

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

E n e r o 2 0 1 8 - d i c i e m b r e 2 0 1 8

CONSTRUCCIÓN DE PAZ



La salud
es de todos

Minsalud

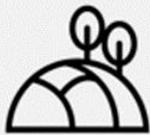


El futuro
es de todos

Presidencia
de la República

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 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre 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 se hizo en el 2018?

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, se diseñó 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 y cuya articulación se hace en el marco del documento CONPES 3932 de 2018.

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 la brecha entre el campo y la ciudad.



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

La construcción y el mejoramiento de la infraestructura sobre la base de un diagnóstico amplio y participativo que permita atender al mayor número de usuarios y usuarias en cada región, la dotación de equipos, incluyendo la adopción de nuevas tecnologías para mejorar la atención (ej. Telemedicina), y la disponibilidad y permanencia de personal calificado.

Para dar cumplimiento a los compromisos acá relacionados, esta entidad tiene a cargo los siguientes productos del Plan Marco de Implementación.

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR	SECTOR RESPONSABLE	AÑO INICIO	AÑO FIN
Centros y puestos de salud con capacidad resolutive, articulados en redes integrales de prestación de servicios en el marco del Plan de Atención Integral de Salud y demás normatividad vigente	Porcentaje de centros de salud construidos o mejorados en territorios definidos en el respectivo plan	Salud y Protección Social	2017	2031
Centros y puestos de salud con capacidad resolutive, articulados en redes integrales de prestación de servicios en el marco del Plan de Atención Integral de Salud y demás normatividad vigente	Porcentaje de centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET	Salud y Protección Social	2017	2026
Servicios de telemedicina para zonas apartadas	Sedes habilitadas con servicio de telemedicina ubicadas en territorios definidos en el respectivo plan	Salud y Protección Social	2017	2031
Servicios de telemedicina para zonas apartadas	Sedes habilitadas con servicio de telemedicina ubicadas en municipios PDET	Salud y Protección Social	2017	2026

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2018	<ol style="list-style-type: none"> Asistencia técnica del MSPS a los proyectos de inversión en infraestructura en salud de Empresas Sociales del Estado Centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET





¿Cómo se hizo?

2018

Frente a los indicadores 34. Porcentaje de centros de salud construidos o mejorados en territorios definidos en el respectivo Plan, y 34P. Porcentaje de centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET, hay aspectos que deben de ser tenidos en cuenta:

- En el marco de la descentralización, las competencias de la Nación en lo referente a la prestación de servicios de salud son de subsidiaridad y complementariedad y no de ejecución. Por lo cual, estos indicadores de seguimiento a la implementación del Acuerdo Final son competencia de las entidades territoriales.
- En llegado caso, el Ministerio de salud trabajará en la propuesta de un indicador que como entidad se pueda hacer seguimiento.

Por lo anterior, se solicitó el ajuste de los indicadores por: 34. Porcentaje de proyectos de inversión en infraestructura en salud y dotación hospitalaria en municipios priorizados en el Plan, asistidos técnicamente por el Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS, y 34.P Porcentaje de proyectos de inversión en infraestructura en salud y dotación hospitalaria en municipios PDET, asistidos técnicamente por el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS.

1. Asistencia técnica del MSPS a los proyectos de inversión en infraestructura en salud de Empresas Sociales del Estado

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del MSPS, durante la vigencia 2018 realizó asesoría y asistencia técnica a las 54 iniciativas -proyectos presentados por las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), departamentales y distritales, con municipios incluidos en los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), de acuerdo con lo observado en la siguiente tabla.

Tabla 1. Proyectos de infraestructura en municipios PDET, asesorados por el MSPS en el 2018.

Departamento / Distrito	Municipio PDET	No. DE PROYECTOS POR MUNICIPIO	No. DE PROYECTOS POR DEPARTAMENTO
Antioquia	Amalfi	1	6
	Carepa	1	
	Caucasia	1	
	Necoclí	2	
	Remedios	1	
Arauca	Tame	1	1
Bolívar	San Pablo	1	2
Bolívar	Arenal	1	
Distrito de Buenaventura D.E.I.P.T y B.	Buenaventura	3	3
Caquetá	Florencia	1	5
	San Vicente del Caguán	1	
	El Doncello	1	
	Florencia	1	
	Belén de los Andaquíes	1	



Cauca	Caloto	1	1
Cesar	Valledupar	3	3
Chocó	Acandí	1	4
	Itsmína	1	
	Medio San Juan	1	
	Medio Atrato, Río Quito	1	
Córdoba	Tierralta	1	4
	Montelíbano	2	
	Puerto Libertador	1	
Guaviare	San José del Guaviare	3	3
Huila	Algeciras	1	1
La Guajira	San Juan del Cesar	1	1
Distrito de Santa Marta	Santa Marta	9	10
Magdalena	Ciénaga	1	
Nariño	Ricaurte	1	1
Norte de Santander	Tibú	3	3
Putumayo	Puerto Caicedo	1	4
	San Miguel	1	
	Puerto Asís	1	
	Villagarzón	1	
Sucre	Los Palmitos	1	2
	Ovejas	1	
Total	36	54	54

Fuente: Base de datos de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria –MSPA. Vigencia 2018.

Es de anotar que de los 54 proyectos presentados se encontraban con los siguientes conceptos:

- 36 en trámite de revisión, lista de verificación o con observaciones
- 11 con concepto técnico viable
- 1 con concepto pertinente
- 6 con concepto no viable

Los proyectos que fueron conceptuados con concepto técnico favorable por este Ministerio corresponden a los presentados por las DTS para las ESE de los siguientes municipios:

- Necoclí y Cauca, Antioquia;
- Distrito de Buenaventura;
- Valledupar, Cesar;
- Montelíbano, Córdoba;
- Distrito de Santa Marta;
- Tibú, Norte de Santander; y
- Puerto Caicedo y Puerto Asís de Putumayo.
- El concepto de pertinente fue dado al proyecto de Acandí, Chocó.

Cabe anotar que para la viabilización de iniciativas o proyectos de inversión en salud por parte este Ministerio, deben cumplir con la normatividad vigente que regula esta materia, que entre otros establece la necesidad de estar incluidos en los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado (Art. 156 de la Ley 1450 de 2011), así como en los Planes Bienales de Inversión en Salud y en los Planes Financieros Territoriales, de acuerdo con los montos y fuentes de financiación.



2. 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**. En el año 2018 desde la Nación se realizó la transferencia de \$7.805.112.719, a 13 proyectos que han tenido como objeto la adquisición de ambulancias, dotación e infraestructura de los hospitales de 12 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 las siguientes entidades territoriales:

Tabla 2. Transferencias Municipios PDET, Vigencia 2018

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCION
ANTIOQUIA	VALDIVIA	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CAUCA	CALOTO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 2
CAUCA	CORINTO	ALCALDÍA MUNICIPAL DE CORINTO
CORDOBA	MONTELIBANO	E.S.E. HOSPITAL MONTELÍBANO
PUTUMAYO	PUERTO CAICEDO	E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
NARIÑO	SAN ANDRES DE TUMACO	E.S.E HOSPITAL SAN ANDRÉS
NORTE DE SANTANDER	CONVENCION	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER - IPS CONVENCION
NORTE DE SANTANDER	TIBU	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NORTE
TOLIMA	ICONONZO	HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E.
VALLE DEL CAUCA	BUENAVENTURA D.E.	E.S.E. HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA
CHOCO	BOJAYA	E.S.E HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDÁN VALENCIA
CHOCO	ACANDI	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE CHOCO - HOSPITAL LASCARIO BARBOSA AVENDAÑO DE ACANDI
VALLE DEL CAUCA	BUENAVENTURA D.E.	E.S.E. HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA



¿Quiénes se beneficiaron?

1. Asistencia técnica del MSPS a los proyectos de inversión en infraestructura en salud de Empresas Sociales del Estado

La población beneficiaria de estos proyectos o iniciativas corresponden a los residentes en los treinta y seis (36) municipios relacionados en la tabla anterior, a través de los proyectos de inversión propuestos por las DTS, de acuerdo con el estudio de necesidades y solicitudes de las comunidades en desarrollo de los PATR de los PDET , con lo cual se pretende impactar e incidir en el mejoramiento



de las condiciones de accesibilidad y calidad en la prestación de servicios a la población objeto de atención por las Empresas Sociales del Estado -ESE presentes en municipios priorizados en los PDET, cuyo marco de acción incluye cabeceras y centros poblados del municipio (áreas urbanas, rurales y rurales dispersas), de acuerdo a la oferta de servicios y modalidades de atención.

2. Centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET

Se verán beneficiados con las transferencias realizada la totalidad de los habitantes de los municipios de Valdivia, Caloto, Corintio, Montelibano, Puerto Caicedo, Tumaco, Convención, Tibú, Icononzo, Buenaventura, Bojayá, y Acandí.



¿Quiénes participaron en esta acción y cómo se promovió el control social?

1. Asistencia técnica del MSPS a los proyectos de inversión en infraestructura en salud de Empresas Sociales del Estado

Los 54 proyectos o iniciativas presentados por las DTS departamentales o distritales con municipios priorizados en los PDET en la vigencia 2018, correspondientes a este primer ejercicio de acercamiento al diagnóstico de necesidades de mejoramiento del acceso a la atención en salud de las comunidades, fueron incluidos en los Planes Bienales de Inversión en Salud de los territorios, siendo presentados en los **Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud**, como escenario legalmente establecido en donde se realiza la socialización de estas iniciativas a los diferentes actores comunitarios y de la institucionalidad.



¿En qué territorios se desarrolló la acción?

1. Asistencia técnica del MSPS a los proyectos de inversión en infraestructura en salud de Empresas Sociales del Estado

De acuerdo con la información contenida en la siguiente tabla, dieciséis (16) departamentos y dos (2) distritos presentaron proyectos de inversión en salud al MSPS durante la vigencia 2018, para su revisión, asesoría y asistencia técnica, en el marco de las competencias establecidas por la Ley 715 de 2001. Antioquia, Córdoba, Guaviare, Huila, Arauca, La Guajira, Bolívar, Distrito de Santa Marta, Bolívar, Magdalena, Distrito de Buenaventura D.E.I.P.T y B., Nariño, Caquetá, Norte de Santander, Putumayo, Cauca, Sucre, Cesar y Chocó

2. Centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET

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



Tabla 3. Transferencias vigencia 2018 - Municipios PDET

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
ANTIOQUIA	VALDIVIA
CAUCA	CALOTO
CAUCA	CORINTO
CORDOBA	MONTELIBANO
PUTUMAYO	PUERTO CAICEDO
NARIÑO	SAN ANDRES DE TUMACO
NORTE DE SANTANDER	CONVENCION
NORTE DE SANTANDER	TIBU
TOLIMA	ICONONZO
VALLE DEL CAUCA	BUENAVENTURA D.E.
CHOCO	BOJAYA
CHOCO	ACANDI
VALLE DEL CAUCA	BUENAVENTURA D.E.

Acción 2.

Plan Nacional de Salud Rural- Talento Humano en Salud

Compromiso que atiende:

La construcción y el mejoramiento de la infraestructura sobre la base de un diagnóstico amplio y participativo que permita atender al mayor número de usuarios y usuarias en cada región, la dotación de equipos, incluyendo la adopción de nuevas tecnologías para mejorar la atención (ej. Telemedicina), y la disponibilidad y permanencia de personal calificado.

Para dar cumplimiento a los compromisos acá relacionados, esta entidad tiene a cargo los siguientes productos del Plan Marco de Implementación.

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR	SECTOR RESPONSABLE	AÑO INICIO	AÑO FIN
Talento humano en salud con las competencias requeridas (según el componente primario o complementario) disponible en zonas rurales	Porcentaje de IPS con personal calificado, con permanencia y adecuado a la oferta local	Salud y Protección Social	2017	2031



Talento humano en salud con las competencias requeridas (según el componente primario o complementario) disponible en zonas rurales	Porcentaje de IPS con personal calificado, con permanencia y adecuado a la oferta local en municipios PDET	Salud y Protección Social	2017	2026
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	------	------

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estimaciones de talento humano en salud. 2. Gestión con el SENA para el desarrollo de formación: (I) Formación continua de Gestores Comunitarios en Salud; y (II) formación técnica laboral con enfoque intercultural de Auxiliares de salud pública. 3. Recopilación de la experiencia demostrativa: Encuentro de saberes con parteras tradicionales. 4. Estrategia de distribución del Talento humano en salud: Asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio.



¿Cómo se hizo?



1. Estimaciones de talento humano en salud

Con el propósito de hacer medible los indicadores relacionados con el Talento Humano en Salud que se encuentra en los municipios rurales y los municipios donde se desarrollan los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial -PDET, este Ministerio solicitó el cambio de indicador de seguimiento, tomando en cuenta que las versiones actuales utilizan calificativos que resultan difícil de medir y seguir de manera sistemática. Por ejemplo y considerando que el Talento Humano en Salud corresponde a personas que han cursado y aprobado programas de educación formal en instituciones reconocidas por el Estado, los adjetivos “calificado” y “cualificado” resultan redundantes.

En el mismo sentido, en línea con el marco de trabajo del Observatorio de Talento Humano en Salud y recomendaciones de la OMS/OPS, se propusieron los siguientes indicadores a la Consejería para la Estabilización:

- Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 habitantes en municipios rurales
- Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 habitantes en municipios PDET

Los indicadores anteriores, permitirán hacer el seguimiento a la disponibilidad de talento humano en salud y realizar comparaciones entre municipios, departamentos y países. De igual manera, permitirá identificar las brechas y las estrategias para cerrarlas.

Las primeras estimaciones de estos indicadores, se muestran en la siguiente tabla:



Tabla 4. Densidad estimada de Talento Humano en Salud por 10 mil habitantes. Colombia, 2017 – 2018

ZONA - MUNICIPIO	2017	2018	VARIABILIDAD
ZONA URBANA*	206,4	207,8	1%
ZONA RURAL	95,7	108,6	13%
MUNICIPIOS RURALES - ZONAS DISPERSAS	60,8	76,7	26%
MUNICIPIOS PDET	63,9	74,2	16%
TOTAL NACIONAL	135,2	144	7%

* Incluye área metropolitana

Fuente: Registro Único de Talento Humano en Salud. Estimaciones de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Abril de 2019.

No hemos recibido opiniones, dudas, ni comentario al respecto de este proceso.

2. Gestión con el SENA para el desarrollo de procesos de formación:

(I) Formación continua de Gestores Comunitarios en Salud

El Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, realizó la formación continua a 30 líderes en salud del municipio del Tambo - Cauca, durante el 2018.

Esta es una formación que no entrega título, pero fortalece las competencias de líderes comunitarios para establecer la comunicación y articulación entre los equipos de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las personas, familias y comunidades, con el fin de aportar al cuidado de la salud de la población.

El Gestor Comunitario en Salud no representa un perfil titulado o certificado de talento humano en salud. Corresponde a un líder en salud, integrante de la comunidad. Sus conocimientos y liderazgo en salud, deberán ser fortalecidos a través de procesos de formación continua o permanente, de ahí la importancia del desarrollo de la formación.

En los casos en que se estime pertinente (según la disponibilidad de THS en el territorio y necesidad), el Gestor Comunitario en Salud es un cargo laboral que vincula o contrata la IPS, como parte de los Equipos de Salud. Es decir, que su formación y vinculación depende de la disponibilidad de THS en el territorio. El Gestor realizará su labor siempre en coordinación y con el acompañamiento permanente de los demás integrantes del equipo de salud; en ningún caso el Gestor reemplaza, ni asume las funciones de los auxiliares en salud (personal técnico laboral en salud).

No hemos recibido opiniones, dudas, ni comentario al respecto de este proceso.



(II) Formación con enfoque intercultural de auxiliares de salud pública, formación técnica laboral

El Ministerio de Salud y Protección Social, realizó la gestión y articulación pertinente con el SENA y Autoridades Indígenas para la formación con enfoque intercultural de auxiliares en salud pública del Pueblo Emberá. En este marco de coordinación, en abril del 2018, el SENA tituló 18 auxiliares en salud pública indígenas de las comunidades Emberá de Alto Andágueda en el municipio de Bagadó.

Esta es una formación técnica laboral, de 18 meses, 1.800 horas de etapa lectiva y 6 meses de etapa productiva. A saber: i) La etapa lectiva tiene una fase de Fundamentación teórico – práctica y otra de Práctica en ambientes reales y giras técnicas; ii) La etapa productiva se realiza en ambientes reales, a través de contratos de aprendizaje.

El MSPS, realizó la gestión y articulación con el SENA, quién desarrolla la formación con enfoque intercultural. Lo anterior, buscó garantizar la incorporación transversalmente del programa de formación complementaria relacionado con la competencia de “Fortalecer los conocimientos y tradiciones en salud de los pueblos indígenas de acuerdo con los planes de vida prácticas y valores culturales de cada pueblo”; así como el desarrollo diferencial de la formación, en modalidad de oferta cerrada del SENA.

Así mismo, el MSPS realizó el ejercicio de planeación con las Autoridades Indígenas del Territorio, para estimar la ubicación, procedencia y número de personas que se requerían formar. Inicialmente se estimó que se requería formar 29 personas indígenas de las comunidades del Alto Andágueda, sin embargo, ante la dificultad del municipio y el departamento para garantizar la alimentación, el alojamiento y movilidad de los aprendices durante el proceso de formación durante seis meses de la formación, el SENA solo pudo titular 18 auxiliares.

Estas acciones de gestión y coordinación para el desarrollo de esta formación con grupos étnicos o grupos en situaciones diferenciales, se vienen desarrollando en coordinación con los actores de cada uno de los territorios. Entre el 2013 y el 2018, el MSPS realizó acercamiento, gestión, planificación y acompañamiento al desarrollo y seguimiento de procesos de formación técnica en siete (7) departamentos, que incluyeron 10 pueblos indígenas y una comunidad Raizal; esto tuvo como resultado la certificación de la formación técnica de 246 personas pertenecientes a grupos étnicos. Actualmente, se encuentran en proceso de formación técnica (pendiente finalizar la última fase de la formación) 4 departamentos; donde participan dos (2) pueblos indígenas, con 57 personas indígenas.

Esperamos poder continuar realizando la gestión y coordinación con el SENA y los demás actores de los territorios, para avanzar en la formación y por ende en la disponibilidad de talento humano en salud de las zonas rurales y zonas dispersas.

3. Encuentro de saberes con parteras tradicionales



Atendiendo una solicitud que la Secretaría Departamental de Salud de La Guajira, en 2014 el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) inició un proceso de acercamiento con Parteras Tradicionales (PT), siendo el eje del acercamiento las PT Wayúu en el Municipio de Manaure.

Esta experiencia se fundamentó en el reconocimiento de la pertenencia étnica, la interculturalidad, el respeto mutuo, los derechos humanos y la salud sexual y reproductiva. El proceso de análisis sobre la conveniencia de formar, capacitar o adiestrar PT Wayuu, llevó a la concertación de desarrollar diálogos de saberes basados en relaciones horizontales entre los participantes, que no condujera a certificación, titulación o cargo laboral.

Igualmente, la experiencia es coherente con la propuesta de la OMS de desarrollar estrategias para que la población se beneficie de la medicina tradicional en condiciones óptimas, así como con la Declaración conjunta de la OMS, UNFPA y UNICEF, donde se promueve el entrenamiento de PT para aportar a la salud materna e infantil segura e higiénica, como uno de las formas de avanzar en el cumplimiento de las metas para la reducción de la mortalidad materna¹.

Entre los principales resultados del proceso, se destaca el reconocimiento y la valoración mutua de las prácticas de cuidado de la gestante y el recién nacido, entre PT y equipos de salud; y la elaboración de la “Lista de chequeo o ruta para el desarrollo de diálogo de saberes con parteras tradicionales del pueblo indígena Wayuu”.

Con esta recopilación se buscó generar orientaciones y presentar una alternativa de interacción intercultural enriquecedora, como punto de referencia para aportar al fortalecimiento de la salud materna e infantil y la protección de las prácticas de la partería tradicional de los pueblos indígenas del país, en zonas rurales y dispersas del país. Documento disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Papeles-en-salud-No-15.pdf>

Se espera que a partir de esta experiencia, los actores participantes reconozcan y establezcan un diálogo respetuoso entre las prácticas y los saberes convencionales y propios de la partería tradicional. Así mismo, dentro de los retos está que en el marco de la normatividad vigente, el enfoque de derechos, étnico, y diferencial, y con la intención de aportar a la protección de las prácticas ancestrales de los pueblos indígenas, se incorpore el enfoque intercultural en todas las acciones que se realicen con sabedores tradicionales (ancestrales) de los grupos étnicos².

Este proceso ya fue adaptado y adoptado por otros dos municipios en el departamento de la Guajira, donde la experiencia tuvo gran acogida.

¹ Ministerio de Salud y Protección Social – Papeles en Salud [Repositorio Institucional] Edición No. 15; Marzo de 2018, Bogotá D.C. [consultado el 04 de junio del 2009] Disponible en

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Papeles-en-salud-No-15.pdf>

² Ministerio de Salud y Protección Social – Papeles en Salud [Repositorio Institucional] Edición No. 15; Marzo de 2018, Bogotá D.C. [consultado el 04 de junio del 2009] Disponible en

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Papeles-en-salud-No-15.pdf>



4. Estrategia de distribución del Talento humano en salud, Servicio Social Obligatorio

El Servicio Social Obligatorio (SSO) es el desempeño de una profesión con carácter social, mediante el cual los egresados de los programas de educación superior del área de la salud contribuyen a la solución de los problemas de salud desde el campo de su competencia profesional, como uno de los requisitos para obtener la autorización del ejercicio, en los términos definidos en las disposiciones normativas y legales vigentes. El Servicio Social Obligatorio se encuentra establecido en el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y reglamentado por las Resoluciones 1058 de 2010, 2358 de 2014 y 06357 de 2016.³

De acuerdo a la Resolución 2358 de 2014, las plazas de Servicio Social Obligatorio pueden ser asignadas directamente o por el Ministerio de Salud y Protección Social. Aunque ser un municipio PDET no es un criterio para la asignación de plazas, durante el 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social aprobó 1.151 plazas de Servicio Social Obligatorio en 151 municipios PDET; 741 de profesionales en medicina, 174 de profesionales en enfermería, 141 de profesionales en odontología y 95 de profesionales en bacteriología.

De las 1.151 plazas aprobadas de Servicio Social Obligatorio en municipios PDET, 804 fueron asignadas en el 2018 y 347 quedaron pendientes para asignación directa. De las 804 plazas asignadas, 493 a profesionales en medicina, 129 a profesionales en enfermería, 109 a profesionales en odontología y 73 a profesionales en bacteriología.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas (E.S.E), privadas o mixtas asumen el costo de la vinculación o contratación laboral de los profesionales asignados a través del Servicio Social Obligatorio, y los honorarios mensuales durante un año, para los 804 profesionales aproximadamente equivalentes a: \$ 2.511.432.175.

Nota: La asignación de plazas de servicio social obligatorio en instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas se realiza desde el Ministerio de Salud, a través de una convocatoria nacional, teniendo en cuenta las condiciones de prioridad de los profesionales y sus preferencias (plazas y departamentos), así como el departamento de su nacimiento y el departamento de su formación. La asignación se realiza de manera sistemática, aplicando un algoritmo que da prioridad a los 'raízales' en aquellas plazas que se encuentran ubicadas en el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Al mismo tiempo, se da prioridad a los profesionales indígenas para aquellas plazas ubicadas en instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas. Posteriormente, se consideran condiciones de prioridad asociadas a la conservación del núcleo familiar (madre lactante, mujer en estado de embarazo), víctimas del conflicto armado, y persona en condición de discapacidad.

Durante el 2019 – 2022 se espera continuar avanzando en lineamientos y ajustes normativos del SSO.

³Ministerio de Salud y Protección Social ABECÉ - Servicio Social obligatorio (SSO) [Repositorio Institucional] Colombia; 2017 [consultado el 04 de junio del 2009] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/abc-ss0.pdf>





¿Quiénes se beneficiaron?

1. Formación continua de Gestores Comunitarios en Salud

Treinta (30) líderes en salud del municipio del Tambo – Cauca.

2. Formación con enfoque intercultural de auxiliares de salud pública, formación técnica laboral

Dieciocho (18) auxiliares en salud pública indígenas de las comunidades Emberá de Alto Andágueda en el municipio de Bagadó; 2 mujeres y 16 hombres.

3. Encuentro de saberes con parteras tradicionales

Veinticuatro (24) Parteras Tradicionales (PT) del pueblo indígena Wayuu del municipio de Manaure; 1 hombre y 23 mujeres.

4. Estrategia de distribución del Talento humano en salud, Servicio Social Obligatorio

Durante el 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social aprobó 1.151 plazas de Servicio Social Obligatorio en 151 municipios PDET; 741 de profesionales en medicina, 174 de profesionales en enfermería, 141 de profesionales en odontología y 95 de profesionales en bacteriología.



¿Quiénes participaron en esta acción y cómo se promovió el control social?

1. Formación Continua, Gestores Comunitarios en Salud

SENA Nacional (formación) y Regional del Cauca, Alcaldía de El Tambo, Secretaria de Salud municipal, la E.S.E Hospital De El Tambo y el MSPS.

2. Formación con enfoque intercultural de auxiliares de salud pública, formación técnica laboral

SENA Nacional y Regionales del Chocó y Risaralda, Autoridades Indígenas de Alto Andágueda, Secretaria de Salud municipal, la E.S.E Hospital del municipio de Bagadó y el MSPS.

Estas acciones responden al Auto 051 de 2013.

2. Encuentro de saberes con parteras tradicionales

En el proceso participaron, además del SENA y el MSPS, las PT, Autoridades Indígenas Wayuu, Secretarías de Salud de Manaure y de La Guajira, la Fundación Baylor Colombia, los hospitales Armando Pabón López de Manaure y Nuestra Señora de los Remedios de Riohacha, la Federación



Colombiana de Obstetricia y Ginecología de La Guajira, entre otras personas expertas en salud materna, perinatal y enfoque étnico.

3. Estrategia de distribución del Talento humano en salud, Servicio Social Obligatorio

Direcciones Territoriales de Salud e instituciones donde se encuentran ubicadas las plazas, IPS, E.S.E, profesionales de las áreas de medicina, odontología, bacteriología y odontología y MSPS.





¿En qué territorios se desarrolló la acción?

1. Formación Continua, Gestores Comunitarios en Salud

La formación se realizó en el área urbana del Municipio del Tambo Cauca, y las personas provenían de las veredas del municipio.

2. Formación con enfoque intercultural de auxiliares de salud pública, formación técnica laboral

Comunidades Emberá de Alto Andágueda en el municipio de Bagadó - Chocó: Curripipi, Cevere, Chichitó, Aguasal, Conundo, Alto Andiadó, Matecaña, Palma, Mazura, Uripa, Dos Quebradas, Brisas, Alto Moindo, Cascajero, Rio Colorado, Peninzula.

3. Encuentro de saberes con parteras tradicionales

Parteras Tradicionales (PT) del pueblo indígena Wayuu del municipio de Manaure, zonas Mayapo y El Pájaro.

4. Estrategia de distribución del Talento humano en salud, Servicio Social Obligatorio

Los Municipios PDET a los que les fueron aprobadas plazas del servicio social obligatorio son:

Tabla 5. Plazas de Servicio Social Obligatorio Aprobadas en Municipios PDET

ACANDÍ	COLOSÓ	JAMBALÓ	PALMITO	SAN VICENTE DEL CAGUÁN
AGUSTÍN CODAZZI	CONDOTO	LA JAGUA DE IBIRICO	PATÍA	SANTA MARTA
ALBANIA	CONVENCIÓN	LA MACARENA	PIENDAMÓ	SANTA ROSA DEL SUR
ALGECIRAS	CÓRDOBA	LA MONTAÑITA	PLANADAS	SANTANDER DE QUILICHAO
AMALFI	CORINTO	LA PAZ	POLICARPA	SARAVENA
ANORÍ	CUMBITARA	LA TOLA	PRADERA	SARDINATA
APARTADÓ	CURILLO	LEIVA	PUEBLO BELLO	SEGOVIA
ARACATACA	DABEIBA	LÓPEZ DE MICAY	PUERTO ASÍS	SIMITÍ
ARAUQUITA	DIBULLA	LOS PALMITOS	PUERTO CAICEDO	SOLANO
ARENAL	EL BAGRE	MAGÜÍ	PUERTO CONCORDIA	SOLITA
ARGELIA	EL CARMEN	MANAURE Balcón del Cesar	PUERTO GUZMÁN	TAME
ATACO	EL CARMEN DE BOLÍVAR	MAPIRIPÁN	PUERTO LEGUÍZAMO	TARAZÁ
BALBOA	EL CHARCO	MARÍA LA BAJA	PUERTO LIBERTADOR	TEORAMA
BARBACOAS	EL DONCELLO	MEDIO SAN JUAN	PUERTO LLERAS	TIBÚ

BECERRIL	EL LITORAL DEL SAN JUAN	MERCADERES	PUERTO RICO	TIERRALTA
BELÉN DE LOS ANDAQUÍES	EL PAUJÍL	MESETAS	REMEDIOS	TIMBIQUÍ
BRICEÑO	EL RETORNO	MILÁN	RICAURTE	TOLÚ VIEJO
BUENAVENTURA	EL ROSARIO	MIRAFLORES	RIOBLANCO	TORIBÍO
CÁCERES	EL TAMBO	MIRANDA	ROBERTO PAYÁN	TURBO
CAJIBÍO	EL TARRA	MOCOA	SAN ANDRÉS DE TUMACO	UNGUÍA
CALAMAR	FLORENCIA	MONTELÍBANO	SAN CALIXTO	URIBE
CALDONO	FLORIDA	MORALES	SAN DIEGO	VALDIVIA
CALOTO	FONSECA	MORELIA	SAN JACINTO	VALENCIA
CANTAGALLO	FORTUL	MORROA	SAN JOSÉ DEL FRAGUA	VALLE DEL GUAMUEZ
CAREPA	FRANCISCO PIZARRO	MURINDÓ	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	VALLEDUPAR
CARTAGENA DEL CHAIRÁ	FUNDACIÓN	NECHÍ	SAN JUAN DEL CESAR	VALPARAÍSO
CAUCASIA	GUAPÍ	NECOCLÍ	SAN JUAN NEPOMUCENO	VIGÍA DEL FUERTE
CHAPARRAL	HACARÍ	OLAYA HERRERA	SAN MIGUEL	VILLAGARZÓN
CHIGORODÓ	ISTMINA	ORITO	SAN PABLO	VISTAHERMOSA
CIÉNAGA	ITUANGO	OVEJAS	SAN PEDRO DE URABÁ	YONDÓ
				ZAMBRANO

Fuente. Elaboró la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. 23 – 04 – 2019.

Tabla 6. Plazas de Servicio Social Obligatorio Asignadas en municipios PDET

Municipio	Bacteriología	Enfermería	Medicina	Odontología	Total general
ACANDÍ	1	1	2		4
ALBANIA	1	1	2	1	5
ALGECIRAS			2		2
AMALFI		1	5	1	7
ANORÍ			7		7
APARTADÓ	1	6	11		18
ARACATACA			3		3
ARAUQUITA		2	4		6
ARENAL			3		3
ARGELIA		1	1	1	3
ATACO			3		3
BALBOA		1	1	1	3
BARBACOAS		2	3	1	6



BELÉN DE LOS ANDAQUÍES	1	1	4	1	7
BRICEÑO			3		3
BUENAVENTURA	4	6	11	5	26
CÁCERES	1		3	1	5
CAJIBÍO		1	1	1	3
CALAMAR	1	1	4	1	7
CALDONO		1			1
CALOTO			1	1	2
CANTAGALLO			1		1
CAREPA	1	2	3	3	9
CARTAGENA DEL CHAIRÁ	1	1	6	2	10
CAUCASIA	1	5	8		14
CHAPARRAL	1	1	6	2	10
CHIGORODÓ			7		7
COLOSÓ			1		1
CONDOTO			4		4
CONVENCIÓN	1	1	1	1	4
CÓRDOBA			2		2
CORINTO			1		1
CUMBITARA			1		1
CURILLO	1	1	4	1	7
DABEIBA			4		4
DIBULLA	1		6		7
EL BAGRE			10	1	11
EL CARMEN	1		1	2	4
EL CARMEN DE BOLÍVAR	1	3	13	2	19
EL CHARCO	1		1	1	3
EL DONCELLO			4	1	5
EL LITORAL DEL SAN JUAN			1		1
EL PAUJÚL	1	1	3	1	6
EL RETORNO	1	1	6		8
EL ROSARIO			2		2
EL TAMBO			1		1
EL TARRA		1			1
FLORENCIA	2	2	12	2	18
FLORIDA			1		1
FONSECA			1		1
FORTUL			1		1
FRANCISCO PIZARRO	1				1
FUNDACIÓN			2		2



GUAPÍ		2	1	2	5
HACARÍ	1	1		1	3
ISTMINA			1		1
ITUANGO			1	1	2
JAMBALÓ			1		1
LA JAGUA DE IBIRICO			1		1
LA MACARENA	2	3	1	1	7
LA MONTAÑITA	2	1	4	2	9
LEIVA			2		2
LÓPEZ DE MICAY			1	1	2
LOS PALMITOS			1		1
MAGÜÍ			2		2
MAPIRIPÁN	1	1	1	1	4
MARÍA LA BAJA	1	2	5	1	9
MEDIO SAN JUAN		1	1		2
MERCADERES		1	1	1	3
MESETAS			2		2
MILÁN	1		2	2	5
MIRAFLORES	1	1	3	1	6
MIRANDA			2		2
MOCOA	1	1	17	2	21
MONTELÍBANO	1	1	8	1	11
MORALES		1		1	2
MORELIA	1	1	2	1	5
MURINDÓ			1		1
NECHÍ			7		7
NECOCLÍ	1		2	1	4
OLAYA HERRERA		2	2		4
ORITO			2		2
OVEJAS			1		1
PALMITO	1	1		1	3
PATÍA			1		1
PIENDAMÓ		1	1	1	3
PLANADAS			5	1	6
POLICARPA	1	1	1	1	4
PRADERA			1		1
PUERTO CAICEDO			1		1



PUERTO CONCORDIA	1	1	2	1	5
PUERTO GUZMÁN			1		1
PUERTO LEGUÍZAMO	3	3	5	3	14
PUERTO LIBERTADOR			6		6
PUERTO LLERAS			3		3
PUERTO RICO	1	1	6	1	9
REMEDIOS			1		1
RICAURTE	1	1	3	1	6
RIOBLANCO			5	1	6
ROBERTO PAYÁN	1		1		2
SAN ANDRÉS DE TUMACO	2	6	16	2	26
SAN CALIXTO	1	1	2		4
SAN JACINTO		1	4		5
SAN JOSÉ DEL FRAGUA	1	1	4	2	8
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	2	7	15	3	27
SAN JUAN DEL CESAR		1	8	1	10
SAN JUAN NEPOMUCENO	1	1	3	1	6
SAN PABLO		1	2		3
SAN PEDRO DE URABÁ			3		3
SAN VICENTE DEL CAGUÁN	1	1	13	1	16
SANTA MARTA	1	14	28	7	50
SANTA ROSA DEL SUR			2	1	3
SANTANDER DE QUILICHAO		2	10	1	13
SARAVENA		2	7	2	11
SARDINATA		1			1
SEGOVIA			6	1	7
SIMITÍ			4		4
SOLANO	3	2	8	3	16
SOLITA	1		3	1	5
TAME	1	3	3	2	9
TARAZÁ			2	1	3
TEORAMA	2	2	1	2	7
TIBÚ		1	4	3	8
TIERRALTA			4	1	5



TIMBIQUÍ		1	1		2
TOLÚ VIEJO	1	1	2	1	5
TORIBÍO			1		1
TURBO	3	3	10	3	19
UNGUÍA	1	1	2		4
URIBE	1	1	3	1	6
VALDIVIA			2		2
VALENCIA	1	1	4		6
VALLEDUPAR		1			1
VALPARAÍSO	1			1	2
VIGÍA DEL FUERTE	1	1	2	1	5
VILLAGARZÓN	1		1	1	3
VISTAHERMO SA			4		4
YONDÓ			1		1
ZAMBRANO			2	1	3
Total general	73	129	493	109	804

Fuente. Elaboró la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. 23 – 04 – 2019.

Acción 3.

Plan Nacional de Salud Rural- Modelo Especial de Salud Pública

Compromiso que atiende:

- La adopción de un enfoque diferencial y de género, que tenga en cuenta los requerimientos en salud para las mujeres de acuerdo a su ciclo vital, incluyendo medidas en materia de salud sexual y reproductiva, atención psicosocial y medidas especiales para mujeres gestantes y los niños y niñas, en la prevención, promoción y atención en salud.
- La creación de un modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas, con énfasis en la prevención, que permita brindar atención en los hogares o en los lugares de trabajo.

Para dar cumplimiento a los compromisos acá relacionados, esta entidad tiene a cargo los siguientes productos del Plan Marco de Implementación.

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR	SECTOR	AÑO	AÑO
----------	-----------	--------	-----	-----



El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

		RESPONSABLE	INICIO	FIN
Modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas	Porcentaje de subregiones con modelo especial de salud pública, con enfoque de género, para zonas rurales dispersas	Salud y Protección Social	2017	2031
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	Salud y Protección Social	2017	2031
Modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas	Porcentaje de municipios PDET con modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas	Salud y Protección Social	2017	2026
Modelo especial de salud pública para zonas rurales	Porcentaje de subregiones con modelo especial de salud pública, con enfoque de género, para zonas rurales	Salud y Protección Social	2017	2031
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	Salud y Protección Social	2017	2031
Modelo especial de salud pública para zonas rurales	Porcentaje de municipios PDET con modelo especial de salud pública para zonas rurales	Salud y Protección Social	2017	2026

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transferencias para la atención en salud ETCR Y Salud para la Paz 2. Desarrollo del Modelo de Acción Integral Territorial



¿Cómo se hizo?

2018



1. Transferencias para la atención en salud ETCR Y Salud para la Paz

A través de la Resolución 2338 de 2018 del Ministerio de Salud se realizaron transferencias a los 25 municipios donde se ubican los Espacios Transitorios de Capacitación y Reincorporación – ETCR, antes denominadas Zonas Veredales Transitorias de Normalización (ZVTN), por un total de \$5.416.690.000, para el desarrollo y mejoramiento en la prestación de los servicios de salud para combatir la pobreza y desigualdad que permitan dar acceso preferente a la población más pobre y vulnerable a los servicios sociales del Estado de estas regiones del país. Este esquema de atención en salud, ha sido posible gracias al apoyo de las Empresas Sociales del Estado, definidas en el proceso.

Los recursos de desarrollaron a través de tres líneas de acción:



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

(I) Atención en Salud

Con el objetivo de brindar atención en salud en los ETCR a población que se encuentre en los mismos y zonas aledañas, se definieron dos esquemas de personal de salud a saber: (1, médico y auxiliar) y (2, auxiliar), concordante con la demanda y apoyados con una gestión definida de entrega de medicamentos y logística de traslado y permanencia del personal, según cronograma acordado.

Para esta línea, se asignó un total de **\$1.782.290.000 COP.**

(II) Traslado Asistencial de Pacientes

Para el servicio de Traslado Asistencial Básico – TAB en los ETCR, se definieron dos esquemas: permanente en el ETCR o al llamado para los eventos que se presenten y para lo cual se generó la línea de con financiación para adquisición de ambulancias o pago de traslados, lo cual ha permitido garantizar las condiciones y calidad en la prestación de dicho servicio.

Para esta línea, se asignó un total de **\$3.214.400.000 COP.**

(III) Apoyo al proyecto “Salud para la Paz: Fortaleciendo comunidades”

Con la finalidad de apoyar la contratación de 50 líderes comunitarios que se encuentran en proceso de formación con el SENA en su etapa productiva como auxiliar de salud pública, a través de las ESE que gestionan la atención en salud en los ETCR, se asignó un rubro de **\$420.000.000 COP.**, en el periodo comprendido entre enero y julio de 2019.

A continuación se presenta el detalle de recursos asignados por ESE para el cumplimiento de las tres líneas de acción referidas anteriormente:

Tabla 7. Transferencias Esquema de Salud de los ETCR

NO.	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ENTIDAD	ATENCIÓN EN SALUD, MEDICAMENTOS, LOGÍSTICA	ADQUISICIÓN DE AMBULANCIA S O TRASLADOS TAB AL LLAMADO	CONTRATOS ETAPA PRODUCTIVA - PROYECTO SALUD PARA LA PAZ
1	ANTIOQUIA	ANORI	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ANORI	47.530.000	32.400.000	25.200.000
2	ANTIOQUIA	DABEIBA	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO	82.110.000	100.000.000	25.200.000
3	ANTIOQUIA	ITUANGO	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	82.110.000	180.000.000	16.800.000
4	ANTIOQUIA	REMEDIOS	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	82.110.000	180.000.000	8.400.000
5	ANTIOQUIA	VIGIA DEL FUERTE	E.S.E. HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUEÑO	105.570.000	180.000.000	16.800.000
6	ARAUCA	ARAUQUITA	E.S.E. MORENO Y CLAVIJO	58.650.000	180.000.000	16.800.000



7	CAQUETA	LA MONTAÑITA	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA	47.530.000	32.400.000	16.800.000
8	CAQUETA	SAN VICENTE DEL CAGUAN	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL	47.530.000	180.000.000	16.800.000
9	CAUCA	BUENOS AIRES	E.S.E. NORTE 1	82.110.000	180.000.000	16.800.000
10	CAUCA	CALDONO	E.S.E. POPAYAN	82.110.000	100.000.000	16.800.000
11	CAUCA	MIRANDA	E.S.E. NORTE 2	82.110.000	32.400.000	16.800.000
12	CESAR	LA PAZ	E.S.E. HOSPITAL MARINO ZULETA RAMIREZ	47.530.000	32.400.000	16.800.000
13	CHOCO	RIOSUCIO	E.S.E. HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA	54.320.000	180.000.000	8.400.000
14	CORDOBA	TIERRALTA	E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	0	0	16.800.000
15	GUAVIARE	SAN JOSE DEL GUAVIARE	E.S.E. RED DE SALUD DE PRIMER NIVEL DEL GUAVIARE - ETCR COLINAS	58.650.000	180.000.000	8.400.000
16	GUAVIARE	SAN JOSE DEL GUAVIARE	E.S.E. RED DE SALUD DE PRIMER NIVEL DEL GUAVIARE - ETCR CHARRAS	58.650.000	180.000.000	16.800.000
17	LA GUAJIRA	FONSECA	E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA	47.530.000	100.000.000	25.200.000
18	META	LA MACARENA	E.S.E. DEL DEPARTAMENTO DEL META SOLUCION SALUD	70.380.000	180.000.000	8.400.000
19	META	MESETAS	E.S.E. DEL DEPARTAMENTO DEL META SOLUCION SALUD	70.380.000	100.000.000	16.800.000
20	META	VISTAHERMOSA	E.S.E. DEL DEPARTAMENTO DEL META SOLUCION SALUD	70.380.000	180.000.000	16.800.000
21	NARIÑO	POLICARPA	E.S.E. CENTRO DE SALUD POLICARPA	0	0	33.600.000
22	NARIÑO	TUMACO	CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO E.S.E.	82.110.000	180.000.000	8.400.000
23	NORTE DE SANTANDER	TIBU	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NORTE	105.570.000	180.000.000	16.800.000
24	PUTUMAYO	PUERTO ASIS	E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE PUESTO ASIS	82.110.000	180.000.000	8.400.000
25	TOLIMA	ICONONZO	HOSPITAL SUMAPAZ E.S.E.	82.110.000	32.400.000	8.400.000
26	TOLIMA	PLANADAS	E.S.E. HOSPITAL CENTRO NIVEL I PLANADAS	47.530.000	32.400.000	16.800.000
27	CAUCA	PATÍA	E.S.E. HOSPITAL NIVEL I EL BORDO	105.570.000	100.000.000	0
		TOTAL		1.782.290.000	3.214.400.000	420.000.000

Fuente. Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres – OGTED – MSPS.

2. Desarrollo del Modelo de Acción Integral Territorial



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

Se avanzó en el planteamiento de un Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) que tiene como objetivo acercar el Ministerio de Salud y Protección Social a las regiones a través del diálogo directo con los actores, promoviendo el desarrollo de proyectos de salud, identificando en forma conjunta las particularidades y soluciones de cada territorio a través de un método estructurado y de seguimiento continuo a los compromisos establecidos en el Plan de Atención Integral Territorial.

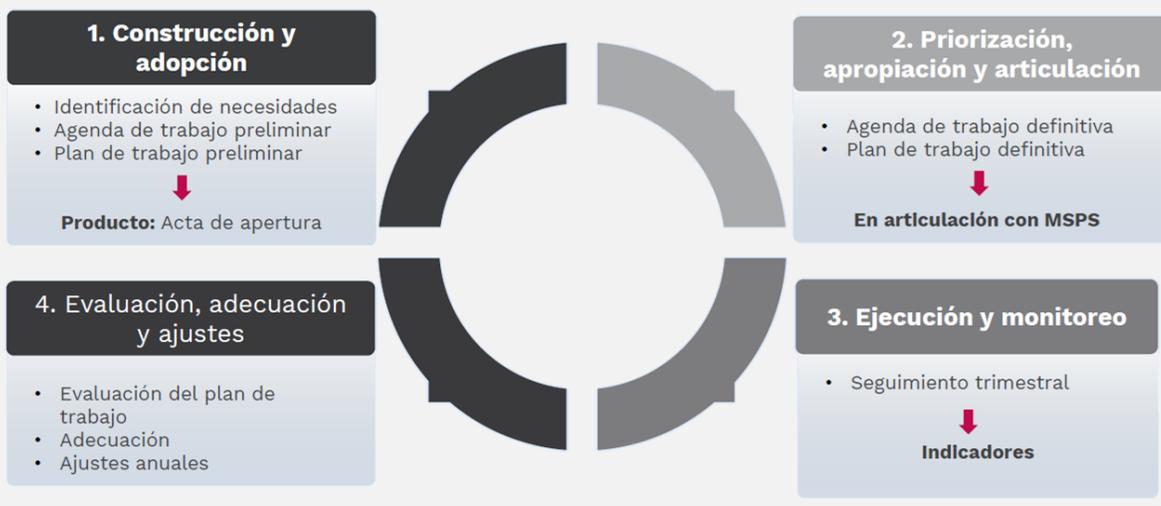
El modelo Incluye 8 líneas de trabajo y 4 etapas fundamentales como las siguientes ilustraciones:

Ilustración 1. Líneas de MAITE



Ilustración 2. Etapas de MAITE

Etapas





¿Quiénes se beneficiaron?

2018

1. Transferencias para la atención en salud ETCR Y Salud para la Paz

(I) Atención en Salud

A través de dicho esquema se brindaron entre abril y diciembre de 2018 al menos 11.827 atenciones, de los cuales 7.487 a comunidades aledañas y 4.149 a personas en proceso de reincorporación. De igual forma, es de destacar que del total de atenciones 3.075 se dirigieron a Niños, Niñas y Adolescentes (NNA), de los cuales 1.572 a niños y niñas de primera infancia, así como 601 a mujeres gestantes.

Nota: aún se cuenta con un subregistro, por lo que las cifras pueden aumentar.

(II) Traslado Asistencial de Pacientes

En 2018, a través de los recursos dispuestos, se realizaron al menos 573 evacuaciones médicas mediante TAB, de los cuales 371 a comunidades aledañas, y los restantes a personas en proceso de reincorporación. Es de resaltar que del total de evacuaciones, 122 fueron para mujeres gestantes y 97 para NNA, 13 de los cuales de primera infancia.

Nota: aún se cuenta con un subregistro, por lo que las cifras pueden aumentar.

(III) Apoyo al proyecto "Salud para la Paz: Fortaleciendo comunidades"

Se beneficiaron 50 líderes comunitarios que se encontraban en el proceso de formación con el SENA en su etapa productiva como auxiliar de salud pública.

2. Desarrollo del Modelo de Acción Integral Territorial

La implementación del Modelo busca beneficiar a la totalidad de la población residente en el territorio nacional.



¿En qué territorios se desarrolló la acción?

2018

1. Transferencias para la atención en salud ETCR Y Salud para la Paz

Las Transferencias de los recursos fueron enviadas y ejecutadas en los siguientes municipios:



Tabla 8. Municipio donde se ubican los ETCR

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
ANTIOQUIA	ANORI	GUAVIARE	SAN JOSE DEL GUAVIARE
ANTIOQUIA	DABEIBA	GUAVIARE	SAN JOSE DEL GUAVIARE
ANTIOQUIA	ITUANGO	LA GUAJIRA	FONSECA
ANTIOQUIA	REMEDIOS	META	LA MACARENA
ANTIOQUIA	VIGIA DEL FUERTE	META	MESETAS
ARAUCA	ARAUQUITA	META	VISTAHERMOSA
CAQUETA	LA MONTAÑITA	NARIÑO	POLICARPA
CAQUETA	SAN VICENTE DEL CAGUAN	NARIÑO	TUMACO
CAUCA	BUENOS AIRES	NORTE DE SANTANDER	TIBU
CAUCA	CALDONO	PUTUMAYO	PUERTO ASIS
CAUCA	MIRANDA	TOLIMA	ICONONZO
CESAR	LA PAZ	TOLIMA	PLANADAS
CHOCO	RIOSUCIO	CAUCA	PATÍA
CORDOBA	TIERRALTA		

2. Desarrollo del Modelo de Acción Integral Territorial

El Modelo inicio su implementación en los territorios de La Guajira, Chocó, Arauca, Vichada y Guaviare se benefician primordialmente de este modelo de acción integral territorial pero con el objetivo de abarcar todo el territorio nacional

Acción 4

Plan Nacional de Salud Rural – Gestión de la Salud.

Compromiso que atiende:

Cobertura universal de atención integral para niños y niñas en primera infancia en zonas rurales.

Para dar cumplimiento a los compromisos acá relacionados, esta entidad tiene a cargo los siguientes productos del Plan Marco de Implementación.



Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR	SECTOR RESPONSABLE	AÑO INICIO	AÑO FIN
Servicios de atención integral a la primera infancia en zona rural	Porcentaje de niños de primera infancia que cuentan con atención integral en zona rural	Comisión Intersectorial para la Primera Infancia - Salud y Protección Social	2018	2031
Servicios de atención integral a la primera infancia en zona rural	Porcentaje de niños de primera infancia que cuentan con atención integral en zona rural en municipios PDET	Comisión Intersectorial para la Primera Infancia - Salud y Protección	2018	2026

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud 2. Consultas de crecimiento y desarrollo 3. Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI



¿Cómo se hizo?

2018

Las actividades desarrolladas se realizaron a través de las Secretarías de Salud departamentales y municipales y de las entidades administradoras de planes de beneficios con presencia en las zonas rurales.

Con el objeto de prestar los servicios técnicos, administrativos y financieros para la implementación de intervenciones de oferta complementaria del “Plan de Acción de Salud Primeros 1000 días de Vida”, dirigido a la atención integral en salud materna infantil en municipios PDET priorizados, en el marco del Plan Intersectorial del Acuerdo de Paz para la Atención Integral a la Primera Infancia”; en la vigencia 2018, el Ministerio de Salud y Protección social, adelantó un proceso de generación de insumos técnicos, relacionados principalmente con las guías de cualificación y de despliegue territorial, para la futura implementación de acciones sectoriales (salud), intersectoriales y coordinadas que permitirán acceso a servicios de salud con calidad y pertinencia a las gestantes, los niños y niñas de primera infancia que viven en 30 municipios priorizados con mayor afectación del conflicto armado, además de los resultados en los indicadores de salud materna e infantil.

Así mismo, se espera cualificar al talento humano en salud de las IPS que prestan servicios en los 30 municipios priorizados, en temas relacionados con la atención de la gestante, las niñas y niños; y lograr efectuar la entrega de insumos y materiales que mejoran la calidad de la atención de emergencias



obstétricas, la atención del recién nacido, la promoción de la lactancia materna y la valoración integral para potenciar el desarrollo y detectar tempranamente alteraciones en las niñas y niños en primera infancia.



¿Quiénes se beneficiaron?

2018

La política de estado de cero a siempre busca aunar los esfuerzos de los sectores a favor de la primera infancia y sentar las bases conceptuales, técnicas y de gestión para garantizar el desarrollo integral, en el marco de la Doctrina de la Protección Integral. Con ello busca fortalecer el marco institucional para el reconocimiento, la protección y la garantía de los derechos de las mujeres gestantes y de los niños y las niñas de cero a seis años de edad, así como la materialización del Estado Social de Derecho.

Ahora bien, bajo este marco de acción, la cual se realizó de la mano con el proyecto salud para la paz se beneficiaron de la atención integral en salud y específicamente en los componentes de salud (aseguramiento, vacunación y crecimiento y desarrollo), los niños y niñas más vulnerables que viven en zona rural y en la zona rural de los municipios PDET.

Lo anterior, se expresa cuantitativamente de la siguiente forma, 1.374.423 niños y niñas recibieron atención integral en salud, durante el 2018, entendiendo que atención integral en salud para la primera infancia, en lo que respecta al sector salud se entiende como: aseguramiento, esquema completo de vacunación y crecimiento y desarrollo. Por cada de estas actividades, las cifras de cumplimiento son:

Tabla 9. Atención en salud a niños niñas en el marco de la atención integral en la primera infancia

Total de niñas y niños	2018	
	# De niños	% de cumplimiento
Atenciones		
Afiliación al SGSSS	1291.958	94%
Esquema Completo de Vacunación	962.096	70%
Crecimiento y desarrollo	728.444	53



¿En qué territorios se desarrolló la acción?

2018

Los municipios objetivo a través del proyecto “Salud para la paz, fortaleciendo comunidades” fueron: Anorí, Dabeiba, Ituango, Remedios, Vigía del Fuerte. La Montañita. San Vicente del Caguán. Buenos Aires, Caldon, Miranda, La Paz, Tierralta, Riosucio, Fonseca, Mesetas, La Macarena, Vistahermosa,



Policarpa, San Andrés de Tumaco, Tibú, Icononzo, Planadas, Arauquita, Puerto Asís, San José del Guaviare.

A través del Fondo Colombia en Paz, se priorizaron 30 municipios, siendo estos: Antioquia (Amalfi, Segovia, Carepa, Apartado, Turbo, Valdivia), Bolívar (Cantagallo, San Pablo, Santa Rosa del Sur), Cauca (Caloto, Corinto, Toribio), Caquetá (El Doncello, Solano, Milán), Cesar (Pueblo Bello), Choco (Bojaya, Medio Atrato, Murindo-Antioquia), Guajira (Dibulla), Magdalena (Ciénaga), Norte de Santander (San Calixto, Sardinata, Teorama), Arauca (Fortul, Saravena, Tame), Sucre (Chalán, Coloso, Ovejas).

Acción 5.

Proyecto Salud para la Paz, Fortaleciendo Comunidades.

Compromiso que atiende:

La construcción y el mejoramiento de la infraestructura sobre la base de un diagnóstico amplio y participativo que permita atender al mayor número de usuarios y usuarias en cada región, la dotación de equipos, incluyendo la adopción de nuevas tecnologías para mejorar la atención (ej. Telemedicina), y la disponibilidad y permanencia de personal calificado.

Para dar cumplimiento a los compromisos acá relacionados, esta entidad tiene a cargo los siguientes productos del Plan Marco de Implementación.

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR	SECTOR RESPONSABLE	AÑO INICIO	AÑO FIN
Talento humano en salud con las competencias requeridas (según el componente primario o complementario) disponible en zonas rurales	Porcentaje de IPS con personal calificado, con permanencia y adecuado a la oferta local	Salud y Protección Social	2017	2031
Talento humano en salud con las competencias requeridas (según el componente primario o complementario) disponible en zonas rurales	Porcentaje de IPS con personal calificado, con permanencia y adecuado a la oferta local en municipios PDET	Salud y Protección Social	2017	2026
Modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas	Porcentaje de subregiones con modelo especial de salud pública, con enfoque de género, para zonas rurales dispersas	Salud y Protección Social	2017	2031
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	Salud y Protección Social	2017	2031



Modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas	Porcentaje de municipios PDET con modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas	Salud y Protección Social	2017	2026
Modelo especial de salud pública para zonas rurales	Porcentaje de subregiones con modelo especial de salud pública, con enfoque de género, para zonas rurales	Salud y Protección Social	2017	2031
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	Salud y Protección Social	2017	2031
Modelo especial de salud pública para zonas rurales	Porcentaje de municipios PDET con modelo especial de salud pública para zonas rurales	Salud y Protección Social	2017	2026

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2018	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecimiento institucional para el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud-APS Desarrollo de una estrategia extramural e intercultural de APS Entrenamiento de líderes comunitarios, como auxiliares de salud pública Estrategia de vigilancia de base comunitaria



¿Cómo se hizo?

2018



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 busco 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).

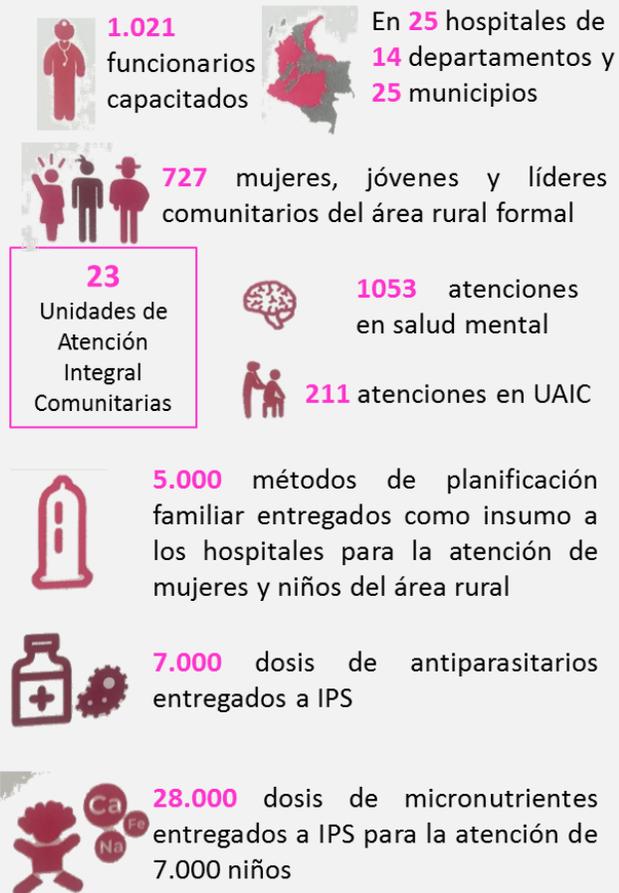
El proyecto se desarrolló bajo los siguientes componentes:

1. Fortalecimiento institucional para mejorar el acceso efectivo a servicios integrales de Atención Primaria en Salud

Este componente fue ejecutado por la OPS y UNFPA y buscó 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. Este componente obtuvo los siguientes resultados:



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

Este componente fue ejecutado por la OIM y buscó 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. Los principales resultados del desarrollo de este componente fueron:



46 líderes de la comunidad en entrenamiento como auxiliares de salud pública



27 enfermeras contratadas (gestoras y enlaces territoriales) laborando en los municipios.



Recursos para la contratación a los auxiliares en los equipos extramurales de IPS municipales



12.849 personas atendidas en **113** jornadas de atención extramural en coordinación con el territorio



Diseño de **curso virtual para la gestión de acciones de salud pública** en los municipios



12.134 personas recibieron asistencia técnica para mejorar la articulación de las autoridades locales de salud



10.767 personas se capacitaron en los talleres comunitarios sobre medidas de autocuidado, saneamiento básico y protección ambiental, salud sexual y salud infantil

3. 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.





598 Personas formadas en vigilancia comunitaria

51 Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria en **202** veredas y con la participación de **391** líderes comunitarios y apoyo a la conformación de redes de vigilancia comunitaria



¿Quiénes se beneficiaron?

2018

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



¿Quiénes participaron en esta acción y cómo se promovió el control social?

2018

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 se desarrolló la acción?

2018

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: Ituango, Vigía del Fuerte, Remedios, Anorí, Dabeiba, Arauquita, Mesetas, Macarena, Vista Hermosa, Riosucio, San José del Guaviare, Tibú, Caldon, Buenos Aires, Miranda, Policarpa, Tumaco, Icononzo, Planadas, Puerto Asís, Tierra Alta, Montañita, San Vicente del Caguán, La Paz y Fonseca



Punto 3 del Acuerdo

Fin del 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 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.

Para dar cumplimiento a los compromisos acá relacionados, esta entidad tiene a cargo los siguientes productos del Plan Marco de Implementación.

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR	SECTOR RESPONSABLE	AÑO INICIO	AÑO FIN
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	Salud y Protección Social	2017	2026
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.	Salud y Protección Social	2017	2026

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de la estrategia de captura de información primaria encaminada a identificar posibles necesidades en el proceso de rehabilitación funcional en los ETCR 2. Atención a personas con lesiones derivadas del conflicto 3. Gestión de Proyectos de Cooperación Internacional

**¿Cómo se hizo?**

2018

1. Gestión de Proyectos de Cooperación InternacionalEl futuro
es de todosGobierno
de Colombia

Con el objetivo de cubrir costos que excepcionalmente se generen de la atención de lesiones derivadas del conflicto de los miembros acreditados de las FARC-EP, el Ministerio de Salud presentó tres (3) proyectos a la cooperación internacional donde se definieron acciones que apoyarán, de manera técnica y/o financieramente algunos de sus componentes de la rehabilitación: valoraciones interdisciplinarias, definición plan de intervención y rehabilitación, atenciones individuales según plan de tratamiento, prescripción, suministro, adaptación y entrenamiento de productos de apoyo.

El primer proyecto fue presentado al PNUD, el cual tuvo como finalidad ofrecer apoyo funcional a excombatientes que se encuentran en zonas dispersas del país, y beneficiar a 100 personas en proceso de reincorporadas las cuales recibirán el proceso de rehabilitación funcional, incluyendo el producto de apoyo y los gastos correspondientes al transporte y estadía.

El segundo proyecto denominado “Adquisición y suministro de ayudas técnicas para población en proceso de reincorporación que presentan discapacidad derivada de lesiones en el marco del conflicto” fue presentado a la Asociación Colombiana de la Soberana Orden Militar de Malta, el proyecto se formuló con el objetivo de beneficiar a 600 personas con discapacidad derivadas de las lesiones en el marco del conflicto, Las principales situaciones y diagnósticos a atender corresponden a lesiones derivadas del conflicto armado, entre ellas: Amputación de miembros superiores e inferiores, Trauma raquimedular, Ceguera y baja visión irreversible.

El tercer proyecto fue presentado a Global Connection to Employment (GCtE) para aportar prótesis y cubrir rehabilitación funcional a población en proceso de reinserción.

Para el desarrollo este compromiso es elemental la articulación con la ARN, la Agencia Presidencial de Cooperación,



¿Quiénes se beneficiaron?

1. Gestión de Proyectos de Cooperación Internacional

La gestión de los proyectos de cooperación internacional busca beneficiar a las personas acreditadas de las FARC en proceso de reincorporación, con lesiones derivadas del conflicto en cualquiera de los procesos de rehabilitación.



¿Quiénes participaron en esta acción y cómo se promovió el control social?

El desarrollo de este compromiso No contempla el involucramiento de la ciudadanía ya sea para la formulación o la implementación de las acciones que den respuesta al compromiso.





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:

Promover la realización de brigadas de atención básica en salud, en el marco del Plan de Atención inmediata y desarrollo de proyectos productivos.

Para dar cumplimiento a los compromisos acá relacionados, esta entidad tiene a cargo los siguientes productos del Plan Marco de Implementación.

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR	SECTOR RESPONSABLE	AÑO INICIO	AÑO FIN
Brigadas de atención básica en salud	Porcentaje de territorios afectados por cultivos de uso ilícito con brigadas de salud realizadas a solicitud	Salud y Protección Social	2017	2019



Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2018	1. Desarrollo de la estrategia de captura de información primaria encaminada a identificar posibles necesidades en el proceso de rehabilitación funcional en los ETCR



¿Cómo se hizo?

2018



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.

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, se programarán 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 beneficiaron?

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.



¿Quiénes participaron en esta acción y cómo se promovió el control social?

El desarrollo de este compromiso No contempla el involucramiento de la ciudadanía ya sea para la formulación o la implementación de las acciones que den respuesta al compromiso.

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



Apoyar la formulación y ejecución participativa de planes de acción departamentales y municipales frente al consumo, de acuerdo con las particularidades de los territorios y diferentes grupos poblacionales, en el marco del Programa de Prevención del Consumo y Salud Pública y con los contenidos mínimos señalados en el numeral 4.2.1.4

Acciones para ampliar y mejorar el acceso y la oferta en atención y asistencia cualificada a personas consumidoras, incluyendo el tratamiento y la rehabilitación, y que impulse, entre otros, medidas afirmativas para las mujeres y la población LGBTI.

Para dar cumplimiento a los compromisos acá relacionados, esta entidad tiene a cargo los siguientes productos del Plan Marco de Implementación.

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR	SECTOR RESPONSABLE	AÑO INICIO	AÑO FIN
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	Salud y Protección Social	2017	2019
Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas	Programa Nacional de Intervención Integral frente al consumo de drogas ilícitas, como una instancia de alto nivel, diseñado e implementado de forma consultada con las instancias de representación reconocidas (Plan de Desarrollo 2010-2014 y anexos; Subcomisión de Salud de la Mesa de Concertación con Pueblos y Organizaciones Indígenas; la Comisión Tercera de Protección Social; ICBF; Mujer, Género y Generación del Espacio Nacional de Consulta Previa de las Comunidades Negra, Afro, Raizal y Palenquera creada por Ministerio del Interior; y Mesa Nacional de Dialogo del Pueblo Rrom), para garantizar un enfoque étnico con pertinencia cultural y perspectiva de género, mujer, familia y generación.	Salud y Protección Social	2017	2018
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	Salud y Protección Social		



	actualizada, con participación de la comunidad			
Poner en marcha el proceso participativo para la revisión y ajuste de la política frente al consumo de drogas ilícitas	Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA, consultada con las instancias de representación reconocidas (Plan de Desarrollo 2010-2014 y anexos; Subcomisión de Salud de la Mesa de Concertación con Pueblos y Organizaciones Indígenas; la Comisión Tercera de Protección Social; ICBF; Mujer, Género y Generación del Espacio Nacional de Consulta Previa de las Comunidades Negra, Afro, Raizal y Palenquera creada por Ministerio del Interior; y Mesa Nacional de Dialogo del Pueblo Rrom), para garantizar un enfoque étnico con pertinencia cultural y perspectiva de género, mujer, familia y generación.	Salud y Protección Social	2019	2021
Poner en marcha el proceso participativo para la revisión y ajuste de la política frente al consumo de drogas ilícitas	Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA, implementada garantizando un enfoque étnico con pertinencia cultural y perspectiva de género, mujer, familia y generación.	Salud y Protección Social	2022	2031
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	Salud y Protección Social	2017	2031
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	Salud y Protección Social	2018	2023
Atención por consumo de sustancias ilícitas, desagregado por hombres y mujeres	Porcentaje de personas que reciben tratamiento por consumo de sustancias ilícitas	Salud y Protección Social	2018	2022
Implementar estrategias para disminuir el estigma y discriminación en personas que consumen sustancias psicoactivas con enfoque de género incluyendo población LGBTI	Número de estrategias para disminuir el estigma y la discriminación en personas que consumen sustancias psicoactivas con enfoque de género, incluyendo población LGBTI	Salud y Protección Social	2018	2026
Lineamientos de tratamiento con enfoque de género, incluyendo población 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, elaborados	Lineamientos de tratamiento con enfoque de género, incluyendo población 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, elaborados.	Salud y Protección Social	2017	2018



Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajuste a la ruta metodológica de revisión y actualización de la Política; y elaboración sectorial y participativa de la Política Integral para la Prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas. Resolución 089 de 2019. 2. Articulación intersectorial, elaboración de la RUTA FUTURO “Política integral para enfrentar el Problema de las Drogas” 3. Gestión para la creación de una instancia de alto nivel - Propuesta de hoja de ruta para la creación de la alta instancia. 4. Concertación del contenido del Lineamiento para el abordaje del cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos indígenas 5. Atención por consumo de sustancias ilícitas. 6. Elaboración del documento preliminar “Lineamientos de tratamiento con enfoque de género, incluyendo población 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, elaborados.” 7. Generación de conocimiento



¿Cómo se hizo?



2018

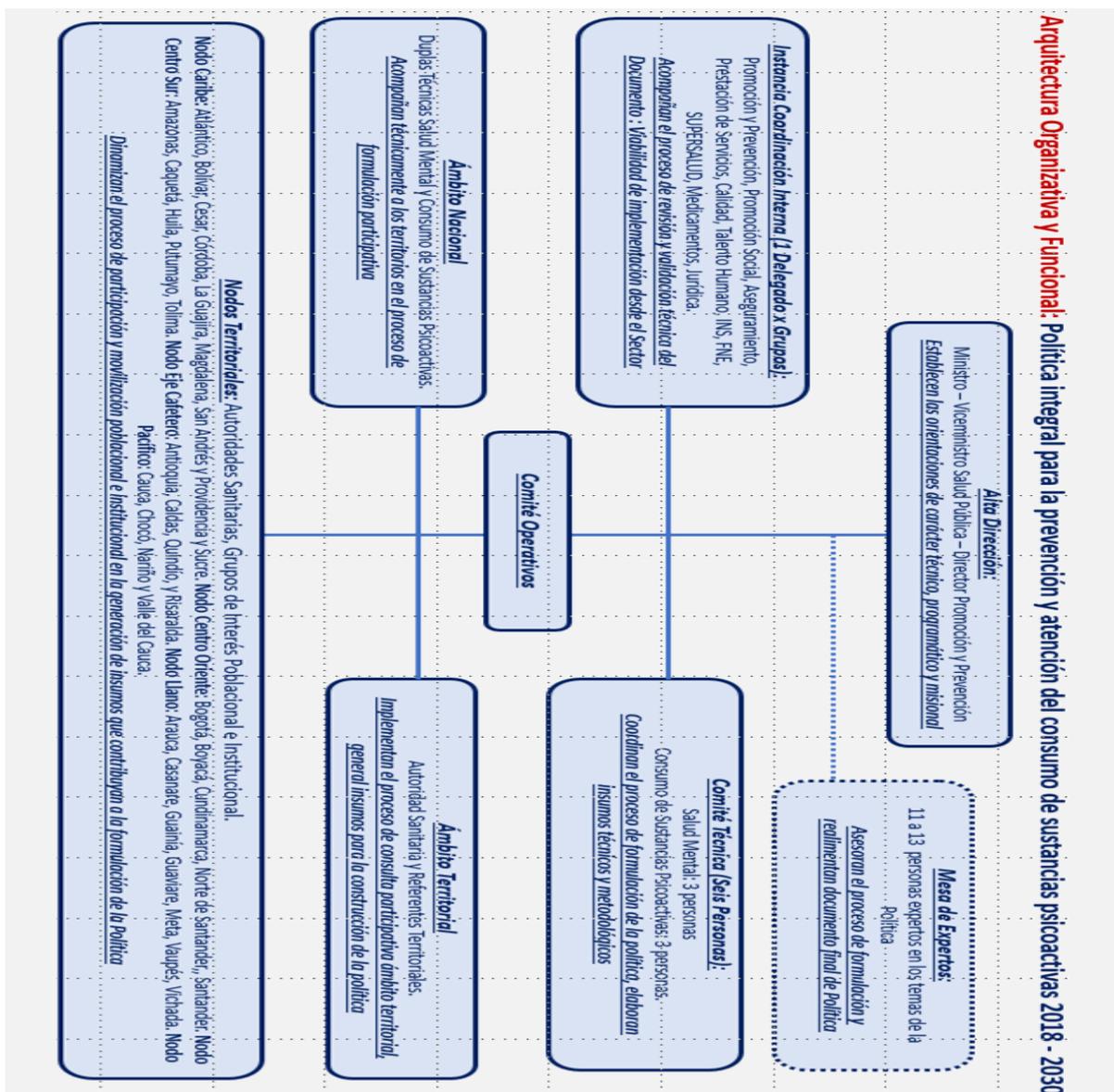
1. **Ajuste a la ruta metodológica de revisión y actualización de la Política; y elaboración sectorial y participativa de la Política Integral para la Prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas. Resolución 089 de 2019.**

El Ministerio de Salud y Protección Social, en su rol como Autoridad Sanitaria y en ejercicio de sus competencias, diseñó una ruta metodológica para el proceso de formulación definida en cuatro fases, tal y como sigue: (i) Fase encuadre programático e intersectorial, (ii) Fase Diagnóstico, (iii) Fase formulación, (iv) Fase consulta abierta. La Implementación de esta ruta se efectuó a través de la siguiente arquitectura institucional:



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia



(I) Fase encuadre programático e intersectorial

Desde el año 2017, el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Salud y el Banco Mundial aúnan esfuerzos para la construcción de la Política nacional y el Conpes de Salud Mental, como herramientas de política que en su momento cobijarían las acciones de Consumo de Sustancias psicoactivas⁴

Para su construcción de definió en esta fase la realización de cuatro talleres regionales y un taller de concertación interinstitucional para la definición de acuerdos programáticos. Los talleres regionales tendrían como finalidad fortalecer la participación social necesaria para este proceso; en total se realizaron cuatro talleres regionales con el objetivo de reconocer los principales aportes y experiencias de los representantes del sector y demás actores vinculados con la salud mental y el

⁴ Posteriormente en agosto de 2018, se identifica al interior del sector la necesidad de generar una política pública propia para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, que intersectorialmente estuviera amparada entre otros, por los acuerdos programáticos del CONPES, de tal forma que serían dos políticas públicas y un solo CONPES.

consumo de sustancias psicoactivas en las Entidades Territoriales así como identificar las barreras y facilitadores para la implementación de la política de salud mental en lo local. La población objetivo serán las instituciones responsables de los temas, la academia y las principales organizaciones de la sociedad civil.

Los talleres, en su desarrollo metodológico alternaron metodología metaplan y diálogos abiertos, los resultados de cada uno de los talleres, en términos cualitativos, fueron sistematizados y cuentan con soportes de listados de participación.

(II) Fase Diagnóstico

La fase anterior, permitió establecer con precisión, los ejes y líneas de acción que se deberían considerar en la formulación de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, de tal forma que durante esta fase se estructuró dos momentos de análisis de la situación del consumo de sustancias en el país, el primero desarrollado por el comité técnico operativo desde fuentes secundarias (estudios, investigaciones, datos suministrados por los sistemas de información del Ministerio de Salud, el Observatorio de Drogas, Sociedad Civil entre otros) y un segundo momento de consulta territorial, a partir de un conjunto de instrumentos que facilitaban la participación de los diferentes grupos de interés en los territorios, en torno a las siguientes categorías de análisis de la situación del consumo de sustancias psicoactivas:

- Matriz caracterización cualitativa de la situación del consumo de sustancias psicoactivas en el territorio, por cada uno de los ejes de la política, a partir de las siguientes preguntas orientadoras: (i) ¿Cuáles son los principales problemas identificados en el territorio?, (ii) por cada problema: ¿Cuáles son las tres principales causas que lo origina?, (iii) ¿Cuáles son los efectos o impactos generados en las personas, familias y comunidades?, (iv) ¿Cuáles son las principales 5 dificultades que tiene el sector salud, en su territorio, para dar respuesta a los problemas identificados? (v) ¿Cuáles son las acciones desarrolladas durante el periodo comprendido entre el año 2016 y el año 2018?, (vi) ¿Cuáles son las acciones proyectadas para el año 2019? Y (vii) ¿Cuál es la inversión proyectada para el año 2019?
- Matriz DOFA Caracterización situación del consumo de sustancias psicoactivas y condiciones institucionales para la implementación de la política pública.

En términos cualitativos, la información enviada por los territorios, fue sistematizada por cada uno de los nodos de acompañamiento territorial. En términos cuantitativos se logró la participación 404 personas.

(III) Fase de Formulación

Para la revisión y valoración de las orientaciones técnicas presentadas en el *Documento base: Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*, se realizó una revisión sistemática de diversos procesos y métodos cualitativos y cuantitativos que permitan disminuir el sesgo en la valoración de la información presentada y a la vez aporten en la consolidación del texto a partir de identificar los elementos que deban ser revisados, mejorados o re elaborados.

Es así como se hizo una adaptación metodológica del método Delphi y la escala de liker, (que contaron con un instructivo y una matriz de registro).

(IV) Fase de Consulta Abierta



Esta fase se realizó vía internet, para la cual el Ministerio, destinó una cuenta de internet propia: politicaconsumospa@minsalud.gov.co, realizó un instructivo⁵ que envió junto a la convocatoria y registro diariamente los resultados de la consulta.

2. Gestión para la creación de una instancia de alto nivel - Propuesta de hoja de ruta para la creación de la alta instancia.

Durante la vigencia 2018, la definición del Programa Nacional de Intervención Integral frente al consumo de Sustancias Psicoactivas como una instancia de alto nivel ha tenido dos momentos de discusión:

(I) Primer momento

Definición y creación de una instancia que dependiera del Consejo Nacional de Estupefacientes y trabajara de manera articulada con la Comisión Técnica Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Este ejercicio tuvo como producto un proyecto de acto administrativo.

(II) Segundo momento

Reconocimiento de las instancias de alto nivel que actualmente estén funcionando y cuyo propósito es transformar los determinantes que afecten las condiciones y la calidad de vida de la población, en la cual asistieran Ministros y Viceministros, y fuese liderada por la autoridad sanitaria nacional.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social construyó el documento “Implementación de lo acordado en el ítem 4.2., del Acuerdo Final para una Paz estable y duradera: Propuesta técnica y metodológica, PRE TEXTO para convocar la participación intersectorial y la movilización social y ciudadana en la Creación del Programa Nacional de Intervención Integral frente al consumo de sustancias psicoactivas”.

Para el desarrollo de esa acción es importante la confluencia de los siguientes sectores: Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio del Interior, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Ministerio de Cultura, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Instituto Colombiano del Deporte, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Fondo de Nacional de Estupefacientes, Autoridad Nacional de Televisión, Programa Presidencial Colombia Joven, Sistema Nacional de Juventud, Policía Nacional, Fiscalía General de la Nación y la Procuraduría General de la Nación.

3. Concertación del contenido del Lineamiento para el abordaje del cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos indígenas.

Particularmente en lo relativo a la vinculación de las comunidades étnicas en el proceso de formulación de la Política Integran para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas y, de la política nacional para la salud mental, el Ministerio de Salud ha incorporado las recomendaciones y sugerencias que los pueblos indígenas han compartido en los diferentes espacios

⁵ Ver Carpeta “4 Fase consulta abierta” / Instructivo



que se han desarrollado desde el 2015 para la definición del *Lineamiento para el abordaje del cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos indígenas en el marco del SISPI.*

4. Elaboración del documento preliminar “Lineamientos de tratamiento con enfoque de género, incluyendo población 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, elaborados.”

Durante la Vigencia 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social elaboro los siguientes documentos:

- Documento Preliminar 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 objetivo de este lineamiento es garantizar la atención integral para personas no consumidoras y consumidoras de SPA- que pueden asumirse como personas en riesgo o trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, implica el reconocimiento de las condiciones de los servicios de salud en esta materia. El principal reto para la implementación del lineamiento una vez sea adoptado es hacer efectiva la atención integral en salud para las personas en riesgo de consumo o que consumen sustancias psicoactivas al considerar que: (i) las poblaciones son diversas y lo es también su abordaje; (ii) garantizar la disponibilidad de los servicios de tratamiento habilitados en las zonas rurales y rurales dispersas, para la aplicabilidad de la ruta de atención y el modelo de tratamiento basado en la evidencia; (iii) elaborar estrategias pedagógicas para actores claves que posicionen la reducción de daños y disminuyan el estigma de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas. (iv) mayor asignación de recursos que permitan ampliar la cobertura de la atención, en especial en la atención primaria en salud, y la detección temprana y oportuna en el entorno extramural; y, desarrollar intervenciones educativas que permitan la transformación de imaginarios sociales e institucionales que crean escenarios hostiles que favorecen la exclusión social y la adopción de comportamientos de riesgo en la población con identidad y orientación sexual diversa.
- Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, el cual tiene como objetivo “Orientar al gobierno nacional y territorial, organizaciones de la sociedad civil y comunidad en general sobre la construcción participativa e implementación de respuestas integrales en prevención del consumo de sustancias psicoactivas basada en la evidencia”.
- Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento debido a uso de sustancias psicoactivas, que en el capítulo de adaptabilidad, para las personas con orientación sexual o identidad de género, orienta la integralidad y los ajustes razonables para su atención. Este lineamiento tiene como objetivo “Establecer las disposiciones técnicas y operativas de obligatorio cumplimiento requeridas en la prestación integral de la atención en salud a las personas con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, y a sus familias y comunidades.”

5. Generación de conocimiento



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, en el 2018 se realizaron **5** 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.



¿Quiénes se beneficiaron?

1. Ajuste a la ruta metodológica de revisión y actualización de la Política; y elaboración sectorial y participativa de la Política Integral para la Prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas. Resolución 089 de 2019.

La Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas tiene como objetivo Garantizar la atención integral de las personas, familias y comunidades con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, mediante respuestas programáticas, continuas y efectivas, en su reconocimiento como sujetos de derechos. La población objeto de la política son: (i) personas consumidoras, (ii) niños y niñas, (iii) Adolescentes, (iv) Jóvenes, (v) madres y padres de familia, (vi) mujeres, (vii) personas que habitan en zonas afectadas por el cultivo de drogas ilícitas, (viii) Comunidades étnicas, (ix) Población privada de la libertad, (x) Población en situación de habitante de calle, (xi) Población con discapacidad, (xii) Población LGBT, (xiii) Gobierno Escolar.

2. Gestión para la creación de una instancia de alto nivel - Propuesta de hoja de ruta para la creación de la alta instancia.

Con la puesta en marcha del Programa Nacional de Intervención Integral frente al consumo de Sustancias Psicoactivas beneficiara a través de su rectoría a las personas, familias y comunidades con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, especialmente a: (i) personas consumidoras, (ii) niños y niñas, (iii) Adolescentes, (iv) Jóvenes, (v) madres y padres de familia, (vi) mujeres, (vii) personas que habitan en zonas afectadas por el cultivo de drogas ilícitas, (viii) Comunidades étnicas, (ix) Población privada de la libertad, (x) Población en situación de habitante de calle, (xi) Población con discapacidad, (xii) Población LGBT, (xiii) Gobierno Escolar.

3. Concertación del contenido del Lineamiento para el abordaje del cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos indígenas

Una vez sea concertado el *Lineamiento para el abordaje del cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos indígenas en el marco del SISPI*, se espera beneficiar a las personas, familiar y comunidades étnicas con riesgo o consumo problemático de sustancias psicoactivas.



4. Elaboración del documento preliminar “Lineamientos de tratamiento con enfoque de género, incluyendo población 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, elaborados.”

La aprobación final del Lineamientos de tratamiento con enfoque de género, incluyendo población LGBTI, dentro del Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas, beneficiará a las mujeres y los hombres, ya sea que éstos tengan orientaciones sexuales e identidades de género normativas o no normativas.

A través de la implementación de la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento debido a uso de sustancias psicoactivas se beneficiarán todas las personas con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas que habitan en el territorio nacional y a sus redes sociales de apoyo.

5. Generación de conocimiento

A través de los conversatorios realizados, se han beneficiado 233 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.

Tabla 10. Conversatorios realizados en la vigencia 2018
Conversatorios en prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas

Año 2017	Tema	Participantes
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	Consumo de sustancias psicoactivas y patología dual II	
Total 2 2018		233



¿Quiénes participaron en esta acción y cómo se promovió el control social?

- 1. Ajuste a la ruta metodológica de revisión y actualización de la Política; y elaboración sectorial y participativa de la Política Integral para la Prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas. Resolución 089 de 2019.**



(I) Fase encuadre programático e intersectorial

En los cuatro talleres regionales participo un total de 265 personas, dentro de las que se encuentran universidades, Policía, representantes del sector económico, Institutos de deportes, secretarías de los despachos de los mandatarios locales, veedurías, usuarios, actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entes de control y representantes de entidades del nivel nacional. En la siguiente tabla se especifica el tipo de actor y el número de representantes.

Tabla 11. Grupos de interés que participaron en la fase de encuadre programático e interinstitucional de la política pública

Grupos de interés	Número de participantes	Participación Porcentual
Universidades	36	13.58%
EPS	14	5.28%
Secretarías de Salud	60	22.64%
Alcaldías: Secretarías de despacho	54	20.37%
Departamento Prosperidad Social	2	0.75%
Policía	3	1.13%
Empresa Sociales del Estado	36	13.58%
Ecopetrol	1	0.37%
ICBF	7	2.64%
Gobernación. Secretarías de Despacho	5	1.88%
Sociedad Civil	21	7.92%
Comisarías de Familia	6	2.26%
Institutos del Deporte	2	0.75%
INPEC	3	1.13%
IPS	2	0.75%
Defensoría del Pueblo	1	0.37%
ESAP	1	0.37%
Centro Integral de Rehabilitación	1	0.37%
Veeduría	1	0.37%
Procuraduría General de la Nación	1	0.37%
Ministerio de Salud y Protección Social	8	3.01%
Total	265	100%

(II) Fase Diagnóstico

En términos cuantitativos se logró la participación 404 personas, distribuidas por grupos de interés en cada nodo, tal y como sigue:

Tabla 12. Nodo Caribe, Grupos de interés

Departamento	Relación Representantes grupos de interés
Cesar	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud Departamental. • Secretaría de Salud Municipal • Consejo Departamental de Salud Mental, representantes de: Alcohólicos anónimos, Pacientes, Secretaría de Salud, Ejército Nacional, profesionales de la salud. • IPS • EPS indígena • Sociedad Civil • CTI
Atlántico y Barranquilla	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud Departamental • Secretaría de Salud Distrital • CARI – Salud Mental • Universidades • Sociedad Civil • IPS • DIAN • CTI • ICBF • Defensoría del Pueblo • DPS • SENA
Bolívar y Cartagena	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud Departamental • Secretaría de Salud Distrital • Sociedad Civil • Líderes comunitarios • EAPB • ESE • Policía Nacional • Hospital Naval • Secretaría del Interior • Clínicas • Procuraduría General de la Nación • IPCC
Magdalena y Santa Marta	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud Departamental • Secretaría de Salud Distrital • ENRED • INDETUR • Fiscalía • Secretarías de Cultura, planeación, gobierno y educación • ICBF • EPS • Grupos voluntariado • Procuraduría • Sociedad Civil • Armada Nacional • Policía Nacional • Universidades • SENA • Cruz Roja



	<ul style="list-style-type: none"> • DIAN
San Andrés	<ul style="list-style-type: none"> • Secretarías Departamentales: Salud, Desarrollo Social, Educación, Gobierno. • Hospitales • IPS • EPS • Migración Colombia. • Guardacostas • Defensoría del Pueblo. • Fuerza Aérea • Policía Nacional • Universidades • Juntas de Acción Comunal • ICBF • SENA • Sociedad civil
Sucre	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría municipal de salud • Secretaría departamental de salud • EPS • ICBF • Clínicas • CORPOSUCRE
La Guajira	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud Departamental • Secretaría de Salud Distrital • INPEC • EAPB • Migración Colombia • Secretaría Departamental de Desarrollo económico • ICBF • EPS Dusakawi • Policía Nacional • Fiscalía
Córdoba	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud Departamental

Tabla 13. Nodo Llanos, Grupos de Interés

Departamento	Relación Representantes grupos de interés
Casanare	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud Departamental
Vaupés	<ul style="list-style-type: none"> • Secretarías departamentales: Salud, Educación, Planeación, Agricultura, Desarrollo Social. • SENA • Sociedad Civil • Hospitales • ICBF • Comisaría de Familia • DPS • CDA • PDA • Juntas de Acción Comunal • EAPB • PIC • Ejército nacional • Policía Nacional



Meta	<ul style="list-style-type: none"> • Secretarías Departamentales: Salud y Educación. • Universidades • ESE • PIC • EPS • ICBF • IPS • Secretarías de despacho Alcaldías • Policía Nacional • Defensoría del Pueblo • Sociedad Civil • Instituto Departamental de Turismo
Arauca	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría Departamental de Salud.

Tabla n. Nodo Centro Oriente, Grupos de Interés

Departamento	Relación Representantes grupos de interés
Cundinamarca	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría Departamental de Salud
Bogotá	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría Distrital de Salud • Gobierno Distrital: PIC, RBC, Discapacidad, SDIS, Desarrollo Económico, IDIPRON • Consejo de estupefacientes • Consejo de Salud Mental • VESPA • Observatorio.
Boyacá y Tunja	<ul style="list-style-type: none"> • Zonas de Orientación Escolar • Secretarías Departamentales: Salud, Protección Social, Mujer – Equidad de género – Desarrollo Social, Fomento Agropecuario. • Secretaria Municipal de Salud. • SENA • INDEPORTES • IRDET • Universidades • Policía Nacional

Tabla 14. Nodo Centro Sur, Grupos de Interés

Departamento	Relación Representantes grupos de interés
Amazonas	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría Departamental de Salud
Putumayo	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría Departamental de Salud
Tolima	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría Departamental de Salud, educación, gobierno, interior, SPT • Secretaria Municipal de Salud • Policía Nacional • ICBF • SENA • Fiscalía • Universidades • Sociedad Civil • Instituto Nacional de Medicina legal • Clínicas • ESE • Defensoría del pueblo.



Tabla 15. Nodo Pacífico, Grupos de Interés

Departamento	Relación Representantes grupos de interés
Cauca	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría Departamental de Salud
Nariño	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría Departamental de Salud Hospital Sociedad Civil EPS
Valle del Cauca	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría Departamental de Salud y Transito Policía Nacional ICBF Clínicas

(III) Fase de Formulación

Las Metodologías diseñadas (Delphi y la escala de liker) fueron aplicadas por los integrantes de la mesa de expertos, la mesa de coordinación interna, los equipos de las secretarías de salud departamental, y en particular en el Eje Cafetero – Departamento de Caldas, se aplicó además por representantes de las siguientes entidades: IPS, Sociedad Civil, Universidades, Policía Nacional, Hospitales, EPS, IPS, Alcaldía, Personería, Secretarías Departamentales: Salud y Gobierno, e ICBF.

(IV) Consulta Abierta

Esta fase que se realizó vía internet, se recibieron 66 consultas, siendo participes los siguientes grupos de interés:

Tabla 16. Grupos de Interés que participaron en el Ajuste de la Política

Grupos de Interés	Número de registros o consultas recibidas	Participación Porcentual
Universidades	2	3.03%
Personas Naturales	18	27.27%
Sociedad civil ámbito nacional	13	19.69%
Sociedad civil ámbito internacional	1	1.51%
Entidades del Estado	8	12.12%
Expertos vinculados al proceso	3	4.59%
Gobernaciones y Secretarías de Salud	9	13.63%
Consejo Nacional de Salud Mental	1	1.51%
ESE	1	1.51%
Organismos de Cooperación internacional	2	3.03%



Ministerio de Salud y Protección Social	8	12.12%
Total registros o consultas recibidas	66	99.96%

2. Gestión para la creación de una instancia de alto nivel - Propuesta de hoja de ruta para la creación de la alta instancia.

El proceso de alistamiento para la creación del Programa Nacional de Intervención Integral frente al consumo de Sustancias Psicoactivas contó con la participación activa del Ministerio de Justicia y del Derecho, y de los integrantes permanentes de la Comisión Técnica Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas: Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Defensa Nacional, Policía Nacional - Dirección Antinarcoóticos, Fiscalía General de la Nación, y La Procuraduría General de la Nación.

3. Concertación del contenido del Lineamiento para el abordaje del cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos indígenas

En 2015 se elaboró el documento “Herramientas metodológicas para la construcción y validación de la ruta de atención en salud mental con énfasis en el suicidio”, este documento fue validado con tres comunidades indígenas que fueron priorizadas: Vaupés, Chocó y Córdoba. En este mismo año se inició el dialogo intercultural para analizar el fenómeno de la conducta suicida y consumo nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas que afectan a las comunidades indígenas, en este espacio participaron representantes de los pueblos Sikuaní de Arauca, Sáliva de Casanare, Misak y Totoró del Cauca, Kankuamo de Cesar, Embera Katío de Córdoba, Embera Chamí de Chocó, Awa de Nariño, Embera Chamí de Risaralda, Pijao del Tolima.

Durante la vigencia 2016 se realizó la validación operativa de la propuesta del “Modelo con enfoque diferencial de etnia e intercultural para las intervenciones en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas para grupos o pueblos indígenas” en las comunidades Pamiva (Cubeo) de Camutí de Vaupés, Embera Katío de Caña Fina y Pawarando de Córdoba, y Embera Dobidá de Catrú Central del Chocó. Adicionalmente se contó con el apoyo de la OPS/OMS y se validó con el pueblo Embera Chamí de Risaralda, el pueblo Inga de Nariño y el Pueblo Nasa de Cauca.

4. Elaboración del documento preliminar “Lineamientos de tratamiento con enfoque de género, incluyendo población 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, elaborados.”

Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas se formuló en conjunto con el Ministerio de Justicia y del Derecho.

Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento debido a uso de sustancias psicoactivas fue validado por la academia, sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales, expertos en atención en salud de esta población.



5. Generación de conocimiento

A través de los conversatorios realizados, participaron 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.

¿En qué territorios se desarrolló la acción?



1. Ajuste a la ruta metodológica de revisión y actualización de la Política; y elaboración sectorial y participativa de la Política Integral para la Prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas. Resolución 089 de 2019.

(I) Fase encuadre programático e intersectorial

Los cuatro talleres regionales se realizaron en las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) de Boyacá, Quindío, Meta y Bogotá D.C.

Tabla 17. Talleres regionales – Fase de encuadre programático e interinstitucional

Taller Regional	Fecha de Realización	Número de participantes	Participación Porcentual
Boyacá	Marzo 7 de 2018	52	19.62%
Meta	Marzo 16 de 2018	59	22.26%
Bogotá	Marzo 21 de 2018	52	19.62%
Quindío	Marzo 22 de 2018	90	33.96%
Total Participantes		265	99.99%

(II) Fase Diagnóstico

Los ejercicios fueron desarrollados por las siguientes entidades territoriales:

Tabla 18. Nodos donde se desarrolló la consulta territorial

Nodo	Departamento	Número de participantes	Participación Porcentual
Caribe	Cesar	31	14.69%
	Atlántico	53	25.11%
	Bolívar	33	15.63%
	Magdalena	48	22.74%



	San Andrés	26	12.32%
	Sucre	16	7.58%
	La Guajira	3	1.42%
	Córdoba	1	0.47%
Llanos	Casanare	2	2.63%
	Vaupés	24	31.57%
	Meta	49	64.47%
	Arauca	1	1.31%
Centro Oriente	Cundinamarca	1	2.17%
	Bogotá	11	23.91%
	Boyacá	34	73.91%
Centro Sur	Amazonas	2	4.76%
	Putumayo	2	4.76%
	Tolima	38	90.47%
Pacífico	Cauca	1	7.69%
	Nariño	6	46.15%
	Valle del Cauca	6	46.15%

2. Gestión para la creación de una instancia de alto nivel - Propuesta de hoja de ruta para la creación de la alta instancia.

El desarrollo de esta acción se realizó en el ámbito nacional, en los espacios de coordinación ya mencionados.



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

<p><u>Compromiso que atiende:</u></p>	<p>Aumentar la cobertura y elevar la calidad de las estrategias de rehabilitación comunitaria para la reconstrucción del tejido social</p>
	<p>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</p>

Para dar cumplimiento a los compromisos acá relacionados, esta entidad tiene a cargo los siguientes productos del Plan Marco de Implementación.

Productos e indicadores a los que aporta esta acción:

PRODUCTO	INDICADOR	SECTOR RESPONSABLE	AÑO INICIO	AÑO FIN
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	Salud y Protección Social	2017	2031
Realizar acciones concretas de atención psicosocial para la recuperación emocional, en especial a víctimas de violencia sexual	Mujeres Víctimas con atención y/o acompañamiento psicosocial para la recuperación emocional de acuerdo a la línea de atención diferenciada a mujeres y grupos étnicos	Salud y Protección Social	2017	2031

Plan Nacional de Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición	Porcentaje de víctimas indígenas, NARP y Rrom que producto de un proceso de socialización y sensibilización apropiado culturalmente solicitan, se vinculan y acceden a la atención psicosocial con pertinencia cultural, con perspectiva de mujer, familia y generación acorde a los decretos ley 4633, 4634 y 4635 en el marco de los módulos étnicos y la ruta de atención integral en salud para víctimas indígenas	Salud y Protección Social	2018	2031
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	Salud y Protección Social	2017	2031

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición. 2. Articulación con los mecanismos del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición 3. Estrategia de atención psicosocial del PAPSIVI 4. Elaboración de la propuesta metodológica para la implementación territorial de las estrategias psicosociales orientadas a la convivencia, la reconciliación y la no repetición



¿Cómo se hizo?

2018



1. Formulación del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha venido liderando la coordinación interinstitucional para la formulación del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición [PNR], 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: Definir medidas de rehabilitación psicosocial y atención en salud física y mental de individuos, familias y comunidades afectadas por el conflicto armado, que contribuyan a la construcción de convivencia y garantías de no repetición, 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, como lo mencionado frente a los componentes colectivo y comunitario, de igual manera, genera e integra una línea que busca la articulación con los mecanismos del Sistema Integral de Verdad, Justicia y Reparación. Así las cosas, el Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición contempla las siguientes tres líneas estratégicas:

Línea 1. Articulación con los mecanismos del Sistema Integral de Verdad Justicia Reparación y No Repetición –SIVJRNR-. La experiencia y lecciones aprendidas en la implementación de políticas públicas orientadas a dar respuesta a las necesidades de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado y de acompañamiento a las personas en proceso de reintegración a la vida civil, han posibilitado la identificación de acciones estratégicas de articulación con el Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición – SIVJRNR. Dichas acciones tienen como objetivo avanzar de manera coordinada la definición de rutas que faciliten el acceso a las medidas para la recuperación emocional individual, las medidas de rehabilitación comunitaria y colectiva, y el acceso a los servicios de salud.

Línea 2. Medidas para la Recuperación Emocional Individual. En el marco del punto 5.1.3.4.1. del Acuerdo de Paz [Medidas de recuperación emocional a nivel individual], y teniendo en cuenta los avances que como Estado se han dado frente a la atención psicosocial de las víctimas del conflicto armado, se incluye en esta línea la oferta vigente que deberá ser fortalecida de acuerdo con las competencias propias de las Entidades, buscando ampliar la cobertura pública y el 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. Con el fin de dar cumplimiento a este objetivo, la atención psicosocial a víctimas se continuará prestando en cuatro modalidades de atención: Individual, Familiar, Comunitaria y Colectiva Étnica para así responder a las necesidades de atención en relación con las dimensiones del daño psicosocial y el sufrimiento emocional, las cuales no se configuran solamente en formas individuales, sino que también tienen expresiones familiares, comunitarias, colectivas étnicas y diferenciales

Esta línea también involucra el fortalecimiento del acompañamiento psicosocial a ex combatientes, que ya vienen desarrollando las entidades con competencia y que ofrecen una mirada integral a la construcción de espacios de convivencia democrática en los territorios. En este escenario es fundamental el fortalecimiento del talento humano que realiza la atención, a través de estrategias de formación y cuidado emocional que redunden en la calidad de los servicios prestados.

Línea 3. Medidas de Rehabilitación Comunitaria y Colectiva. Según lo dispuesto en el Acuerdo Final de Paz, en el numeral 5.1.3.4.2., esta línea presenta las bases para la construcción de estrategias psicosociales para la convivencia, la reconciliación y la no repetición, enfatizando en los escenarios comunitarios con mayor afectación a causa del conflicto armado. Se construye bajo el reconocimiento de la experiencia territorial y se plantea como una contribución a la construcción de una paz estable y duradera, como promotores de garantías de no repetición y con ello procesos de reconciliación y convivencia sostenibles.

El Plan anteriormente descrito se encuentra en proceso de validación final por parte de las entidades involucradas, basados en el trabajo técnico ya desarrollado.

2. Articulación con los mecanismos del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición.



El Ministerio de Salud en conjunto con la Unidad para las Víctimas se encuentra trabajando en una ruta de articulación con los mecanismos del SNVJR. Durante la vigencia 2018 la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP) llevó a cabo espacio de socialización frente a su estructura funcional, con el fin de dar a conocer sus procedimientos e iniciar los procesos de articulación. En este marco de acción, el Ministerio de Salud adelantó acciones de articulación con este mecanismo con el fin de coordinar la atención para los casos de derivación a atención psicosocial y atención integral en salud de las víctimas que participaron en los procesos de la JEP.

3. Estrategia de atención psicosocial del PAPSIVI

La estrategia de atención psicosocial busca mitigar, superar y prevenir los daños e impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y la vida en relación, generados a las víctimas, sus familias y comunidades por las graves violaciones de Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario. A través de las modalidades de atención de la estrategia durante el año 2018 fueron atendidas 59.607 víctimas del conflicto armado.

En relación con la rehabilitación psicosocial de sujetos de reparación colectiva étnica, en el marco de los Módulos y ruta étnicos del PAPSIVI, nos permitimos indicar que el Ministerio se encuentra implementando PAPSIVI étnico con la comunidad de Bojayá y dos Resguardos indígenas en Florencia, Caquetá, estos últimos con el apoyo de cooperación internacional.

- Sujeto de Reparación Colectiva Consejo Comunitario Los Cardonales, corregimiento de Guacoche, municipio de Valledupar (Cesar), correspondientes a 1.700 personas atendidas durante las vigencias 2017 y 2018.
- Sujeto de Reparación Colectiva La Gaitana, Comunidad Nasa, departamento de Caquetá, correspondientes a 69 personas atendidas durante las vigencias 2018 y 2019, con el apoyo de Blumont.
- Sujeto de Reparación Colectiva Honduras, Comunidad Embera, departamento de Caquetá, correspondientes a 177 personas atendidas durante las vigencias 2018 y 2019, con el apoyo de Blumont.
- Sujeto de Reparación Colectiva Comité de Víctimas del 2 de mayo de Bojayá, departamento de Chocó, correspondientes a 560 personas atendidas durante las vigencias 2018 y 2019.

4. Elaboración de la propuesta metodológica para la implementación territorial de las estrategias psicosociales orientadas a la convivencia, la reconciliación y la no repetición



¿Quiénes se beneficiaron?

A través de la estrategia se beneficiaron 50.607 víctimas de conflicto, de los cuales 34.820 fueron mujeres (17% afrocolombianas y 4% indígenas) y 24.781 fueron hombres.





¿Quiénes participaron en esta acción y cómo se promovió el control social?

El MSPS, desde el año 2013 viene desarrollando encuentros periódicos con la Mesa Nacional, las Mesas Departamentales y las Mesas Municipales de Participación Efectiva de Víctimas, con el fin de desarrollar procesos de construcción conjunta, seguimiento y monitoreo del Papsivi.

De esta forma se busca responder al principio esencial del Estado de generar participación de la población en las decisiones que los afectan, consignado en el artículo 2 de la Constitución Política Colombiana, así como a las leyes que lo desarrollan.

En ese orden de ideas y de conformidad con lo establecido en el Papsivi y en la Estrategia de Participación Efectiva de Víctimas definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que tiene como fin *“Promover espacios de formación, coordinación, monitoreo y seguimiento con las mesas de participación efectiva de las víctimas en el proceso de implementación del Papsivi”*, en la vigencia 2018 se desarrollaron 42 jornadas de Socialización de los lineamientos y coordinación de actividades para el inicio de la implementación del componente psicosocial del Papsivi en la citada vigencia.



¿En qué territorios se desarrolló la acción?

La estrategia se desarrolló en 242 municipios:

Tabla 19. Municipios donde se desarrolló la estrategia de Atención Psicosocial del PAPSIVI

MEDELLIN	SANTA ROSA DE VITERBO	TARQUI
ABEJORRAL	SOCHA	TESALIA
ANDES	SOGAMOSO	TERUEL
ANGELOPOLIS	AGUADAS	TIMANA
ANGOSTURA	MANZANARES	YAGUARA
SANTA FE DE ANTIOQUIA	MARMATO	RIOHACHA
APARTADO	SAMANA	DIBULLA
BARBOSA	VITERBO	FONSECA
BELLO	FLORENCIA	MAICAO
BURITICA	ALBANIA	SAN JUAN DEL CESAR
CALDAS	CARTAGENA DEL CHAIRA	SANTA MARTA
CAÑASGORDAS	CURILLO	ALGARROBO



CAREPA	EL PAUJIL	ARACATACA
EL CARMEN DE VIBORAL	LA MONTAÑITA	CERRO DE SAN ANTONIO
CAUCASIA	MILAN	CIENAGA
COPACABANA	MORELIA	CONCORDIA
DABEIBA	PUERTO RICO	PLATO
ENVIGADO	SAN JOSE DEL FRAGUA	REMOLINO
GRANADA	SAN VICENTE DEL CAGUAN	SITIONUEVO
GUARNE	SOLANO	VILLAVICENCIO
GUATAPE	VALPARAISO	ACACIAS
ITAGÜI	POPAYAN	GRANADA
LA CEJA	ARGELIA	PUERTO RICO
LA ESTRELLA	BUENOS AIRES	PASTO
MONTEBELLO	CALOTO	ALBAN
MUTATA	INZA	CORDOBA
NECOCLI	LOPEZ DE MICAY	CUASPUD
NECHI	MORALES	EL TABLON DE GOMEZ
PUERTO TRIUNFO	SANTANDER DE QUILCHAO	IPIALES
REMEDIOS	SILVIA	NARIÑO
RETIRO	TIMBIO	TANGUA
RIONEGRO	TIMBIQUI	SAN ANDRES DE TUMACO
SALGAR	TORIBIO	CUCUTA
SAN CARLOS	VILLA RICA	ARMENIA
SAN FRANCISCO	VALLEDUPAR	BUENAVISTA
SAN LUIS	AGUACHICA	CALARCA
SAN PEDRO DE URABA	AGUSTIN CODAZZI	CIRCASIA
SAN RAFAEL	BOSCONIA	CORDOBA
SAN ROQUE	CURUMANI	FILANDIA
SANTO DOMINGO	LA JAGUA DE IBIRICO	GENOVA
TURBO	PAILITAS	LA TEBAIDA
YARUMAL	PELAYA	MONTENEGRO
BARRANQUILLA	MONTERIA	PIJAO
GALAPA	CIENAGA DE ORO	QUIMBAYA
SABANAGRANDE	CAPARRAPI	SALENTO
SANTO TOMAS	FACATATIVA	BUCARAMANGA
SOLEDAD	FUSAGASUGA	BARRANCABERMEJA
BOGOTA, D.C.	LA PALMA	CIMITARRA
CARTAGENA DE INDIAS	SOACHA	FLORIDABLANCA
ARJONA	VIOTA	GIRON
CICUCO	QUIBDO	LEBRIJA
CORDOBA	BOJAYA	PIEDRECUESTA



CLEMENCIA	UNGUIA	PUERTO WILCHES
EL CARMEN DE BOLIVAR	NEIVA	RIONEGRO
MAGANGUE	ACEVEDO	SAN VICENTE DE CHUCURI
MAHATES	AGRADO	ZAPATOCA
MARIA LA BAJA	AIPE	SINCELEJO
MOMPOS	ALGECIRAS	COROZAL
SAN ESTANISLAO	ALTAMIRA	LOS PALMITOS
SAN JACINTO	BARAYA	MORROA
SAN JUAN NEPOMUCENO	CAMPOALEGRE	SAN ONOFRE
SAN MARTIN DE LOBA	ELIAS	IBAGUE
SANTA CATALINA	GARZON	CHAPARRAL
SANTA ROSA	GIGANTE	LIBANO
TALAIGUA NUEVO	GUADALUPE	CALI
TURBACO	HOBO	BUENAVENTURA
VILLANUEVA	IQUIRA	GUADALAJARA DE BUGA
ZAMBRANO	ISNOS	CANDELARIA
TUNJA	LA ARGENTINA	JAMUNDI
CHIQUINQUIRA	NATAGA	PALMIRA
JENESANO	OPORAPA	TULUA
LABRANZAGRANDE	PAICOL	YUMBO
MIRAFLORES	PALESTINA	YOPAL
MONIQUIRA	PITAL	PAZ DE ARIPORO
PAEZ	PITALITO	MOCOA
PAUNA	RIVERA	ORITO
PUERTO BOYACA	SALADOBLANCO	PUERTO ASIS
SABOYA	SAN AGUSTIN	SAN MIGUEL
SANTA MARIA	SANTA MARIA	VALLE DEL GUAMUEZ
SAN JOSE DEL GUAVIARE	SUAZA	VILLAGARZON
MITU	INIRIDA	



2.

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

A continuación, encuentra el avance de las acciones que ha desarrollado esta entidad en cumplimiento de normatividad derivada de la implementación del Acuerdo de Paz que no están directamente relacionadas con un producto e indicador asociado a PMI; y aquellas acciones que, en cumplimiento de las funciones propias de la entidad, se desarrollaron para cumplir lo acordado.

a. Instrumentos normativos

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 del Conflicto.



Punto 3 del Acuerdo

Fin del 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

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 cedulação y demás actividades de preparación para la reincorporación.

Actividades que se desarrollaron:

AÑO	NOMBRE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
2018	1. Afiliación de los miembros de las FARC EP al Sistema General de Seguridad Social en Salud.



¿Cómo se hizo?

2018



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 realizó 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.



¿Quiénes se beneficiaron?

2018

En promedio, estuvieron afiliadas durante el 2018 al Sistema de Salud cerca de 11.304 personas,

Tabla 20. Número de personas afiliadas al Sistema de Salud Durante la Vigencia 2018.

PERIODO	NÚMERO DE PERSONAS
ENERO	11.620
FEBRERO	11.431
MARZO	11.302



ABRIL	12.159
MAYO	11.221
JUNIO	11.398
JULIO	11.264
AGOSTO	11.329
SEPTIEMBRE	10.916
OCTUBRE	11.180
NOVIEMBRE	10.983
DICIEMBRE	10.845



¿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, salvaguarda el ordenamiento jurídico, vigila la garantía de los derechos y el cumplimiento de los deberes y el desempeño integro de los servidores públicos que pueden terminar en sanciones disciplinarias. Si conoce de algún acto irregular de un servidor público denúncielo en el siguiente enlace:

<https://www.procuraduria.gov.co/portal/index.jsp?option=co.gov.pgn.portal.frontend.component.pagefactory.DenunciaImplAcuerdoPazComponentPageFactory> o escriba al siguiente correo electrónico: 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

