reincorporación -CNR: Mediante el Decreto 2027 de 2016 se creó el Consejo Nacional de Reincorporación -CNR como espacio de interlocución y seguimiento a la reincorporación de miembros de la FARC. Allí tienen asiento representantes del Gobierno (La Agencia Nacional para la Reincorporación - ARN y la Oficina del Alto Comisionado para la Paz – OACP) y de FARC y, en caso de que se discutan asuntos que competan a un sector específico, se convoca al correspondiente responsable. **En efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social ha sido convocado al CNR para hacer seguimiento a los procesos de aseguramiento de la población en proceso de reincorporación y de atención en salud en los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación, antes Zonas Veredales Transitorias de Normalización.** El CNR tiene su expresión territorial a través de los denominados Consejos Territoriales de Reincorporación (CTR) en los cuales también, de ser necesario, se convoca a beneficiarios y autoridades locales de salud.

Mesa técnica de salud del CNR: Ante la complejidad y multiplicidad de asuntos en salud que surgen como parte de los compromisos de los Acuerdos de Paz, se optó por crear una mesa técnica de salud en la que tienen asiento representantes de la ARN, Minsalud, OACP y FARC; esta sesiona por lo general 2 veces al mes e inició su operación en agosto de 2017. A través de dicha mesa se realiza seguimiento a la situación de salud en el proceso de reincorporación y se socializan las distintas iniciativas en salud existentes que benefician a población excombatiente o que reside en zonas aledañas.

En un ejercicio conjunto con la ARN, se están realizando **encuentros regionales con beneficiarios, EPS, IPS y la Supersalud como mecanismo para fomentar el conocimiento sobre derechos y deberes de los (nuevos) usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** A la fecha se han realizado 3: en Medellín (14 de marzo de 2018), Popayán (11 de abril de 2018) y Pasto (18 de abril de 2018).



¿En qué territorios hemos desarrollado la acción?

La afiliación de miembros de las FARC –EP en proceso de reincorporación se desarrolló principalmente en las anteriormente denominadas Zonas Transitorias de Normalización (ZVTN) y los Puntos Transitorios de Normalización (PTN) hoy conocidas como Espacios Territoriales de Reincorporación y Capacitación –ETCR, ubicados en los municipios de Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios, Vigía del Fuerte, Arauquita, La Montañita, San Vicente del Caguán, Buenos Aires, Caldon, Miranda, La Paz, Riosucio, Tierralta, San José del Guaviare, San José del Guaviare, Fonseca, Mesetas, La Macarena, Vistahermosa, Policarpa, San Andrés de Tumaco, Tibú, Puerto Asís, Icononzo y Planadas. Adicionalmente, este proceso se extendió a los territorios donde se localizará esta población a nivel nacional.

- **Atención en salud en los ETCR.**

Las actividades desarrolladas dentro del marco de los decretos 4073 y 1690 de 2016 se han realizado en los siguientes territorios:

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VEREDA
Antioquia	Dabeiba	Vereda Llano Grande
Antioquia	Anorí	Vereda La Plancha
Antioquia	Ituango	Vereda Santa Lucia
Antioquia	Remedios	Vereda Carrizal
Antioquia	Vigía Del Fuerte	Vereda Vidri
Arauca	Arauquita	Vereda De Filipinas
Caquetá	La Montañita	Vereda Agua Bonita
Caquetá	San Vicente Del Caguán	Vereda Mira Valle
Cauca	Buenos Aires	Vereda El Ceral/La Elvira
Cauca	Caldono	Vereda San Antonio De Los Monos
Cauca	Miranda	Vereda Monteredondo
Cesar	La Paz	Vereda San José De Oriente
Choco	Riosucio	Vereda Brisas/La Florida
Córdoba	Tierralta	Vereda Gallo
Guaviare	El Retorno	Vereda La Colinas
Guaviare	San José Del Guaviare	Vereda De Charras
Meta	La Macarena	Vereda La Yari
Meta	Mesetas	Vereda La Guajira
Meta	Vistahermosa	Vereda La Reforma/La Cooperativa
Nariño	Policarpa	Vereda Betania
Nariño	Tumaco	Vereda La Playa
Norte De Santander	Tibú	Vereda Caño Indio
Putumayo	Puerto Asís	Vereda La Pradera / La Carmelita
Tolima	Planadas	Vereda El Oso
Tolima	Icononzo	Vereda La Fila

- **Provisión directa de plazas del servicio social obligatorio a Zonas Transitorias de Normalización –ZVTN y Puntos Transitorios de Normalización –PTN**

Los municipios beneficiarios a través del proceso de asignación directa de las plazas fueron:

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VEREDA
Antioquia	Anorí	Vereda La Plancha
Antioquia	Remedios	Vereda Carrizal
Antioquia	Remedios	Vereda Carrizal
Tolima	Icononzo	
Tolima	Icononzo	
Guaviare	San José Del Guaviare	
Guaviare	San José Del Guaviare	
Cauca	Buenos Aires	
Antioquia	Dabeiba	Vereda Llano Grande
Antioquia	Dabeiba	Vereda Llano Grande
Antioquia	Ituango	Vereda Santa Lucia
Meta	La Macarena	
Meta	Vistahermosa	
Meta	Mesetas	

3.

Otras acciones que hemos hecho para contribuir a la paz e implementación del Acuerdo de Paz

En esta sección encuentra la información sobre las acciones adicionales a lo establecido en el Acuerdo de Paz y en los instrumentos normativos expedidos con posterioridad, que aunque no correspondan a obligaciones que hayan sido establecidas de manera explícita, se han desarrollado por ser convenientes o necesarias para contribuir a su implementación en el marco de las competencias legales:

Acción 1.

Transversal: Nuevos arreglos institucionales

Con el propósito de transversalizar los objetivos del Acuerdo Final y garantizar la intervención integral en el territorio, el Ministerio de Salud y Protección Social ha adelantado las gestiones necesarias dentro de la entidad para la creación del Comité para la Consolidación de la Paz y la Asistencia y Rehabilitación en Salud de las Víctimas del Conflicto Armado.

Adicionalmente, se adelantada la conformación del Grupo de Género y Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual tiene como objeto materializar en todas las políticas, planes, programas y proyectos el enfoque de género, acción que responde a diferentes disposiciones y escenarios, pero en particular en la consolidación de la igualdad para la construcción de una Paz estable y duradera.

Acción 2.

Transversal: Acciones programáticas

La puesta en marcha de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible y sus ODS, específicamente bajo el principio rector “No dejar a nadie atrás”, se especificó como insumo para el cumplimiento de las metas ODS el alcance territorial de estas, por lo cual se regionalizaron los indicadores trazadores con el propósito de hondar

esfuerzos para el cierre de brechas, en el caso del Ministerio alcanzar mayor equidad en salud. Estas disposiciones concuerdan con el compromiso del Acuerdo Final *“superación de la pobreza y la desigualdad para alcanzar el bienestar de la población rural; y por otra, la integración y el cierre de la brecha entre el campo y la ciudad”*.

El Ministerio de Salud junto con el DNP ha venido liderando la elaboración del CONPES de Salud Mental que tiene por objetivo general “Mejorar la salud mental de la población que habita en el territorio colombiano para el 2021” y cuatro objetivos específicos: i) Reducir el impacto de los riesgos individuales, familiares y comunitarios, ii) Fortalecer escenarios de convivencia libre de violencia en la población colombiana, iii) Mejorar la oferta de servicios socio-sanitaria y el acceso a una atención integral e integrada y iv) Fortalecer la capacidad institucional en la atención de la salud mental, se espera que este documento sea aprobado antes de finalizar el actual gobierno.

A partir del reconocimiento de la importancia que tiene el talento humano como factor crítico para mejorar la salud de la población y lograr los objetivos del Sistema de Salud, el Ministerio viene adelantando la formulación de la Política Pública de Talento Humano en Salud, la cual parte del reconocimiento de la necesidad y la brecha de acceso a la prestación del servicio. La formulación de ésta política abre una ventana de oportunidad para que la acción institucional ahonde esfuerzos en pro del cierre de brechas al acceso al servicio.

¿Cómo puede hacer control social y denunciar actos irregulares?

Lo invitamos a hacer control social a las actuaciones de las entidades y la de los servidores públicos. A continuación encontrará información útil para ejercer este derecho:

1.

La Contraloría General de la República privilegia la participación ciudadana en el control fiscal como una estrategia decisiva para el buen uso de los recursos públicos.

Usted podrá denunciar hechos o conductas por un posible manejo irregular de los bienes o fondos públicos ante este ente de Control Fiscal. Si desea hacerlo, podrá contactarse al PBX 518 7000 Ext. 21014 – 21015 en Bogotá o escribir al correo cgr@contraloria.gov.co. Para mayor información lo invitamos a visitar la siguiente página:

<http://www.contraloria.gov.co/web/guest/atencion-al-ciudadano/denuncias-y-otras-solicitudes-pqrd>

2.

La Procuraduría General de la Nación, investiga las actuaciones de los servidores públicos que pueden terminar en sanciones disciplinarias. Si conoce de algún acto irregular de un servidor público denúncielo a:

quejas@procuraduria.gov.co

Línea gratuita nacional: [01 8000 940 808](tel:018000940808)

3.

La Fiscalía, es el ente investigador de actos de corrupción que pueden resultar en una sentencia proferida por el juez relativo a conductas penales. Si conoce de algún acto irregular denúncielo a: Centro de contacto de la Fiscalía General de la Nación llamando a los números 5702000 opción 7 en Bogotá, 018000919748 o 122 para el resto del país y a través de la denuncia virtual en la página web de la Fiscalía General de la Nación y de la Policía Nacional

4.

Mecanismos de la entidad para ponerse en contacto: el formulario electrónico de peticiones, quejas, reclamos y denuncias; dispuesto en el sitio web:

<https://orfeo.minsalud.gov.co/orfeo/formularioWebMinSalud/>; El servicio de atención telefónica a través de

las líneas (57-1) 5893750 y línea de atención nacional gratuita 018000960020 en horario de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. y sábados de 8 a.m. a 1 p.m.; y la ventanilla presencial ubicada en la sede principal carrera 13 No. 32 / 76 Primer piso- Bogotá. Horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua