Guía operativa

Asistencia técnica, cooperación y acompañamiento territorial – ACAT –, para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y la adolescencia

Dirección de Promoción y Prevención
Grupo Curso de Vida

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Asistencia técnica, cooperación y acompañamiento territorial – ACAT –, para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y la adolescencia.

Ministerio de Salud y Protección Social.

Diagramación y adecuación pedagógica: Organización para la Excelencia en Salud.

Bogotá, 2014

MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social (e)

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESUS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

Dirección Técnica
Ana María Peñuela Poveda

Equipo Técnico Grupo Curso de Vida

Martha Imelda Linero
Jinneth Hernández Torres
Lia Marcela Güiza
Diana Mendivelso
Yenifer Mariño
Maria del Carmen Morales
Andres Motta
Sara Inés Ochoa
Ana Margaret Raba

Publicación desarrollada durante el Viceministerio del doctor Norman Julio Muñoz.

Tabla de Contenido

Preevaluación 08
Introducción 11

1. Marco conceptual 14
1.1 Asistencia técnica 15
1.2 Cooperación y acompañamiento territorial 18
1.3 Antecedentes de asistencia técnica en estrategias de salud materno infantil y de adolescentes 20
1.4 Objetivo del proceso de cooperación y acompañamiento territorial 23

2. Marco operativo para la asistencia técnica, cooperación y acompañamiento territorial para la atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia 24
2.1 Escenarios para la asistencia técnica, cooperación y acompañamiento territorial 26
2.1.1 Región 26
2.1.2 Departamento 27
2.1.3 Distrito 29
2.1.4 Municipios 30
2.1.5 Resguardos, Consejos Comunitarios, Cumpalias y Organizaciones tradicionales y propias de grupos étnicos 32
2.2 Actores a acompañar 33
2.2.1 Autoridades locales 33
2.2.2 Autoridades tradicionales de grupos étnicos 33
2.2.3 Actores del sector salud (DTS, EAPB, IPS) 34
2.2.4 Actores, grupos, organizaciones y redes sociales y comunitarias 35
2.2.5 Otros sectores 35
2.3 Territorios priorizados 36
2.3.1 Metodología y criterios de priorización 36
2.3.2 Territorios priorizados 37
2.4 Fases, etapas y procesos de la cooperación y acompañamiento territorial 40
2.4.1 Fases 40
2.4.2 Etapas y acciones 41
2.4.2.1 Alistamiento 43
2.4.2.2 Acompañamiento a la gestión territorial para la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia 52
2.4.2.3 Seguimiento y evaluación de la gestión de la atención integral y de los resultados en salud de familias gestantes, niños, niñas y adolescentes 65

Anexo. Organización funcional y operativa primera fase 68
1. Estructura del equipo ACAT 68
2. Responsabilidades de los equipos de ACAT 70
2.1 Coordinación Nacional General 70
2.2 Coordinación Nacional Territorial 71
2.3 Equipo de consultores temáticos 72
2.4 Líderes operativos regionales 72
2.5 Gestor departamental 73
2.6 Gestor municipal de salud 74
2.7 Gestor municipal social 75
2.8 Gestor intercultural 76
3. Coordinación con otros procesos de asistencia técnica 76
4. Cronograma 77
5. Productos de soporte del proceso de ACAT 78

Evaluación 79
Bibliografía 84

Guía para el lector

Este documento está dividido en varios capítulos, cada portadilla le indicará que está en una nueva sección de acuerdo con la tabla de contenidos descrita. Durante la lectura de este documento encontrará los siguientes íconos, los cuales le permitirán consultar con mayor facilidad los contenidos. A continuación, el significado de cada uno de ellos:

Mapa de caminos

Describe someramente los conceptos que serán abordados.

Pare

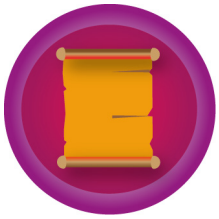
Cuando vea este ícono "baje la velocidad". Reflexione si está comprendiendo y aplicando los conceptos y vínculos clave. Cada "pare" consiste en un planteamiento breve y unas cuantas preguntas sobre conceptos.

Palabras clave

Una lista de los conceptos esenciales para comprender el tema tratado. Cada término ofrece una descripción del significado y la importancia de cada concepto.

Bitácora

Son actividades para verificar conceptos y preguntas de análisis que le ayudarán a recordar y aplicar lo que aprendió en el tema.



Historia

Se trata de una breve historia que apoya y complementa el tema tratado.

Frase destacada

Es una frase que puede pertenecer o no al texto, y que es recomendada por los autores para reflexionar.

Guía para el lector

Lectura recomendada

Es un link a un documento que le permite conocer más acerca del tema revisado.

Juego de aprendizaje

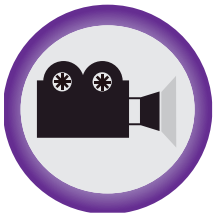
Actividad corta y sencilla que pretende reforzar un concepto, mediante el juego.

Quiz

Son preguntas sencillas de falso verdadero, selección múltiple o emparejamiento.

Internet

Selectos enlaces que amplían o complementan la información expuesta.



Ver al autor

Video del conferencista, tutor o encargado de la cartilla.

Escuchar al autor

Grabación sonora del conferencista, tutor o encargado de la cartilla.

Para recordar

Información importante y destacada que usted debe recordar.

Preevaluación

1. Complete los espacios en blanco de la siguiente frase.

Las capacidades para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la _____ se dividen en dos tipos: capacidades de _____ , que corresponden a aspectos como los procesos necesarios y dispuestos; y capacidades de _____ , que se refieren al cumplimiento de su finalidad.

Retroalimentación
El Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 contempla, como dimensión transversal, el "fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud", que tiene como objetivo lograr que las autoridades sanitarias nacionales y locales recuperen, desarrollen o perfeccionen sus capacidades básicas, para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud, dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector, teniendo en cuenta los dos tipos de capacidad: la capacidad de medios y la capacidad de resultados.

2. El objetivo del proceso permanente de Asistencia Técnica, Cooperación y Acompañamiento Territorial (ACAT), entre la nación y lo local, es:

a. Mejorar las capacidades individuales, organizacionales y comunitarias en el ámbito territorial, para implementar la RIA de primera infancia, infancia y adolescencia.

b. Brindar asesorías técnicas puntuales a las autoridades sanitarias sobre algunos aspectos de la implementación de la RIA de primera infancia, infancia y adolescencia.

c. Ofrecer una estructura determinada para que las autoridades sanitarias implementen la RIA de primera infancia, infancia y adolescencia.

d. Dos respuestas son correctas.

Retroalimentación
El proceso de Asistencia Técnica, Cooperación y Acompañamiento Territorial (ACAT) está dirigido a mejorar las capacidades individuales, organizacionales y comunitarias en el ámbito territorial – departamentos, distritos y municipios – para la implementación de la Ruta Integral de Atenciones (RIA) a la primera infancia, infancia y adolescencia, y en el marco de éstas, es decir, de los lineamientos de Atención Integral en Salud a esta población. Se quiere, así, alcanzar el más alto nivel posible de salud y del desarrollo integral, mediante la generación de escenarios de compromiso y discusión sobre las acciones que permitan garantizar que la comunidad, las familias, los niños y las niñas tengan acceso a servicios de salud de calidad, humanizados y que se ajusten a sus particularidades.

3. Asistencia técnica se refiere a:

a. Un proceso continuo e institucional que busca el desarrollo de capacidades para contribuir al logro de resultados en salud, mediante asesoría, acompañamiento y capacitación.

b. Un proceso de asesoría o ayuda de expertos para orientar el logro de resultados en salud.

c. Un proceso de capacitación en el cual las personas y autoridades de salud reciben, entre otros, talleres con expertos y orientaciones específicas.

d. Ninguna de las anteriores.

e. Las respuestas b y c son correctas.

Retroalimentación
Es un proceso orientado al desarrollo de capacidades en las personas, las organizaciones y la comunidad, a fin de contribuir al logro de la gestión territorial y a alcanzar los resultados en salud esperados; mediante asesoría, cooperación- acompañamiento técnico y capacitación, en trabajo conjunto con los actores involucrados. Parte de la identificación de las necesidades y oportunidades propias y en respeto al desarrollo autónomo y descentralizado local, reconociendo competencias existentes, para generar procesos de concertación y transformaciones sostenibles.

4. El marco de competencias del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), para el proceso ACAT, incluye:

a. Política de Atención Integral a la Primera Infancia De Cero a Siempre.

b. CONPES Social 91 de 2005 y 140 de 2011.

c. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

d. Todas las anteriores.

e. Ninguna de las anteriores.

Retroalimentación
El marco legal y de competencias del MSPS para desarrollar un proceso de Asistencia Técnica, Cooperación y Acompañamiento Territorial (ACAT) permanente, entre la nación y lo local, incluye, entre otras normativas, la Política de Atención Integral a la Primera Infancia De Cero a Siempre y el lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia.

Se incluyen en este marco los documentos: Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, se tiene como marco la Ley 715 de 2001, sobre disposiciones para organizar la prestación de servicios de educación y salud; y las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, las cuales reformaron el sistema de salud.

5. El MSPS ha promovido la atención integral a las mujeres en edad fértil, gestantes, primera infancia, infancia y la adolescencia. En el caso de la infancia, una de las estrategias que se ha promovido es:

a. La Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

b. Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI).

c. Programa Canguro.

d. Formulación de planes territoriales, en el marco del Plan Decenal de Lactancia Materna.

e. Todas las respuestas son ciertas.

Retroalimentación
El Ministerio de Salud y Protección Social tiene un proceso de asistencia técnica mucho más integral para fortalecer y desarrollar a los entes territoriales, en la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia, con énfasis en la primera infancia, dado el marco de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia de Cero a Siempre.

Esto no es nuevo, ya que desde los años noventa, se ha efectuado un conjunto de estrategias complementarias como:

- La Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).
- Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI).
- Programa Canguro.
- Formulación de planes territoriales, en el marco del Plan Decenal de Lactancia Materna (2010).
- Salas de enfermedad respiratoria aguda y bancos de leche humana.
- En el caso de la adolescencia, mediante el modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ).

Para cada una de estas estrategias, el MSPS ha desarrollado procesos de asistencia técnica con las entidades territoriales, principalmente departamentos y ciudades capitales, algunos con un carácter más continúo.

Introducción

En el marco de la Política de Atención Integral a la Primera Infancia De Cero a Siempre, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha generado el lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia, el cual brinda los elementos conceptuales, técnicos y operativos a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que les permitan concretarla en función de sus competencias.[1]

El MSPS, teniendo en cuenta las responsabilidades y competencias, estipuladas en las leyes 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, así como en los compromisos asumidos por el país para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y sus metas a 2015, enunciadas en los documentos CONPES Social 91 de 2005 y 140 de 2011, según las cuales corresponde a la Nación ejercer la rectoría en salud, establecer los lineamientos técnicos de cumplimiento por parte de las entidades territoriales y los actores del SGSSS, busca implementar mecanismos de fortalecimiento institucional a fin de fortalecer su capacidad para la gestión integral en salud materna, infantil y de las y los adolescentes, según características poblaciones y territoriales, para el logro de las metas específicas y el cumplimiento normativo.[2]

Así mismo, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 contempla como dimensión transversal el "Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud", que tiene como objetivo lograr que las autoridades sanitarias nacionales y locales recuperen, desarrollen o perfeccionen sus capacidades básicas, para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud, dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector, teniendo en cuenta los dos tipos de capacidad:

Lectura recomendada

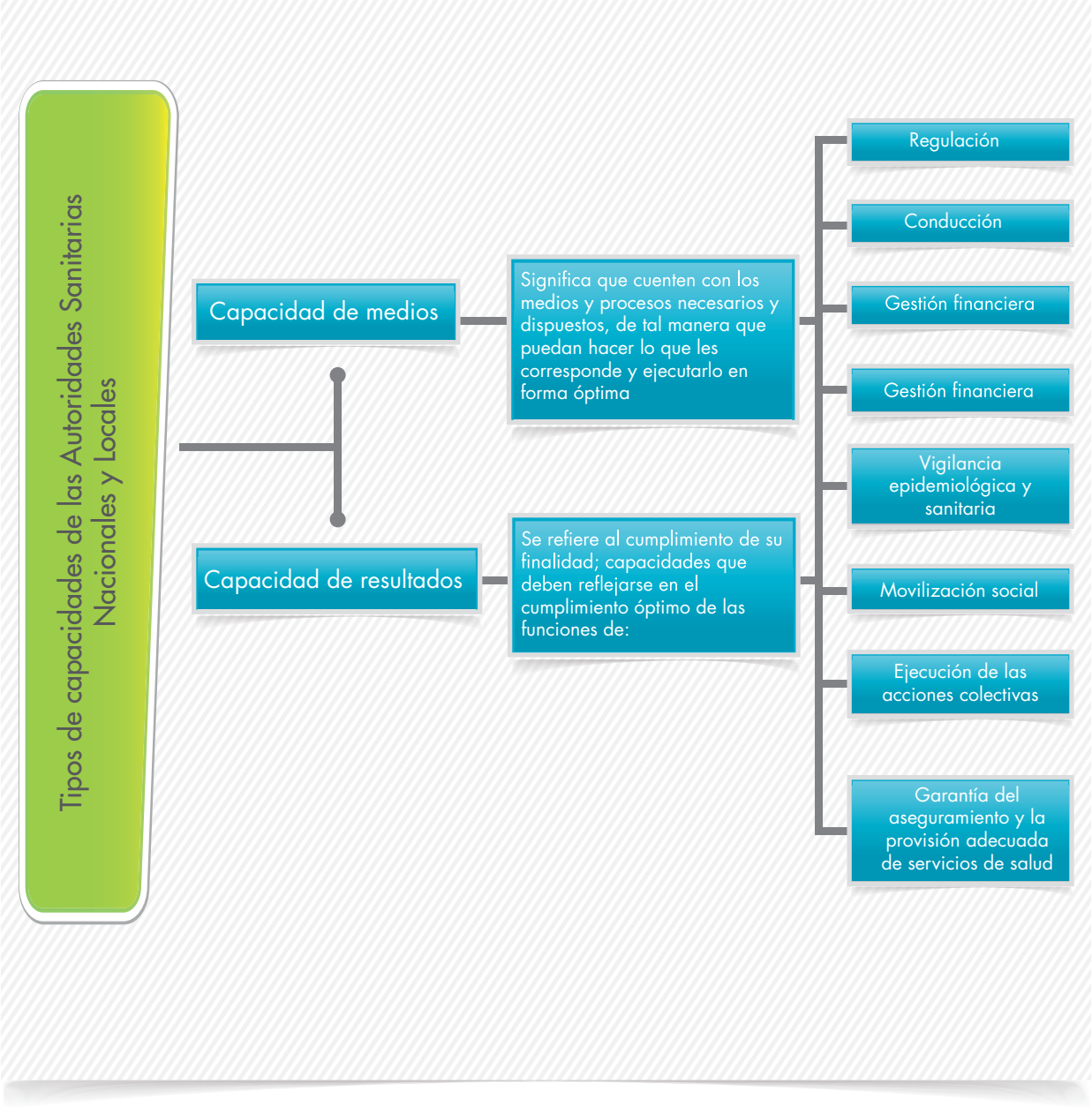
Consulte el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en el sitio web del MSPS

http://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/

Internet

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Grupo de Infancia y Adolescencia (2013). Lineamientos para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia.

2. Congreso de la República (2001) Ley 715 de 2001 "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros".



3

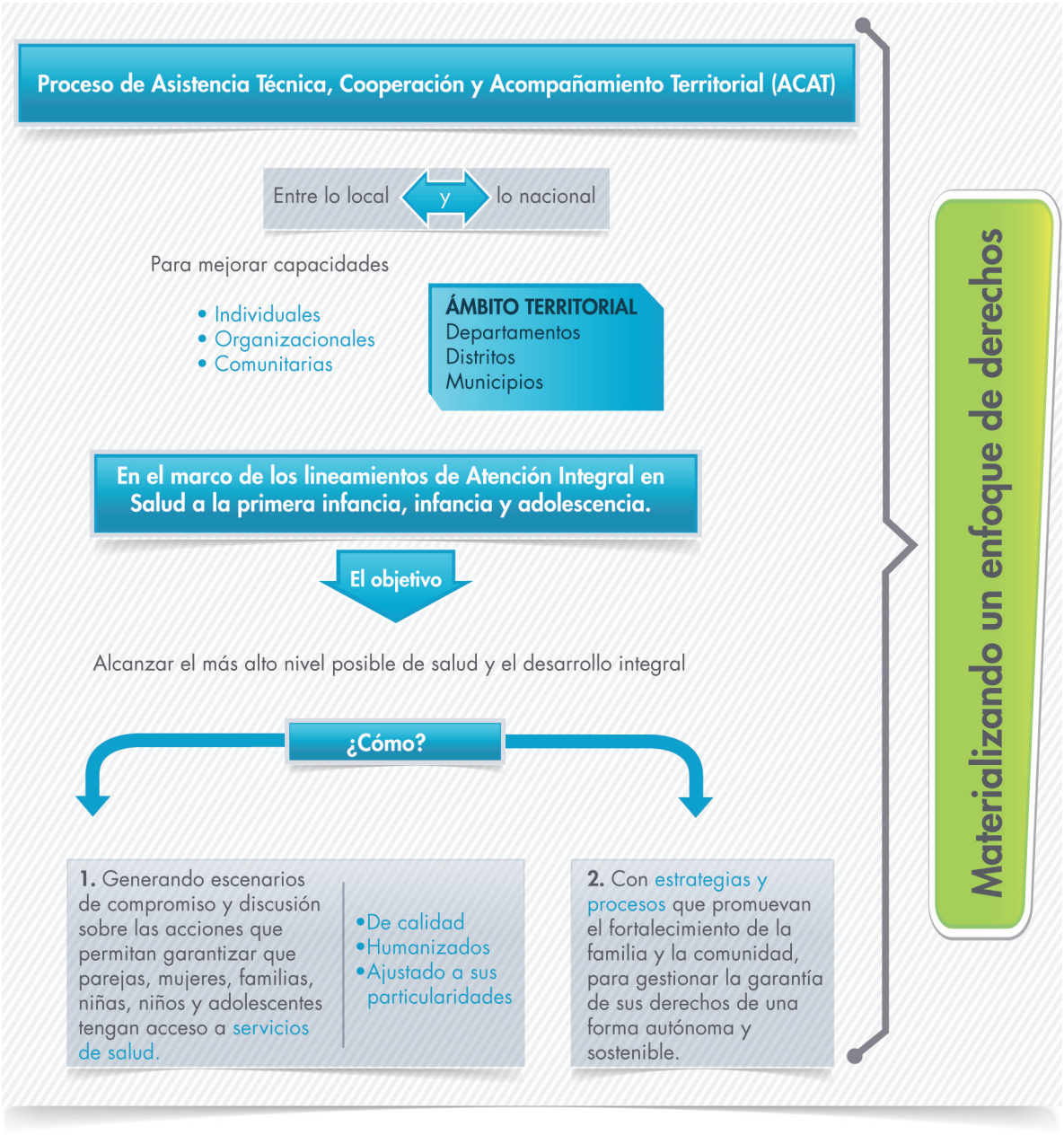
En este marco de competencias, el MSPS busca desarrollar un proceso de Asistencia Técnica, Cooperación y Acompañamiento Territorial (ACAT) permanente, entre la nación y lo local, dirigido a mejorar las capacidades individuales, organizacionales y comunitarias en el ámbito territorial – departamentos, distritos y municipios – para la implementación de la Ruta Integral de Atenciones (RIA) a la primera infancia, infancia y adolescencia, y en el marco de éstas, de los lineamientos de Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia, con el fin de alcanzar el más alto nivel posible de salud y el desarrollo integral, mediante la generación de escenarios de compromiso y discusión sobre las acciones que permitan garantizar que las parejas y/o las mujeres, que han tomado la decisión de tener un hijo, mujeres gestantes, las niñas, niños y adolescentes y sus familias tengan acceso a servicios de salud de calidad, humanizados, y que se ajusten a sus particularidades como sujetos singulares. De igual manera, mediante el desarrollo de estrategias y procesos que promuevan el fortalecimiento de la familia y la comunidad, para gestionar la garantía de sus derechos de una forma autónoma y sostenible.

3. Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Resolución 1841 de 2013 "Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública".

Lo anterior materializando un enfoque de derechos que se nutre de la comprensión de las características poblacionales y territoriales de cada departamento y municipio del país; en éste se reconoce que los niños y niñas son sujetos singulares en su proceso de desarrollo y que en el país se contemplan, por derecho, algunos como sujetos de acciones diferenciales, afirmativas y sin daño. Esto significa que…

El proceso ACAT busca acompañar a las autoridades sanitarias en la implementación de Atención Integral en Salud, según las condiciones y situaciones contextuales en las que viven y se desarrollan las niñas y los niños.

Esta guía operativa presenta las orientaciones técnicas y metodológicas para el desarrollo de la primera fase de este proceso de cooperación y acompañamiento, a los equipos territoriales del MSPS y de las entidades territoriales con competencia en realizar asistencia técnica.



1. Marco conceptual

Mapa de caminos

PROCESO ACAT PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Marco conceptual ACAT

- Asistencia técnica.
  - Definición.
- Desarrollo de capacidades.
  - Nivel entorno favorable.
  - Nivel organizacional.
  - Nivel individual.
- Cooperación y acompañamiento territorial.
  - Principios de gestión.
- Antecedentes de asistencia técnica, en estrategias de salud materno infantil y de adolescentes.
  - Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI.
  - Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia - IAMI.
  - Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes – SSAAJ.

Objetivo del proceso ACAT

1.1 Asistencia técnica

Asistencia técnica
Es un proceso orientado al desarrollo de capacidades en las personas, las organizaciones y la comunidad, a fin de contribuir al logro de la gestión territorial y a alcanzar los resultados en salud esperados; mediante asesoría, cooperación- acompañamiento técnico y capacitación, en trabajo conjunto con los actores involucrados. Parte de la identificación de las necesidades y oportunidades propias y en respeto al desarrollo autónomo y descentralizado local, reconociendo competencias existentes, para generar procesos de concertación y transformaciones sostenibles.

Tomado de: Guía Para la Planificación, Implementación y Evaluación de la Asistencia Técnica en el Ministerio de Salud Y Protección Social.

Palabras clave

Desarrollo de capacidades:
Es el proceso mediante el cual las personas, organizaciones y sociedades obtienen, fortalecen y mantienen las aptitudes necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo, a lo largo del tiempo. En otras palabras, si las capacidades son el medio para planificar y lograr, el desarrollo de capacidades es el camino para alcanzar tales medios.

Tomado de: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2009). Desarrollo de capacidades:Texto básico del PNUD. New York.

Palabras clave

La asistencia técnica pretende abandonar la práctica de la "ayuda de expertos", que denota un proceso de transferencia unidireccional de conocimientos o de imposición de patrones o normas preestablecidas, que genera dependencia en los actores que la reciben, para virar hacia un peoceso que ponga en el centro el **desarrollo de capacidades** requeridas por los actores que la reciben para el cumplimiento de sus competencias, lo que supone un proceso de diálogo y concertación entre las partes sobre las necesidades de acompañamiento técnico, a partir del reconocimiento de sus fortalezas y competencias por desarrollar o enriquecer, con el fin de dar respuesta a su contexto particular, y que contribuyan al logro de la autonomía y sostenibilidad.[4]

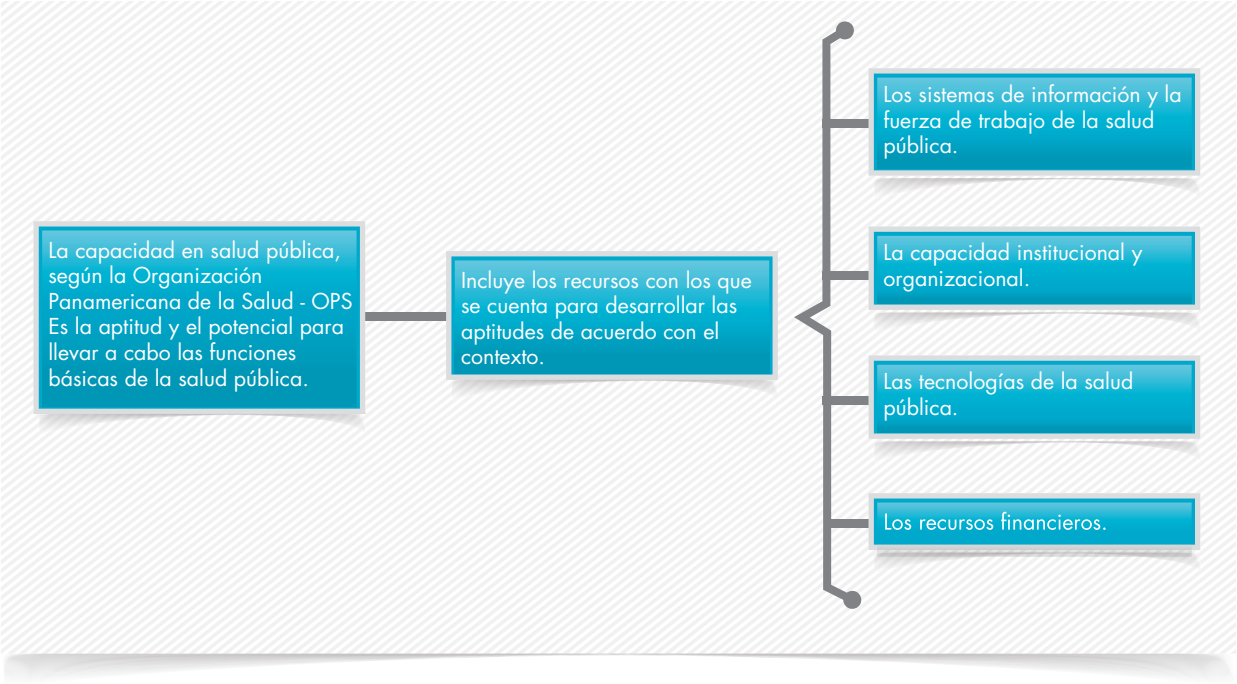
El desarrollo de capacidades resalta tres niveles interdependientes para el desarrollo de capacidades: las personas, organizaciones y sociedades, entendiendo cada uno de estos así:

Niveles para el desarrollo de capacidades	
Entorno Favorable	Es el amplio sistema social en el que operan las personas y las organizaciones. Incluye todas las reglas, **leyes, políticas, relaciones de poder y normas sociales** que regulan la interacción cívica. Es el entorno favorable el que define el alcance del desarrollo de capacidades.
Nivel Organizacional	Se refiere a la estructura, políticas y procedimientos internos que **determinan la efectividad de una organización.** Es aquí donde se ponen en juego los beneficios del entorno favorable y donde se reúne una variedad de personas. Cuanto mejor alineados estén estos elementos y mejores sean sus recursos, mayor será el potencial de su capacidad de crecimiento.
Nivel Individual	Lo conforman las **aptitudes, experiencias y conocimientos de cada persona** que permiten su desempeño. Algunas de estas aptitudes son adquiridas formalmente, a través de educación y capacitación; pero otras son de origen informal y provienen de las acciones y observaciones de las personas. El acceso a recursos y experiencias que permitan desarrollar la capacidad individual es moldeado en gran parte por los factores organizacionales y sistémicos descritos anteriormente, los cuales son influenciados a la vez por el grado de desarrollo de capacidades de cada individuo.

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2009). Desarrollo de capacidades:Texto básico del PNUD. New York.

4. Convenio 637 de 2010 Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). Lineamiento y proceso de asistencia tecnica de la direccion general de salud pública del Ministerio de la Proteccion Social. Componentes basicos de seguimiento y evaluacion en visitas de asistencia tecnica en las lineas de AIEPI – ETV – zoonosis – tuberculosis y Hansen.

Esta definición de desarrollo de capacidades hace énfasis en las capacidades como aptitudes y condiciones en estos tres niveles, pero no es explícita el reconocimiento de los recursos como parte de las capacidades.



5

De acuerdo con lo anterior, en esta guía entendemos que el desarrollo de capacidades para la Atención Integral en Salud de la infancia y adolescencia comprende tanto las aptitudes, condiciones y recursos de las personas, como las instituciones y los entornos. Así, el proceso que se pretende desarrollar busca trabajar en estos tres niveles en los territorios.

5. Organización Panamericana de la Salud (2007) Capacidades en salud pública en América Latina y el Caribe: evaluación y fortalecimiento. Washington, D.C: OPS.

1.2 Cooperación y acompañamiento territorial

Teniendo en cuenta el anterior marco conceptual, el proceso de ACAT que realizará el grupo de infancia y adolescencia parte del trabajo conjunto entre personas o entidades, para el logro de un objetivo común, en este caso, la garantía del derecho a la salud como determinante del desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes.

Este proceso se sustenta en los siguientes principios o premisas de gestión:

Orientada al Logro de Resultados en Salud

Ya que parte de la identificación de prioridades territoriales en relación con el derecho a la salud, alimentación y nutrición de las gestantes, niños, niñas y adolescentes (GNNA), para orientar el desarrollo de capacidades requeridas con la intencion de mejorarla.

Respeto a la Soberanía y Autonomía del Territorio

Porque actúa en el marco de la descentralización y competencias de los diferentes niveles político administrativos, para que en el territorio se desarrollen las capacidades que les permitan generar alternativas de acción y, de acuerdo con éstas, tomar decisiones pertinentes respecto a la realidad del territorio de forma autónoma y sostenible.

Continuidad

Ya que se busca desarrollar un proceso de cooperación y acompañamiento de forma permanente en el territorio, que responda a las prioridades de política pública territorial.

Contextualización Sobre el Territorio

Porque parte del reconocimiento del contexto, las dinámicas -políticas, socioculturales y económicas- y los desarrollos, saberes y recursos disponibles de las instituciones y de los actores del territorio, que permitan realizar un proceso de cooperación y acompañamiento diferencial, oportuno, pertinente y flexible de acuerdo con dicha realidad.

Intercultural y Diferencial

Porque reconoce que los niños y las niñas son sujetos singulares que crecen en condiciones particulares que orientan su proceso de desarrollo. El enfoque de derechos es un orientador de la política y la atención en salud.

Por ser intercultural, reconoce el encuentro y promueve el diálogo entre culturas así como propone las relaciones interétnicas, la identidad y la historiaen el proceso de atención; y por diferencial reivindica que algunos niños y niñas son sujetos de ser atenciones diferenciales, cuando sus condiciones o situaciones así lo exijan: niños que viven en entornos particulares como son fronteras, hospitales, cárceles, bajo medida de protección del Estado, albergues y/o niños y niñas que viven en discapacidad, transitan en el género o tienen alguna condición crónica de salud, entre otros.

Concertación y Coordinación

Ya que el proceso debe propiciar que se establezcan acuerdos entre los equipos que realizan el proceso y los actores que se acompañan sobre las situaciones por resolver, mecanismos y metodologías de cooperación y acompañamiento, así como sobre las alternativas de acción para garantizar la atención integral en salud a la infancia y adolescencia, con el concurso de los diferentes actores del territorio.

Diálogo de Saberes

Ya que el proceso desarrolla capacidades a través del intercambio de conocimientos y experiencias entre las actores participantes, en una relación igualitaria y horizontal, y bajo un clima de confianza y respeto. Esta premisa diferencia el proceso de aquellos de auditoría o de inspección, vigilancia y control.

Participativo

Porque a lo largo del proceso se promueve la participación de diferentes actores institucionales, sociales y comunitarios y sus áreas organizativas, entendiendo que la atención integral en salud de la infancia y la adolescencia requiere de gestión del aseguramiento, la prestación de servicios de salud con calidad y humanización, la construcción participativa de alternativas sectoriales e intersectoriales, y el empoderamiento y movilización social.

Reflexione

¿Cómo integrar estos principios de gestión de cooperación y acompañamiento con el reconocimiento de las capacidades a nivel individual, institucional y social?

1.3 Antecedentes de asistencia técnica, en estrategias de salud materno infantil y de adolescentes

El MSPS ha promovido la atención integral a las mujeres en edad fértil, gestantes, primera infancia, infancia y la adolescencia. En el caso de las mujeres, se han llevado a cabo varias estrategias, desarrolladas algunas en convenio de cooperación con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), como el fortalecimiento del modelo de vigilancia en salud pública de la Morbilidad Materna Extrema (MME) y perinatal.

Esto se realizó en el marco del modelo de seguridad clínica para el cuidado obstétrico de emergencia, a través de la sensibilización a directivos y técnicos de 26 entes territoriales, 18 de los cuales cuentan con un diagnóstico de capacidades y recursos, y 22, en el segundo análisis agregado de casos de MME.

Además, se realizaron cursos de atención prenatal, parto y manejo de la emergencia obstétrica, con escenarios de simulación; el pilotaje de la guía de atención integral a gestantes menores de 15 años; validación técnica y prueba piloto del modelo de vigilancia de la morbilidad neonatal extrema; capacitación a todos los entes territoriales del país en el manejo integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y la difusión de la **Sentencia C-355 de 2006**, así como el desarrollo de cinco foros regionales para discusión de la IVE.[6]

Sentencia C-355 de 2006
Implicaciones éticas, jurídicas y médicas de la Sentencia C-355 de la Corte Constitucional: Un avance para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las colombianas.

www.unal.edu.co/bioetica/documentos/conveniodoc/parte interna cartilla.pdf

Universidad Nacional de Colombia, Ministerio de la Protección Social (Ahora MSPS). 2007.

Conozca el contexto de la Sentencia C-355 de 2006, que estableció que el aborto no puede ser considerado un delito en tres circunstancias concretas: cuando el embarazo represente un riesgo para la vida o la salud de la mujer, cuando el embarazo sea el resultado de violación o incesto, y cuando se diagnostiquen graves malformaciones fetales que hagan inviable la vida fuera del útero.

Lectura recomendada

En el caso de la infancia, se ha efectuado un conjunto de estrategias complementarias, la mayoría promovidas desde los años noventa:

- La Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).
- Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI).
- Programa Canguro.
- Formulación de planes territoriales, en el marco del Plan Decenal de Lactancia Materna (2010).
- Salas de enfermedad respiratoria aguda
- Bancos de leche humana.
- En el caso de la adolescencia, mediante el modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ).

6. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013) Salud materno perinatal. En: Informe al Congreso de la República 2012-2013.

Para cada una de estas estrategias, el MSPS ha desarrollado procesos de asistencia técnica con las entidades territoriales, principalmente departamentos y ciudades capitales, algunos con un carácter más continuo.

Estrategia AIEPI

El MSPS, desde el año 2009 hasta el año 2012, con la cooperación de la OPS, realizó la asistencia técnica en los 32 departamentos, 4 distritos, ciudades capitales y Empresas Promotoras de Salud (EPS) para fortalecer sus capacidades para la implementación de esta estrategia, y en los componentes de gestión, clínico y comunitario, mediante la asesoría y el acompañamiento a los procesos trazadores definidos y, en el caso de las entidades territoriales, en la asistencia técnica a algunos municipios seleccionados por departamento, y la capacitación a los equipos de salud infantil territoriales y al talento humano que presta la atención.

Conozca más sobre la Estrategia AIEPI en el sitio web de la Organización Panamericana de la Salud.
http://www.paho.org/COL/

Logros

- Designación de referentes de salud infantil o la conformación de equipos de salud infantil.
- Formulación de planes operativos de AIEPI que, partiendo del análisis de la situación y la identificación de prioridades, sirvieron para la formulación de planes operativos y de los planes de salud territorial.
- Obtención de asignaciones presupuestales específicas para la implementación de la estrategia en las entidades territoriales.
- Conformación de comités de salud infantil o materno infantil al interior de las DTS.
- Realización de procesos de asistencia técnica y de formación de forma conjunta.
- Coordinación, con vigilancia en salud pública, para el monitoreo y análisis de los eventos de notificación relacionados con la infancia.
- Coordinación intersectorial para el desarrollo de acciones a nivel comunitario y de intervención, en las condiciones de vida de la infancia.
- En algunas EPS se consiguió la implementación de la estrategia en la red prestadora propia y contratada, en el caso de aquellas con red contratada mediante la inclusión en los contratos de prestación de servicios y en los procesos de auditoría.[7]

Internet

Estrategia IAMI

El MSPS con la cooperación de UNICEF, cuya operación fue realizada por la Fundación Santa Fe de Bogotá y el Instituto Proinapsa, desarrolló entre el año 2007 y 2009 y entre 2009 y 2010, con la cooperación del Programa Mundial de Alimentos (PMA), la capacitación de evaluadores externos y la asistencia técnica a algunos departamentos priorizados en la región norte (La Guajira, Chocó, Córdoba, Antioquia) y sur (Nariño, Cauca y Huila) del país, mediante capacitación al talento humano de Direcciones Territoriales de Salud (DTS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), en la estrategia para la autoevaluación e implementación y posterior evaluación externa. Con este proceso se lograron acreditar algunas instituciones IAMI.[8]

El MSPS también ha realizado asistencia técnica en algunos departamentos para la formulación de planes territoriales de lactancia materna.

Conozca más sobre la Estrategia IAMI en este sitio web de UNICEF
http://www.unicef.org.co/Lactancia/IAMI.htm

Internet

Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ)

El MSPS comenzó a realizar un proceso de acompañamiento para su implementación, con énfasis en los servicios de salud sexual y reproductiva, en el marco del Proyecto Colombia, entre 2003 y 2007, para la prevención y atención del VIH/SIDA en algunos municipios priorizados. Se ha dado continuidad con la cooperación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para la financiación, capacitación y acompañamiento a la implementación piloto de algunos SSAAJ en diez departamentos del país, y para la realización de procesos de capacitación y acompañamiento a los diferentes actores del SGSSS, mediante encuentros regionales y nacionales, en los que se ha buscado que el modelo tenga un enfoque de atención integral y no solamente de servicios de salud sexual y reproductiva.[9]

Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia.
Segunda edición (2008) disponible en el sitio web del MSPS: http://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/ Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.pdf

Lectura recomendada

En el marco de la implementación del Conpes 147 de 2012 intersectorial de prevención del embarazo en adolescentes, que priorizó 192 municipios con la mayor cantidad de casos de adolescentes en embarazo, la asistencia técnica a los departamentos y a estos municipios se ha realizado desde 2012 con la cooperación de UNFPA, mediante un proceso de acompañamiento y asesoría directa a los actores del SGSSS. Esa actividad trasciende la implementación de SSAAJ e incluye el trabajo en los ejes estratégicos del Conpes.[10]

Conpes 147 de 2012. "Lineamentos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de Proyectos de vida para los niños, niñas y jóvenes, en edades entre 6 y 19 años".
Departamento Nacional de Planeación.

Lectura recomendada

7. Organización Panamericana de la Salud (2012). Convenio 485 de 2011. Informe de la linea de fortalecimiento a la implementación de la atención integrada a enfermedades prevalentes de la infancia(AIEPI).
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social (2013). Balance de las instituciones acreditadas en IAMI.
9. Ministerio de Salud y Protección Social (2010). Implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jovenes en el Huila.
10. Departamento Nacional de Planeación. Conpes. 147 lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en edades entre 6 y 19 años.

Si bien los procesos de asistencia técnica hasta ahora se han desarrollado partiendo de la identificación de debilidades y fortalezas de los diferentes actores, para abordarlas mediante modalidades como la capacitación, asesoría y acompañamiento con el fin de fortalecer las capacidades para la gestión, éste no ha tenido un abordaje integrador. Por el contrario, se ha hecho de forma fragmentada, por estrategias o direcciones del MSPS, y no ha tenido el carácter de un proceso de acompañamiento continuo a los entes territoriales. En parte, esto ha sido así por la capacidad de los equipos de asistencia técnica disponibles desde el Ministerio que, dada su carga, en el mejor de los casos solo podían hacer visitas de asistencia técnica semestrales y asesoría virtual o telefónica.

Lo anterior ha planteado el reto al Ministerio de reconfigurar el proceso de asistencia técnica en relación con la atención de la primera infancia, infancia y adolescencia. El nuevo proceso debe tener un carácter más integral y de cooperación y acompañamiento continuo, que permita, a partir del reconocimiento de las potencialidades y capacidades por reforzar o desarrollar de los entes territoriales, fortalecer sus capacidades en el marco de la descentralización. Por lo anterior, el MSPS ha decidido iniciar un proceso de cooperación y acompañamiento territorial para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia, con énfasis en la primera infancia, dado el marco de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia de Cero a Siempre.

1.4 Objetivo del proceso de Asistencia Técnica, Cooperación y Acompañamiento Territorial

El proceso de ACAT tiene como objetivo fortalecer las capacidades de las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios) priorizadas, para la gestión de la Atención Integral en Salud de las niñas, niños y adolescentes, teniendo en cuenta los lineamientos para tal fin elaborados por el MSPS, que permita garantizar sus derechos y desarrollo integral y obtener mejores resultados en salud, mediante un proceso de trabajo, conjunto entre el nivel nacional y territorial, que parta del reconocimiento de los acumulados previos y la búsqueda de procesos autónomos y sostenibles.

PARE

Se debió entender, a lo largo de la lectura de esta primera parte, que el desarrollo de capacidades para la Atención Integral en Salud de la infancia y adolescencia comprende tanto las aptitudes, condiciones y recursos de las personas, como los de las instituciones y los entornos. Así, el proceso que se pretende desarrollar busca trabajar en estos tres niveles en los territorios.

Bitácora

Recuerde algunos de los aspectos clave del marco conceptual del proceso ACAT.

1. Subraye la respuesta correcta.

Asistencia técnica es:

a) El trabajo de un consultor experto que elabora todos los procesos que necesita la institución en un territorio.

b) Es un proceso continuo e institucional que busca el desarrollo de capacidades para contribuir al logro de resultados, mediante asesoría, acompañamiento y capacitación.

c) Un proceso institucional puntual, a través del cual se recibe asesoría y capacitación en un tema.

2. Defina cuáles son los cuatro recursos de la capacidad en salud pública:

1. Los sistemas de información y la fuerza de trabajo de la salud pública.
2. La capacidad institucional y organizacional.
3. Las tecnologías de la salud pública.
4. Los recursos financieros.

Bitácora

2. Marco operativo para la asistencia técnica, cooperación y acompañamiento territorial para la atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia

PROCESO ACAT PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Mapa de caminos

Marco conceptual ACAT

- Asistencia técnica.
- Desarrollo de capacidades.
- Cooperación y acompañamiento territorial.
- Antecedentes de asistencia técnica en estrategias de salud materno infantil y de adolescentes.

- Definición.
- Nivel entorno favorable.
- Nivel organizacional.
- Nivel individual.
- Principios de gestión.
- Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI.
- Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia - IAMI.
- Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes – SSAAJ.

Objetivo del proceso ACAT

Marco operativo

Escenarios ACAT

- Región
- Departamento
- Municipios
- Organizaciones tradicionales y propias de grupos étnicos

Actores a acompañar

- Autoridades locales.
- Autoridades tradicionales de grupos étnicos.
- Actores del sector salud (DTS, EAPB, IPS).
- Actores sociales y comunitarios.
- Escenarios intersectoriales.

Territorios priorizados

- Metodología y criterios de priorización.
- Listado de territorios priorizados.

Fases, etapas y acciones de la Cooperación y Acompañamiento Territorial

- Fase 1 identificación.
- Etapas fase 1

Acciones

Alistamiento

- Vinculación e inducción de equipos territoriales de ACAT.
- Contextualización sobre el territorio.
- Socialización y establecimiento de acuerdos de voluntades con tomadores de decisión y del SGSSS.
- Socialización y establecimiento de acuerdos técnicos y operativos con equipos técnicos de direcciones territoriales de salud.
- Proceso de concertación social y comunitaria.

Acompañamiento territorial

Reconocimiento de prioridades y concertación de planes de ACAT

- Proceso de concertación social y comunitaria.
- Identificación de la capacidad institucional.
- Aplicación de la metodología de valoración y análisis de situación de calidad y humanización.
- Reconocimiento de situación y elaboración de un plan de gestión comunitaria con actores sociales y comunitarios claves.

Fortalecimiento de las capacidades institucionales, de trabajo intersectorial y comunitario

En las personas	En las organizaciones	En el entorno
Cualificación del talento humano en salud.	Abogacía y acompañamiento.	Abogacía y acompañamiento para el posicionamiento de prioridades en la política.
Acompañamiento a la cualificación de actores sociales.	Capacidades para realizar el análisis de situación.	Acompañamiento para la construcción de Ruta de Atención Integral.
	Acompañamiento para el desarrollo de estrategias de comunicación.	
	Capacidades para la sistematización e intercambio de experiencias.	
	Abogacía y acompañamiento para la gestión intercultural en salud.	

Seguimiento y evaluación

- Seguimiento y evaluación de la gestión de la atención integral y de los resultados en salud de familias gestantes, niños, niñas y adolescentes.
- Seguimiento, evaluación y ajuste del proceso ACAT.
- Seguimiento y evaluación de los cambios en la gestión de la atención y resultados en salud.

- Fase 2: consolidación.
- Fase 3: sostenibilidad, seguimiento y evaluación.

2.1 Escenarios para la asistencia técnica, cooperación y acompañamiento territorial

La compleja y diversa configuración del territorio nacional define una serie de escenarios para la organización del proceso de ACAT. En estos se debe tener en cuenta, por un lado, las competencias de los diferentes niveles de gestión político administrativa respecto a la Atención Integral en Salud en el marco de la descentralización, y, por otro lado, el conjunto de características sociales, poblacionales, ambientales y de red de servicios de salud y sociales, utilizadas para configurar las redes de atención en salud por la Dirección de Prestación de Servicios del MSPS.

Aunque cada uno de estos escenarios comparte, como competencia general, la dirección, coordinación y vigilancia del sector salud y del SGSSS en su jurisdicción, lo hacen mediante diferentes responsabilidades, lo cual demanda la realización de un proceso de ACAT, que esté acorde con el fortalecimiento de capacidades que cada uno de éstos requiere y con las prioridades y particularidades de los contextos, como veremos a continuación:

2.1.1 Región

Si bien la región no corresponde a una división político administrativa, se caracteriza por ser un territorio, es decir, un escenario multidimensional que comprende la interacción de actores, instancias, procesos y dinámicas sociales, políticas y culturales; y en relación con la salud, un perfil de morbimortalidad y de organización de la red de prestación de los servicios de salud.

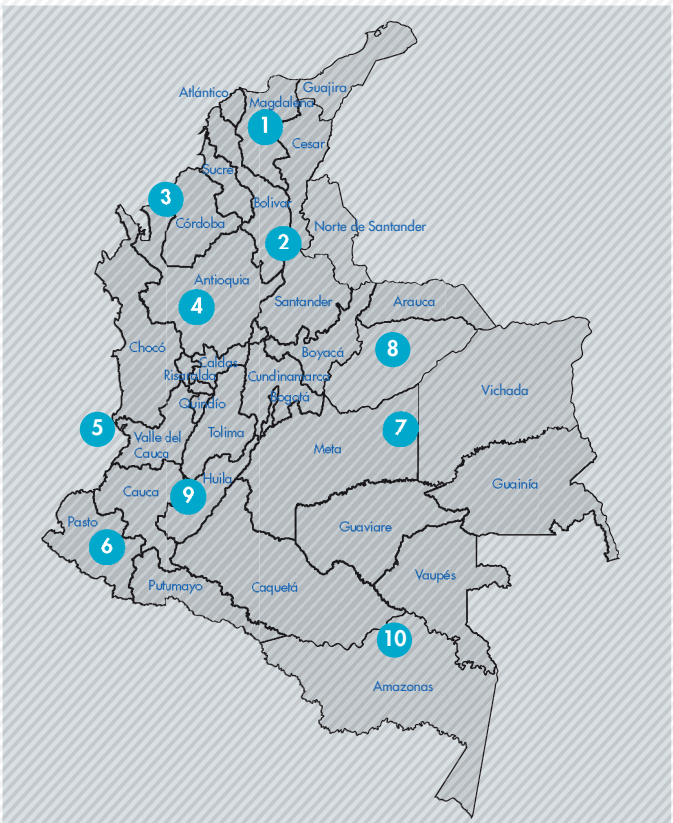
Para el proceso de ACAT se tomaron en cuenta las 24 zonas sanitarias definidas para la estructuración de las redes de prestación de servicios,[11] y en función de las características compartidas por los territorios se definieron diez regiones (Figura No. 1).

El proceso de ACAT en la región busca servir de enlace de gestión entre los departamentos y municipios priorizados para el proceso con las instancias de salud (Ministerio, Instituto Nacional de Salud, Superintendencia Nacional de Salud) y de otros sectores que se requieran a nivel nacional, especialmente para procesos como la configuración de redes de atención en salud que respondan a la diversidad poblacional y territorial, modelos de atención en zonas rurales dispersas, gestión del aseguramiento, calidad y calidez de la prestación, gestión de la aplicación del enfoque diferencial, entre otros.

Adicionalmente, apoya la gestión de la política pública en salud a nivel regional mediante la participación en formulación de políticas, planes, programas y proyectos.

11. Páez G, Jaramillo L (2013) Estudio sobre la geografía sanitaria en Colombia. No publicado

Figura No. 1. Regiones para el proceso de cooperación y acompañamiento territorial en Atención Integral en Salud a primera infancia, infancia y adolescencia



Región 1. Caribe 1: La Guajira, Norte del Cesar, Magdalena y Atlántico.

Región 2. Sur del Caribe y Santanderes: Sur del Cesar, Sur de Bolívar, Norte de Santander y Santander.

Región 3. Caribe 2: San Andrés y Providencia, Norte de Bolívar, Córdoba y Sucre.

Región 4. Eje Cafetero y Urabá: Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío, Norte de Chocó (Golfo de Urabá).

Región 5. Litoral Pacífico: Chocó, Occidente del Valle del Cauca, del Cauca y de Nariño.

Región 6. Bota Caucana: Oriente del Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Norte de Putumayo.

Región 7. Orinoquia: Vichada, Meta y Guaviare.

Región 8. Antigua Boyacá: Boyacá, Casanare y Arauca.

Región 9. Centro y Gran Tolima: Cundinamarca, Norte de Boyacá, Bogotá, Tolima, Huila, Norte y Centro de Caquetá.

Región 10. Trapecio amazónico: Sur del Caquetá, Guainía, Vaupés, Sur de Putumayo, Amazonas.

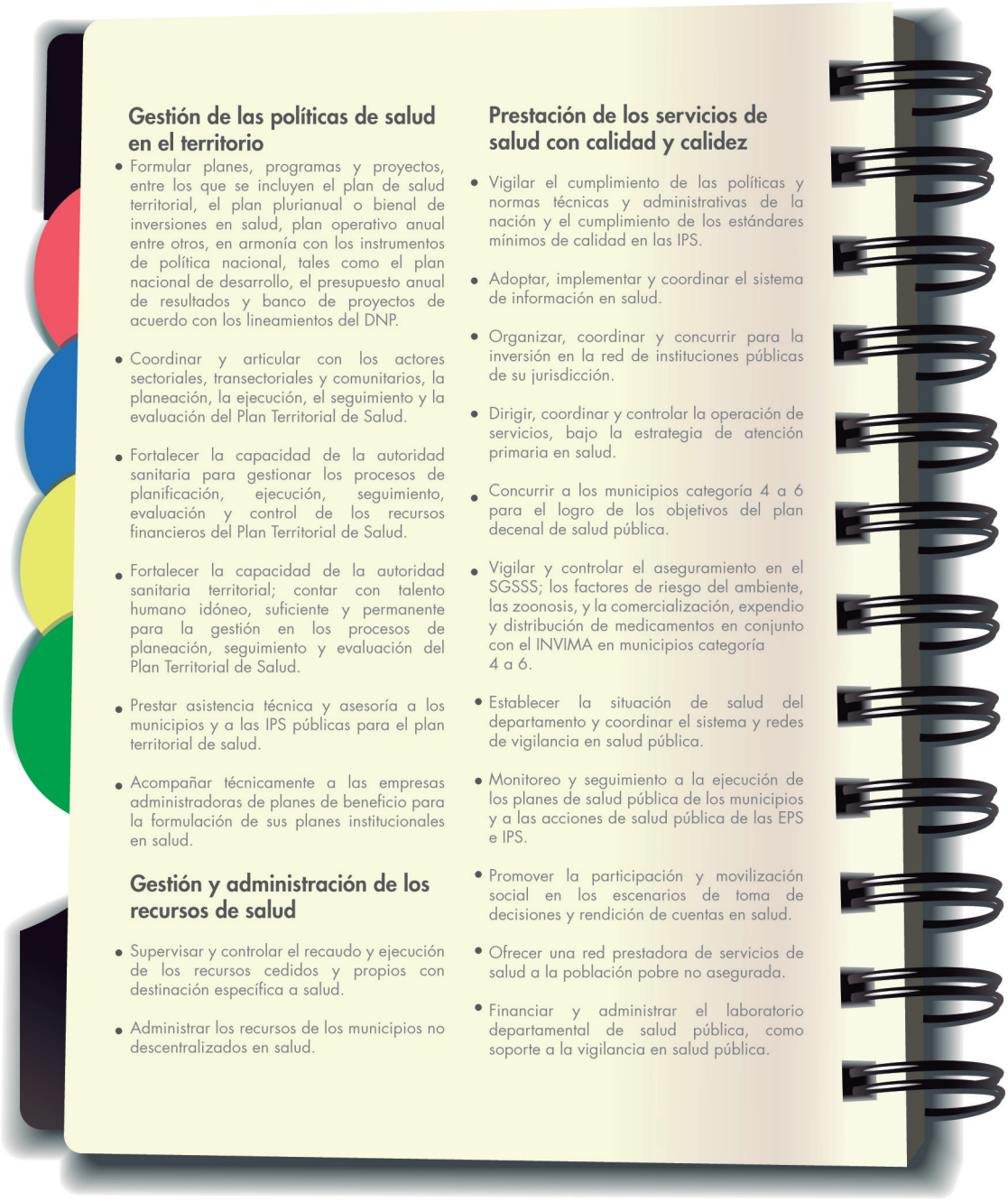
2.1.2 Departamento

En el marco de la descentralización, el departamento tiene "autonomía para la administración de los asuntos seccionales y la planificación y promoción del desarrollo económico y social, dentro de su territorio", y para tal fin, "ejerce funciones administrativas, de coordinación, de complementariedad de la acción municipal, de intermediación entre la Nación y los Municipios y de prestación de los servicios que determinan la Constitución y las leyes".[12] Dentro de las funciones administrativas tiene el rol de la gestión de la política pública, siendo uno de sus instrumentos más importantes el Plan de Desarrollo departamental.

Respecto a la salud, el departamento, de acuerdo con el marco de competencias, en cabeza de la Dirección Territorial de Salud Departamental (DTS), debe ejercer la dirección, coordinación y vigilancia del sector salud y del SGSSS en su jurisdicción, y para hacerlo, principalmente, debe cumplir con las siguientes responsabilidades, ordenadas en tres categorias:[2]

2. Congreso de la República (2001) Ley 715 de 2001 "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros".

12. Congreso de la República (1991). Constitución Política de Colombia.



Gestión de las políticas de salud en el territorio

- Formular planes, programas y proyectos, entre los que se incluyen el plan de salud territorial, el plan plurianual o bienal de inversiones en salud, plan operativo anual entre otros, en armonía con los instrumentos de política nacional, tales como el plan nacional de desarrollo, el presupuesto anual de resultados y banco de proyectos de acuerdo con los lineamientos del DNP.
- Coordinar y articular con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan Territorial de Salud.
- Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria para gestionar los procesos de planificación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los recursos financieros del Plan Territorial de Salud.
- Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial; contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
- Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios y a las IPS públicas para el plan territorial de salud.
- Acompañar técnicamente a las empresas administradoras de planes de beneficio para la formulación de sus planes institucionales en salud.

Gestión y administración de los recursos de salud

- Supervisar y controlar el recaudo y ejecución de los recursos cedidos y propios con destinación específica a salud.
- Administrar los recursos de los municipios no descentralizados en salud.

Prestación de los servicios de salud con calidad y calidez

- Vigilar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas y administrativas de la nación y el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad en las IPS.
- Adoptar, implementar y coordinar el sistema de información en salud.
- Organizar, coordinar y concurrir para la inversión en la red de instituciones públicas de su jurisdicción.
- Dirigir, coordinar y controlar la operación de servicios, bajo la estrategia de atención primaria en salud.
- Concurrir a los municipios categoría 4 a 6 para el logro de los objetivos del plan decenal de salud pública.
- Vigilar y controlar el aseguramiento en el SGSSS; los factores de riesgo del ambiente, las zoonosis, y la comercialización, expendio y distribución de medicamentos en conjunto con el INVIMA en municipios categoría 4 a 6.
- Establecer la situación de salud del departamento y coordinar el sistema y redes de vigilancia en salud pública.
- Monitoreo y seguimiento a la ejecución de los planes de salud pública de los municipios y a las acciones de salud pública de las EPS e IPS.
- Promover la participación y movilización social en los escenarios de toma de decisiones y rendición de cuentas en salud.
- Ofrecer una red prestadora de servicios de salud a la población pobre no asegurada.
- Financiar y administrar el laboratorio departamental de salud pública, como soporte a la vigilancia en salud pública.

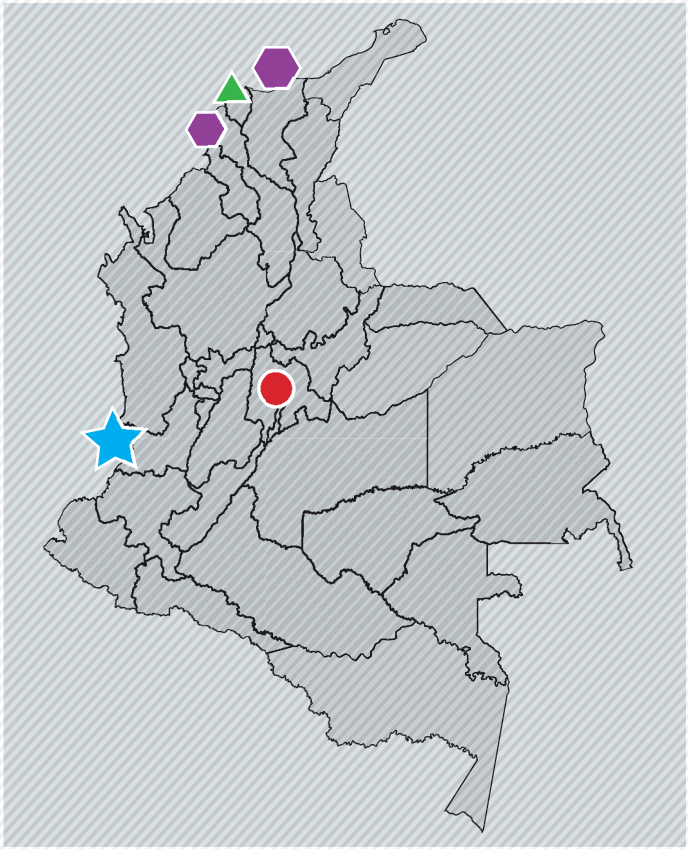
Teniendo en cuenta estas competencias y las del nivel nacional, el departamento es la puerta de entrada para el proceso de ACAT, y en el desarrollo de cada una de sus etapas, se debe centrar en fortalecer su capacidad de rectoría en salud. Esta debe incluir la asistencia técnica, vigilancia y control sobre los actores del SGSSS; la complementariedad y concurrencia a los municipios de su jurisdicción y la adecuada administración de recursos financieros de los municipios no descentralizados en salud, posicionando las prioridades identificadas, tanto en el nivel departamental como municipal, que se requieren para la Atención Integral en Salud de primera infancia, infancia y adolescencia.

Para recordar

2.1.3 Distrito

Distrito
Es una categoría especial de municipio con más de 600 mil habitantes y que por sus características particulares, como ser ciudad capital, portuaria o turística, les permite a sus órganos y autoridades tener facultades especiales diferentes al régimen administrativo ordinario de los municipios.

Palabras clave



- **Bogotá, Distrito Capital,** recibe la transferencia de recursos directos.
- **Barranquilla, Distrito Especial, Industrial y Portuario.** Recibe transferencia de recursos a través del departamento
- **Cartagena, Distrito Turístico, Cultural e Histórico.** Recibe transferencia de recursos a través del departamento.
- **Santa Marta, Turístico, Cultural e Histórico.** Recibe transferencia de recursos a través del departamento.
- **Buenaventura, Distrito Especial Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico.** Recibe transferencias a través del departamento.

13

En salud, los distritos se comportan como los municipios de categoría 1 a 3, es decir, tienen al igual que los departamentos la competencia de la dirección, coordinación y vigilancia del sector salud y del SGSSS en su jurisdicción, pero en el respectivo municipio, realizando las mayoría de las funciones arriba citadas en armonía con los planes y proyectos del departamento, excepto para Bogotá, y con excepción de la intermediación entre la nación y el municipio.[2] Por lo anterior, serán también la puerta de entrada para el proceso de ACAT en los cinco distritos.

2. Congreso de la República (2001) Ley 715 de 2001 "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros".

13. Congreso de la República (2013). Ley 1617 de 2013 "Por la cual se expide el régimen para los distritos especiales".

2.1.4 Municipios

Son la entidad más pequeña en la división político administrativa en el marco de la descentralización, a la cual le corresponde fundamentalmente "prestar los servicios públicos que determina la ley, construir las obras que demanda el progreso local, ordenar el desarrollo del territorio, promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de los habitantes, así como las funciones que le asigna la Constitución y las leyes".[12]

Municipio
Es el lugar en donde se desarrollan los niños, niñas y adolescentes en cada uno de los entornos que habitan en cada momento y edad, de acuerdo con el curso de vida. Es el lugar en donde se concreta el proceso de cooperación y acompañamiento técnico.

Palabras clave

Los municipios se clasifican en Colombia según la densidad poblacional y sus ingresos corrientes de libre destinación en seis categorías, siendo la 6 la de menos densidad y menos ingresos y en la cual se ubican 984 de 1104 municipios del país.[14] En materia de competencias en salud, como hemos mencionado, los municipios categoría 1 a 3 se asemejan a las competencias del departamento; y los de categoría 4 a 6, para la dirección y coordinación de la salud y el SGSSS en su municipio, realizan principalmente las siguientes acciones:[2]

Gestión de las políticas de salud en el territorio

- Formular planes, programas y proyectos, entre los que se incluyen el plan de salud territorial, el plan operativo anual, entre otros, en armonía con los instrumentos de política departamental y nacional, tales como el plan de desarrollo, el presupuesto anual de resultados y banco de proyectos con lineamientos del DNP, para que se incluyan en éstos.
- Coordinar y articular con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan Territorial de Salud.
- Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria para gestionar los procesos de planificación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los recursos financieros del Plan Territorial de Salud.
- Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial; contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.

Gestión y administración de los recursos de salud

- Supervisar y controlar el recaudo y ejecución de los recursos cedidos y propios con destinación específica a salud.
- Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable, y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.

Prestación de los servicios de salud con calidad y calidez

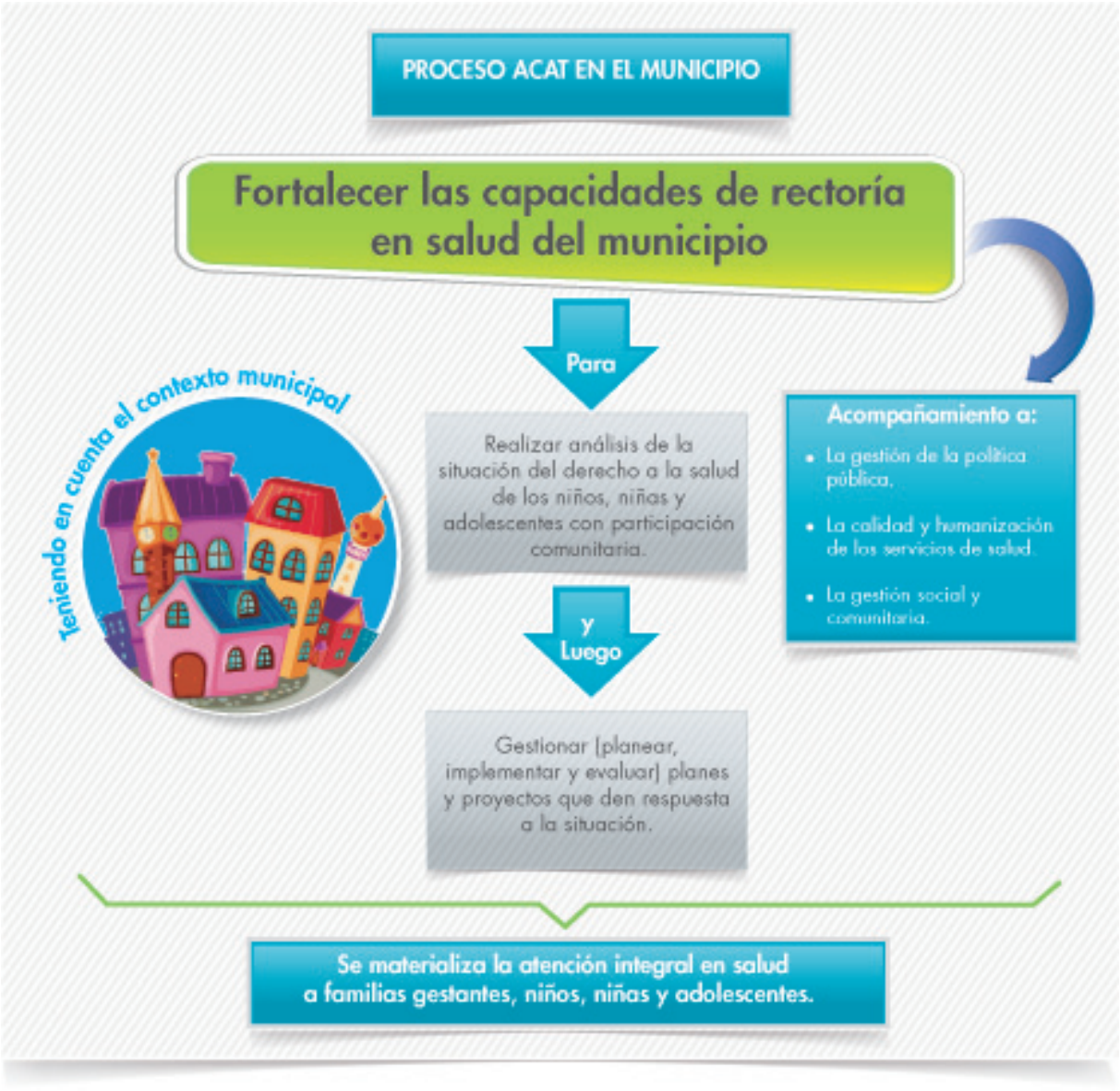
- Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado.
- Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable, y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.
- Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del SGSS de las personas con capacidad de pago, y evitar la evasión y elusión de aportes.
- Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.
- Dirigir, coordinar y controlar la operación de servicios, bajo la estrategia de atención primaria en salud, y gestionar el apoyo y concurrencia del departamento para el desarrollo de la misma.
- Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud con incorporación de los indicadores de resultados en salud.
- Participar en la operación del sistema de vigilancia en salud pública de acuerdo con lineamientos del MSPS.
- Establecer la situación de salud del municipio.
- Formular, ejecutar, monitorear y evaluar el Plan de intervenciones colectivas e individuales de acuerdo con los lineamientos del MSPS.
- Impulsar mecanismos para la participación social y movilización social en salud.

2. Congreso de la República (2001) Ley 715 de 2001 "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros".
12. Congreso de la República (1991). Constitución Política de Colombia.
14. Congreso de la República (2001) Ley 715 de 2001 "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros".

Es importante mencionar que otra clasificación de los municipios en salud se hace de acuerdo con el hecho de que estén o no descentralizados en salud, es decir, que cuenten con la autonomía administrativa para la administración de los recursos. Cuando no se cuenta con ésta, la competencia de administración de los recursos se traslada a los departamentos. En el país 427 municipios no están descentralizados en salud.[15]

Teniendo en cuenta estas competencias y las de nivel departamental y nacional, en el municipio el proceso de ACAT debe propender por fortalecer las capacidades de rectoría en salud para realizar el análisis de situación de salud de los niños, niñas y adolescentes con participación comunitaria, y de acuerdo con éstas, gestionar (es decir: planear, implementar y evaluar) tanto a nivel municipal como departamental, planes y proyectos que permitan solucionar las dificultades halladas, así como ejercer la vigilancia del aseguramiento y la adecuada prestación de los servicios de salud.

Con esto se debe buscar materializar la Atención Integral en Salud a familias gestantes, niños, niñas y adolescentes, garantizando, en coordinación con el resto de los sectores, las atenciones propuestas en la RIA del territorio, las cuales se relacionan con la salud en los diferentes entornos en los que viven y se desarrollan los niños, niñas y adolescentes (hogar, entornos de salud, entorno educativo y el espacio público).



15. Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud.

Por último, el proceso de Atención Integral en Salud a la infancia y adolescencia reconoce que los municipios del país se caracterizan como territorios interétnicos, cuando son habitados por uno o más grupos étnicos. Lo anterior exige del proceso de acompañamiento, la promoción de acciones interculturales que reconozcan las particularidades bajo las cuales los grupos étnicos deben participar y hacer parte de los procesos de atención integral a sus niños y niñas. Esto se materializa en competencias institucionales, laborales y comunitarias para la atención intercultural en salud infantil.

2.1.5 Resguardos, Consejos Comunitarios, Cumpalías y Organizaciones tradicionales y propias de grupos étnicos.

Al tiempo que se reconoce a los municipios del país como territorios interétnicos, lo que incluye grupos étnicos, con o sin organización propia y reconocidos o no por el Ministerio del Interior, el proceso ACAT se extiende al acompañamiento directo a algunos de estos actores, a través de sus organizaciones propias y de sus respectivas expresiones territoriales, como son los resguardos indígenas, los consejos comunitarios de las comunidades negras y las cumpalías Rom.

El proceso de ACAT, con organizaciones propias y tradicionales de grupos étnicos, busca adelantar la gestión intercultural, que parte del reconocimiento de la autonomía de los grupos étnicos y de las inequidades que prevalecen en la interacción entre ellos y la institucionalidad en salud.

Se busca el fortalecimiento de los modelos propios de salud y de las capacidades de los pueblos étnicos para la gestión de la política pública y la Atención Integral en Salud propia e intercultural de sus niños y niñas. Esto tiene lugar, a través de la promoción de procesos de fortalecimiento cultural y participación y **gestión intercultural,** los cuales incluyen, entre otros, atenciones en salud con pertinencia cultural.

La gestión intercultural considera la participación, la autogestión y el posicionamiento local de los contenidos en salud de lo que se constituirá como la Ruta Integral de Atenciones Diferencial e Intercultural (RIADI), en políticas, planes y proyectos institucionales.

Este proceso incluye la participación de las niñas y los niños, así como de autoridades tradicionales y de los líderes locales.

Palabras clave

El desarrollo del proceso de ACAT, en los territorios interétnicos, debe ser orientado con lo incluido en el documento de la caja de herramientas:

"Orientaciones y recomendaciones para la construcción local de procesos interculturales de Atención Integral en Salud a niñas y niños de grupos étnicos, en el marco de la Estrategia de Cero a Siempre"

Lectura recomendada

2.2 Actores a acompañar

Actores	Principal objetivo
Autoridades locales	Establecer acuerdos con tomadores de decisión, como gobernadores, asambleas, alcaldes y concejos, para que incorporen, dentro de las prioridades del territorio , como un instrumento de política pública, la Atención Integral en Salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes.
Autoridades tradicionales de grupos étnicos	Concertar con autoridades tradicionales el proceso que requiere la atención integral de gestantes, niñas, niños y adolescentes en sus comunidades, así como las necesidades y metodologías para realizar el proceso de ACAT.
Actores del sector salud (DTS, EAPB, IPS)	Fortalecer las capacidades requeridas para la gestión y la atención integral a gestantes, niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con las competencias de cada uno de estos actores y con un enfoque diferencial, siempre teniendo en la mira el logro de los mejores resultados en salud posibles.
Actores sociales y comunitarios	Fortalecer sus capacidades en procesos de participación y movilización social, para que les permitan incidir en la planeación y seguimiento de las acciones dirigidas a familias gestantes niñas, niños y adolescentes, en las prácticas de desarrollo y cuidado en los diferentes entornos y, de manera especial, en la exigibilidad de los derechos con especial énfasis en el derecho a la salud.
Escenarios intersectoriales	Visibilizar y generar acuerdos que permitan dar respuesta a las prioridades identificadas en relación con la salud, alimentación y nutrición de familias gestantes, niños, niñas y adolescentes.

2.2.1 Autoridades locales

El proceso de ACAT tiene como uno de sus objetivos establecer acuerdos con tomadores de decisión, como gobernadores, asambleas, alcaldes y concejos, para que incorporen las prioridades del territorio, orientando éstas a la Atención Integral en Salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes, en los instrumentos de política pública, encaminados a alcanzar el desarrollo integral y la garantía de sus derechos.

Lo anterior demanda de las autoridades locales, la concentración de esfuerzos y recursos para impulsar una gestión pública orientada a resultados en salud, desde una perspectiva de derechos, poblacional y territorial.

En coordinación con los respectivos alcaldes dentro de su territorio, los gobernadores deben promover el desarrollo de estrategias dirigidas al mejoramiento de la calidad y condiciones de vida de las niñas, niños y adolescentes de su territorio, mediante la concurrencia y complementariedad de los planes de desarrollo locales. Por ende, se contempla la gestión y el acompañamiento a las autoridades locales, como actores claves en la gestión de la política pública en infancia y adolescencia.

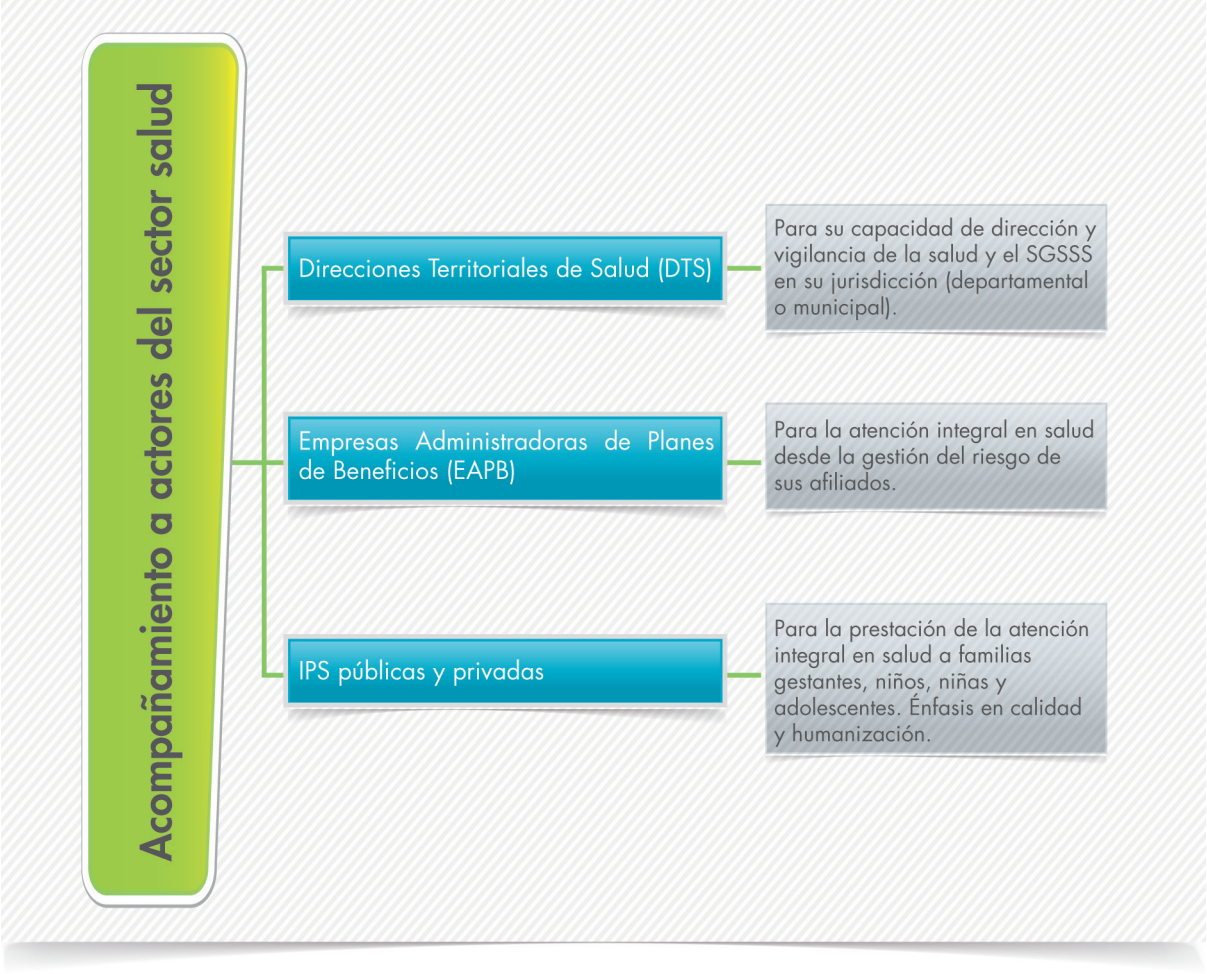
2.2.2 Autoridades tradicionales de grupos étnicos

En los territorios interétnicos, se busca establecer acuerdos con las autoridades tradicionales de los

pueblos étnicos, como gobernadores indígenas, presidentes de consejos comunitarios, representantes legales del pueblo rom, autoridades y médicos tradicionales para concertar con ellos el proceso que requiere la atención integral de gestantes, niñas, niños y adolescentes en estas comunidades, así como las necesidades y metodologías para realizar el proceso de ACAT.

2.2.3 Actores del sector salud (DTS, EAPB, IPS)

El acompañamiento a las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), IPS públicas y privadas e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPSI) está encaminado a fortalecer las capacidades requeridas para la gestión y la atención integral a gestantes, niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con las competencias de cada uno de estos actores y con un enfoque diferencial, siempre teniendo en la mira el logro de los mejores resultados en salud posibles.



En el caso de las EAPB el acompañamiento iniciará en el nivel nacional, estableciendo acuerdos con las presidencias y gerencias generales, ya que dada la estructura centralizada de su organización administrativa es en estos niveles en donde se toman las decisiones. Una vez finalizada esta fase se iniciará el acompañamiento departamental y municipal. Estas entidades tienen un papel fundamental en la garantía del derecho a la salud de niñas, niños y adolescentes desde la preconcepción, y en el marco de sus competencias están obligadas a "organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del POS a los afiliados (numeral 3 del artículo 178 de la Ley 100)" y a "Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad…" (Literal b, artículo segundo del decreto 1485 de 1994). Las EPS en cada régimen "son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento" (artículo 14 de la Ley 1122), por lo cual se consideran aseguradoras.

2.2.4 Actores sociales y comunitarios

El proceso de ACAT busca trabajar, en conjunto con los actores sociales y comunitarios claves del territorio, en la atención integral de gestantes, niños, niñas y adolescentes, bien sea que estén o no organizados en grupos, organizaciones o redes de pares, familiares y comunitarias, para el fortalecimiento de sus capacidades, en procesos de **participación y movilización social** que les permitan incidir en la planeación y seguimiento de las acciones dirigidas a familias gestantes, niñas, niños y adolescentes, en las prácticas de desarrollo y cuidado en los diferentes entornos y, de manera especial, en la exigibilidad de los derechos con especial énfasis en el derecho a la salud.

Reflexione...
Los procesos de participación y movilización social implican comprender y asumir a la comunidad como un actor con capacidad de agencia, que determina el desarrollo integral y el horizonte del desarrollo territorial.

Tomado de "Lineamiento familia, comunidad y redes", MSPS

2.2.5 Escenarios intersectoriales

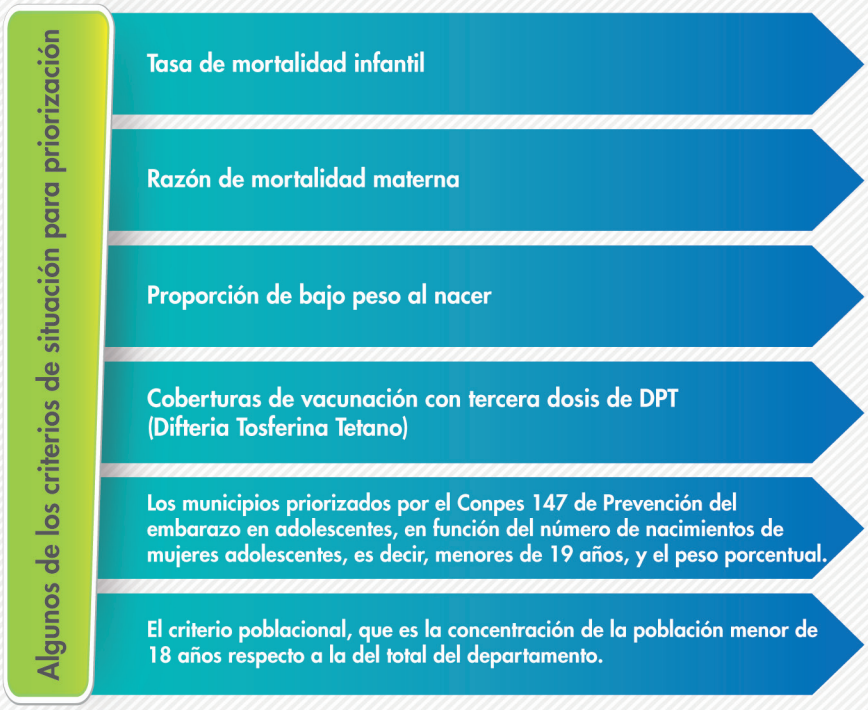
El proceso de ACAT busca acompañar la coordinación con otros sectores en escenarios intersectoriales del territorio, como los consejos de política social, mesas de infancia y adolescencia, entre otros, para visibilizar y generar acuerdos que permitan dar respuesta a las prioridades identificadas en relación con la salud, la alimentación y la nutrición de familias gestantes, niños, niñas y adolescentes.

2.3 Territorios priorizados

2.3.1 Metodología y criterios de priorización

Para el desarrollo de la primera fase, el proceso de ACAT abordará la totalidad de los departamentos del país, ciudades capitales, todos los municipios de los departamentos de Bolívar y La Guajira, teniendo en cuenta que en estos se desarrollará el piloto para el diseño de la estrategia de suplementación con micronutrientes a nivel nacional. Se priorizaron 272 municipios, teniendo en cuenta criterios poblacionales y de situación de salud materna e infantil.

Cuadro No. 1. Criterios utilizados para la priorización de municipios



Para cada uno de estos criterios se asignó un puntaje a cada municipio y fueron priorizados los municipios con un puntaje de 11 a 15, dado por la sumatoria del puntaje de todos los criterios.

En cuanto a los **indicadores de situación** se asignó un puntaje de dos (2) a los municipios, cuando el indicador estuvo por encima del promedio nacional, y de uno (1), cuando estuvo por debajo. En el caso de la cobertura de vacunación con DPT, se asignó un puntaje de 2 cuando estuvieron por debajo de las coberturas útiles, y de 1 cuando estuvo por encima.

Asignación de puntajes Peso porcentual de la población menor de un año respecto a la del Departamento	
Peso porcentual	**Puntaje**
De 0% a 10%	1
De 11% a 20%	2
De 21% a 30%	3
De 31% a 40%	4
> 40%	5

En el Cuadro No. 1 se especifican las fuentes, períodos, puntos de corte del promedio nacional y cantidad de municipios que resultaron por encima de este corte para cada uno de los indicadores.

Indicador	Fuente	Período	Promedio nacional	Municipios por encima del promedio
Tasa de mortalidad infantil ajustada	DANE	2009 - 2010	18,7 x 1000 18,4 x 1000	673 667
Razón de mortalidad materna	DANE	2010		78
Bajo peso al nacer	DANE	2010	9,04%	331
Partos de mujeres menores de 19 años	DANE	2010	No aplica	192
Cobertura de vacunación 3 dosis DPT	PAI	2012	Estandar:95%	686
Peso porcentual población menor de 18 años	DANE	2010	0-10% 11-20% 21-30% 31-40% Mayor de 40	1062 30 10 8 13

Para priorizar los grupos étnicos y las organizaciones que se acompañarán de forma directa en el proceso ACAT, como experiencias demostrativas que aporten elementos para un trabajo futuro con más pueblos étnicos en el país, se tomaron en cuenta dos criterios. Es importante mencionar que, contrario al anterior proceso, los grupos étnicos no se priorizan bajo un referente territorial sino poblacional.

1. Indicadores municipales de situación de salud, cruzando el municipio con porcentaje de población habitante autoreconocida a un grupo étnico, según el censo DANE 2005. Esto dado que no se cuenta con indicadores de calidad y específicos para cada pueblo o comunidad étnica (se priorizan aquellos con más de 60% de población étnica).

2. Compromisos institucionales e interinstitucionales o procesos y avances sectoriales en el tema (en conjunto con la mesa de enfoque diferencial de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia - CIPI).[b] Los referentes fueron: grupos étnicos, incluidos en los autoproclamados de la Corte Constitucional, grupos étnicos que actualmente desarrollan con el MSPS un modelo propio de salud, grupos étnicos priorizados por ICBF, para desarrollo de proceso de educación inicial con enfoque diferencial, y por la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema (ANSPE), para acompañamiento comunitario y familiar con enfoque diferencial.

2.3.2 Territorios priorizados

De acuerdo con la capacidad para realizar el proceso de ACAT se priorizaron para esta primera fase 272 municipios (Cuadro No. 2) y 12 organizaciones de grupos étnicos (Cuadro No. 3). Como se verá más adelante, el desarrollo del proceso de ACAT en municipios supone el establecimiento de acuerdos con tomadores de decisión, por lo cual, podrían variar.

De estos municipios, la mayoría (65%) corresponden a municipios de categoría 6 (178) y solamente 44 al resto de categorías (6 en categoría 5; 9 en categoría 4; 8 en categoría 2; 6 en categoría 1 y 5 en categoría especial).

b. Si bien algunos grupos étnicos no corresponden con las fronteras administrativas, la entrada por la situación del municipio permite transitar de nuevo a una priorización poblacional.

Cuadro No. 2. Municipios priorizados, proceso de ACAT para la Atención Integral en Salud a la infancia y adolescencia

Departamento	Número	Municipios priorizados
Amazonas	03	Leticia, Puerto Nariño, Tarapaca.
Arauca	03	Arauca, Arauquita, Tame.
Atlántico	08	Barranquilla, Galapa, Juan de Acosta, Malambo, Piojo, Ponedera, Sabanalarga, Soledad.
Antioquia	25	Medellín, Anori, Santafé de Antioquia, Arboletes, Belmira, Cáceres, Carepa, Caucasia, Concordia, Dabeiba, El Bagre, Frontino, Ituango, Murindo, Mutatá, Necoclí, Nechí, Remedios, Santo Domingo, Segovia, Sonsón, Tarazá, Turbo, Vigía del Fuerte y Zaragoza.
Bolívar	46	Todos.
Boyacá	15	Tunja, Aquitania, Boyacá, Chiscas, Chivatá, Cómbita, Cuítiva, El Cocuy, Mongua, Motavita, Sativanorte, Siachoque, Sora, Sutatenza.
Caldas	01	Manizales.
Caquetá	07	Florencia, Cartagena del Chaira, El Doncello, El Paujil, Morelia, Puerto Rico, San Vicente del Caguán.
Cauca	13	Popayán, Almaguer, Argelia, Bolívar, Caloto, El Tambo, Guapi, Jambaló, López, Santa Rosa, Silvia, Timbiquí, Toribio.
Cesar	02	Valledupar, Bosconia.
Córdoba	07	Monteria, Chinú, Lorica, Planeta Rica, Puerto Libertador, Sahagun, San Andrés de Sotavento.
Cundinamarca	17	Caparrapí, Gama, Guayabetal, Gutiérrez, Junín, La Peña, Mosquera, Pandi, San Francisco, Sesquilé, Sibaté, Simijaca, Soacha, Zipacón.
Chocó	11	Quibdó, Alto Baudó, Bagadó, El Carmen de Atrato, El Litoral de San Juan, Lloró, Medio Atrato, Medio Baudó, Rio Iro, Riosucio, Tadó.
Huila	05	Neiva, Acevedo, Algeciras, Isnos, San Agustín.
La Guajira	15	Todos.
Magdalena	02	Santa Marta, Plato.
Meta	05	Villavicencio, Granada, Mapiripán, Puerto Gaitán, Puerto Rico.
Nariño	24	Albán, Barbacoas, Belén, Buesaco, Colín, EL Charco, El Rosario, Funes, Imués, La Cruz, La Tola, Magui, Mallama, Mosquera, Nariño, Ospina, Puíales, Roberto Payán, Santa Barbara, Santa Cruz, Tangua, San Andrés de Tumaco, Yacuanquer.
Norte de Santander	07	Cúcuta, Cácota, El Tarra, San Calixto, Teorama, Tibú, Villa Caro.
Quindío	01	Armenia.
Risaralda	01	Pereira.
Santander	18	Aguada, California, Carcasi, Cerrito, Chima, Cimitarra, Concepción, El Peñón, Jordán, Macaravita, Oiba, Onzaga, Palmas del Socorro, San Benito, San Miguel, Santa Bárbara, Vetas.
Sucre	08	Sincelejo, El Roble, Los Palmitos, Najagual, Sampués, San Benito Abad, San marcos, San Onofre
Tolima	04	Ibagué, Murillo, Rovira, Valle del San Juan.
Valle del Cauca	02	Cali, Buenaventura.
Casanare	02	Yopal, Hato Corozal.
Putumayo	04	Mocoa, Orito, Santiago, Valle del Guamuez.
San Andrés y Providencia	02	San Andrés y Providencia.
Guainía	01	Inírida.

Departamento	Número	Municipios priorizados
Guaviare	04	San José del Guaviare, Calamar, El Retorno, Miraflores.
Vaupés	03	Mitú, Taraira y Carurú.
Vichada	04	Puerto Carreño, La Primavera, Santa Rosalía, Cumaribo.

Cuadro No. 3. Grupos étnicos priorizados para el proceso de ACAT para la Atención Integral en Salud a la infancia y adolescencia

Departamento	Municipio	Grupo y/o organización étnica.
Cesar	Valledupar Pueblo Bello	Resguardo indígena Arhuaco de la Sierra Nevada de Santa Marta.
Nariño	Ricaurte Barbacoas Ipiales	Asociación Shakiñan del pueblo Pasto del Nudo de los Pastos. Pueblo Awá, organización UNIPA y CAMAWARI.
Cauca	Silvia	Pueblo Misak, cabildo mayor de Guambia. Pueblo Nasa, organización tradicional Totowampa.
Vaupés	Mitú	Azatrisi. Organización de varios pueblos.
Tolima	Natagaima	Pueblo Pijao.
Guajira	Todos los municipios	Pueblo Wayuu.
Chocó	Nuqui Alto San Juan	Asocasan y asociación de consejos comunitarios de Nuqui.
Bolívar	Salado	Consejo comunitario del Salado.
San Andrés	Providencia	Pueblo raizal.
Bolívar	Mahahetes	Consejo comunitario de San Basilio de Palenque.
Norte de Santander	Cúcuta	Cumpalia Rom.

2.4 Fases, etapas y acciones de la Cooperación y Acompañamiento Territorial

2.4.1 Fases

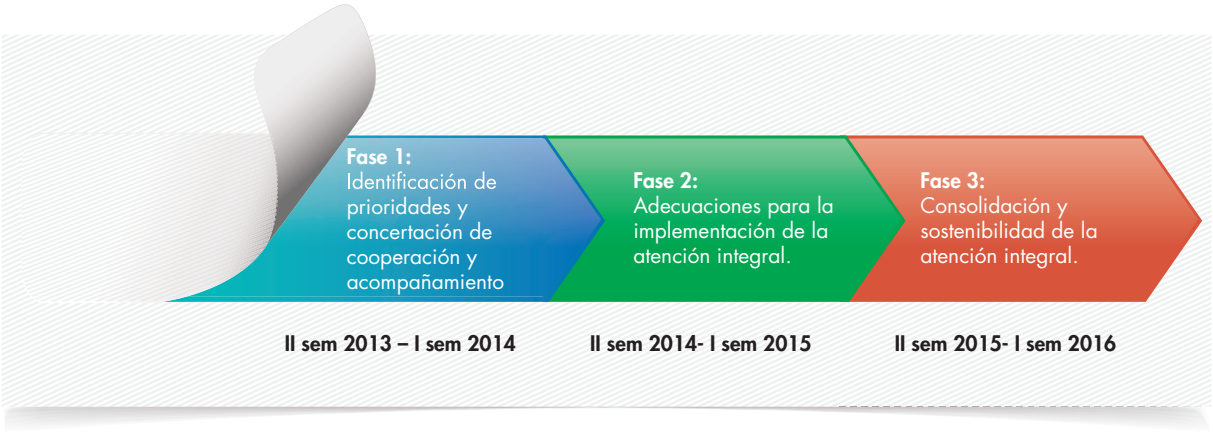
Está contemplado que el proceso de cooperación y acompañamiento territorial para la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia se desarrolle en tres fases, durante tres años a partir del segundo semestre de 2013:

- La primera fase se centra en la identificación de la situación de derechos de niños, niñas -desde la preconcepción- y adolescentes, con énfasis en los derechos a la salud, alimentación y nutrición, y las prioridades para la Atención Integral en Salud, a partir del reconocimiento de los territorios, así como de la concertación e implementación de un plan de asistencia técnica, cooperación y acompañamiento.

- La segunda fase se centrará en el acompañamiento a la realización de las adecuaciones en la gestión de la atención y de la calidad y humanización de los servicios y el fortalecimiento de la participación y movilización social.

- La tercera fase se centrará en asegurar la consolidación de los procesos de atención integral que hayan permitido mejorar los resultados en salud en niños, niñas y adolescentes y de la sostenibilidad de los logros alcanzados en el marco de los nuevos gobiernos locales.

Figura No. 2. Fases del proceso de cooperación y acompañamiento territorial para la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia



2.4.2 Etapas y acciones

Para el desarrollo del **proceso de ACAT en la primera fase** se han contemplado tres etapas con sus acciones respectivas, las cuales no implican necesariamente un desarrollo lineal o secuencial, teniendo en cuenta que la cooperación y acompañamiento es un proceso que debe partir del reconocimiento y concertación con cada territorio, de acuerdo con sus necesidades y dinámicas. Las tres etapas propuestas son (Figura No. 3):

Para recordar

Para el desarrollo del proceso ACAT, la primera fase se basa en la identificación de prioridades en el derecho a la salud , alimentación y nutrición de gestantes, niños, niñas y adolescentes y a partir de estas la identificación de necesidades de asistencia técnica.

1. **Alistamiento:** implica la inducción del equipo de acompañamiento territorial y las acciones para preparar la llegada al territorio, la contextualización de los equipos sobre el territorio y los acuerdos con tomadores de decisión y equipos técnicos de DTS y EAPB, para el desarrollo del proceso.

2. **Acompañamiento territorial:**comprende las acciones para reconocer las prioridades del territorio en la situación del derecho a la salud de familias gestantes, niños, niñas y adolescentes, así como los avances y dificultades que tienen los actores para implementar los procesos propuestos en el lineamiento para la atención integral en salud a este grupo de edad. A partir de éstos, apoyar la definición de acciones a corto, mediano y largo plazo, como insumo para la formulación del componente de infancia y adolescencia de los planes institucionales de salud y de los planes de salud territorial, así como concertar las acciones y mecanismos de cooperación y acompañamiento para ser desarrollados por los equipos de asistencia técnica territoriales, incluyendo los equipos de ACAT del MSPS.

Incluye también el fortalecimiento de capacidades de las personas, las organizaciones y los entornos. Está orientado a aportar a los territorios y comunidades herramientas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación, las cuales favorezcan la autonomía y toma de decisiones en pro de los mejores resultados en salud posibles.

3. **Seguimiento y evaluación:** de la gestión de la atención integral y de los resultados en salud de familias gestantes, niños, niñas y adolescentes, lo que incluye la evaluación del proceso de cooperación y acompañamiento territorial, así como de los cambios logrados en la gestión, en la Atención Integral en Salud y en los resultados trazadores en salud.

Figura No. 3. Etapas y procesos para la cooperación y acompañamiento territorial en Atención Integral en Salud a primera infancia, infancia y adolescencia

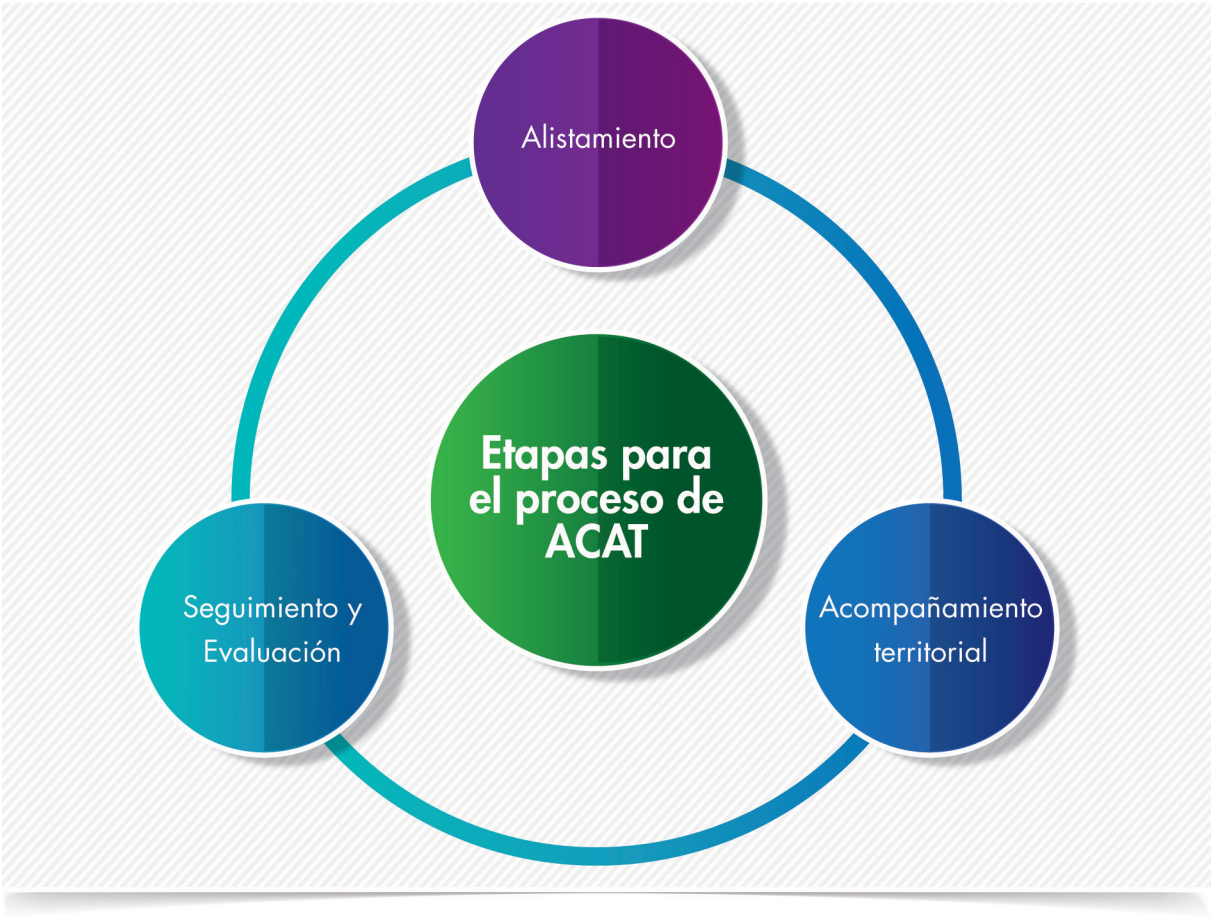
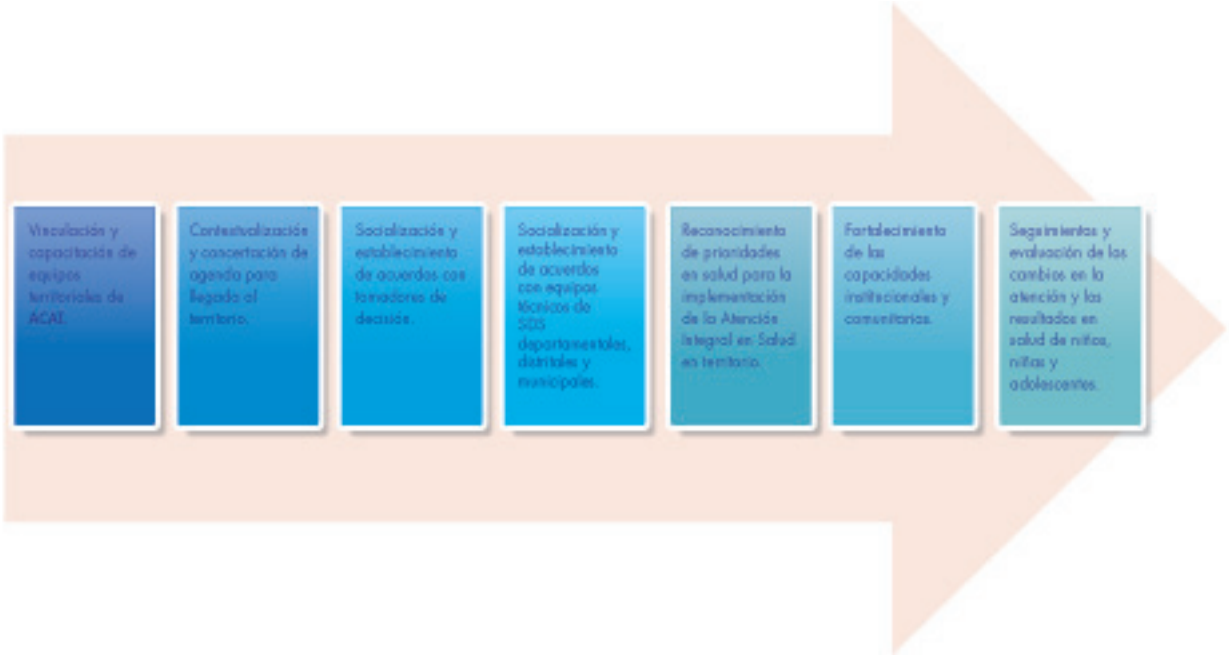


Figura No. 4. Acciones a desarrollar en las etapas del proceso de ACAT, para la Atención Integral en Salud en primera infancia, infancia y adolescencia



2.4.2.1 Alistamiento

2.4.2.1.1 Vinculación e inducción de equipos territoriales de ACAT

Para la vinculación de los equipos se buscará que residan en el territorio asignado o muy cerca de éste. Respecto a la inducción, ésta se realizará primero con los coordinadores regionales, quienes tendrán a cargo su replicación con los gestores departamentales y municipales. De acuerdo con la simultaneidad de su vinculación, la inducción se realizará de forma conjunta o separada.

Esta inducción debe abordar el marco de política, la estructura y procesos estratégicos del MSPS, las competencias de los actores del SGSSS respecto a la atención integral en salud, el análisis de situación de derechos, la calidad y humanización de la atención en salud, para la implementación de la RIA a primera infancia, el trabajo con la familia y comunidad, y el proceso de cooperación y acompañamiento territorial.

2.4.2.1.2 Contextualización sobre el territorio

El establecimiento de acuerdos con tomadores de decisión y la llegada al territorio requiere que los equipos de ACAT se hayan contextualizado sobre el territorio que tienen a su cargo, a fin de poder hacer un proceso de acercamiento y acompañamiento pertinente.

Esta contextualización es el primer paso para la implementación del enfoque diferencial al proceso de Atención Integral en Salud a niños, niñas y adolescentes.

Para la contextualización, el equipo de ACAT puede consultar y analizar algunas fuentes de información documentales, disponibles a nivel nacional o que se obtengan en un primer contacto con los equipos de infancia territoriales, como los planes departamentales y municipales de desarrollo, los planes de vida de los pueblos indígenas, los mandatos y otros instrumentos propios de gobierno, las rendiciones de cuentas de infancia y adolescencia de 2011, la información disponible en SISPRO, las estadísticas vitales de DANE, las encuestas ENDS, ENSIN, los informes de asistencia técnica de AIEPI y PAI 2012.

Para ampliar la información de contextualización, consulte en la caja de herramientas: "Anexo Técnico de Análisis de situación de los derechos de niños, niñas y adolescentes".

Teniendo en cuenta que los gestores departamentales y municipales deberán apoyar el establecimiento de acuerdos para el proceso de ACAT en los municipios correspondientes a su departamento, la contextualización debe hacerse sobre el departamento y los municipios y como resultado de ésta, se espera que sea consultada y analizada la ficha técnica de contextualización de la situación de derechos de niños, niñas y adolescentes en su territorio, la cual estará disponible en la Caja de Herramientas a fin de que sirva para la sensibilización y establecimiento de acuerdos con los tomadores de decisión.

2.4.2.1.3 Socialización y establecimiento de acuerdos de voluntades con tomadores de decisión de las entidades territoriales

El desarrollo del proceso de ACAT requiere realizar su socialización y el establecimiento de acuerdos de voluntades con tomadores de decisión, como gobernadores, alcaldes, secretarios de salud, autoridades indígenas y gerentes de EPS e IPS. El objetivo es generar un compromiso de alto nivel respecto a algunos acuerdos mínimos requeridos para el desarrollo del mismo, y garantizar que haya voluntad política para que la infancia y adolescencia se conviertan en una prioridad política, técnica y financiera y, por ende, se puedan gestionar las prioridades que se identifiquen a lo largo del proceso de ACAT con el fin de lograr la Atención Integral en Salud para esta población.

Para alcanzar este objetivo, se ha contemplado un proceso en dos escenarios:

Escenario departamental: Se realizarán encuentros departamentales con los gobernadores, alcaldes y secretarios de salud de los territorios a fin de poderlos sensibilizar respecto de la situación de la infancia y adolescencia de su territorio y generar los acuerdos de voluntades, de forma escrita, en donde se desarrollará el proceso de ACAT. Los aspectos básicos para el desarrollo del proceso son (Formato de Acta de Acuerdo de Voluntades con DTS):

- **Designación de un coordinador de salud infantil o materno infantil,** en el caso de la DTS departamental, o de un profesional con suficiencia de tiempo en la DTS municipal con vinculación continua a lo largo del proceso, para que sean la contraparte con la que se interactue más cercanamente en el proceso de ACAT en el territorio.

- **Conformación o disposición de un escenario o comité** que incluya las diferentes áreas de la DTS de acuerdo con su competencia (salud pública, prestación de servicios, aseguramiento, promoción social), con el cual pueda interactuar permanentemente el equipo de ACAT para abordar la Atención Integral en Salud a gestantes, niños, niñas y adolescentes.

Este aspecto es fundamental, ya que en algunas DTS la atención a la infancia y adolescencia solo se aborda desde las referentes o equipos de salud infantil y adolescencia de las áreas de salud pública, sin interactuar con los equipos de otras prioridades de salud pública de carácter temático y otras áreas que se requieren para concretar la atención integral en salud; por tanto, demanda el compromiso del tomador de decisión para conformar o fortalecer estos escenarios que faciliten la interacción entre las áreas anteriormente mencionadas.

Especialmente en las DTS que no disponen de un escenario de este tipo al momento de generar el acuerdo de voluntades, seguramente se requerirá realizar un proceso mayor de sensibilización sobre las implicaciones de la Atención Integral en Salud a la infancia y adolescencia, la cual involucre a los diferentes equipos de salud pública y de las otras áreas, por parte de los equipos de infancia y adolescencia de la DTS y el equipo ACAT del MSPS, con el apoyo de las coordinaciones, que permitan ir consolidando estos espacios y, en el marco de ellos, fortalecer las capacidades de las DTS para avanzar en la atención integral.

- La realización de encuentros trimestrales con los tomadores de decisión (gobernadores, alcaldes, secretarios de salud), para hacer seguimiento al proceso de ACAT. (La periodicidad podrá ser ajustada con el tomador de decisión).

- La participación activa, en el escenario intersectorial sobre primera infancia, que permita aportar en la adecuación e implementación de la Ruta Integral de Atenciones a la primera infancia.

- Los principios de gestión para el desarrollo del proceso: reconocimiento de la dinámica territorial, el desarrollo del proceso de forma conjunta con la DTS departamental y municipal, según corresponda, y el acompañamiento permanente.

Estos criterios básicos podrán ser ajustados o adicionados a otros que se consideren importantes entre las partes. Es necesario resaltar que estos no deberán contemplar acciones específicas con el desarrollo del ACAT, las cuales quedarán definidas en los planes de trabajo de los equipos a ser concertados con las DTS.

La preparación de esta reunión estará a cargo de los gestores departamentales con el apoyo del coordinador regional, y requiere concertación previa con el gobierno departamental de los municipios priorizados para acompañamiento, de acuerdo con la dinámica del territorio.

Teniendo en cuenta que varios procesos de asistencia técnica del MSPS realizarán acompañamiento en los mismos territorios, se deberá buscar que, en lo posible, estas reuniones sean realizadas de forma conjunta entre los diferentes procesos que tienen llegada al mismo tiempo en el territorio, a fin de no duplicar esfuerzos y no desgastar a los actores territoriales.

Escenario municipal: Además de estos encuentros departamentales, podría requerirse la programación de reuniones a nivel municipal que permitan concretar estos acuerdos, las cuales estarán a cargo

del gestor municipal con el apoyo del departamental, y que podrán ser realizadas en el marco de los consejos de política social o, de forma directa, con los tomadores de decisión. En el caso de los consejos de política social, esta socialización en lo posible debe ser coordinada con los equipos de fortalecimiento territorial para la política de atención integral a la primera infancia.

¿Qué hacer si no es posible establecer acuerdos en el territorio? Algunas ideas...

En caso de que no haya sido posible el establecimiento de acuerdos, pese a la gestión realizada a nivel municipal, se podrá acudir, en primera instancia, al apoyo por parte del referente del Sistema Nacional de Bienestar Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), para que pueda facilitar el encuentro con el alcalde o gobernador.

Una segunda posibilidad será acudir a buscar apoyo en los secretarios de salud departamentales a través de los gestores departamentales o, en su defecto, a nivel nacional con el líder regional, con quien se definirán las acciones para apoyar la gestión. Sin embargo, si a pesar de no haber podido generar estos acuerdos existe buen clima de trabajo con el equipo de la DLS, el trabajo del proceso ACAT podrá iniciarse mientras se gestiona el acuerdo con el tomador de decisión.

2.4.2.1.4 Socialización y establecimiento de acuerdos técnicos y operativos con equipos técnicos de direcciones territoriales de salud

Una vez que se concreten los acuerdos de voluntades con los tomadores de decisión de entes territoriales para el desarrollo del proceso de ACAT, y teniendo en cuenta que los equipos de ACAT del MSPS tendrán un rol de cooperación y acompañamiento al territorio y no de asunción de la competencia de la entidad territorial, el gestor departamental y el equipo de ACAT municipal en el (los) territorio(s) a su cargo deben concertar acuerdos para el trabajo conjunto con el equipo de cada DTS en relación con:

a. Acuerdos operativos de trabajo, como las metodologías de trabajo, la planeación de las agendas de trabajo conjuntas, canales de comunicación, el desarrollo y seguimiento del proceso, teniendo en cuenta la dinámica y disponibilidad de los equipos de la DTS.

En el caso de DTS que cuentan con equipos de salud materno infantil o infantil y realicen acciones de asistencia técnica, será clave acordar metodologías y agendas de trabajo que potencien el proceso de acompañamiento, teniendo siempre claro que no se trata de que los equipos de ACAT del MSPS asuman este proceso solos en el municipio, sino que éste se realice de forma coordinada y orientada a la atención integral, lo cual puede implicar la necesidad de reorientar los enfoques y metodologías tradicionales de asistencia técnica de las DTS.

b. Las acciones de asistencia técnica, cooperación y acompañamiento requeridas, por parte del equipo de las DTS, y que están dirigidas a fortalecer las capacidades de los equipos para la implementación de la Atención Integral en Salud a primera infancia, infancia y adolescencia, serán realizadas por los equipos de ACAT del MSPS y/o DTS departamental.

La identificación de estas necesidades de ACAT surge, por un lado, de aquellas identificadas y

expresadas como requerimiento por la DTS, y, por otro lado de establecer, teniendo en cuenta los acumulados del territorio, cuáles de las acciones propuestas en el proceso ACAT, que están dirigidas a acompañar al territorio en el reconocimiento de la situación del derecho a la salud, alimentación y nutrición de niños, niñas y adolescentes para la identificación de prioridades y definición de cursos de acción, son pertinentes.

Las acciones que se hayan acordado o se vayan a acordar en el marco de esta primera etapa de trabajo deben conducir al ajuste de los planes de trabajo que inicialmente definieron los gestores territoriales (departamentales y municipales), a partir del plan operativo propuesto para el nivel nacional. Este plan de trabajo se convierte en la ruta inicial concertada para el desarrollo del proceso ACAT. Sin embargo, a medida que se vaya desarrollando el proceso, podrá irse ajustando de acuerdo con las nuevas necesidades identificadas.

Reflexione y recuerde...

El proceso ACAT comprende que el nivel nacional acompaña al nivel territorial, no lo reemplaza.

Recuerde que el objetivo de ACAT es fortalecer las capacidades de las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios) priorizadas, para la gestión de la Atención Integral en Salud de las niñas, niños y adolescentes.

Cuando las necesidades de ACAT identificadas corresponden a acciones en las que se requiere de la DTS departamental o del MSPS en el nivel nacional, éstas deberán ser comunicadas al gestor departamental o al líder regional para su gestión en ese nivel.

A continuación, algunos ejemplos que permiten clarificar la responsabilidad respecto a algunas necesidades de ACAT:

Cuadro No. 4

Necesidad de ACAT	Responsable (s)
Ajuste del plan operativo anual en lo relacionado con la prioridad de infancia.	Equipo municipal ACAT, en conjunto con el equipo de salud infantil de la DTS departamental.
Apoyo a la capacitación en las prácticas claves de AIEPI a equipos del PIC.	Equipo municipal ACAT.
Apoyo a la inspección, vigilancia y control de las condiciones de habilitación de las IPS (en caso de un municipio categoría 3 a 5).	Gestión a través del gestor departamental con el área de prestación de servicios de la DTS departamental.

c. Priorización de IPS a acompañar en el territorio en el caso de entidades territoriales que cuenten con más de una, bien sea de naturaleza pública o privada, la cual deberá hacerse teniendo en cuenta aquellas con mayor cantidad de población infantil atendida y en las que igualmente se hayan identificado asuntos críticos en la prestación del servicio y que **no superen dos a tres IPS**.

Se sugiere que esta coordinación sea realizada en el escenario interáreas o comité de salud materno infantil de la DTS que permita establecer acuerdos con las diferentes áreas y, por tanto, requerirá que previamente se haya reconocido, con el apoyo del enlace para el proceso de ACAT, la dinámica general de la DTS, que permita identificar las áreas con las cuales es importante coordinar.

2.4.2.1.5 Socialización y establecimiento de acuerdos de voluntades con actores del SGSSS

De igual forma, una vez que se hayan identificado y/o priorizado las IPS y los actores con quienes se desarrollará el proceso de ACAT, se propone realizar una reunión conjunta con la DTS que cuente con la participación del Secretario de Salud, en la que se convoque a estos actores para socializar el proceso y establecer acuerdos de voluntades que fijen los compromisos para el desarrollo del mismo. De forma similar a los acuerdos mínimos establecidos con la DTS, en el caso de las IPS, para el desarrollo de éste se requiere que de forma escrita se establezca el compromiso en los siguientes aspectos (Formato de Acta de Acuerdo de Voluntades con IPS):

PARE

Recuerde...

Registrar los acuerdos en el Formato de Acta de Acuerdo de Voluntades con IPS que se encuentra en la caja de herramientas.

a. Designación de un profesional con tiempo suficiente y vinculación continua en la IPS para que sea el enlace con la institución.

b. Conformar o disponer de un comité para abordar la Atención Integral en Salud a gestantes, niños, niñas y adolescentes.

c. Asistir a los comités y escenarios programados con Gobernaciones, Alcaldías, Secretarías de salud y el MSPS, para gestionar y hacer seguimiento al proceso de Atención Integral en Salud a gestantes, niños, niñas y adolescentes.

d. Gestionar el mejoramiento de la calidad y humanización de la atención a gestantes, niñas, niños y adolescentes, implementando estrategias concretas que contribuyan, desde la IPS, al ejercicio pleno del derecho a la salud.

A los compromisos anteriores, de ser definido como importante por las partes, se les podrá adicionar nuevos puntos. Es necesario resaltar que estos no deberán contemplar acciones específicas con el desarrollo del ACAT, los cuales quedarán definidos en los planes, de trabajo de los equipos a ser concertados con las IPS.

En el caso de las EPS, los acuerdos generados con gerencias a nivel nacional serán socializados a las DTS departamentales y municipales, asi como los avances y requerimientos del nivel territorial, de acuerdo con lo que se vaya trabajando.

2.4.2.1.6 Proceso de concertación social y comunitaria

De forma equivalente al establecimiento de acuerdos con tomadores de decisión y con los actores sociales y comunitarios, se requiere realizar un proceso de concertación para el desarrollo del proceso de acompañamiento que exige, en primer lugar, reconocer en conjunto con las DTS quiénes son esos actores en el territorio, para lo cual se contempla en esta etapa:

A. Acompañamiento para el levantamiento de mapa de actores sociales y comunitarios de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia.

Este mapa de actores incluye la identificación de actores del SGSSS, sociales y comunitarios, sus intereses, dinámica relacional, oportunidades y necesidades de fortalecimiento, que permitan identificar cuáles podrían ser aquellos que deberían ser involucrados en la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia.

Consulte la Guía de primera etapa ACAT, que está disponible en la Caja de Herramientas, y en la que encontrará una guía más detallada para el desarrollo de las actividades propuestas en la etapa de alistamiento.

Lectura recomendada

Actores a identificar en el mapa de actores del territorio
✓ Las instituciones del sector salud: EAPB, IPS e IPSI.
✓ Las instituciones gubernamentales de otros sectores con competencias o que prestan atención a la infancia y adolescencia.
✓ Las autoridades y organizaciones étnicas
✓ Los grupos, organizaciones y redes sociales y comunitarias que trabajan temáticas relacionadas con la atención integral de la infancia y adolescencia o con potencial para el trabajo sobre las mismas, tales como ONG, asociaciones y/o juntas de acción comunal, asociaciones de madres comunitarias, de madres líderes de familias en acción, gestores de la Red Unidos, asociaciones de padres y madres de familia de centros educativos, comités de salud barriales, veredales o de iglesias o congregaciones, grupos FAMI, de mujeres, adolescentes, personas con discapacidad, desplzados por la violencia, organizaciones juveniles, organizaciones deportivas y culturales, iglesias, universidades, medios de comunicación, entre otros
✓ Actores clave como niños, niñas y adolescentes del territorio, comunitarios, líderes y lideresas comunitarios cuya labor esté relacionada con infancia y adolescencia, parteras, médicos tradicionales, gestores comunitarios o promotores de salud, actores privados con iniciativas a favor de niños, niñas y adolescentes, entre otros.

Lo anterior incluye la identificación del espacio local intersectorial de infancia y adolescencia, su conformación y dinámica de acción en el territorio, así como el nivel de participación de niñas y niños y su injerencia en la toma de decisiones.

B. Fortalecimiento y/o conformación de espacios con actores sociales y comunitarios para el desarrollo del proceso de ACAT

En esta etapa es importante reconocer y establecer contacto inicial con los actores sociales y comunitarios clave del territorio, aquellos que ya participan en escenarios territoriales y aquellos que deben participar, teniendo en cuenta la importancia de hacer visibles las voces de niños, niñas y adolescentes, y la potencialidad de cada actor para aportar al proceso.

Consulte la Guía Metodológica para el momento del reconocimiento y priorización con familias y comunidad de la Caja de Herramientas. Encontrará más información para el desarrollo de las actividades propuestas.

Lectura recomendada

C. Concertación y construcción colectiva con autoridades propias y tradicionales de grupos étnicos

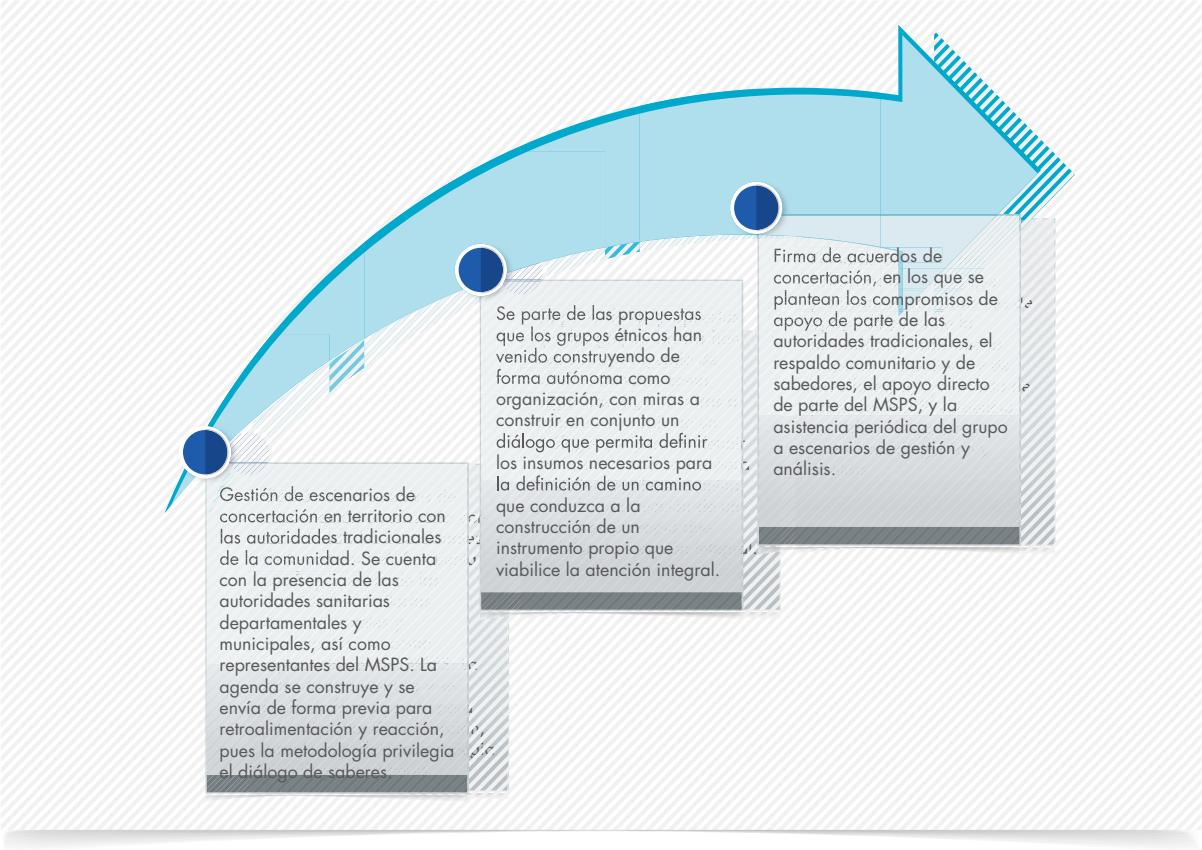
Como se mencionó anteriormente, el trabajo con pueblos étnicos priorizados en el marco de este proceso de ACAT tiene un caracter demostrativo, por lo que no se pretende que se desarrolle con todos los pueblos étnicos. Sin embargo, en el caso de territorios en los cuales la mayor parte de la población tiene una pertenencia étnica, el trabajo con actores sociales y comunitarios puede requerir que este se desarrolle con un enfoque de diálogo intercultural, partiendo de un proceso de concertación con las autoridades propias y tradicionales antes de poder dar inicio al proceso, pero teniendo claro que no tiene el mismo alcance que se plantea con los pueblos étnicos priorizados.

Reconociendo la autonomía de los grupos étnicos y la necesidad de construir, de forma dialógica, el proceso de concertación, este abre un camino particular en el que se ponen en juego los principios de la propuesta de atención integral y los alcances a corto, mediano y largo plazo de la misma.

Lectura recomendada

Para conocer más sobre la ruta con grupos étnicos, consulte en la caja de herramientas el documento "Anexo Técnico de Orientaciones y recomendaciones para la construcción local de procesos interculturales de Atención Integral en Salud a niñas y niños de grupos étnicos, en el marco de la Estrategia de Cero a Siempre"

En términos generales, la ruta es la siguiente:



2.4.2.1.7 Coordinación con los equipos nacionales para la asistencia y acompañamiento técnico en lo intersectorial

Teniendo en cuenta que desde la dirección del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNFB), en cabeza del ICBF, se ha venido acompañando a las entidades territoriales en la formulación de políticas de infancia y adolescencia, y que la Comisión Intersectorial de Primera infancia (CIPI) y las diferentes instituciones que hacen parte de esta han estado desarrollando procesos de asistencia técnica y acompañamiento a las entidades territoriales que buscan fortalecer sus capacidades, desarrollar sus competencias y generar un proceso de construcción intersectorial con el fin de implementar la estrategia de atención integral a la primera infancia, una acción fundamental durante el alistamiento es la coordinación de los equipos que, desde el nivel nacional, tienen a su cargo este proceso.

Para tal fin, el equipo de ACAT del MSPS, además de reconocer en conjunto con la DTS cuál ha sido la dinámica y participación de salud en los escenarios intersectoriales dispuestos en el territorio para el trabajo en infancia y adolescencia (Consejos de Política Social, Mesas de infancia, adolescencia y familia etc.), deberá integrarse a los espacios de coordinación del equipo de acompañamiento del nivel nacional para que, a partir de la valoración conjunta de la dinámica de cada sector y del proceso intersectorial, se puedan acordar acciones y mecanismos de acompañamiento que permitan avanzar en la atención integral a la primera infancia, especialmente mediante la construcción de la forma intersectorial de la RIA y el plan para implementarla.

El contacto inicial podrá hacerlo con el referente del SNFB del ICBF –en donde este profesional exista– o con el asesor de fortalecimiento del Convenio de la Alianza Intersectorial, operado por Aldeas Infantiles, en el caso de municipios en donde haya coincidencia **(Directorios de Equipos de Asistencia e Inventario de Procesos de Asistencia Técnica, disponibles en la Caja de Herramientas).**

Lectura recomendada

A continuación se sintetiza por quiénes está conformado el equipo de acompañamiento de nivel nacional y el rol de cada uno de éstos.

Cuadro No. 5

Institución	Funcionario	Nivel Territorial	Rol en la asistencia técnica y acompañamiento para la atención integral a infancia y adolescencia
ICBF	Referente del SNFB	Regionales	Asistencia técnica para la formulación de política de infancia y adolescencia, incluyendo los planes territoriales de protección integral.
	Referente de Infancia	Regionales y Centros zonales	Asistencia técnica para la gestión y atención de programas y servicios dirigidos a la infancia por parte del ICBF.
Alianza Intersectorial	Asesor de fortalecimiento territorial	Departamento y 10 municipios a cargo	Acompañamiento a la formulación de la Ruta Integral de Atenciones a la primera infancia y planes de atención integral.
Ministerio de Educación	Referente de primera infancia	Secretarías de educación certificadas	Fortalecimiento del sector educativo en educacióninicial (cualificación de talento humano, calidad, etc.).
Ministerio de Cultura	Enlace regional de fomento cultural	Enlace regional de fomento cultural	Asistencia técnica en programas promovidos por el Ministerio.
ANSPE	Asesor regional de oferta	Regional	Articulación de la Ruta Integral de Atención a Primera Infancia en sus departamentos, de acuerdo con las necesidades y el contexto. Participar en la elaboración de política de infancia.
	Coordinadores locales de oferta	Departamento y municipio	Levantar el mapa de oferta y rutas de atención a nivel local para las familias de Red Juntos.

A continuación se ofrece un cuadro síntesis de las acciones y las herramientas o instrumentos de esta etapa para facilitar el desarrollo de dichas acciónes:

Cuadro No. 6

Acciones	Herramienta o instrumento
Vinculación e inducción de equipos territoriales de ACAT.	Ficha técnica del proceso de inducción.
Contextualización sobre el territorio.	Ficha de contextualización sobre la situación de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Orientaciones para la preparación de síntesis analítica de situación del derecho a la salud, alimentación y nutrición de niños, niñas y adolescentes en Guía de primera etapa.
Socialización y establecimiento de acuerdos de voluntades con tomadores de decisión de las entidades territoriales.	Formato de Acuerdo de voluntades con DTS.
Socialización y establecimiento de acuerdos técnicos y operativos con equipos técnicos de direcciones territoriales de salud.	Plan de trabajo para el desarrollo del proceso de ACAT.
Socialización y establecimiento de acuerdos de voluntades con actores del SGSSS.	Formato de Acuerdo de voluntades con IPS.
Proceso de concertación y construcción colectiva con autoridades propias y tradicionales de grupos étnicos.	Guía para la concertación con pueblos étnicos.
Acompañamiento para el levantamiento de mapa de actores sociales de la atención integral en salud a la primera infancia, infancia y adolescencia.	Orientaciones para la elaboración de mapa de actores en Guía de primera etapa.
Fortalecimiento y/o conformación de espacios con actores sociales y comunitarios para el desarrollo del proceso de ACAT.	Guía orientadora de familia y comunidad.
Coordinación con los equipos nacionales para la asistencia y acompañamiento técnico en el área intersectorial.	Formato plan de acompañamiento intersectorial coordinado en territorio.

Bitácora

Complete los espacios en blanco:

En el proceso de alistamiento es clave la _____ del equipo de acompañamiento territorial, la _____ sobre el territorio y los _____ _____ con tomadores de decisión y equipos técnicos.

Bitácora

2.4.2.2 Acompañamiento a la gestión territorial para la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia

2.4.2.2.1 Reconocimiento de la situación y prioridades y definición de acciones para la Atención Integral en Salud de infancia y adolescencia en el territorio

Se busca acompañar al territorio a reconocer la situación de los derechos, con énfasis en los de la salud, alimentación y nutrición de los niños, niñas y adolescentes y sus determinantes, con el fin de identificar las prioridades y definir acciones a desarrollar, en relación con la situación, garantía, restitución y exigibilidad.

Para dicho reconocimiento, se proponen a continuación **cuatro estrategias metodológicas complementarias** que, a partir de la valoración crítica conjunta con los diferentes actores a acompañar, permitan:

1. Identificar las prioridades de Atención Integral en Salud de niños, niñas y adolescentes y respecto de éstas, los avances, puntos críticos y capacidades por desarrollar en los actores.

2. Generar insumos para la planeación territorial, en cuanto a la Atención Integral en Salud de infancia y adolescencia, que se materializarán en los planes operativos institucionales de salud y los próximos planes de salud territorial, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

3. Articularse al plan territorial intersectorial de atención integral a la primera infancia.

4. Llegar a acuerdos sobre las acciones de asistencia técnica, cooperación y acompañamiento que se requieren por parte de la DTS municipal o departamental, y de los equipos de ACAT del MSPS y del MSPS en su conjunto.

Es necesario resaltar que las estrategias metodológicas son complementarias, en tanto pueden aportar puntos de vista e insumos a los encuentros entre actores en los momentos de reconocimiento e identificación de prioridades, así como en los de planeación.

Tenga en cuenta que...

Las estrategias metodológicas propuestas son una guía para el desarrollo del proceso, las cuales podrán ajustarse en función de los acuerdos de trabajo del territorio a partir de su dinámica y avances de los actores a acompañar en el mismo.

Lo anterior también implica valorar si en los territorios en los que se viene desarrollando el proceso de fortalecimiento territorial por parte de la CIPI, el desarrollo de encuentros participativos con los actores puede hacerse en el marco del escenario intersectorial, lo que permitirá vincular ampliamente a los actores del sector salud.

A. Desarrollo de encuentros participativos con los actores

Con esta estrategia se busca propiciar la reflexión crítica y construcción, con los participantes de los escenarios o comités interáreas de los diferentes actores del sector salud (DTS, IPS, EPS), y de otros sectores que se consideren relevantes, y con actores sociales y comunitarios claves sobre los siguientes aspectos:

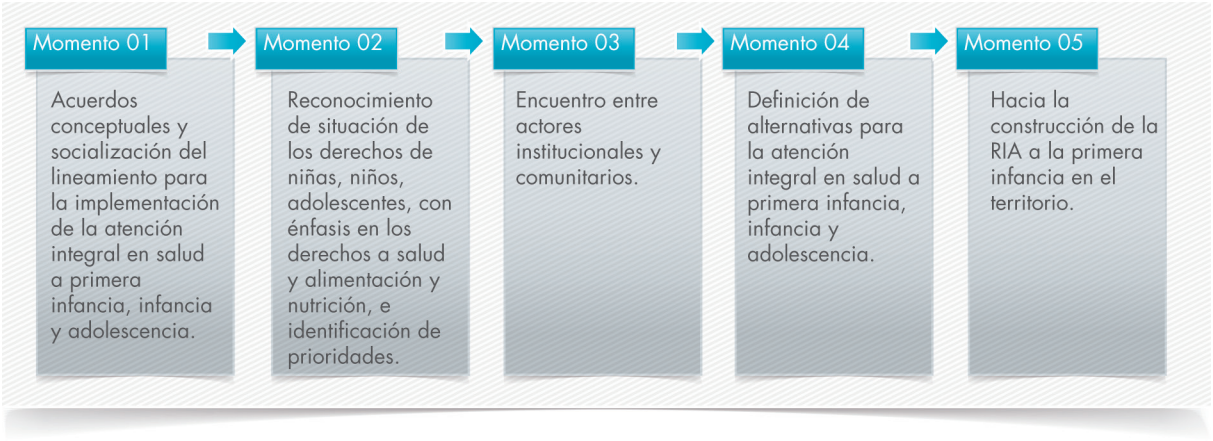
1. Elementos conceptuales frente a la atención integral de la primera infancia y el rol del sector salud en ésta.

2. La socialización de las orientaciones técnicas y operativas, en términos de las prioridades, estrategias y acciones propuestas para la implementación de la Atención Integral en Salud a primera infancia, infancia y adolescencia contenidas en el Lineamiento del MSPS.

3. La situación del derecho a la salud, alimentación y nutrición de los niños, niñas y adolescentes, y las prioridades del territorio para la garantía de estos derechos.

4. Las estrategias y acciones requeridas, en el corto y mediano plazo, para dar respuesta a dichas prioridades y concretar la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia.

Se propone que estos encuentros sean desarrollados en los siguientes momentos de trabajo[c], cuya pertinencia deberá valorarse de acuerdo con los acumulados de cada territorio, armonizarse con otros procesos de acompañamiento sobre el mismo tema que se hayan realizado o se estén realizando en el territorio y, así mismo, adaptar las metodologías propuestas a las particularidades del territorio:



• **Momento 1: Acuerdos conceptuales y socialización del lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a primera infancia, infancia y adolescencia,** con el cual se busca que todos los actores conozcan y reflexionen sobre los principales elementos del marco de política, y sobre las orientaciones técnicas y operativas del lineamiento de Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia y tengan claridad sobre el papel que debe ejercer el sector salud en la atención integral y la necesidad de trabajo coordinado con otras entidades, sectores y áreas.

Para ampliar la información sobre los momentos del desarrollo de encuentros participativos con los actores, consulte en la Caja de Herramientas los siguientes documentos:

- Guía metodológica para el desarrollo del taller de acuerdos conceptuales y socialización del lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a primera infancia, infancia y adolescencia con actores institucionales.
- Guía metodológica para desarrollar el (los) encuentro(s) participativo(s) de reconocimiento de situación de los derechos de niñas, niños, adolescentes, con énfasis en los derechos a salud, alimentación y nutrición, e identificación de prioridades.
- Guía metodológica para los encuentros participativos de concertación de prioridades y definición de alternativas.

Lectura recomendada

• **Momento 2: Reconocimiento de situación de los derechos de niñas, niños, adolescentes, con énfasis en los derechos a salud, alimentación y nutrición, e identificación de prioridades,** con el cual se busca que los actores, a partir del análisis de la situación de los derechos de las niñas, niños, y adolescentes, con énfasis en los derechos a la salud, alimentación y nutrición y sus determinantes sociales en el territorio, identifiquen prioridades en relación con la situación, garantía, restitución y exigibilidad de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

• **Momento 3: Encuentro entre actores institucionales y comunitarios, lo** que busca complementar el

c. Los momentos de trabajo no necesariamente son equivalentes a jornadas de encuentro, ya que cada momento en cada territorio podrá ser desarrollado en uno o varios momentos de acuerdo con sus avances y posibildiades de convocatoria.

reconocimiento y la identificación de prioridades respecto a la situación de los derechos a la salud, alimentación y nutrición, en el caso que, en los encuentros iniciales, la participación comunitaria no haya sido posible o limitada.

• **Momento 4: Definición de alternativas para la Atención Integral en Salud a primera infancia, infancia y adolescencia,** con el cual se busca acompañar a los actores en la definición de acciones y recursos para responder a las prioridades de situación y garantía de los derechos a la salud, alimentación y nutrición de niños, niñas y adolescentes en el territorio, teniendo en cuenta las responsabilidades y competencias de los actores en la Atención Integral en Salud de esta población.

Este momento debe permitir definir acciones, en el corto y en el mediano plazo que puedan servir de insumo para: el ajuste de la dimensión transversal de infancia y adolescencia en los planes operativos anuales 2015, en el marco de la migración de estos planes de acuerdo con las directrices del plan decenal de salud pública y la formulación de los próximos planes de salud territorial.

Adicionalmente este momento busca que, a partir de las acciones propuestas para afectar los determinantes del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes, se definan las necesidades de asistencia técnica, cooperación y acompañamiento, requeridas por los actores para el fortalecimiento o desarrollo de capacidades, con el fin de realizar una implementación efectiva de las propuestas a ser desarrolladas por parte de las DTS a nivel municipal, departamental, de los equipos ACAT del MSPS y del MSPS en su conjunto.

La definición de acciones y recursos deberá tomar en cuenta las características propias de cada territorio, así como las especificidades del proceso de desarrollo de los niños y niñas que allí habitan, las características de sus cuidadores, la capacidad de las instituciones que les atienden, la configuración de sus entornos y las ya mencionadas condiciones que les hacen sujetos de atenciones diferenciales, afirmativas y sin daño.

• **Momento 5: Hacia la construcción de la Ruta Integral de Atenciones a la primera infancia en el territorio,** con la cual se busca que, a partir del reconocimiento de la situación e identificación de prioridades sobre el derecho a la salud, alimentación y nutrición de niños y niñas en la primera infancia, realizado a través de las diferentes estrategias metodológicas, se pueda aportar a la construcción intersectorial en la definición de cuáles son las atenciones prioritarias, la adecuación requerida de los servicios disponibles o los nuevos servicios requeridos, para que la atención sea prestada con calidad y de forma integral, en los diferentes entornos en los que se desarrolla la niña o niño que se pueda concretar en los instrumentos de política de carácter sectorial e intersectorial del territorio.

B. Identificación de la capacidad institucional para la Atención Integral en Salud a niños, niñas y

adolescentes.

Se busca acompañar a los actores del SGSSS para que valoren la **arquitectura institucional** que permite gestionar o prestar la Atención Integral en Salud a primera infancia, infancia y adolescencia de acuerdo con la competencia de cada actor, teniendo en cuenta:

Por ejemplo, en la DTS se pueden valorar algunos procesos trazadores como la capacidad técnica y operativa, el direccionamiento estratégico, las relaciones intersectoriales y la participación y movilización social y comunitaria frente a la gestión de la atención integral de gestantes, niños, niñas y adolescentes.

Esta valoración puede realizarse mediante la autoevaluación con el equipo de la DTS, que puede ser contrastada con la observación de la dinámica institucional y la revisión del soporte documental

Para conocer más sobre cómo identificar capacidades institucionales en las Direcciones Territoriales de Salud, consulte en la Caja de Herramientas el "Instrumento de Valoración de la Capacidad Institucional para la Atención Integral en Salud a primera infancia, infancia y adolescencia".

Lectura recomendada

(planes operativos anuales, planes, instrumentos e informes de asistencia técnica, auditoría de calidad, etc.).

C. Aplicación de la metodología de valoración y análisis de situación de calidad y humanización a gestantes, niños, niñas y adolescentes

Se busca que los equipos de ACAT puedan acompañar a los actores del SGSSS, primordialmente a la DTS, en la valoración de la situación que viven las gestantes, niñas, niños y adolescentes, en relación con la calidad y humanización de la atención en salud, teniendo en cuenta que son un imperativo ético de la atención. Es precisamente, a través de lo vivido por las personas, que se pueden identificar los aspectos que favorecen o dificultan que la atención se dé con los diferentes atributos de la calidad y humanización que permitan identificar las acciones de mejora necesarias en el proceso de atención.

La valoración de la situación de calidad y humanización tendrá, en una primera fase, un énfasis en las atenciones de detección temprana y protección específica dirigidas a la población objeto, incluyendo dos niveles de análisis:

- **El primer nivel es el individual**, donde a partir de la selección de gestantes, niñas, niños y adolescentes, con unos criterios específicos, se reconocerá la vivencia de cada una de las personas seleccionadas, en relación con las atenciones de detección temprana y protección especifica, identificando entre otros aspectos, el accionar de cada actor en salud y ordenando el análisis a partir de los atributos de calidad y humanización.

- **El segundo nivel es comunitario**, el cual buscará reconocer los factores que, a nivel social y comunitario, inciden de manera directa e indirecta en la calidad y humanización de la Atención Integral en Salud así como las percepciones que al respecto se tienen en el contexto social del municipio o distrito.

D. Reconocimiento de situación y elaboración de un plan de gestión comunitaria con actores sociales y comunitarios claves

Amplíe el desarrollo de la estrategia de la aplicación de la metodología de valoración y análisis de situación de calidad y humanización a gestantes, niños, niñas y adolescentes, en el documento de la Caja de Herramientas "Guía Metodológica para la valoración y análisis de la calidad y humanización de la atención"

Lectura recomendada

Se busca que los equipos de ACAT acompañen la identificación de la situación de derechos de los niños, niñas y adolescentes, con énfasis en el derecho a la salud, alimentación y nutrición, desde la perspectiva comunitaria, y que acompañen la identificación de prioridades comunitarias en relación con la Atención Integral en Salud a la infancia y adolescencia del territorio, como insumos que serán aportados a la concertación con los demás actores territoriales sobre las prioridades definidas para garantizar la Atención Integral en Salud a niños, niñas y adolescentes.

Esta etapa parte de la convocatoria de los actores sociales y comunitarios clave, identificados en la etapa de alistamiento; se sugiere realizar la convocatoria de forma personalizada, comunicando de forma clara y sencilla el objetivo del proceso, evitando tecnicismos y motivando a cada actor a participar desde su saber, con el fin de fortalecer la organización social y comunitaria, en torno a la construcción conjunta de respuestas que promuevan el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, y generar su empoderamiento.

Es importante tener en cuenta que antes de realizar la convocatoria, los equipos ACAT deben llevar a cabo la separación del lugar (o lugares) de encuentro y disponer los materiales necesarios; así mismo, deben fijar fecha y hora para ser comunicada a los actores que se convocarán.

Para la etapa de reconocimiento y priorización es recomendable tener espacios diferenciados entre la población adulta y niñas, niños y adolescentes. Esto implica que los equipos ACAT deben realizar un proceso específico con niñas, niños y adolescentes de su territorio, que permita que su mirada se incluya en la planeación que surja a partir de los procesos descritos.

En esta etapa se busca partir del reconocimiento de las voces de niños, niñas, adolescentes, sus familias y comunidades, para establecer diálogos de saberes que permitan la construcción colectiva de nuevos acuerdos que posibiliten fortalecer representaciones y prácticas sociales que a su vez promuevan entornos protectores para la infancia y la adolescencia del territorio. En este sentido, se propone:

- Reconocer, desde la perspectiva comunitaria, las representaciones y prácticas sociales sobre la primera infancia, infancia y adolescencia con énfasis en salud, nutrición y alimentación.

- Reconocer, desde la perspectiva comunitaria, la situación de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, con énfasis en los derechos a la salud, alimentación y nutrición.

- Identificar las prioridades comunitarias que orienten la planeación territorial, dirigida a la Atención Integral en Salud de niñas, niños y adolescentes.

- Promover la incidencia de las familias y las comunidades en las orientaciones de políticas públicas territoriales.

En coherencia con lo anterior, se propone partir de pedagogías dialogantes, participativas, críticas y constructivistas de educación para la salud, que sean coherentes con los enfoques de educación en derechos humanos. Por lo tanto, se sugiere implementar, en todas las etapas del proceso, metodologías que se correspondan con los modelos pedagógicos mencionados, con el objetivo de aportar a la transformación de representaciones y prácticas sociales de las familias, comunidades e instituciones con quienes se interactúa en la construcción territorial de la Atención Integral en Salud a infancia y adolescencia.

A continuación se ofrece un cuadro sinóptico de las acciones y las herramientas o instrumentos

Lectura recomendada

Una guía más detallada para el desarrollo de las actividades propuestas en la etapa de reconocimiento y priorización está disponible en la "Guía orientadora de Familia y Comunidad" de la Caja de Herramientas.

de esta etapa de acompañamiento, en lo relacionado con el reconocimiento de la situación e identificación de prioridades para facilitar en el desarrollo de éstas:

2.4.2.2.2 Fortalecimiento de las capacidades institucionales de trabajo intersectorial y comunitario

Cuadro No. 7

Acciones	Herramienta o instrumento
Desarrollo de encuentros participativos con los actores. **Momento1:** Acuerdos conceptuales y socialización del lineamiento para la implementación de la atención integral en salud a primera infancia, infancia y adolescencia. **Momento 2:** Reconocimiento de situación de los derechos de niñas, niños y adolescentes, con énfasis en los derechos a salud, alimentación y nutrición, e identificación de prioridades. **Momento 3:** Planeación para la atención integral en salud a primera infancia, infancia y adolescencia. **Momento 4:** Hacia la construcción de la Ruta Integral de Atenciones a la primera infancia en el territorio.	Guía metodológica para el desarrollo del taller de acuerdos conceptuales y socialización del lineamiento, para la implementación de la atención integral en salud a primera infancia, infancia y adolescencia con actores institucionales. Guía metodológica para desarrollar el (los) encuentro(s) participativo(s) de reconocimiento de situación de los derechos de niñas, niños y adolescentes, con énfasis en los derechos a salud, alimentación y nutrición, e identificación de prioridades. Guía metodológica para los encuentros participativos de planeación de la atención integral en salud.
Identificación de la arquitectura institucional para la atención integral en salud a niños, niñas y adolescentes.	Instrumento de valoración de la arquitectura institucional para la Atención Integral en Salud a primera infancia, infancia y adolescencia en la DTS.
Aplicación de la metodología de reconocimiento y análisis de situación de calidad y humanización a gestantes, niños, niñas y adolescentes.	Guia metodológica para la valoración y análisis de la calidad y humanización de la atención.
Reconocimiento de situación y elaboración de un plan de gestión comunitaria con actores sociales y comunitarios claves.	Guía orientadora de familia.

para la Atención Integral en Salud de infancia y adolescencia, en el marco de los acuerdos para el desarrollo del proceso de ACAT.

El fortalecimiento de capacidades inicia con la implementación de los planes de trabajo acordados entre la DTS y el equipo ACAT, durante la etapa de alistamiento. Estos planes de trabajo tienen un carácter dinámico que podrá ajustarse a medida que se desarrollen las acciones de acompañamiento dirigidas al reconocimiento de la situación, prioridades y definición de acciones respecto al derecho a la salud, alimentación y nutrición de niños, niñas y adolescentes. Es importante resaltar que este proceso debe realizarse, en lo posible, de forma conjunta con la DTS de acuerdo con sus competencias de asistencia técnica, que permitan ir generando sostenibilidad del proceso y, a su vez, capacidades tanto en el actor que se acompaña como en los actores que realizan la asistencia técnica mediante el "aprender haciendo".

El fortalecimiento de capacidades a nivel de las personas, organizaciones y entornos debe guiarse por el marco operativo propuesto en el Lineamiento Técnico para la implementación de la Atención

Lectura recomendada

Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia. A continuación se enuncian algunos temas generales sobre los cuales podrán requerirse acciones de cooperación y acompañamiento, y algunas herramientas disponibles para realizarlas en cada uno de éstos:

En las personas

Cualificación del talento humano en salud que realiza la gestión y que presta la atención en salud. Algunas necesidades de cualificación deberán ser abordadas de forma directa por el equipo de ACAT municipal o en coordinación con el gestor departamental o regional de ACAT, en el caso de que sean necesidades comunes en varios municipios o departamentos, así como con el equipo técnico de la DTS y los procesos de cualificación previstos a nivel municipal o departamental, o bien, cuando se evidencien necesidades que deban ser gestionadas desde el nivel nacional. En el caso de las acciones de cualificación previstas por la DTS departamental, el gestor departamental deberá informar a los equipos de ACAT municipales.

Acompañamiento a la cualificación de actores sociales, la cual deberá orientarse a partir del reconocimiento de prácticas familiares y sociales sobre el desarrollo, cuidado y crianza, y de los problemas críticos relacionados con la Atención Integral en Salud de gestantes, niños, niñas y adolescentes en el territorio, así como de la participación y movilización social de adultos, niños, niñas y adolescentes, en la toma de decisiones sobre su atención integral en salud.

La cualificación para participación y movilización social deberá brindar elementos sobre los mecanismos dispuestos a nivel territorial y en el sector salud (Consejos de Política social, Consejos

> De esta forma la cualificación a actores sociales claves, relacionada con las prácticas familiares y sociales, requiere de la definición de acuerdos intersectoriales para garantizar las atenciones de asesoría y acompañamiento a familias y comunidades en los diferentes entornos de desarrollo de los niños y niñas, de una forma coordinada que se potencie con las fortalezas de cada sector y, así mismo, con la vinculación de actores sociales ya formados que puedan apoyar el proceso.

Territoriales de Seguridad Social en Salud, COPACOS, Asociaciones de usuarios, entre otros), así como herramientas que permitan ejercer un rol activo, como aquellas relacionadas con procesos de planeación, control social, liderazgo, exigibilidad de los derechos, etc. Este proceso de cualificación requiere que se gestione con la institucionalidad, la disposición de estos mecanismos de participación que permiten ejercer un rol activo, y no de tipo instrumental, en la toma decisiones.

El acompañamiento a la cualificación de actores sociales se orientará, conceptual y metodológicamente, con el "Anexo Técnico de Familia y Comunidad para la Atención Integral en Salud a infancia y adolescencia", que encuentra en la Caja de Herramientas.

Lectura recomendada

En las organizaciones

Capacidades para realizar el análisis de situación de los derechos, calidad y humanización, de la familia y comunidad, e identificación de prioridades

Surge como respuesta para conocer qué tanto el país, así como los territorios y los agentes sociales, i) reconocen a las niñas, los niños y adolescentes como sujetos derechos desde la preconcepción y durante su desarrollo; ii) gestionan y aseguran la garantía del ejercicio de los derechos; iii) previenen la amenaza o cualquier tipo de vulneración y iv) restablecen, con oportunidad y pertinencia, su vulneración.

Este análisis se realizará en el marco de los lineamientos de Análisis de Situación de Salud de la Dirección de Epidemiología y Demografía; y también se efectuará un análisis en profundidad de la situación del derecho a la vida, a la calidad de vida, a la salud y a la alimentación.

Consulte el documento "Análisis de Situación de Salud por regiones" de la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS.

Se encuentra disponible en el sitio web del Ministerio:
http://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Análisis de situación de salud por regiones.pdf

Lectura recomendada

El proceso comprende:

- El análisis de situación de los titulares, atendiendo a las características de universalidad, indivisibilidad e interdependencia de derechos, con énfasis en los derechos a la vida, la salud y la alimentación.

- El análisis de los garantes – Familia, Sociedad y Estado – atendiendo a las características de universalidad, indivisibilidad, interdependencia, progresividad y exigibilidad de los derechos.

- El análisis de las condiciones de exigibilidad de la garantía de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes.

El desarrollo de este proceso se amplía en el "Anexo Técnico para realizar el análisis territorial de la situación de los derechos de las niñas, niños y adolescentes", que encuentra en la Caja de Herramientas.

Lectura recomendada

Abogacía y acompañamiento para el ajuste de la arquitectura institucional de la Atención Integral en Salud de la infancia y adolescencia de acuerdo con la competencia de cada actor. Se podrá acompañar el diseño de propuestas de organización funcional y operativa de las instituciones y, en la abogacía, obtener el respaldo, por parte de los secretarios de salud o gerentes, por ejemplo, en la vinculación de DTS de orden departamental de coordinadores y equipos de salud infantil, y conformación o dinamización de comités o grupos funcionales interáreas, como escenario de construcción de propuestas conjuntas, seguimiento y evaluación sobre la Atención Integral en Salud a la infancia y adolescencia.

Respecto a las acciones misionales requeridas para la gestión de la atención integral (la gestión de la política pública, acciones misionales, la prestación de servicios, la asistencia técnica, la inspección, vigilancia y control (IVC), la vigilancia en salud pública, gestión del conocimiento), se podrá acompañar el diseño e implementación de modelos de atención, procesos y procedimientos institucionales para hacerlos efectivos.

Respecto al fortalecimiento de la capacidad de rectoría para garantizar la atención integral, se podrá acompañar la conformación o dinamización de escenarios sectoriales liderados por los Secretarios de Salud, que cuenten con la participación de los actores del SGSSS, con el fin de tener un escenario de análisis y seguimiento permanente y, de acuerdo con este, generar acuerdos respecto a la atención integral en el territorio.

En cuanto a los procesos de asistencia técnica, se podrá acompañar el ajuste de su enfoque y, a partir de allí, la manera como se trabajan de manera más integral entre las áreas de las DTS y EAPB, los planes e instrumentos disponibles para realizar la asistencia técnica, y cómo sus resultados se coordinan con el proceso de inspección vigilancia y control.

En lo relacionado con la gestión de la calidad y humanización en la prestación de servicios, se podrá acompañar en la revisión y ajuste de procesos y procedimientos que apoyan la prestación de servicios, de los cuales se priorizarán aquellos que estén directamente relacionados con las prioridades identificadas.

Lectura recomendada

Este proceso se desarrolla de forma más amplia en el Anexo Técnico de Calidad y Humanización para la prestación de Atención Integral en Salud a infancia y adolescencia, que incluye las competencias para el trabajo intercultural y la adecuación intercultural de servicios de salud. Consúltelo en la Caja de Herramientas.

Respecto al fortalecimiento de las capacidades para la inspección, vigilancia y control, en el marco de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia, se podrá realizar mediante el acompañamiento a la consolidación, en primer lugar, de las acciones que emprenden, a nivel descentralizado, las direcciones territoriales de salud; así mismo, se deben involucrar a otras agencias estatales del orden nacional o territorial, como la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, las contralorías departamentales y municipales y las personerías, con el fin de garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes y su contexto familiar. Segundo, mediante la adecuada disposición, distribución y utilización de los recursos destinados a la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia; y la verificación de que las entidades responsables de garantizar los derechos cumplan de manera permanente con la Ruta Integral de Atenciones por momentos y edades, y la evaluación de la gestión de los funcionarios y de las entidades responsables.

A su vez, se debe fortalecer en el territorio la competencia de supervisión delegada a la participación ciudadana, a partir de formulación de quejas o reclamos y de su participación en la concepción de los planes territoriales de salud.

Bitácora

Bitácora

Complete los espacios en blanco:

Las acciones misionales requeridas para la atención integral son: la gestión de la política pública, _____, _____, _____, la inspección, vigilancia y control (IVC), _____, la _____.

Abogacía y acompañamiento para la inclusión del componente de infancia y adolescencia construido, en los planes institucionales de salud o en el plan de salud territorial, para lo cual se realizará abogacía y se apoyará la gestión requerida para ajustar, de acuerdo con las posibilidades, los planes indicativos y operativos para el 2014, y la gestión para la inclusión de un componente de infancia y adolescencia en el proceso migración de planes operativos 2015, y la formulación del próximo plan de salud territorial en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

Capacidades para la formulación, seguimiento y evaluación de planes y proyectos. Además del acompañamiento en la formulación del componente de infancia y adolescencia en los planes institucionales de salud y el plan de salud territorial, es estratégico fortalecer las capacidades para la formulación de proyectos a través de la socialización de metodologías, como la planeación estratégica, marco lógico, inclusión del componente de seguimiento y monitoreo de los procesos, productos y resultados esperados en la salud de los niños, niñas y adolescente, así como ejecución presupuestal de los planes y proyectos.

En el caso de programas y proyectos de inversión territoriales, para su financiamiento a través de regalías directas, deberá adelantarse mediante la Metodología General de Formulación, la cual dispone el Departamento Nacional de Planeación (DNP). Esta metodología se encuentra en los anexos e instructivos de la Resolución 0252 de 2012 (ver página web de DNP-SGR); además, está el Acuerdo 013[d] de 2013, en donde se establecen los requisitos para la viabilizacion, aprobación y ejecución de proyectos por esta fuente. Adicionalmente, es necesario que, en primera instancia, se dirija el proyecto a la secretaria técnica del OCAD –Órganos Colegiados de Administración y Decisión del Municipio o Departamento, este organismo tiene la competencia para orientarle en las fases subsecuentes que deberá tener el proyecto.

Lectura recomendada

En la Resolución 0252 de 2012 podrá consultar la Metodología General de Formulación.

Visite: https://www.sgr.gov.co/Normativa/Resoluciones/Resoluciones2012.aspx

En el Acuerdo 013 de 2013 encuentra los requisitos para la viabilizacion, aprobación y ejecución de proyectos por la fuente de regalías.

Visite:https://www.sgr.gov.co/Normativa/Gu%C3%ADasInstructivosyFormatos/FormatosOCAD/RequisitosAcuerdo013.aspx

Internet

d. Por el cual se establecen los requisitos para la viabilización, aprobación y ejecución de los proyectos de inversión financiados con cargo al SGR, y otras disposiciones. https://www.sgr.gov.co/Normativa/AcuerdosComisi%C3%B3nRectora.aspx

Ahora bien, en los proyectos a ser financiados por la fuente Conpes 162, existe la línea de inversión de Atención en Salud a la Primera Infancia, la cual busca impulsar el adecuado desarrollo de la Atención de los Mil Primeros Días de Vida, que coordina el MSPS. La estrategia contempla el período que transcurre desde la preconcepción hasta cumplir los dos años de vida. Esta línea incluye la construcción, la adecuación y la dotación de infraestructura, así como la formación de agentes asociados a la operación y puesta en marcha de las acciones de salud materno - infantil, asociadas al esquema de atención de los primeros mil días de vida. De acuerdo con lo anterior, es posible apalancar los procesos en las entidades territoriales, mejorando la capacidad instalada y el desarrollo institucional, lo cual incluye infraestructura, dotación y formación. (Ver Conpes 162 y anexo 16 Pagina web DNP).

PARE

Tenga presente el proceso que debe hacer para obtener recursos de regalías. Consulte al OCAD y los documentos mencionados en la lectura recomendada.

Consulte el Conpes 162 y su anexo 16, en el sitio web del sistema de Seguimiento a documentos Conpes.

https://sisconpes.dnp.gov.co/DocumentosConpesAprobados/IraDocumentosConpesAprobados/tabid/166/Default.aspx

Internet

Acompañamiento para el desarrollo de estrategias de comunicación para el cambio social, en relación con el desarrollo y la Atención Integral en Salud a la infancia,,, para lo cual se requiere interactuar con los equipos de comunicación de las instituciones para conocer cuál ha sido el enfoque y el tipo de estrategias de comunicación utilizadas hasta ahora y, a partir de allí, poder orientar estos procesos con un enfoque de comunicación para el cambio social, que implica reconocer en primer lugar cuáles son los mensajes claves que se quieren promover en relación con el desarrollo y atención integral a la infancia, reconociendo primero cuáles son las prácticas sociales y comunitarias y en la prestación de servicios de salud, que permitan diseñar una estrategia dirigida tanto a las comunidades como al interior de las instituciones.

Para el desarrollo de este proceso, se contará con el apoyo de un comunicador social que brindará las orientaciones conceptuales y metodológicas para el acompañamiento a estos procesos en el territorio, y que podrá brindar acompañamiento en el territorio de acuerdo con los requerimientos.

Capacidades para la sistematización e intercambio de experiencias, para lo cual los equipos evidenciarán las experiencias significativas sobre Atención Integral en Salud a la infancia y que puedan tener potencial de réplica para contextos similares. En ese sentido el equipo ACAT municipal, en coordinación con los equipos departamentales y el coordinador regional, podrán promover la realización de encuentros de intercambios de experiencias, a nivel subregional o entre instituciones o territorios.

Abogacía y acompañamiento para la gestión intercultural en salud, con el fin de sensibilizar y dotar de capacidades al talento humano de organizaciones que actúan en territorios con población

étnica, para que realicen procesos de diálogo intercultural que permitan la adecuación intercultural de servicios para la infancia y adolescencia.

La orientación conceptual y metodológica está contenida en el Anexo Técnico de Orientaciones y recomendaciones para la Atención Integral en Salud, con pertinencia cultural, a niñas y niños de grupos étnicos.

Lectura recomendada

En el entorno

Abogacía y acompañamiento para el posicionamiento de prioridades en la política y sus instrumentos en el territorio, para la cual, dependiendo de las prioridades identificadas en la atención en salud de la infancia y adolescencia, se podrá realizar abogacía ante alcaldes, gobernadores, candidatos e instancias de gobierno como asambleas y concejos, para su sensibilización y ganancia de respaldo con el fin de posicionar e incluir estas prioridades en la política, proyectos territoriales y el próximo plan de desarrollo 2015-2018, así como en el liderazgo para establecer acuerdos intersectoriales relacionados con la atención integral de gestantes, niños, niñas y adolescentes.

En el nivel departamental, el proceso de abogacía, realizado por el gestor departamental de ACAT y los equipos territoriales, debe apoyar la gestión para la concurrencia y complementariedad a las prioridades de los municipios, especialmente de aquellos con situaciones más críticas y mayores restricciones de recursos.

Acompañamiento para la construcción de la Ruta de Atención Integral a la primera infancia y el plan integral de atención intersectorial para su implementación, para lo cual se acompañará la participación activa del sector salud, en el o los escenarios intersectoriales en los que se realice la coordinación intersectorial en infancia, con el fin de aportar a la construcción de la RIA a la primera infancia y el plan intersectorial, para su implementación de acuerdo con la coordinación realizada con los equipos de acompañamiento al territorio y al proceso avanzado en el sector salud, respecto al reconocimiento de la situación y prioridades en relación con el derecho a la salud, alimentación y nutrición.

Gestión de la Atención Integral en Salud en los entornos objeto de acciones diferenciales. Se incluye el reconocimiento de los niños y niñas que habitan entornos diferenciales: cárceles, hospitales y fronteras, y la respectiva construcción de acciones para garantizar sus derechos.

En los diferentes niveles de fortalecimiento de capacidades, en **todos** los procesos anteriormente mencionados, se debe buscar la representación de los cuidadores y de los niños y niñas para construir los contenidos diferenciales de las atenciones.

2.4.2.3 Seguimiento y evaluación de la gestión de la atención integral y de los resultados en salud de familias gestantes, niños, niñas y adolescentes

2.4.2.3.1 Seguimiento, evaluación y ajuste del plan de cooperación y acompañamiento territorial (ACAT)

Una vez se ha comenzado a ejecutar el plan de ACAT, se realizarán con con la periodicidad acordada con tomadores de decisión, encuentros de seguimiento con gobernadores, alcaldes,

secretarios de salud y los comités interáreas, en el caso de las DTS, gerentes y comités interáreas, en el caso de EAPB e IPS priorizadas, y con los actores sociales y comunitarios, que permitan evaluar el desarrollo del proceso de cooperación y acompañamiento territorial y evidenciar las necesidades de gestión que requieren el respaldo de tomadores de decisión, en el marco del ejercicio de rectoría o de dirección de las instituciones. En el caso de los encuentros de seguimiento con la DTS departamental, éstos deberán incluir la socialización del proceso de ACAT en los municipios priorizados.

Se busca que los acuerdos que se realicen durante el proceso de gestión se incluyan en la arquitectura institucional del municipio, con el objetivo de ir adecuando los procesos de atención. El seguimiento del proceso de ACAT, así como las nuevas necesidades que surjan durante el proceso, podrán llevar al ajuste del plan de trabajo de ACAT.

2.4.2.3.2 Seguimiento y evaluación de los cambios en la gestión de la atención y resultados en salud

Se refiere al proceso de observar los cambios en los procesos de atención y los resultados en salud, con relación a la situación inicial observada al momento de inicio del proceso de ACAT. En la etapa de reconocimiento se precisará la línea de base que permita, en sucesivas valoraciones, tener un punto de comparación para evaluar los cambios, comparando consigo mismo, con otras instituciones, EAPB, municipios, departamentos y regiones.

El seguimiento y evaluación requiere que este se instale como un proceso permanente a nivel institucional y en los procesos a desarrollar a nivel comunitario, lo cual está vinculado con el fortalecimiento de la gestión de la información y el uso de la misma para la toma de decisiones. En el caso comunitario, incluye estrategias como la vigilancia en salud comunitaria y metodologías participativas y cualitativas, como investigación, acción y participación.

Es necesario contar con escenarios de retroalimentación entre actores sociales y comunitarios e institucionales para consolidar este proceso, en el marco de integralidad que ha venido construyendo el equipo en territorio.

PARE

Para facilitar el seguimiento y evaluación, el MSPS diseñará un sistema de seguimiento de monitoreo y seguimiento, que contemplará algunos indicadores trazadores de la gestión y de los resultados en salud, y un escenario de retroalimentación social que incluirá las voces de los niños y niñas y sus cuidadores.

PROCESO ACAT PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Marco conceptual ACAT

- Asistencia técnica.
- Desarrollo de capacidades.
  - Definición.
  - Nivel entorno favorable.
  - Nivel organizacional.
  - Nivel individual.
- Cooperación y acompañamiento territorial.
  - Principios de gestión.
- Antecedentes de asistencia técnica en estrategias de salud materno infantil y de adolescentes.
  - Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI.
  - Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia - IAMI.
  - Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes – SSAAJ.

Objetivo del proceso ACAT

Marco operativo

Escenarios ACAT
- Región
- Departamento
- Municipios
- Organizaciones tradicionales y propias de grupos étnicos

Actores a acompañar
- Autoridades locales.
- Autoridades tradicionales de grupos étnicos.
- Actores del sector salud (DTS, EAPB, IPS).
- Actores sociales y comunitarios.
- Escenarios intersectoriales.

Territorios priorizados
- Metodología y criterios de priorización.
- Listado de territorios priorizados.

Fases, etapas y acciones de la Cooperación y Acompañamiento Territorial

Fase 1 identificación. • Etapas fase 1

	Acciones
Alistamiento	Vinculación e inducción de equipos territoriales de ACAT.
	Contextualización sobre el territorio.
	Socialización y establecimiento de acuerdos de voluntades con tomadores de decisión y del SGSSS.
	Socialización y establecimiento de acuerdos técnicos y operativos con equipos técnicos de direcciones territoriales de salud.
	Proceso de concertación social y comunitaria.
Acompañamiento territorial	Reconocimiento de prioridades y concertación de planes de ACAT: Proceso de concertación social y comunitaria.
	Identificación de la capacidad institucional.
	Aplicación de la metodología de valoración y análisis de situación de calidad y humanización.
	Reconocimiento de situación y elaboración de un plan de gestión comunitaria con actores sociales y comunitarios claves.
	Fortalecimiento de las capacidades institucionales, de trabajo intersectorial y comunitario: En las personas: Cualificación del talento humano en salud.
	Acompañamiento a la cualificación de actores sociales.
	En las organizaciones: Abogacía y acompañamiento.
	Capacidades para realizar el análisis de situación.
	Acompañamiento para el desarrollo de estrategias de comunicación.
	Capacidades para la sistematización e intercambio de experiencias.
	Abogacía y acompañamiento para la gestión intercultural en salud.
	En el entorno: Abogacía y acompañamiento para el posicionamiento de prioridades en la política.
	Acompañamiento para la construcción de Ruta de Atención Integral.
Seguimiento y evaluación	Seguimiento y evaluación de la gestión de la atención integral y de los resultados en salud de familias gestantes, niños, niñas y adolescentes.
	Seguimiento, evaluación y ajuste del proceso ACAT.
	Seguimiento y evaluación de los cambios en la gestión de la atención y resultados en salud.

Fase 2: consolidación.

Fase 3: sostenibilidad, seguimiento y evaluación.

Marco operativo

Organización funcional y operativa

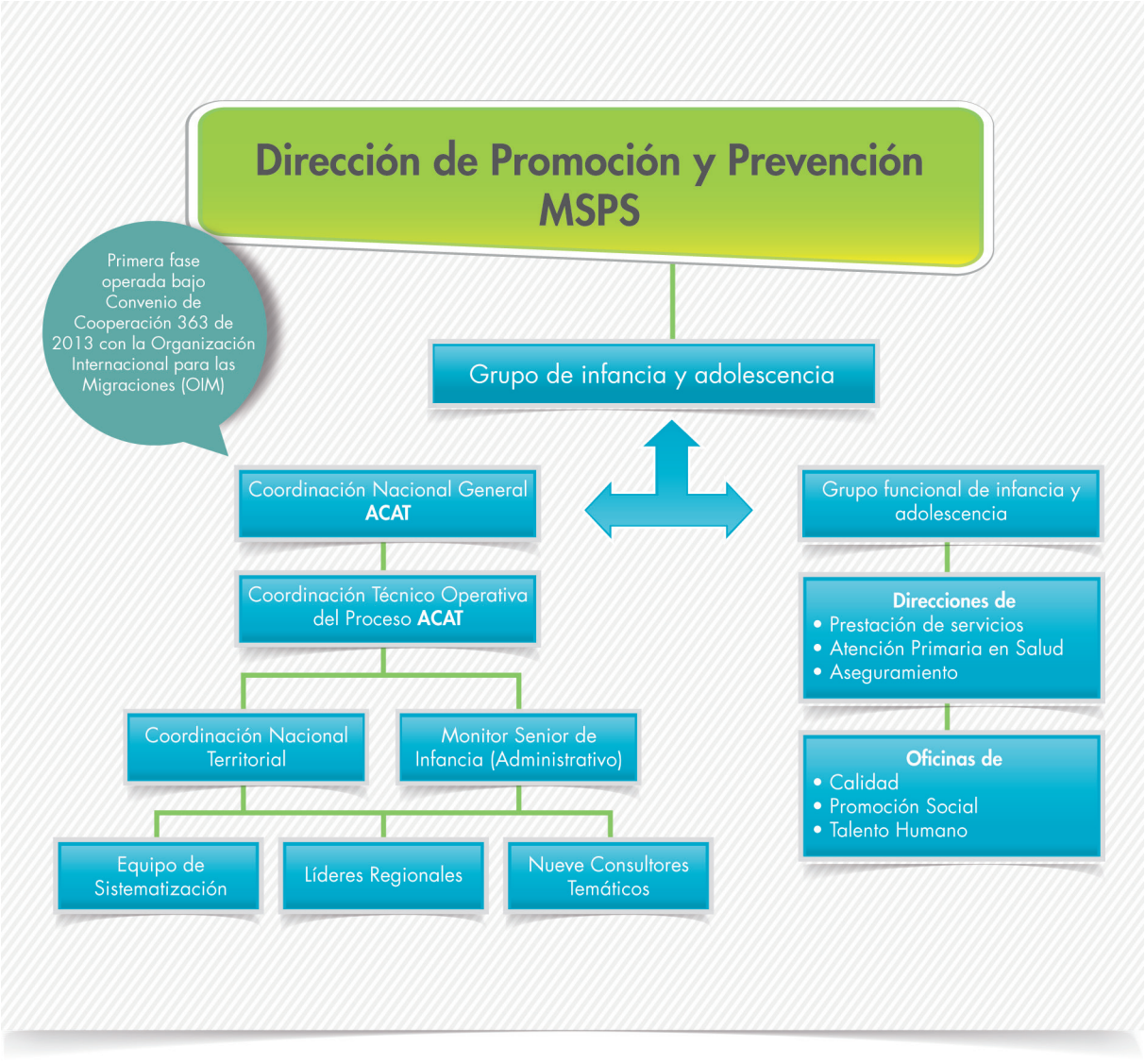
- Estructura del equipo **ACAT**
  - Coordinación Nacional General
  - Coordinación Nacional Territorial
  - Equipo de consultores
  - Líderes operativos regionales
  - Gestor departamental
  - Gestor municipal social
  - Gestor intercultural
- Responsabilidades de los equipos de **ACAT**
- Coordinación con otros procesos de asistencia técnica.
- Cronograma.
- Productos de soporte del proceso de **ACAT.**
  - Plan de viajes
  - Tablero de control
  - Informe mensual

Anexo. Organización funcional y operativa primera fase

1. Estructura del equipo ACAT

Para el desarrollo del proceso de ACAT, se contará con un equipo de coordinación nacional y regional y un equipo de gestores a nivel territorial. La coordinación nacional y regional tendrá base en la ciudad de Bogotá, pero apoyará el trabajo en los territorios de acuerdo con las necesidades identificadas (Figura No. 5).

Figura No. 5



El siguiente cuadro especifica la conformación del equipo de consultores temáticos y de sistematización:

Cuadro No. 8

Nombre	Tema a cargo
Angela Bolaños	Empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud.
Andres Motta	Enfoque diferencial en pueblos étnicos.
Nohora Pérez	Análisis de situación y seguimiento y evaluación.
Eliana Ramírez	Sociedades cientificas y Academia.
Nidya Hurtado	Estrategia comunicativa.
Nohora Viloria	Gasto público y social y ajuste normativo.
Patricia Calle	Metodología de planeación.
Rafael Fajardo	Procesos y seguimiento y evaluación.
Diana Castañeda	Sistematización – Magdalena y Caldas.
Luz Marina Echeverría	Sistematización – Chocó y Cauca.
Yaneth Arcos	Sistematización – Meta y Vaupés.
Juliette Tamayo	Sistematización – Bolívar y Sucre.
Diana Salavarrieta	Sistematización – Region Boyacá, Tolima y Cundinamarca.

La **coordinación regional** estará conformada por diez profesionales especializados, los cuales estarán distribuidos agrupando las 24 zonas sanitarias en diez, y su rol será la coordinación y apoyo técnico operativo de los equipos territoriales de su región asignada, sirviendo de enlace entre éstos y la Coordinación Nacional General y Territorial.

El equipo de **gestores territoriales** tendrá permanencia en el territorio, por lo cual debe residir en el territorio asignado e idealmente deberá ser originario de la región, lo cual le permite tener un mejor conocimiento del territorio y de sus actores claves. Este equipo estará conformado por un **gestor por cada departamento y por cada distrito,** quien realizará el proceso de ACAT en estos escenarios, y llevará a cabo la coordinación y apoyo técnico operativo de los equipos de gestores municipales de su departamento, sirviendo de enlace entre éstos y la coordinación regional y nacional.

El equipo de **gestores municipales** estará conformado por 244 profesionales organizados en una dupla de trabajo de un profesional de salud y un profesional de las ciencias sociales, quienes realizarán el proceso de ACAT en los municipios asignados.

Para los pueblos étnicos priorizados se contará con un equipo de 16 **gestores interculturales,** quienes se encargarán de acompañar a los 12 grupos étnicos priorizados y sus organizaciones tradicionales para la construcción y/o fortalecimiento de sus modelos propios de atención en salud, así como sus propuestas de Atención Integral en Salud a sus niños y niñas. Ellos serán un puente con el equipo de gestores municipales de ese territorio para la gestión intercultural.

Figura No. 6. Estructura del equipo de ACAT para la atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia

2. Responsabilidades de los equipos de ACAT

2.1 Coordinación Nacional General

• Diseñar los lineamientos técnicos, operativos, metodológicos y pedagógicos para desarrollar el proceso de ACAT con el fin de alcanzar la Atención Integral en Salud a las niñas, niños y adolescentes (NNA), en coordinación con las direcciones y oficinas del Ministerio y el Instituto Nacional de Salud.

• Apoyar el diseño, en coordinación con las distintas áreas del Ministerio, de las herramientas técnicas, metodológicas y pedagógicas para llegar al territorio y a los entornos en donde transcurre la vida de las niñas, los niños y las y los adolescentes.

• Apoyar la inducción de los equipos de ACAT para la Atención Integral en Salud a los NNA.

• Estructurar la estrategia de cualificación del talento humano en salud, que gestiona y presta la atención a gestantes, niños, niñas y adolescentes con pertinencia cultural y de acuerdo con las necesidades identificadas por los equipos de ACAT.

• Estructurar e implementar paulatinamente el proceso para la disminución de barreras de acceso a los servicios de salud para gestantes, niñas, niños y adolescentes desde la preconcepción, a través de propuestas concretas de armonización y ajuste normativo y de política pública, que reconozca las particularidades de los diferentes territorios del país.

• Estructurar un esquema de seguimiento y evaluación de gestión de la atención integral y de los resultados en salud de gestantes, niñas, niños y adolescentes.

• Realizar el seguimiento al proceso de ACAT a la Atención Integral en Salud de NNA, en conjunto con la coordinación territorial nacional.

• Gestionar en el nivel nacional las necesidades identificadas por los equipos de ACAT.

2.2 Coordinación Nacional Territorial

• Diseñar los lineamientos técnicos, operativos, metodológicos y pedagógicos para el proceso de ACAT y para la atención integral en los entornos en donde transcurre la vida de las niñas, los niños y las y los adolescentes, en conjunto con la Coordinación Nacional General.

• Gestionar el proceso de vinculación e inducción del equipo de ACAT para la Atención Integral en Salud de niñas, niños y adolescentes.

• Apoyar la definición de regiones para el proceso de ACAT, en el marco de las zonas sanitarias, así como la distribución de los equipos de ACAT.

• Diseñar los modelos de acuerdos para el desarrollo del proceso de ACAT con los diferentes actores a acompañar, tomando en cuenta los criterios definidos en esta guía operativa.

• Realizar la coordinación administrativa y operativa para el desarrollo del proceso de ACAT.

• Acompañar, técnica y metodológicamente, a los coordinadores regionales y gestores departamentales en el desarrollo del proceso de ACAT, teniendo en cuenta la presente guía operativa y las necesidades de los equipos en territorio.

• Apoyar la ejecución y evaluación de la agenda de cualificación para el talento humano que gestiona y presta la atención integral a NNA con pertinencia cultural en los territorios, en articulación con los coordinadores regionales y gestores departamentales.

• Realizar seguimiento al proceso de despliegue territorial de la atención integral de NNA en conjunto con los coordinadores regionales, mediante el monitoreo y análisis del tablero de control mensual consolidado del proceso de ACAT, así como de los informes consolidados trimestrales del proceso y la realización de reuniones nacionales con los gestores departamentales.

• Apoyar la estructuración e implementación, paulatinamente y en conjunto con los actores del territorio, el proceso, para la disminución de barreras de acceso a los servicios de salud para gestantes, niñas, niños y adolescentes desde la preconcepción, a través de propuestas concretas de fortalecimiento a la red prestadora de servicios de salud y a la relación de los diferentes actores que intervienen en la atención integral de gestantes, niñas, niños y adolescentes, desde la preconcepción, en los territorios priorizados.

• Retroalimentar a la coordinación general sobre los avances, dificultades y retos del proceso de ACAT, mediante informes mensuales y la participación en las reuniones programadas por la coordinación general.

• Gestionar ante la coordinación general las necesidades de apoyo para la atención integral de NNA identificadas en los territorios.

2.3 Equipo de consultores temáticos

• Apoyar el proceso de planeación nacional, departamental y municipal, en lo relacionado con la construcción de lineamientos técnicos y operativos, para la estrategia de cooperación y acompañamiento territorial, con sus respectivas fases, para la implementación de la Ruta Integral de Atención a la primera infancia, en lo que compete al sector salud, a partir de los procesos previos desarrollados en el marco de procesos de asistencia técnica, cooperación y acompañamiento territorial, para el desarrollo de las estrategias en salud materno infantil, que se promueven en el ámbito nacional, del Plan Decenal de Salud Pública y de la política intersectorial.

• Apoyar técnicamente la ejecución de las fases y procesos contemplados en la estrategia de cooperación y acompañamiento territorial para la implementación de la Ruta Integral de Atenciones en salud, de acuerdo con el lineamiento.

• Apoyar la construcción de los contenidos técnicos para el desarrollo de las reuniones nacionales y departamentales de inducción, acompañamiento y seguimiento a la gestión realizada, tanto a nivel departamental, como distrital y municipal, en el marco de la estrategia de cooperación y acompañamiento territorial, según línea técnica dada por el MSPS.

2.4 Líderes operativos regionales

• Diseño de las herramientas técnicas, metodológicas y pedagógicas para el proceso de ACAT y para la atención integral en los entornos en donde transcurre la vida de las niñas, los niños y las y los adolescentes, en conjunto con la Coordinación Nacional General.

• Gestionar el proceso de vinculación e inducción del equipo de ACAT para la Atención Integral en Salud de niñas, niños y adolescentes de la región asignada, en coordinación con los coordinadores de regiones en las que se traslapen departamentos.

• Apoyar la definición de regiones para el proceso de ACAT en el marco de las zonas sanitarias, así como la distribución de los equipos de ACAT.

• Apoyar la generación de acuerdos con tomadores de decisión y autoridades tradicionales de entidades departamentales y municipales para el desarrollo del proceso de ACAT, en conjunto con la Coordinación General Nacional.

• Realizar la coordinación operativa para el desarrollo del proceso de ACAT en la región asignada.

• Posicionar y desarrollar los contenidos de la categoría de región, como herramienta para la planeación local y regional, reconociendo características poblacionales, territoriales y de la gestión como eje de la Atención Integral en Salud y el desarrollo integral de gestantes, niños, niñas y adolescentes.

• Acompañar técnica y metodológicamente a los gestores departamentales, municipales e interculturales de la región asignada en el desarrollo del proceso de ACAT, teniendo en cuenta la presente guía operativa y las necesidades de los equipos en territorio.

• Acompañar la ejecución y evaluación de la agenda de cualificación para el talento humano que gestiona y presta la atención integral a NNA con pertinencia cultural, en los territorios de la región asignada y en coordinación con los gestores departamentales y municipales.

• Apoyar la construcción de una estrategia de visibilización de la atención de los niños y niñas, como sujetos de derechos singulares y diversos.

• Realizar seguimiento al proceso de implementación de la atención integral de NNA en conjunto con los gestores departamentales de la región asignada, mediante el monitoreo y análisis del tablero de control mensual consolidado del proceso de ACAT, así como de los informes consolidados trimestrales del proceso y la realización de reuniones regionales con los gestores departamentales y/o municipales.

• Estructurar e implementar, paulatinamente y en conjunto con los actores del territorio, el proceso para la disminución de barreras de acceso a los servicios de salud para gestantes, niñas, niños y adolescentes desde la preconcepción, a través de propuestas concretas de fortalecimiento a la red prestadora de servicios de salud y a la relación de los diferentes actores que intervienen en la atención integral de gestantes, niñas, niños y adolescentes, desde la preconcepción, en la región a cargo.

• Retroalimentar a la coordinación territorial nacional sobre los avances, dificultades y retos del proceso de ACAT de la región asignada, mediante informes mensuales y la participación en las reuniones programadas por la coordinación general y territorial.

• Gestionar ante la coordinación territorial nacional y general las necesidades de apoyo para la atención integral de NNA, identificadas en los territorios de la región asignada.

2.5 Gestor departamental

• Gestionar el proceso de vinculación e inducción del equipo de ACAT para la Atención Integral en Salud de niñas, niños y adolescentes del departamento asignado, en coordinación con los coordinadores regionales.

• Apoyar la generación de acuerdos con tomadores de decisión y autoridades tradicionales de entidades departamentales y municipales para el desarrollo del proceso de ACAT, en conjunto con la coordinación regional.

• Realizar la coordinación operativa para el desarrollo del proceso de ACAT en el departamento asignado.

• Desarrollar el proceso de ACAT para la Atención Integral en Salud de NNA a nivel departamental y de ciudad capital, en caso de tenerla asignada, teniendo en cuenta la presente guía operativa.

• Acompañar, técnica y metodológicamente, a los gestores municipales e interculturales del departamento asignado en el desarrollo del proceso de ACAT, teniendo en cuenta la presente guía operativa.

• Acompañar a los gestores municipales e interculturales en la abogacía ante secretarios de salud, alcaldes y gobernador. En el caso de los pueblos étnicos, para la gestión y viabilización de las propuestas que han venido construyendo en sus procesos históricos.

• Ejecutar y evaluar la agenda de cualificación para el talento humano que gestiona y presta la atención integral a NNA con pertinencia cultural, a nivel departamental y de los municipios priorizados del departamento, en coordinación con los gestores municipales.

• Impulsar la construcción de una estrategia de visibilización de la atención de los niños y niñas, como sujetos de derechos singulares y diversos.

• Promover el intercambio de experiencias exitosas de atención integral de NNA entre los municipios del departamento o de otros municipios del país.

• Realizar seguimiento al proceso de ACAT para la atención integral de NNA, en conjunto con los gestores municipales del departamento a cargo, mediante el diligenciamiento y análisis del tablero de control mensual consolidado del proceso de ACAT, así como con la elaboración de informes consolidados trimestrales del proceso, la participación en reuniones regionales y la realización de reuniones departamentales con los gestores municipales.

• Estructurar e implementar, paulatinamente y en conjunto con los actores del territorio, el proceso para la disminución de barreras de acceso a los servicios de salud para gestantes, niñas, niños y adolescentes desde la preconcepción, a través de propuestas concretas de fortalecimiento a la red prestadora de servicios de salud y a la relación de los diferentes actores que intervienen en la atención integral de gestantes, niñas, niños y adolescentes, desde la preconcepción, en el departamento o distrito a cargo.

• Retroalimentar a la coordinación regional sobre los avances, dificultades y retos del proceso de ACAT del departamento asignado, mediante informes mensuales y la participación en las reuniones regionales programadas por la coordinación general.

• Gestionar, en el nivel departamental y ante la coordinación regional, las necesidades de apoyo para la atención integral de NNA identificadas en los territorios del departamento, teniendo en cuenta las competencias.

• Acompañar el desarrollo técnico del equipo departamental de salud infantil y sus procesos de planeación y asistencia técnica a los municipios, garantizando la inclusión de las características territoriales y poblaciones en la que los niños y niñas viven y se desarrollan.

2.6 Gestor municipal de salud

• Realizar la generación de acuerdos con tomadores de decisión y autoridades tradicionales de entidades departamentales y municipales para el desarrollo del proceso de ACAT, en conjunto con la coordinación departamental.

• Desarrollar el proceso de ACAT para la Atención Integral en Salud de NNA con los actores del sector salud y a nivel intersectorial, en coordinación permanente con el gestor social y el gestor intercultural, donde lo hubiere, en los municipios asignados, teniendo en cuenta la presente guía operativa.

• Realizar abogacía ante secretarios de salud, alcaldes y tomadores de decisión. En el caso de los pueblos étnicos, para la gestión y viabilización de las propuestas que han venido construyendo en sus procesos históricos.

• Ejecución y evaluación de la agenda de cualificación para el talento humano que gestiona y presta la atención integral a NNA, a nivel municipal y con pertinencia cultural, en coordinación con los gestores departamentales.

• Identificar experiencias exitosas de Atención Integral en Salud de NNA que puedan ser compartidas con otros territorios.

• Impulsar la construcción de una estrategia de visibilización de la atención de los niños y niñas, como sujetos de derechos singulares y diversos.

• Estructurar e implementar, paulatinamente y en conjunto con los actores del territorio, el proceso para la disminución de barreras de acceso a los servicios de salud para gestantes, niñas, niños y adolescentes desde la preconcepción, a través de propuestas concretas de fortalecimiento a la red prestadora de servicios de salud y a la relación de los diferentes actores que intervienen en la atención integral de gestantes, niñas, niños y adolescentes, desde la preconcepción, en los municipios a cargo.

• Retroalimentar al gestor departamental sobre los avances, dificultades, retos y necesidades del proceso de ACAT de los municipios asignados, mediante el diligenciamiento del tablero de control y la elaboración de informes mensuales y trimestrales.

• Gestionar ante el nivel departamental o nacional, a través del gestor departamental, las necesidades de apoyo para la atención integral de NNA identificadas en los municipios asignados.

2.7 Gestor municipal social

• Realizar la generación de acuerdos con tomadores de decisión y autoridades tradicionales de entidades departamentales y municipales para el desarrollo del proceso de ACAT, en conjunto con la coordinación departamental.

• Desarrollar el proceso de ACAT para la Atención Integral en Salud de NNA con actores sociales y comunitarios claves, con actores del sector salud y a nivel intersectorial, en coordinación permanente con el gestor salud y el gestor intercultural, donde lo hubiere, en los municipios asignados teniendo en cuenta la presente guía operativa.

• Realizar abogacía ante secretarios de salud, alcaldes y tomadores de decisión. En el caso de los pueblos étnicos, para la gestión y viabilización de las propuestas que han venido construyendo en sus procesos históricos.

• Ejecución y evaluación de la agenda de cualificación para el talento humano que gestiona y presta la atención integral a NNA, a nivel municipal, con pertinencia cultural y para los actores sociales y comunitarios que se incorporen al proceso de ACAT, en coordinación con los gestores departamentales.

• Identificar experiencias exitosas de Atención Integral en Salud de NNA que puedan ser compartidas con otros territorios.

• Impulsar la construcción de una estrategia de visibilización de la atención de los niños y las niñas, como sujetos de derechos singulares y diversos.

• Estructurar e implementar, paulatinamente y en conjunto con los actores del territorio, el proceso para la disminución de barreras de acceso a los servicios de salud para gestantes, niñas, niños y adolescentes desde la preconcepción, a través de propuestas concretas, del fortalecimiento a la red prestadora de servicios de salud y de la relación de los diferentes actores que intervienen en la atención integral de gestantes, niñas, niños y adolescentes, desde la preconcepción, en los municipios a cargo.

• Retroalimentar al gestor departamental sobre los avances, dificultades, retos y necesidades del proceso de ACAT de los municipios asignados, mediante el diligenciamiento del tablero de control y la elaboración de informes mensuales y trimestrales.

• Gestionar, ante el nivel departamental o nacional a través del gestor departamental, las necesidades

de apoyo para la atención integral de NNA identificadas en los municipios asignados.

2.8 Gestor intercultural

• Acompañar y fortalecer las propuestas y los procesos que la organización tradicional de los grupos étnicos ha venido construyendo para la Atención Integral en Salud a sus niños, niñas y adolescentes.

• Realizar encuentros locales con sabedores y con la comunidad, en general, para concertar y gestionar un plan de trabajo que busque construir acuerdos en salud, para la atención integral a niños y niñas.

• Identificar, fortalecer, construir o dinamizar un instrumento propio para elaborar una caracterización en salud de los niños y las niñas de los grupos étnicos, que dé cuenta de sus condiciones propias de salud, que incluya enfermedades culturales, percepciones de salud, enfermedades alopáticas, prevención, rehabilitación y tratamiento desde lo cultural o propio. Así como, la identificación y caracterización de calendarios propios, pautas de crianza protectoras de la salud, entre otros.

• Desarrollar estrategias de gestión intercultural con las instituciones locales, en coherencia con los acuerdos sociales que se vayan alcanzando con las comunidades, las autoridades tradicionales, los niños y niñas y los sabedores.

• Construir estrategias para el posicionamiento político de las propuestas de los grupos étnicos, con el fin de construir una atención integral pertinente que rescate y fortalezca lo propio del proceso de desarrollo de los niños y niñas.

• Articular, con los gestores sociales y de salud, la ejecución y evaluación de la agenda de cualificación, tanto para el talento humano que gestiona y presta la atención integral a NNA a nivel municipal, como para los actores sociales y comunitarios que se incorporen al proceso de ACAT, con énfasis en las competencias para el trabajo intercultural.

• Identificar experiencias exitosas de Atención Integral en Salud de NNA que puedan ser compartidas con otros territorios.

• Retroalimentar a los gestores municipales y departamental sobre los avances, dificultades, retos y necesidades del proceso de ACAT de los municipios asignados, mediante el diligenciamiento del tablero de control y la elaboración de informes mensuales y trimestrales.

3. Coordinación con otros procesos de asistencia técnica

Para el desarrollo del proceso de ACAT para la atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia se requiere coordinar y articular acciones, a nivel territorial, con otros procesos de asistencia técnica o de cooperación que el MSPS y la Comisión Nacional Intersectorial de Primera Infancia (CIPI) ha venido realizando o que comenzará a realizar de forma simultánea con este proceso, bien sea porque los haga de forma directa o mediante convenio de cooperación, incluyan o no a entes municipales para la realización del proceso.

Algunos de estos procesos tienen como centro las dimensiones o estrategias del plan decenal de salud pública y otros las de atención a poblaciones específicas, pero muchos de éstos se relacionan con la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia.

A continuación se relacionan los procesos sectoriales del MSPS y de otros actores que realizarán

asesoría, acompañamiento y cooperación a los territorios. En la caja de herramientas podrá encontrar la relación de procesos sectoriales de asistencia técnica del MSPS.

Respecto a los procesos que se operarán por Convenio con OIM se dispone de la herramienta de focalización, la cual detalla los municipios en los que se estará trabajando.

Los procesos sectoriales desarrollados por otros actores se refieren al que viene ejecutando el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en convenio con la Corporación Sinergias, como un modelo piloto para la calidad de la atención en salud materno infantil en algunos municipios del país, y el proceso desarrollado en el marco del Programa cuidado a la salud de los niños y niñas en edad temprana, orientado por una red de generación y apropiación de conocimiento para la acción, dirigida a potenciar el desarrollo humano y social y que retoma la iniciativa de Inicio Parejo de la Vida, financiado con recursos de Colciencias en algunos municipios de Cundinamarca y Boyacá (Anexo 1).

A nivel intersectorial, desde octubre de 2013 a marzo de 2014[e], la CIPI inició un proceso de fortalecimiento territorial para la articulación e implementación intersectorial, en los territorios, de la Estrategia de Cero a Siempre, a través de la construcción de la Ruta de Atención Integral a primera infancia en el territorio y el Plan de Atención Integral para la primera infancia en 252 entidades territoriales municipales de 21 departamentos, las cuales estarán organizadas en 6 microrregiones, y un acompañamiento en profundidad en 5 unidades territoriales (Región Valle - Norte del Cauca, Antioquia, Bolívar, Barranquilla y Quibdó). Para el desarrollo de este proceso se contará con un equipo conformado por un coordinador para cada una de las seis microrregiones en las que estará distribuido el país,[f] un profesional de acompañamiento por cada tres municipios y un profesional y un equipo para los territorios de profundización del acompañamiento. Este proceso será operado por el socio de la Alianza Intersectorial de Impulso a la Primera Infancia: Aldeas Infantiles SOS.

Con este proceso intersectorial se coincidirá, de acuerdo con la propuesta inicial, en 95 municipios y se espera que haya un proceso de coordinación y construcción conjunta entre el profesional de acompañamiento de la CIPI y los equipos territoriales de cada uno de los sectores.

Es de resaltar que los mecanismos de coordinación previstos en este apartado son una guía para realizar un proceso de asistencia técnica, coordinado entre los diferentes equipos, pero los tiempos y dinámicas del territorio deben hacer que los equipos de asistencia técnica interactúen para generar alternativas o iniciativas que no desgasten a los actores territoriales y, más bien, se potencien en búsqueda de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia.

4. Cronograma

Para el desarrollo de esta fase del proceso de ACAT, se ha previsto el desarrollo de cada una de las etapas con el siguiente cronograma, el cual es flexible de acuerdo con la dinámica y concertación en el territorio:

e. La continuidad de este proceso de fortalecimiento territorial más allá de marzo está en proceso de definición, pero una vez cese el acompañamiento en el marco de este convenio será asumido por los referentes del SNFB de ICBF como rector del mismo.

f. En este proceso no se inlcuyen los siguientes departamentos: Arauca, Casanare, Vichada, Vaupés, Amazonas, Putumayo, Guainía y Guaviare.

Cuadro No. 9. Cronograma para el desarrollo de la primera fase del proceso de ACAT

Etapa	Período
Alistamiento	Octubre de 2013 a Enero – Febrero de 2014
Acompañamiento territorial: Reconocimiento de prioridades y procesos	Febrero a Mayo de 2014
Acompañamiento territorial: Fortalecimiento de capacidades	Diciembre a Julio de 2014

5. Productos de soporte del proceso de ACAT

El desarrollo del proceso de ACAT deberá estar soportado por parte del equipo de ACAT en los siguientes documentos de soporte, que deben ser entregados por el gestor municipal al gestor departamental, quienes a su vez deben remitirlos al coordinador regional, quien hará la consolidación correspondiente:

- Plan de viajes que deberá ser entregado los primeros cinco días del mes.
- Informe mensual y tablero de control diligenciado (una vez esté disponible) que deberá ser entregado entre el 20 y 25 de cada mes en curso.

Evaluación

1. Desarrollo de capacidades es:

a. Un proceso mediante el cual las personas, organizaciones y sociedades obtienen, fortalecen y mantienen las aptitudes necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo, a lo largo del tiempo.

b. Un proceso mediante el cual las personas y organizaciones reciben capacitación en un tema específico.

c. Un proceso de asesoría técnica en un tema que se debe desarrollar y fortalecer personal e institucionalmente.

d. Las respuestas a y b son correctas.

e. Ninguna de las anteriores.

2. Concatene los niveles interdependientes para el desarrollo de capacidades con su respectiva definición:

a. El entorno favorable	Lo conforman las aptitudes, experiencias y conocimientos de cada persona que permiten su desempeño.
b. El nivel individual	Se refiere a la estructura, políticas y procedimientos internos que determinan la efectividad.
c. El nivel organizacional	Incluye todas las reglas, leyes, políticas, relaciones de poder y normas sociales que regulan la interacción cívica.

3. Concatene las premisas de gestión del proceso de asistencia técnica, cooperación y el acompañamiento territorial (ACAT) con sus respectivas definiciones.

a. Orientada al logro de resultados en salud	Se refiere al desarrollo de capacidades a través del intercambio de conocimientos y experiencias en una relación igualitaria y horizontal bajo un clima de confianza y respeto.
b. Respeto a la soberanía y autonomía del territorio	Se relaciona con el derecho a la salud, alimentación y nutrición de las gestantes, niños, niñas y adolescentes para orientar el desarrollo de capacidades requeridas para mejorarla.
c. Continuidad	Reconoce que los niños y las niñas son sujetos singulares que crecen en condiciones particulares que orientan su proceso de desarrollo.
d. Contextualización sobre el territorio	Establecer acuerdos entre los equipos que realizan el proceso y los actores que se acompañan sobre las situaciones por resolver, mecanismos y metodologías de cooperación y acompañamiento, así como sobre las alternativas de acción.
e. Intercultural y diferencial	Actúa en el marco de la descentralización y competencias de los diferentes niveles político administrativos, que permitan desarrollar las capacidades que les posibiliten generar alternativas de acción y toma de decisiones.
f. Concertación y coordinación	Se refiere a un proceso de forma permanente en el territorio que responda a las prioridades de política pública territorial.
g. Diálogo de saberes	Se refiere a la promoción de la participación de diferentes actores institucionales, sociales y comunitarios y sus áreas organizativas.
h. Participativo	Reconocimiento de las dinámicas -políticas, socioculturales y económicas- y los desarrollos, saberes y recursos disponibles de las instituciones y de los actores del territorio.

4. Son antecedentes de asistencia técnica en estrategias de salud materno infantil y de adolescentes:

a. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

b. Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI.

c. Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia - IAMI.

d. Plan Decenal de Lactancia Materna.

e. Todas las anteriores.

5. Responda si las siguientes afirmaciones sobre los escenarios para la asistencia técnica, cooperación y acompañamiento territorial son verdaderas o falsas:

	F	V
ACAT busca servir de enlace de gestión entre los departamentos y municipios priorizados para el proceso con las instancias de salud nacional.		
Las regiones del Proceso ACAT son las mismas seis regiones naturales de Colombia.		
Todos los distritos, como escenarios ACAT, tienen el mismo tratamiento, excepto Buenaventura que tiene acompañamiento diferenciado.		
El municipio es el escenario ACAT, donde se concreta el proceso de cooperación y acompañamiento técnico.		
Los municipios del país son reconocidos como territorios interétnicos, por lo que el proceso ACAT reconoce resguardos, cumpalías y organizaciones tradicionales y propias de grupos étnicos.		

6. Responda si las siguientes afirmaciones sobre los actores a acompañar en el proceso ACAT son verdaderas o falsas:

	F	V
ACAT establecerá acuerdos con autoridades locales, como gobernadores, asambleas, alcaldes y concejos.		
El acompañamiento a actores del sector salud fortalece, entre otras, a las Direcciones Territoriales de Salud para su capacidad de dirección y vigilancia de la salud.		
Con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), ACAT trabaja en el fortalecimiento de la prestación de la atención integral en salud con humanización.		
ACAT promueve con actores comunitarios la participación y movilización social que les permitan incidir en la planeación y seguimiento de las acciones.		

7. Complete los espacios en blanco que se refieren a las fases ACAT:

La primera fase ACAT se centra en la _____ de derechos de niños, niñas y adolescentes, con énfasis en los derechos a la _____ , _____ y _____ .

También identifica las _____ para la Atención Integral en Salud a partir del reconocimiento de los territorios, así como la _____ e implementación de un plan de asistencia técnica, cooperación y acompañamiento.

La segunda fase ACAT se centrará en el _____ a la realización de las adecuaciones en la gestión de la atención y de la calidad y humanización de los servicios y el fortalecimiento de la participación y movilización social.

Y la tercera fase se centrará en asegurar la _____ de los procesos de atención integral que hayan permitido mejorar los resultados en salud en niños, niñas y adolescentes y de la _____ de los logros alcanzados en el marco de los nuevos gobiernos locales.

8. Las etapas del proceso ACAT son:

a. Alistamiento.

b. Acompañamiento territorial.

c. Seguimiento y evaluación.

d. Todas las anteriores.

e. Las respuestas a y c son correctas.

9. Algunas de las acciones a desarrollar en las etapas del proceso de ACAT son:

a. Vinculación e inducción de equipos territoriales.

b. Contextualización sobre el territorio.

c. Socialización y establecimiento de acuerdos de voluntades con tomadores de decisión de las entidades territoriales.

d. Socialización y establecimiento de acuerdos técnicos y operativos con equipos técnicos de direcciones territoriales de salud.

e. Todas las anteriores.

10. Responda si las siguientes afirmaciones sobre la acción de seguimiento, evaluación y ajuste del plan ACAT son falsas o verdaderas:

	F	V
Los encuentros con gobernadores, alcaldes, secretarios de salud y los comités interáreas, en el caso de las DTS, se realizan de acuerdo a lo concertado con dichos tomadores de decisión.		
Los encuentros de seguimiento con la DTS departamental incluyen la socialización del proceso de ACAT en los municipios priorizados.		
No es necesario que los acuerdos del proceso de gestión se incluyan en la arquitectura institucional del municipio, las autoridades están obligadas a ejecutar.		
El seguimiento y la evaluación deben ser un proceso permanente a nivel institucional y en los procesos a nivel comunitario.		

Bibliografía

• Congreso de la República (1991). Constitución Política de Colombia.

• Congreso de la República (2001) Ley 715 de 2001 "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros".

• Congreso de la República (2013). Ley 1617 de 2013 "Por la cual se expide el régimen para los distritos especiales".

• Convenio 637 de 2010 Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social. (2010) Lineamiento y proceso de asistencia tecnica de la direccion general de salud pública del Ministerio de la Proteccion Social. Componentes basicos de seguimiento y evaluacion en visitas de asistencia tecnica en las lineas de AIEPI – ETV – zoonosis – tuberculosis y Hansen.

• Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2012). Categorización de los municipios año 2012.

• Departamento Nacional de Planeación. Conpes 147 Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años.

• Ministerio de Salud y Protección Social. Grupo de Infancia y Adolescencia (2013) Lineamientos para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adoles cencia.

• Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social (2013). Balance de las instituciones acreditadas en IAMI.

• Ministerio de Salud y Protección Social (2010). Implementación de los servicios de salud amigables para adolescentes y jovenes en el Huila.

• Ministerio de Salud y Protección Social (2013) Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud.

• Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Resolución 1841 de 2013 "Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública".

• Ministerio de Salud y Protección Social. (2013) Salud materno perinatal. En: Informe al Congreso de la República 2012-2013.

• Organización Panamericana de la Salud (2007) Capacidades en salud pública en América Latina y el Caribe: evaluación y fortalecimiento.Washington, D.C: OPS.

• Organización Panamericana de la Salud (2012). Convenio 485 de 2011. Informe de la linea de fortalecimiento a la implementación de la atención integrada a enfermedades prevalentes de la infancia(AIEPI).

• Páez G, Jaramillo L (2013) Estudio sobre la geografia sanitaria en Colombia. No publicado.