

**Guía operativa para el desarrollo de la segunda fase del proceso
de asistencia técnica, cooperación y acompañamiento territorial
para la implementación de la atención integral en salud a mujeres
gestantes, niños, niñas y sus familias**

**Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Población y Desarrollo
Grupo Curso de Vida**

2016

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DAVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESUS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

ANA MARIA PEÑUELA POVEDA
Asesora del Despacho del Ministro

MARTHA LINERO DELUQUE
Coordinadora Grupo Curso de Vida

Equipo Técnico

Jinneth Hernández Torres

Sara Ochoa

Diana Salavarrieta

Dora Duarte

Yenifer Mariño

Ana Maria León

Zulma Fonseca

Tabla de contenido

1. Introducción.....	5
2. Objetivos	8
2.1 Objetivo general	8
2.2 Objetivos específicos	8
3. Ejes de trabajo	9
4. Implicaciones de la territorialización del modelo de atención para el desarrollo de la asistencia técnica	10
5. Etapas y acciones a desarrollar	12
5.1 Planeación del desarrollo de capacidades	12
5.1.1 Alistamiento	12
5.1.2 Construcción de acuerdos para el desarrollo de la asistencia técnica	15
5.2 Acompañamiento para la implementación de la atención integral de acuerdo a los planes de desarrollo de capacidades concertados	19
5.2.1. Gestión de la política para la implementación de la atención integral	19
5.2.2 Atención en salud de calidad y humanizada	32
5.2.3 Promoción de la participación y movilización social en torno a la gestión de la atención integral en salud y en el desarrollo integral de gestantes, niños, niñas y adolescentes	35
5.2.4 El enfoque diferencial étnico y la gestión intercultural	39
5.3 Seguimiento y evaluación	41
5. Estrategias metodológicas de acompañamiento.....	44
6. Organización funcional y operativa para la segunda fase de ACAT	45
6.1 Equipo para el desarrollo del proceso	45
6.2 .Responsabilidades	48
6.3 Cronograma, Productos y soportes.....	60
7 Anexos.....	62

1.Introducción

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento del mandato del PND (Ley 1753 de 2015) adelanta un proceso de construcción de una política de atención integral en salud “que tiene como objetivo promover el desarrollo y la salud integral desde una perspectiva poblacional y territorial, acorde con la situación particular de cada contexto. En este sentido propone asumir un abordaje de las personas, las familias y las comunidades en los entornos donde se desarrollan y viven su cotidianidad, a través de atenciones que promuevan condiciones favorables para la salud y el desarrollo de capacidades mediante la promoción de la salud, protección específica, detección temprana, tratamiento y rehabilitación a lo largo del tiempo con oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Una parte fundamental de la operativización del modelo donde el centro son las personas, es el diseño e implementación de la Ruta Integral de Atención en lo relacionado con la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de la vida, la cual se configura como un instrumento que orienta el accionar de los territorios, para brindar atención integral a las personas, teniendo en cuenta sus situaciones, características y contextos particulares en su curso de la vida y los logros de los resultados en salud”.¹

Este proceso se basa en el enfoque de curso de vida y de desarrollo humano y promueve atenciones, para cada uno de los momentos de vida, considerando los entornos y los destinatarios (personas, familias y comunidades). Este proceso se adelanta en alineación con el proceso de implementación de la Ruta integral de atenciones a la primera infancia en el marco del desarrollo de la Estrategia de Cero a Siempre, y considerará los avances y directrices que desde el sector salud, se vayan construyendo y brindando durante el proceso con el fin de generar complementariedad y fortalecer la acción estatal desde la perspectiva de la promoción de la salud atendiendo a la primera infancia y a la infancia.

Por otra parte, será orientador de la acción el enfoque territorial que reconoce el territorio como una unidad de gestión dinámica, sistémica y relacional que comprende el conjunto de diferencias poblacionales, sociodemográficas en relación con factores determinantes de tipo social político cultural educativo y económico que inciden en la situación de la salud y por ende condicionan la propuesta de oferta de servicios... Por tanto, se plantea para la operación de la acción en el marco de un modelo integral de atención en salud, cuatro escenarios territoriales: grandes ciudades, centros urbanos, alta ruralidad y zonas dispersas.

Este proceso, en su segunda fase, se fundamenta en el desarrollo de capacidades para la implementación de la atención Integral en salud con énfasis en la primera infancia y la infancia, en una segunda fase, como continuidad al proceso de asistencia técnica, cooperación y acompañamiento territorial (ACAT), adelantado entre finales 2013 y primer semestre de 2014 en los 32 departamentos del país, 5 distritos y 288 municipios priorizados de todos los departamentos del

¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención. Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida. 2015

país, 8 resguardos de pueblos indígenas y 2 consejos comunitarios de comunidades negras y la comunidad Raizal en Providencia.²

Dicho proceso se formuló contemplando el desarrollo de tres fases, durante tres años, así:

La primera fase, que se implementó entre octubre de 2013 y julio de 2014, se centró en el acompañamiento en las entidades territoriales priorizadas para que a partir de la identificación de la situación de derechos de niños, niñas -desde la pre concepción- y adolescentes con énfasis en los derechos a la salud, alimentación y nutrición y las prioridades para la atención integral en salud se concertara e iniciara la implementación de un plan de asistencia técnica, cooperación y acompañamiento. Con los grupos étnicos, se centró en la realización de ejercicios de concertación³ con las autoridades tradicionales y organizaciones propias, que posibilitaron diálogos de saberes para la construcción de rutas de atención integral propias teniendo en cuenta ciclos de vida, prácticas de cuidado y crianza, concepciones y prácticas asociadas a la salud, la alimentación y la nutrición, así como indagaciones sobre las atenciones por parte del sistema de salud.

La segunda fase se centrará en el acompañamiento a las adecuaciones en la gestión de la atención y de la de calidad y humanización de los servicios y el fortalecimiento de la participación y movilización social para la implementación de la atención integral. Para el caso de los grupos étnicos focalizados, se espera terminar la definición conjunta de las Rutas Integrales de Atención Propias y realizar el ejercicio de articulación de estas con las Rutas Integrales de Atención municipales, con el fin de generar los puentes entre las atenciones propias y las atenciones institucionales, para que estas puedan ser pertinentes culturalmente.

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 y niñas y de la sostenibilidad de los logros alcanzados en el marco de los nuevos gobiernos locales.

Como resultado del trabajo de asistencia técnica, acompañamiento y cooperación realizado con los entes territoriales durante la primera fase, se logró: el compromiso de tomadores de decisión en las DTS para la implementación de la atención integral; la conformación de espacios funcionales en las DTS para integrar a las diferentes prioridades de salud pública y otras áreas como calidad y aseguramiento alrededor de la atención integral para estos grupos como un asunto de todos, con diferentes propuestas funcionales de acuerdo a la capacidad institucional instalada; la apropiación conceptual de los enfoques y elementos centrales de la política de atención integral en salud con énfasis en la primera infancia; el levantamiento de un mapeo territorial de actores (institucionales y

² Departamentos de Cauca (Comunidades de los pueblos Misak y Nasa), Cesar y Magdalena (Comunidades de los pueblos Arahuacos y Ette Ennaka), Nariño (Municipio de Cumbal pueblo de los Pastos), Guainía (Pueblo Puinave), Providencia (Población Raizal), Bolívar (San Basilio de Palenque y Corregimiento del Salado) y Chocó (Municipio de Tadó).

comunitarios) con competencia en niñez con el fin de tener una lectura de contexto que permita orientar los procesos de construcción de la atención integral en el territorio.

Así mismo se trabajó en el acompañamiento al proceso de análisis e identificación de prioridades sobre la situación del derecho a la salud, alimentación y nutrición de niños, niñas y adolescentes mediante la profundización del análisis de la información disponible en los ASIS y la realización de encuentros participativos de reflexión con los actores institucionales y comunitarios, y el acompañamiento a las acciones requeridas por las DTS entre estas: procesos de planeación de las DTS, la construcción de la Ruta integral de atenciones y políticas de infancia y adolescencia en el marco de escenarios intersectoriales y la cualificación en la estrategia AIEPI comunitario a actores sociales, entre otros.

Con los grupos étnicos priorizados se logró avanzar en los procesos de concertación y la construcción de herramientas metodológicas para la gestión intercultural que permitieron tener una primera propuesta de atenciones, entornos, actores y servicios con pertinencia cultural, insumo para la construcción de las Rutas Integrales de Atención Propias.

En esta línea, el desarrollo de la **segunda fase**, promueve el desarrollo de capacidades de los actores del SGSSS que les permita apropiarse las herramientas conceptuales y operativas para la atención integral en salud a infancia bajo el enfoque de curso de vida y el enfoque diferencial, tras la búsqueda de realizar las adecuaciones de la arquitectura institucional o cambios en la gestión de acuerdo a su capacidad institucional orientadas a concretar la atención integral en salud a mujeres gestantes⁴, niños, niñas⁵ de acuerdo a las prioridades identificadas en la lectura de la situación de los derechos, y especialmente el derecho a la salud, alimentación y nutrición de estos grupos de población en cada uno de los territorios, incluyendo las de aquellos con condiciones o situaciones particulares⁶, como aquellos con pertenencia étnica, discapacidad, víctimas del conflicto, en situaciones de vulneración de derechos entre otros, que demandan una respuesta diferencial o especializada para garantizar estos derechos.

Para esta segunda fase de acompañamiento a las entidades territoriales se han priorizado, 32 departamentos, cinco distritos y 232 municipios, de los cuales 174 corresponden a todos los municipios de los departamentos de Bolívar, La Guajira, Sucre, Nariño, Chocó y Guainía. Para el desarrollo de la misma, se contemplan tres ejes de trabajo para el desarrollo de capacidades: i. La gestión de la política, ii. La prestación de servicios de salud con calidad y humanización y iii. El fortalecimiento a la participación y movilización social de familias y comunidades.

⁴ Se incluyen mujeres gestantes, en tanto se aborda la primera infancia desde su preconcepción como se refiere en la propuesta de fundamentos técnicos y políticos de la Estrategia de Cero a Siempre.

⁵ Aquí, la concepción de niño, niña o niñez en términos genéricos para aludir a toda persona desde su concepción hasta los 18 años, según la Convención de los derechos del niño (1989). Mientras que desde el Código de Infancia y Adolescencia, se alude a la primera infancia (0 a 6 años), infancia (7 a 11 años) y adolescencia (12 a 18 años)

⁶ Aquellos de especial protección constitucional.

El acompañamiento en todos los municipios de los departamentos de Bolívar, La Guajira, Sucre, Nariño y en Quibdó hará énfasis en el acompañamiento a la implementación del programa de prevención y reducción de la anemia nutricional para niños y niñas de 6 a 23 meses de edad como una de las estrategias específicas en salud, para contribuir a la mejora de esta situación y para fortalecer la prestación de las atenciones priorizadas por el sector salud de la Ruta Integral de atenciones a la primera infancia. Este proceso parte de los avances realizados durante el pilotaje inicial del programa en los departamentos de Bolívar y La Guajira en 2014.

Con el fin de brindar las orientaciones metodológicas y operativas para el desarrollo de la segunda fase de asistencia técnica, cooperación y acompañamiento territorial, se han dispuesto esta Guía operativa de asistencia técnica en las entidades territoriales dirigida a los **equipos de asistencia técnica** del Ministerio de Salud y a **los equipos de las DTS** que realizan asistencia técnica relacionada con temas de atención integral en salud a mujeres gestantes, niños, niñas y adolescentes, contenida en este documento. Esta guía es complementaria a la Guía operativa desarrollada para la primera fase del proceso ACAT, en la cual se abordan los aspectos conceptuales del desarrollo de capacidades y asistencia técnica, así como de los actores, escenarios y territorios priorizados para el desarrollo del proceso iniciado por el MSPS.

La Guía presenta los objetivos, escenarios territoriales de acompañamiento, ejes de trabajo, etapas y acciones a desarrollar así como orientaciones metodológicas para su realización por cada uno de los ejes de trabajo y específicamente para los territorios con población étnica. Así mismo incluye un apartado de organización funcional y operativa para el desarrollo de la segunda fase dirigida al equipo de acompañamiento del Ministerio de Salud.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Promover el desarrollo de capacidades en las entidades territoriales, EAPB e IPS priorizadas, para realizar las adecuaciones requeridas para la implementación de la atención integral en salud a mujeres gestantes, niños, y niñas de calidad humanizada y con pertinencia cultural, mediante un proceso de asistencia técnica.

2.2 Objetivos específicos

1. Promover la discusión y apropiación de herramientas conceptuales y operativas para promover la atención integral en salud en lo relacionado con la promoción y mantenimiento de la salud en la primera infancia e infancia desde el enfoque de curso de vida y el enfoque diferencial en el marco de la política integral de atención en salud.
2. Desarrollar capacidades en las direcciones territoriales de salud municipales y de forma conjunta con éstas a las EAPB e IPS priorizadas del territorio para la gestión de la atención

integral en salud de acuerdo a las prioridades identificadas y/o concertadas respecto al derecho a la salud. alimentación y nutrición de mujeres gestantes, niños y niñas.

3. Desarrollar capacidades en las direcciones territoriales de salud y de forma conjunta con éstas a las EAPB e IPS priorizadas del territorio para la prestación de servicios de salud con calidad, humanización y pertinencia cultural con énfasis en las atenciones priorizadas de la Ruta Integral de Atenciones de responsabilidad directa del sector salud.
4. Desarrollar capacidades en las direcciones territoriales de salud y de forma conjunta con éstas en las IPS priorizadas para la promoción de la participación y movilización social de familias y comunidades para la gestión efectiva de la atención integral en salud y el cuidado y desarrollo integral de gestantes, niños y niñas

3. Ejes de trabajo

Teniendo en cuenta las prioridades en la atención integral en salud a la infancia y garantizar su desarrollo integral, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) en la dimensión de gestión de poblaciones vulnerables en el componente de atención integral a niños, niñas y adolescentes y en coherencia con el lineamiento para la implementación de la atención integral en salud a primera infancia, infancia y adolescencia⁷ (2014) plantea tres estrategias: i. Gestión de la política, ii. Gestión de la atención con calidad y humanización y iii. La arquitectura institucional.

En el marco de estas directrices, para fines de acompañamiento se han considerado tres ejes de trabajo interdependientes para realizar la asistencia técnica para la implementación de la atención integral a niños, niñas y adolescentes. A continuación se hace referencia a lo que contempla cada uno de estos ejes:

i). La **gestión de la política para la atención integral en salud** comprende el conjunto de acciones relacionadas con el ciclo de política que lidera la Dirección Territorial de Salud: abogacía y posicionamiento, la planeación, implementación y seguimiento y evaluación realizadas a nivel sectorial e intersectorial, que permitan garantizar la protección integral de los derechos a gestantes, niños, niñas y adolescentes según las prioridades territoriales.

ii). La **atención en salud de calidad y humanizada** con énfasis en algunas de las atenciones priorizadas de la Ruta Integral de Atenciones que son de responsabilidad directa del sector salud y que se garantizan a través de servicios de promoción de la salud, protección específica y detección temprana. Para lo cual se propone acompañar a los actores en la implementación de una metodología de valoración de la calidad y humanización que les permita identificar los aspectos a mejorar en la prestación de dichas atenciones y a partir de estos acompañarlos en la implementación de las adecuaciones o acciones de mejora requeridas.

⁷ MSPS dirección de Promoción y Prevención. Grupo Curso de Vida. Lineamiento para la atención integral en salud a la primera infancia, infancia y adolescencia. Bogotá, D.C.

iii). El **fortalecimiento a la participación y movilización social de familias y comunidades** mediante la promoción de procesos y estrategias de carácter participativo y que privilegien el diálogo de saberes para el desarrollo de capacidades en la gestión efectiva de la atención integral en salud y el cuidado y desarrollo integral de gestantes, niños, niñas y adolescentes a nivel institucional, familiar y comunitario.

La orientación para el desarrollo de la asistencia técnica en cada uno de estos ejes se explica en la etapa de acompañamiento. Un asunto transversal a los ejes para el desarrollo de capacidades tiene que ver con la gestión intercultural, la cual se desarrolla más adelante como un apartado específico.

4. Implicaciones de la territorialización del modelo de atención para el desarrollo de la asistencia técnica

Para el desarrollo de este proceso es central reconocer desde un enfoque territorial que promueve el reconocimiento de las diferencias territoriales y la identificación de escenarios con sus particularidades sociodemográficas, poblacionales y relacionales en un marco de complejidad de variables sociales, históricas, culturales, educativas, políticas que se constituyen en los determinantes de la salud.

Así, para el desarrollo de la segunda fase de asistencia técnica además de los escenarios territoriales previstos para la misma (region, departamento y municipio), que se especifican en la Guía operativa de ACAT de la primera fase, es necesario tener en cuenta la territorialización considerada en la política de atención integral en salud-, en construcción,⁸ ya que implica que el desarrollo de la asistencia técnica en cada uno de los ejes de trabajo para el desarrollo de capacidades se tomen en cuenta las condiciones de la dinámica social y poblacional del territorio y sus implicaciones en el estado de salud y la gestión y prestación de la atención en salud pertinente para gestantes, niños, niñas. A continuación se señalan cada uno de estos escenarios y algunas de estas implicaciones:

- a. **Contexto de zona dispersa:** como su nombre lo indica se caracteriza porque la habitabilidad de la población en el territorio se da en forma dispersa. Se trata generalmente de contextos con predominio de actividades agrícolas o pecuarias y población campesina y/o de pertenencia étnica, con poco acceso a servicios públicos e infraestructura vial o vías de comunicación fluviales o marítimas que dificultan la movilidad hacia cabeceras urbanas o centros poblados.

Es así como en estos contextos se requiere disponer de oferta de servicios de salud accesibles para estas poblaciones en donde sean los servicios los que lleguen a la población mediante modalidades móviles que presten las atenciones de tipo ambulatorias no especializadas incluyendo las de promoción y mantenimiento de la salud tanto del POS y del

⁸ Ministerio de Salud y Protección Social (2014) Lineamientos generales para el desarrollo del modelo integral en atención salud para el sistema general de seguridad social en salud - SGSSS.Colombia.

PIC que tengan continuidad de la atención con una red apropiada de acuerdo a las condiciones de estos territorios. Esto implica poder viabilizar desde el MSPS el modelo de aseguramiento y de prestación de servicios para estos contextos que permita asegurar los costos de operación para la garantía de la atención en salud.

Para efectos de la asistencia técnica a territorios con estas características implica acompañar a los diferentes actores en el territorio a fortalecer la gestión de la atención integral en salud a mujeres gestantes, niños y niñas que reside en áreas dispersas lo cual implica de acuerdo a los avances y capacidad institucional en salud de cada territorio desde reconocer la situación de salud de estas poblaciones incluyendo las capacidades familiares y comunitarias para favorecer el desarrollo y el cuidado y para participar activamente en los procesos de gestión de la salud así como de la disponibilidad y condiciones de calidad y

humanización de la oferta de servicios de salud a partir de los cuales se pueda identificar cuáles son las prioridades a trabajar en procesos de adecuación o fortalecimiento de la atención integral a estos grupos poblacionales.

En el caso de territorios con presencia de grupos étnicos, implica acompañar un proceso de diálogo intercultural que permita construir e implementar la atención integral en salud con pertinencia cultural para estos grupos, para el cual se brindan algunas orientaciones en la presente guía.

- b. **Áreas rurales:** se caracterizan también por ser contextos con predominio de actividades agrícolas, pecuarias o de economía extractiva y por ende población campesina, pero en las que no necesariamente la habitabilidad de la población en el territorio es dispersa. De acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano el 32 de la población es rura, y tres cuartas partes de los municipios predominan relaciones de sociedades rurales.⁹

Este contexto demanda disponer oferta de servicios de salud de baja complejidad accesible mediante unidades básicas de atención cuya disponibilidad de servicios deberá ser definida de acuerdo a las necesidades de la población apoyándose en profesionales de salud no necesariamente de forma permanente y la cual deberá funcionar como puerta de entrada a la red integrada de servicios de salud.

- c. **Centros urbanos:** corresponde a las cabeceras urbanas de los municipios, que en algunos casos corresponde a las capitales de departamentos con menos de xxx habitantes, y en donde se ubica la oferta de servicios de salud de atención básica, siendo la puerta de entrada fundamental a la red de servicios de salud. En el caso de algunas ciudades capitales o centros urbanos de municipios grandes se ubica también la atención ambulatoria y hospitalaria de especialidades básicas siendo el centro de referencia de otros centros urbanos.

⁹ PNUD. Colombia Rural razones para la Esperanza. Informe Nacional para el Desarrollo Humano. 2011.

d. *Grandes ciudades:* corresponde a las capitales de departamento en donde se concentra la red de atención especializada de alta complejidad para la referencia de la población que corresponde a esa red y la de baja complejidad para la población residente en dichos territorios.

5. Etapas y acciones a desarrollar

Para el desarrollo del proceso de ACAT en esta segunda fase se han contemplado tres etapas: i).Planeación de la Asistencia técnica, acompañamiento y cooperación para el desarrollo de capacidades, y ii) Acompañamiento para la implementación de la atención integral de acuerdo a los planes de asistencia técnica concertados y iii) Seguimiento y evaluación. Algunas de las acciones planteadas en estas etapas no implican secuencialidad sino se pueden desarrollar de forma simultánea. A continuación se explica cada una de éstas:

5.1 Planeación del desarrollo de capacidades

Esta etapa comprende las acciones de alistamiento o preparación que realizarán los equipos a cargo del proceso ACAT antes de su llegada al territorio o en el primer contacto con éstos, la generación de acuerdos para el desarrollo del proceso de asistencia técnica que deben conducir a la concertación de planes de asistencia técnica para el desarrollo de capacidades en lo relacionado con la atención integral en salud materna e infantil en el marco del plan operativo de las acciones que concertará el MSPS con cada DTS y de forma conjunta con ésta para IPS y EAPB. y a coordinar el trabajo de asistencia técnica de los equipos de acompañamiento con el que desarrollan los departamentos para el caso del proceso ACAT. A continuación se explican cada uno de estos de forma más detallada:

5.1.1 Alistamiento

Las acciones de preparación que realizarán los equipos a cargo del proceso ACAT antes de su llegada al territorio o en el primer contacto con estos, incluyen:

- a. La *inducción y/o reinducción* en lo relacionado con los enfoques y marco conceptual y de política para la atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia; los lineamientos para la implementación de la atención integral en salud; las orientaciones técnicas y metodológicas que permitan realizar el acompañamiento en los tres ejes de trabajo propuestos para trabajar durante la segunda fase y en el acompañamiento en la implementación del programa nacional para la prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia – en los departamentos seleccionados- y los aspectos de contexto y prioridades de cada territorio.

El lineamiento para la implementación de la atención integral en salud a primera infancia, infancia y adolescencia comprende además del lineamiento general, los anexos técnicos sobre:

- Profundización del análisis de la situación del derecho a la salud, alimentación y nutrición.

- Calidad y humanización de la atención
- Familia y comunidad
- Orientaciones para la atención con pertinencia cultural
- Lineamiento programa nacional para la prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia.
- Guía operativa programa nacional para la prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia.

Este proceso se llevará a cabo antes del inicio del trabajo de los equipos en territorio de forma concertada con las DTS, para que puedan ser participantes activos, y cada dos meses en el marco de las reuniones de seguimiento. En estas se incluirán contenidos específicos relacionados con cada uno de los ejes de trabajo de acuerdo a los avances y necesidades de asistencia técnica de los territorios.

- b. La *contextualización* sobre los territorios que se acompañarán entendiéndolo por esta la comprensión de las condiciones políticas, sociales, económicas y ambientales del territorio y población, así como de la situación del derecho a la salud, alimentación y nutrición de gestantes, niños, niñas y adolescentes.

Dicha contextualización podrá hacerse a partir de la revisión documental, para lo cual se requiere el estudio de los siguientes documentos:

- i. Plan de desarrollo con énfasis en su plan de salud territorial en lo relacionado con la atención en salud a infancia y adolescencia (última versión disponible)
- ii. Documento de análisis de situación de salud de la entidad territorial.
- iii. Informe de rendición pública de cuentas de niños, niñas y adolescentes 2015.
- iv. Informes y productos de la primera fase de ACAT (mapa de actores, síntesis analítica sobre la situación del derecho a la salud, alimentación y nutrición de niños, niñas y adolescentes, relatorías de encuentros participativos con actores institucional y/o comunitarios y otros que existan) del desarrollo del proceso ACAT en primera fase que permita reconocer el contexto, avances y prioridades del territorio para dar continuidad al proceso ACAT, los cuales están disponibles en la caja de herramientas de los equipos ACAT.
https://www.dropbox.com/sh/24579oj6m8sfv8g/AAC3FjW0BQymWN0_kU1JS-w1a?dl=0
- v. Plan operativo anual 2015 revisando en las diferentes dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública las acciones dirigidas a niños, niñas y adolescentes.
- vi. Informes finales y productos (Ruta integral de atenciones a la primera infancia (RIA) y plan de protección integral) de cada territorio de la segunda fase de fortalecimiento territorial realizada por la CIPI, los cuales serán entregados en el proceso de inducción.
- vii. Informes sobre el proceso de asistencia técnica realizada en 2014 para la implementación del programa de prevención y reducción de la anemia nutricional en

- el caso de los departamentos de La Guajira y Bolívar, que estarán disponibles en la caja de herramientas de equipos ACAT.
- viii. Informes y planes de mejoramiento del proceso de acompañamiento al mejoramiento de la calidad de la atención materno infantil realizado por Unicef-Sinergias en los departamentos de Bolívar, la Guajira, Chocó, Cauca, Córdoba, Putumayo entre 2012-2015.

Algunos de estos documentos serán aportados por el proyecto y otros será necesario solicitarlos en la DTS departamental o en el primer contacto con las DTS como parte de la planeación de la primera visita de acompañamiento.¹⁰

- c. Coordinar con los equipos de otros procesos de asistencia técnica de programas o estrategias del MSPS relacionadas con la atención integral en salud a mujeres gestantes,
- d.

niños, niñas y adolescentes con los que se coincidirá en algunos departamentos y municipios (Excel Matriz de acciones 2016), como es el caso de salud materna, el programa

de prevención y atención de la infección respiratoria aguda en niños menores de cinco años y del Programa Ampliado de Inmunizaciones, de calidad de la atención materno infantil. Esta coordinación busca generar sinergias entre los diferentes procesos de asistencia técnica evitando duplicidades, lo cual implica que se generen mecanismos que les permitan actuar como un único equipo de asistencia técnica, dentro de los cuales se han previsto:

- i. Agendar espacios conjuntos para la presentación de los objetivos de todos los procesos de desarrollo de capacidades, para acordar el plan de desarrollo de capacidades y realizar seguimiento al desarrollo del mismo con la DTS. En caso de que no fuera posible coordinar dichas agendas el profesional que primero inicia el proceso de asistencia técnica deberá poder brindar el panorama de los procesos de adelantará el MSPS.
- ii. Coordinar el desarrollo de acciones conjuntas en temas comunes.
- e. Coordinar el acompañamiento para la construcción e implementación de la RIA a nivel intersectorial con referente asesor del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNFB) a nivel departamental y con el equipo de CIPI si lo hubiera, con responsabilidad en el liderazgo de este acompañamiento, así como con el equipo de otros sectores con responsabilidades de asistencia técnica en los escenarios de coordinación dispuestos, con el fin de reconocer los avances, acuerdos previos con las entidades territoriales y necesidades con el fin de definir lo requerido desde la asistencia técnica y acompañamiento del sector salud para fortalecer dicho proceso.

¹⁰ Es necesario revisar por cada región la particularidad de los procesos, avances y en consecuencia documentos existentes, los cuales tienen distintos grados de estructuración con predominancia descriptiva.

La Comisión Intersectorial para la Primera Infancia y el Sistema Nacional Familiar (SNFB) han venido realizando entre segundo semestre de 2013 y 2014 de fortalecimiento territorial y cooperación para el diseño e implementación integrales de atención a la primera infancia y planes de atención integral en territoriales. En el segundo semestre de 2015 este trabajo continuo con el apoyo a 200 experiencias demostrativas en la implementación de la atención integral en departamentos del país. Por su parte el SNFB ha venido acompañando la implementación de políticas para la niñez y adolescencia que permitan dar sostenibilidad a la requerida por estos grupos poblacionales.

La coordinación con el equipo de CIPI y SNFB deberá realizarse de la siguiente forma de acuerdo a los escenarios de acompañamiento:

En el departamento: El gestor departamental del proceso ACAT con el asesor del SNFB o referente de la CIPI si lo hubiera generarán acuerdos de trabajo para el nivel departamental y para coordinar el acompañamiento en los municipios a nivel intersectorial, el cual será comunicado a equipos municipales, solamente en los casos en los que se cuente con éstos.

En el municipio: El equipo municipal y el profesional de la CIPI si lo hubiera generarán acuerdos de trabajo para el nivel municipal y para coordinar el acompañamiento en los municipios a nivel intersectorial.

Este proceso requiere haber revisado previamente las orientaciones para el fortalecimiento territorial de la CIPI disponibles en la caja de herramientas de la atención integral a infancia y adolescencia en la sección de gestión territorial, así como los informes de acompañamiento a nivel territorial de la CIPI. Para facilitar dicho contacto el directorio de referentes esta disponible en la caja de herramientas de los equipos ACAT.

5.1.2 Construcción de acuerdos para el desarrollo de la asistencia técnica

Comprende las acciones de diálogo y concertación inicial con los actores del SGSSS que se acompañarán en el territorio para el desarrollo del proceso en segunda fase, lo cual incluye:

- a. La realización de una reunión inicial con la referente de infancia o quien haga sus veces en el caso de Secretarías de salud departamentales y de ciudad capital y con la persona encargada de los temas de atención en salud a infancia y adolescencia (coordinadora de salud pública, secretarías de salud o de desarrollo social) en el caso de secretarías de salud municipales. En el caso de los departamentos priorizados para el programa de prevención y reducción de la anemia nutricional esta reunión debe incluir a la referente del programa en caso de que sea un profesional diferente al de infancia.

Esta reunión tiene como fin poder ampliar la contextualización sobre el territorio, teniendo en cuenta los avances en relación a la gestión de la atención en salud a la infancia con el

balance de lo trabajado en la primera fase y lo avanzado por el territorio hasta el inicio de la segunda fase y de las prioridades identificadas frente al derecho a la salud, alimentación y nutrición de mujeres gestantes, niños, niñas y adolescentes y contempladas en los procesos de planeación en salud en el marco de la migración del PDSP- si es que ya se cuenta con estas en el territorio. En caso de que el territorio aun no tenga identificadas dichas prioridades, esto podrá ser un aspecto que se incluya dentro de las necesidades de asistencia técnica.

A partir de esta contextualización y de la socialización de las proyecciones de trabajo de la segunda fase de ACAT para 2015 se busca identificar las necesidades de asistencia técnica requeridas por la DTS para el desarrollo de capacidades considerando los ejes de trabajo propuestos con el fin de concertar un plan de asistencia técnica para su desarrollo en la segunda fase que establezca además como se realizará el trabajo conjunto con la DTS.

En el caso de las secretarías departamentales y de ciudad capital o municipales que cuenten con otros referentes de otras áreas relacionadas con la atención integral de mujeres gestantes, niños, niñas y adolescentes, este ejercicio se considerará un insumo inicial para una reunión posterior con dichos equipos técnicos.

- b. La realización de una reunión con secretario de salud, que puede ser la misma anterior cuando es la única persona de la DTS, se buscará presentar los objetivos del proceso de desarrollo de capacidades y refrendar los compromisos establecidos para el desarrollo del proceso en la primera fase para la actual relacionados con:
 - i. La designación de referentes de salud infantil o profesional de enlace de forma continua para que sean los interlocutores directos durante el proceso.
 - ii. La conformación y funcionamiento permanente de los espacios interáreas.
 - iii. La realización de espacios de seguimiento con secretario de salud sobre los avances y dificultades del proceso realizados como mínimo cada trimestre. En el caso de los departamentos está previsto que se puedan realizar reuniones de seguimiento de forma conjunta entre el equipo técnico de la DTS y el equipo de gestores departamentales y/o municipales, a partir de las cuales se contará con los insumos para dichas reuniones con tomador de decisión.
 - iv. La disponibilidad o el apoyo para la gestión de espacios para la realización de reuniones trimestrales entre el equipo de la DTS y los equipos de asistencia técnica.
 - v. Otros que se consideren necesarios

En el caso de los de los departamentos priorizados para el programa de prevención y reducción de la anemia esta reunión debe incluir la presentación de la propuesta del programa de prevención y reducción de la anemia nutricional, los avances y compromisos en la implementación en el caso de los departamentos piloto Bolívar y La Guajira, e igualmente los compromisos que se requieren para la implementación del programa en la entidad territorial. Teniendo en cuenta que el programa cuenta con atenciones priorizadas para la

promoción y prevención de deficiencias nutricionales en primera infancia, es importante incluir en la asistencia técnica todas las atenciones y los componentes del programa, de esta manera se gestionará la implementación del programa de manera integral y no temática.

Se sugiere que la reunión de contacto inicial con el secretario de salud sea realizada en lo posible de forma conjunta con los otros procesos de asistencia técnica del MSPS que serán realizados en el territorio especialmente los relacionados con la atención integral en salud a mujeres gestantes, niños, niñas y adolescentes bajo el liderazgo del profesional del MSPS que lidera el acompañamiento a la gestión integral de la salud pública, de manera que no se genere un desgaste de reuniones con el tomador de decisión y más bien se puedan visibilizar posibles sinergias y acordar espacios de seguimiento conjunto.

- c. La realización de una reunión entre el equipo de asistencia técnica de salud materna e infantil del MSPS con el equipo técnico de la DTS preferiblemente en el marco del espacio interáreas, previsto en lineamiento para la implementación de la atención integral, con participación del secretario de salud, para que a partir de la presentación del balance de la implementación de la atención integral en salud a gestantes, niñas, niños y adolescentes, de las prioridades contempladas en los procesos de planeación en salud en el marco de la
- d.

migración del PDSP, y de los objetivos propuestos para el trabajo de la segunda fase y los demás procesos de asistencia técnica del MSPS, se pueda generar un diálogo que permita:

- i. La identificación de necesidades de asistencia técnica para el desarrollo de capacidades en los tres ejes propuestos para el trabajo con el fin de concertar un plan de desarrollo de capacidades en salud materno e infantil para dar respuesta a las mismas.
- ii. Acordar en caso de que se cuente con estos cómo se realizará el trabajo coordinado con los equipos que realizan la asistencia técnica en territorio. Lo cual puede implicará según el caso: definición de agendas conjuntas, redistribución territorial del equipo de la DTS que permita dar mejor cobertura en otros municipios en el caso de los departamentos del programa de para la prevención y reducción de la anemia nutricional, armonizar las orientaciones metodológicas -este último aspecto podrá ser parte de una de las acciones dentro del plan de desarrollo de capacidades- entre otras.

Si esta reunión puede contar con la participación del secretario de salud podría ser la misma que la señalada en el punto anterior. En caso de que el equipo de asistencia técnica del MSPS no pueda establecer el plan de desarrollo de capacidades en un encuentro común con la entidad territorial, los diferentes procesos de asistencia técnica deberán coordinar que se acuerde un único plan que integre las diferentes acciones que se desarrollarán por parte del equipo.

El plan de asistencia técnica para el desarrollo de capacidades para la atención integral en salud materna e infantil que se concertará con la DTS para el desarrollo de la segunda fase es uno solo a nivel territorial, que debe incluir las acciones a desarrollar con las DTS y de ésta en conjunto con los demás actores (IPS, EAPB y comunidades) en cada uno de los ejes de trabajo propuestos:

- a. Gestión de la política
- b. Prestación de servicios con calidad y humanización

- i. Para el acompañamiento en relación con la provisión de atención de calidad y humanizada, una vez se acuerde con la DTS, especialmente con el área de prestación de servicios y salud pública, la forma de realizar el acompañamiento y se valore si las IPS y EAPB que se priorizarán para el acompañamiento son las mismas con las que se establecieron acuerdos en la primera fase. Se procederá a realizar una reunión convocada y realizada en conjunto con la DTS con cada una de las IPS en las que participe el equipo directivo y de coordinación (Gerente, subgerente de prestación de servicios, coordinador de calidad, coordinador de promoción y prevención, coordinador de atención de partos) con el fin de socializar los objetivos del trabajo a realizar en segunda fase con énfasis en las atenciones priorizadas de la RIA de responsabilidad directa del sector salud, para que a partir de allí se generen acuerdos para el desarrollo del trabajo. Será igualmente importante definir o refrendar como parte de dichos acuerdos:
 - i. La designación de un profesional que sea enlace directo para el proceso, en los departamentos priorizados por el programa de prevención y reducción de la anemia nutricional, debe dar cuenta del mismo como proceso integral.
 - ii. La disposición o conformación de un comité o espacio periódico en el cual se pueda trabajar los aspectos relacionados con la calidad de la atención materna e infantil y las adecuaciones que se requieran implementar a partir de lo que se identifique como aspectos a mejorar.
 - iii. La participación en dicho comité del gerente o subgerente.

- j. Para el acompañamiento a los procesos de fortalecimiento familiar y comunitario en torno a la gestión de la atención integral y el desarrollo y cuidado integral de niños y niñas según las necesidades que se acuerden con la DTS se desarrollarán las acciones de acercamiento a grupos u organizaciones familiares, sociales y comunitarias o con instituciones, si es que la vía de acercamiento a los actores con los que se quiere trabajar se hace a través de éstas, con el fin de reconocer en campo el trabajo que se viene adelantando y propiciar un diálogo de saberes que permita identificar el desarrollo de capacidades requerido. E igualmente, se invita a promover procesos y escenarios de amplia participación que incluyen aquellos informales o cotidianos que se dan tanto en consulta como en acciones intramurales o extramurales propios de la gestión en salud. Esto implica además de grupos de base organizados, involucrar al ciudadano o actor comunitario que no pertenece necesariamente a una colectividad reconocida, e implica también trabajo y escucha de los niños y niñas en todos los momentos de vida en general. Siguiendo la pauta de trabajo a la que se convocó en el reconocimiento y análisis de situación de la I fase ACAT.

5.2 Acompañamiento para la implementación de la atención integral de acuerdo a los planes de desarrollo de capacidades concertados

Esta etapa hace referencia al desarrollo de las acciones de acompañamiento que permitan identificar y desarrollar las capacidades que requieren los actores para implementar la atención integral en salud acorde a las prioridades para la garantía del derecho a la salud, alimentación y nutrición de gestantes, niños, niñas en el territorio y a las acciones contempladas en los planes de desarrollo de capacidades acordados en cada uno de los ejes de trabajo propuestos. A continuación se señalan algunas orientaciones para cada uno de estos ejes:

5.2.1. Gestión de la política para la implementación de la atención integral

Teniendo en cuenta que la gestión de la atención integral, como política pública, requiere que la DTS cuente con una arquitectura adecuada que pueda responder a los desafíos y retos para garantizar la atención integral en salud de estos grupos poblacionales de acuerdo a sus competencias, se propone que para el inicio de esta fase se pueda profundizar en reconocer en conjunto con la DTS las fortalezas y debilidades de los actores del SGSSS para gestionar las prioridades frente al derecho a la salud, alimentación y nutrición de estos grupos poblacionales y a partir de allí identificar el desarrollo de capacidades que se requiere en materia de gestión.

La *arquitectura institucional* hace referencia a la interrelación y dependencia entre los recursos físicos, humanos, tecnológicos y los procesos requeridos para la atención integral, como la gestión de la política pública, la regulación, la prestación de servicios, la asistencia técnica, la inspección, vigilancia y control (IVC), la vigilancia en salud pública, gestión del conocimiento, entre otros.

Para realizar dicha profundización se propone que se acompañe a la DTS a que realice una autoevaluación de su capacidad institucional utilizando para esto el *Instrumento de Valoración de la Capacidad Institucional de DTS para la atención integral en salud a infancia y adolescencia*, disponible en la caja de herramientas en la sección gestión territorial, que contiene un conjunto de preguntas referidas a cuatro aspectos: i. La capacidad técnica y operativa, ii. El direccionamiento estratégico, iii. Las relaciones intersectoriales y iv. La participación social. Esta autoevaluación se propone que se pueda realizar como un ejercicio de reflexión colectiva entre las diferentes áreas que bien puede ser en el marco del espacio interáreas que les permita identificar sus fortalezas y debilidades y a partir de éstas se puedan definir acciones de mejora y para cuáles de éstas se requieren asistencia técnica. Este espacio de reflexión conjunta puede darse una vez que las áreas encargadas de temas específicos hayan realizado un avance de su diligenciamiento y en coordinación con el proceso de diagnóstico de capacidades para la gestión de la salud pública que será liderado por el profesional territorial departamental.

El acompañamiento a la valoración de la capacidad institucional requiere conocer muy bien las competencias de los actores del SGSSS contenidas en la Ley 715 de 2000, las Resoluciones 1841 de 2013 y 518 de 2015 entre otras..

Para acompañar en la realización de esta autoevaluación es clave el diligenciamiento completo de las preguntas incluyendo de la especificación cuando así se requiere.

De acuerdo a dicha autoevaluación y a los temas priorizados por las DTS se deberán acordar las acciones de desarrollo de capacidades requeridas en lo relacionado con el eje de gestión. A

continuación se señalan las orientaciones para acompañar algunos procesos misionales de la gestión en caso de que resultan ser prioritarios para las DTS.

a. Apropiación de orientaciones y herramientas conceptuales y operativas para la implementación de la atención integral a infancia con enfoque de curso de vida en el marco del modelo de atención de salud

Con el fin de desarrollar capacidades en las DTS para la gestión de la atención integral con enfoque de curso de vida, los equipos promoverán la apropiación conceptual del enfoque de curso de vida mediante el desarrollo de talleres de reflexión sobre sus principales conceptos y sobre sus implicaciones para la atención en salud con los equipos técnicos de las DTS principalmente de las áreas de salud pública orientados con la Guía metodológica disponible en el Anexo 1.

Así mismo podrá socializar en la DTS los lineamientos para la implementación de la atención integral en salud a primera infancia, infancia y adolescencia en el caso de equipos que aun no los conozcan teniendo en cuenta aquellos que pudieron haber cambiado con los nuevos gobiernos territoriales, para tal fin puede utilizar recursos como presentaciones y videos disponibles en la Caja de Herramientas de atención a niños, niñas y adolescentes disponible en la web: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/Caja-de-herramientas.aspx>

b. Análisis de situación del derecho a la salud

El acompañamiento a necesidades relacionadas con este aspecto, debe considerar los siguientes antecedentes: i. Las entidades territoriales debieron culminar los documentos de análisis de situación de salud (ASIS) entre el año 2013 y 2014 como insumo para el proceso de formulación de los próximos planes de salud territoriales en el marco del Plan Decenal de Salud Pública bajo la estrategia Pase a la Equidad en Salud, ii. En la primera fase del proceso ACAT se acompañó a los territorios para que a partir de los insumos de ASIS pudieran profundizar en el reconocimiento de la situación y determinantes del derecho a la salud, alimentación y nutrición de gestantes, niños, niñas y adolescentes (ASIDNA) que les permitiera identificar prioridades también como un insumo para el proceso de construcción del plan de salud territorial y iii. Entre 2014 y 2015 los equipos de planeación de las DTS departamentales con la asistencia técnica del equipo de asistencia técnica regional del MSPS, acompañaron a los entes municipales para que implementarán la estrategia Pase a la Equidad en Salud, bajo la cual en los primeros momentos se profundizó la identificación y comprensión de la situación de salud de la población en el marco de las dinámicas sociales, económicas, poblacionales y del ambiente del territorio a fin de identificar tensiones, la configuración actual y deseada del territorio y las posibilidades de transformación de dichas tensiones como insumo para avanzar en la construcción de un marco estratégico para próximos planes de salud territorial (PST).

Por lo anterior de acuerdo a los avances de las entidades territoriales en este proceso, se podrá realizar acompañamiento en las capacidades para la generación de la información cuantitativa y cualitativa para el ASIDNA, de la actualización del ASIS en relación con el análisis del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes de acuerdo a los lineamientos para la profundización de ASID disponible en la caja de herramientas sección análisis de situación y en los materiales producidos por Pase a la Equidad disponibles en: https://www.youtube.com/channel/UCWZW7g_Chfwup7o2jx42Aaw

c. Planeación de la atención integral en el marco del PDSP

El acompañamiento a este proceso misional debe tomar en cuenta: i. El inicio de nuevos gobiernos territoriales y la formulación de los próximos planes de desarrollo y en el marco de éstos del plan de salud territorial para el próximo cuatrienio en el marco de la cual se contemplarán las acciones para la atención integral a estos grupos poblacionales de acuerdo a las prioridades identificadas por los territorios, que se deberá realizar en el primer semestre de 2016, ii. El proceso preparatorio que ha adelantado el Ministerio de Salud y las entidades territoriales entre 2013 y 2015 para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) mediante la metodología Pase a la Equidad con el fin de que las entidades territoriales armonizaran los planes territoriales de salud vigentes con el PDSP y preparen la elaboración de los componentes de priorización en salud pública y estratégico como insumo para los próximos Planes Territoriales de salud que hacen parte de la formulación de los nuevos planes de desarrollo territorial y iii: Los planes de intervenciones colectivas para el año 2016, que para el primer semestre estarán en el marco de los antiguos planes

de salud territorial, deben formularse en el marco de la Resolución 518 de 2015, que fija las orientaciones para el desarrollo de los mismos y de las acciones de gestión de la salud pública.

Los lineamientos para la formulación de los próximos planes de desarrollo territorial 2016-2019 orientan al formulación de los tres componentes del plan: Diagnóstico, Estratégico y Plan de inversiones y están disponibles en **KiTterritorial.co** así como las orientaciones para la inclusión de asuntos sectoriales o temáticos mediante rutas especializadas una de las cuales es la de primera infancia, infancia, adolescencia y fortalecimiento familiar. En el marco de estos lineamientos deberá armonizarse la inclusión en el plan de desarrollo territorial de la construcción que realizará el sector salud mediante la metodología de Pase a la Equidad.

Pase a la Equidad en Salud es una estrategia para la asistencia técnica y formación activa en planeación territorial en salud que adaptó para el sector salud la de Pase al Desarrollo utilizada para la construcción de los planes de ordenamiento territorial. Con esta se busca hacer una planeación que permita pensar de manera integral el territorio y su población reconociendo las interrelaciones entre las diferentes dimensiones del desarrollo: Poblacional, Ambiental, Social y Económica. .

Esta metodología propone tres momentos y diez pasos que buscan 1. Identificar y “Comprender la situación de salud de la población en un territorio en su relación con las dinámicas del territorio mencionadas anteriormente con el fin de identificar las tensiones y la configuración actual y deseada de la situación de salud del territorio teniendo en cuenta las dimensiones planteadas en el Plan Decenal de Salud Pública, con el fin de 3. Responder mediante la elaboración de una planeación estratégica a 2021 en el marco del cual se definan los próximos planes de salud territorial 2016-2019.

Mayor información en: Guía conceptual y lineamientos operativos y metodológicos de la Estrategia Pase a la Equidad en Salud disponibles en el Repositorio institucional del Ministerio https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?u=https%3A%2F%2Fwww%2Eminsalud%2Egov%2Eco%2Fsites%2Frid&k=pase%20a%20la%20equidad y en www.pasealdesarrollo.org

Algunos elementos claves en el acompañamiento a los procesos de planeación en salud de la entidad territorial en lo relacionado con la atención integral en salud a estos grupos poblacionales son:

- a. Retroalimentar y acompañar la construcción de los ejercicios de plan de salud territorial (PST) con el fin de que en los diferentes momentos y pasos propuestos para su construcción se haya incluido la reflexión por la situación de salud de las mujeres gestantes, niños y niñas, que al ser una dimensión transversal tiene relación con las diferentes dimensiones prioritarias del PDSP. Lo anterior incluye el acompañamiento a espacios de participación social para la construcción del mismo.

- b. Así mismo poder acompañar la formulación de respuestas integrales ante las transformaciones esperadas en las tensiones identificadas y que se relacionan con estos grupos poblacionales en el componente estratégico del plan, lo cual implica trascender la respuesta desde ofertas temáticas o por dimensión que tradicionalmente ha venido realizando el sector salud hacia ofertas interprogramáticas centradas en las personas.
- c. El acompañamiento a la formulación de los planes de intervenciones colectivas (PIC) tanto para el primer semestre como para aquellos que se formulen en el marco de los próximos planes de salud territorial, deberá realizarse teniendo en cuenta los lineamientos en relación con las competencias, procesos y recursos que pueden ser usados para la gestión de la salud pública así como de los contenidos y condiciones para la formulación e implementación del PIC. Por lo anterior es clave poder orientar a los territorios en la formulación de este plan en el marco del PST que permita tener coherencia entre las prioridades identificadas y las respuestas a generar en lo relacionado con las acciones colectivas en su carácter complementario de la prestación de servicios individuales.

El acompañamiento a los procesos de planeación territorial en salud requiere conocer el marco normativo de la planeación territorial Ley 152 de 1994, La Res 1536 de 2015 y las orientaciones de pase a la equidad para este proceso. Este marco normativo utiliza como metodologías de construcción de proyectos el marco lógico, por lo cual es muy importante que se maneje bien. Así mismo de la Resolución 518 de 2015 en lo referente a los planes de intervenciones colectivas.

d. Gestión de recursos financieros

El acompañamiento a la gestión de recursos financieros puede abordar aspectos desde el conocimiento de las fuentes de financiación para la atención integral en el marco del SGSSS hasta los mecanismos para la gestión de recursos de fuentes adicionales a los recursos propios o de transferencia de la nación, como es el caso de recursos de regalías y de Conpes de infancia que para el año 2016 aplica mediante el Conpes 181 de 2015.

En entidades territoriales con estas necesidades se propone la realización de capacitaciones sobre el proceso de gestión de recursos con regalías y Conpes de infancia y la metodología MGA en el marco de los encuentros departamentales programados con apoyo de líder regional o consultor de gestión de recursos, así como el acompañamiento directo en la entidad territorial para la formulación

de dichos proyectos teniendo en cuenta algunos recursos como los proyectos tipo de atención a primera infancia, los cuales están disponibles en la caja de herramientas de equipos ACAT.

Por lo anterior es clave que los equipos municipales indaguen en las entidades municipales la inversión de estos recursos (Conpes y Regalías), es decir, identificar en qué se invirtió, y si no se ha hecho, realizar la gestión y acompañamiento para lograr que se realice según la prioridad o necesidad que se identifique, se trata es de lograr que estos recursos se materialicen en la atención integral, si es el caso, en salud.

Recursos de **Regalías**:¹¹

Las regalías, para efectos de definición se toma la que desde el Departamento Nacional de Planeación (DNP) Maneja, siendo esta: *“El artículo 360 de la Constitución Política contiene la definición de la palabra regalías, para efectos del derecho público, de las finanzas públicas y de la Presupuestación pública y las define como “la contraprestación económica que surge de la explotación de un recurso natural no renovable y cuya titularidad es del Estado Colombiano”.*

Ahora bien, Constitucionalmente las regalías se han concebido como una contraprestación económica que se causa a favor del Estado por la explotación de un recurso natural no renovable y que está a cargo de las personas a quienes se les otorga el derecho a explorar o explotar recursos minerales existentes en el subsuelo en determinado porcentaje sobre el producto bruto explotado. Es de anotar, que este recurso es de tipo recurrente, siendo una fuente que tiene un límite.

En cuanto a la destinación y formulación de proyectos de inversión, bajo el marco de la Comisión Rectora¹² del Sistema General de Regalías se tiene que para los sectores, en este caso el sector de salud se tendría en cuenta el Acuerdo 017 de 2013 (Anexo a este documento), ya que este establece los requisitos de viabilización, aprobación y ejecución que deben cumplir los proyectos de inversión financiados con los recursos de regalías, y el Acuerdo 015 de 2013 por el cual se establecen los lineamientos para la formulación, presentación, verificación, viabilización, priorización y aprobación de los programas y proyectos de inversión de ciencia, tecnología e innovación a ser financiados con recursos del Sistema General de Regalías.

Para el nuevo sistema, es decir, el sistema actual de regalías existen las siguientes clases:

Directas: La concepción de regalías directas se mantiene bajo el nuevo marco normativo del Sistema General de Regalías (Aquellas que recibían las entidades territoriales en cuyos territorios se explotaban recursos naturales no renovables o por cuyos territorios se transportaban esos recursos naturales no renovables).

Específicas: Son las que se giran a los municipios más pobres del país, según el índice de

¹¹ <https://www.sgr.gov.co/Inicio.aspx>

¹² “Que el artículo 4° de la Ley 1530 de 2012, establece que la Comisión Rectora del Sistema General de Regalías es el órgano encargado de definir la política general de dicho Sistema, evaluar su ejecución general y dictar, mediante Acuerdos, las regulaciones de carácter administrativo orientadas a asegurar el adecuado funcionamiento del Sistema;

Que de conformidad con lo establecido en el numeral 1 del artículo 5° de la Ley 1530 de 2012, la Comisión Rectora tiene como función definir las directrices generales, procesos, requisitos, metodologías, y criterios para el funcionamiento del Sistema General de Regalías;”

necesidades básicas insatisfechas, el índice de población y el índice de desempleo, con cargo al 40% de los recursos del Fondo de Compensación Regional. Actualmente vienen siendo recibidas por 1084 municipios.

Regionales: De los fondos de desarrollo regional y de compensación regional para inversión de las regiones.

Ciencia tecnología e innovación: Con los recursos de este fondo se pueden financiar proyectos de investigación y desarrollo, formación de capital humano, servicios científicos y tecnológicos, transferencia tecnológica, propiedad intelectual, infraestructura y actividades de innovación productiva y social.

Recursos de **Conpes de infancia**:¹³

Los recursos de los Conpes de Infancia provienen del crecimiento de la economía por encima del 4%. Ahora bien, a partir de esto ha existido los Conpes 115, 123, 152, 162 y 181. Este último, y vigente actualmente, el Conpes 181 de 2015, permite la posibilidad de apalancar en las entidades territoriales los procesos, mejorando la capacidad instalada y el desarrollo institucional, lo cual incluye infraestructura, dotación y formación que no implique gastos recurrentes de acuerdo a las siguientes líneas de inversión:

- a. **Adecuación institucional para mejorar o fortalecer el acceso a los servicios de salud, la calidad y humanización de la atención mediante:** Construcción o mejoramiento de infraestructura, adecuación que incluye la dotación para los servicios de salud, con el fin de mejorar la capacidad resolutoria para la atención de los primeros mil días en el sector que incluye infraestructura y dotación, así como el desarrollo de capacidades mediante formación de los profesionales, técnicos y tecnólogos que prestan sus servicios en las diferentes instituciones con énfasis en la humanización, integralidad, calidad y calidez de la atención de los siguientes servicios:
 - *Atención del Parto Integral:* La estrategia de parto integral contempla el desarrollo de 3 servicios, que de acuerdo con la situación de cada municipio, pueden implementarse en su totalidad o solamente aquellos de los componentes que requiera el territorio: 1) salas de preparación para la atención del parto integral; 2) salas de atención al parto; y 3) salas de alojamiento conjunto.
 - *Implementación de estrategias ambulatorias, hospitalarias y comunitarias para la atención integral del recién nacido:* Esta Estrategia promueve el desarrollo de 5 intervenciones, a saber: 1) Programa Madre Canguro; 2) Hospitalización en unidad de cuidados intensivos neonatal; 3) Unidad de Recién Nacidos – sala de adaptación Canguro; 4) Prevención de la ceguera por retinopatía de la prematuridad; y 5) Canguro ambulatorio.
 - *Estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y desarrollo integral en*

¹³ Para mas especificación de esta línea en el Conpes 181 pueden remitirse al Anexo 2 del Conpes en (<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/181.pdf>), y conocer la distribución del recurso en su municipio en el anexo que se encuentra en (<https://www.dnp.gov.co/CONPES/documentos-conpes/conpes-sociales/Paginas/conpes-sociales.aspx>)

el entorno de los servicios de salud: En este componente se busca impulsar el desarrollo de: 1) salas de lactancia materna; y 2) Banco de leche humana.

- *Atención Ambulatoria, de urgencias y Hospitalización pediátrica:* A través de esta línea se pretende apoyar el adecuado funcionamiento de: 1) salas de enfermedad respiratoria aguda; 2) fortalecimiento a la hospitalización pediátrica; y 3) Fortalecimiento a la Red de frío del PAI.
- b. **Promoción de la participación de las personas, familias y comunidades en el desarrollo integral durante los primeros mil días de vida:** Desarrollo de capacidades para la atención integral en salud desde el fortalecimiento de las familias y comunidades mediante asistencia técnica, cooperación y acompañamiento de procesos sociales gestados desde la comunidad o promovidos por la institucionalidad de forma sectorial o intersectorial orientados a garantizar la vida y la salud de las mujeres gestantes, niñas y niños del territorio, que contempla los dos siguientes procesos:
 - *Fortalecimiento de la familia y la comunidad en el desarrollo y el cuidado integral:* Implica reconocer a la familia como un determinante del desarrollo infantil y en coherencia, identificar y fortalecer sus prácticas de cuidado y crianza y su capacidad para construir vínculos afectivos seguros; fomentar las redes y grupos sociales y comunitarios que promuevan la construcción de entornos protectores del desarrollo integral de la niñez; promover las prácticas clave para el cuidado y desarrollo integral de gestantes, niños, niñas y adolescentes, en todos los entornos, reconociendo las prácticas propias del territorio; diseñar e implementar estrategias de comunicación que favorezcan el desarrollo integral, el cuidado y la construcción de vínculos afectivos seguros.
 - *Mobilización y participación social para la exigibilidad de los derechos y el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes:* Implica comprender y asumir a la comunidad como un actor con capacidad de agencia, que determina el desarrollo infantil y el horizonte del desarrollo territorial. Por ello, esta estrategia subraya la importancia de relevar las voces de los actores sociales y comunitarios del territorio, incluidas, por supuesto, las voces de niñas, niños y adolescentes. En coherencia, se propone promover procesos de gestión participativa orientados a construir colectivamente alternativas para garantizar la atención integral en salud a infancia y adolescencia, con participación de todos los actores territoriales. Comprende identificar actores clave en el proceso de construcción colectiva; promover escenarios que permitan la participación genuina de niños, niñas y adolescentes; fortalecer capacidades para la participación, empoderamiento y movilización en torno al desarrollo integral de la infancia y la adolescencia; promover la generación de espacios y condiciones que permitan la concertación entre actores institucionales, sociales y comunitarios; promover espacios y condiciones que permitan la incidencia comunitaria en las decisiones sobre el desarrollo integral de infancia y adolescencia en lo local, viabilizando las propuestas comunitarias en los instrumentos de planeación.

La gestión de recursos de fuente regalías y de Conpes de infancia se adelanta mediante un proceso diferente. En el caso de la fuente regalías los proyectos dependiendo de su alcance territorial se

presentan para estudio y aprobación a los Órganos Colegiados de Administración y Decisión del Municipio, Departamento, Región o de Ciencia, Tecnología e Innovación a nivel nacional (OCAD) de acuerdo a los lineamientos dispuestos por el Departamento Nacional de Planeación DNP y los cuales pueden acudir a consulta técnica de los proyectos a instancias nacionales como los Ministerios o Colciencias, este último en el caso de ciencia, tecnología e innovación.

En el caso de la fuente Conpes, se debe gestionar inicialmente la viabilidad financiera del proyecto con la secretaria de planeación y la alcaldía y debe ser presentado para aprobación en los Consejos de Política Social territoriales. Luego de esta aprobación, la inversión sigue el canal oficial de contratación pública de acuerdo a lo establecido en la alcaldía correspondiente. Para los Municipios categorías 4,5, y 6, la ejecución de recursos en estas líneas de inversión debe efectuarse en el marco de las competencias definidas en la Ley 715 de 2001 – en coordinación con el respectivo Departamento, considerando las normas de habilitación y prestación de servicios expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para la formulación de proyectos a ser financiados por estas fuentes en el caso de fuente regalías se realizan mediante la Metodología General de Formulación (MGA), 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 017 de 2013¹⁴, en donde se establecen los requisitos para la viabilización, aprobación y ejecución de proyectos. Esta metodología se basa en el marco lógico, la cual también es la utilizada para la formulación de los proyectos de fuente Conpes.

La metodología MGA contempla que los proyectos de inversión pública tengan las siguientes características:

Pertinencia → Oportunidad y Conveniencia

Viabilidad → Jurídica, técnica, financiera, ambiental y social

Sostenibilidad → para financiar el funcionamiento del proyecto con recursos diferentes al SRG

Impacto → contribución al cumplimiento de metas locales, sectoriales y/o regionales

Articulación con planes y políticas → de las entidades territoriales.

Contempla las siguientes etapas para la formulación y ejecución del proyecto:

Identificación: en donde corresponde al análisis del problema, sus causas y efectos, población afectada, zona de ubicación de dicha población, y análisis de los actores involucrados según su rol con relación al proyecto; se identifica el objetivo central, los objetivos específicos, la población y zona objetivo; y se hace la identificación de las soluciones que realmente puedan ser llevadas a cabo por el proyecto.

Preparación: se realizan los estudios de cada una de las alternativas identificadas en el proceso

¹⁴ 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>

anterior. Los estudios más comunes son: estudio legal, estudio de mercado, estudio técnico, estudio ambiental, estudio de riesgos y estudio financiero. Éstos proveen la información básica necesaria para conocer la estructura de cada una de las alternativas tanto en su demanda de recursos, sus costos y en sus beneficios.

Evaluación: en esta parte se determina el horizonte de evaluación del proyecto; es decir el tiempo que se necesita para llevar a cabo las etapas de preinversión, inversión, operación y evaluación ex post.

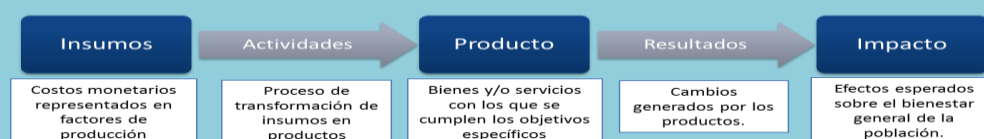
Preparación: el proyecto ya fue ejecutado y empieza a cumplir con las funciones para las que se diseñó. Comienza entonces la obtención de los beneficios. La duración de esta etapa es definida en la etapa de preinversión y se extiende hasta que se cumplan los objetivos preestablecidos y cuando el problema identificado no permanezca por cuenta de la implementación del proyecto. Durante esta etapa se realiza seguimiento a los resultados y el impacto de la cadena de valor.”¹⁵

La metodología puede ser consultada en:
<https://www.sgr.gov.co/Proyectos/Estructuraci%C3%B3nSGR/Estructuraci%C3%B3ndeProyectos.aspx>.

¿Qué plantea el marco lógico?

Parte de el concepto de cadena de valor, un modelo teórico introducido por (Michael Porter 1985), el cual permite describir las actividades que se requieren para llegar un objetivo, a partir del cual el DNP plantea la siguiente estructura conceptual y metodológica para la formulación de proyectos:

Grafico . Estructura Cadena de valor



Fuente: DNP

Ahora bien, la metodología marco lógico tiene como ejes para la formulación:

- **FIN:** ¿para qué? → Enuncia la solución del problema
- **PROPOSITO:** ¿por qué? → Es el cambio que promoverá el proyecto
- **COMPONENTES:** ¿qué? → Resultados específicos del proyecto
- **ACTIVIDADES:** ¿CÓMO? → Acciones que se realizan con el fin de lograr los componentes.

Para lograr lo anterior es necesario el desarrollo del árbol de problemas, árbol de objetivos y matriz marco lógico, con el fin de lograr una identificación del problema a resolver. Un guía para lo anterior

¹⁵ Estas etapas se desarrollan más en el documento marco: "Programa de fortalecimiento de capacidades en estructuración de proyectos a los entes territoriales" del DNP. Ubicado en https://www.sgr.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=dwMEVzsn4_4%3d&tabid=362

se encuentra en los proyectos tipo de infancia elaborado por el Ministerio de Salud (documento de trabajo) y los proyectos tipo del Departamento Nacional de Planeación (Disponibles en: <https://www.sgr.gov.co/Proyectos/ProyectosEstandar.aspx>).

e. Organización funcional de los equipos de salud infantil y capacidades para la asistencia técnica en atención en salud a infancia

Teniendo en cuenta que algunos equipos de salud infantil de las DTS departamentales, distritales o de ciudades grandes tienen una conformación con referentes a cargo de la asistencia técnica y seguimiento de la implementación de cada una de las estrategias de salud infantil o con algún grado de articulación en estas: AIEPI, IAMI, programa de IRA, salas de atención a la enfermedad respiratoria aguda, desparasitación, programa para la prevención y reducción de la anemia nutricional, entre otras y cuya operación algunas veces se hace de forma coordinada para que todos los referentes realicen una visita de acompañamiento al actor que se acompaña, se hace necesario acompañar el fortalecimiento de los equipos de salud infantil desde el punto de vista técnico y operativo y con perspectiva territorial para realizar los procesos de asistencia técnica de la forma más integral posible. Por lo anterior se sugiere que en donde se encuentre este tipo de organización se acompañe la reorganización de los equipos con el fin de que puedan tener una distribución territorial y no por estrategias que les permita realizar un acompañamiento para la implementación de la atención integral con todas las estrategias que hoy promueve el país. Esto no implica que en el equipo se puedan disponer de profesionales a cargo de temas más especializados para el apoyo a esos equipos integrales.

Es importante también acompañar la consolidación de los comités o espacios intrainstitucionales de la DTS o interinstitucionales con otros actores del SGSSS de carácter periódicos relacionados con la salud materno infantil que les permitan a partir del seguimiento a los resultados en salud trazadores de la atención a gestantes y niños y niñas así como de los relacionados con los procesos de gestión acordar caminos comunes para abordar las problemáticas encontradas.

Si bien el MSPS ha priorizado a los municipios más críticos del país para realizar el proceso ACAT para la implementación de la atención integral a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes, un proceso estratégico a acompañar es el de la orientación y desarrollo de los procesos de asistencia técnica que sobre el tema realiza el departamento a los municipios que no han sido priorizados por el nivel nacional y a otros actores del SGSSS, así como el que realizan los municipios que tienen la competencia a IPS o EAPB.

Lo anterior supone poder generar un diálogo con el equipo técnico de la DTS para que a partir de reconocer los objetivos, modalidades de asistencia técnica, actores a los que se ha dirigido, acciones, herramientas y resultados alcanzados (avances, dificultades y retos) e integralidad o complementariedad entre las diferentes grupos de trabajo de la DTS en dichos procesos, se pueda identificar que tan coherente es con el marco de política de atención integral a la primera infancia, qué se requiere para que tengan un enfoque de desarrollo de capacidades y potenciar las metodologías de trabajo, lo cual requiere por ejemplo el diálogo entre la propuesta metodológica

para el desarrollo del ACAT y las que dispone la DTS que permita identificar necesidades de ajuste o reorientación de los contenidos o metodologías para el desarrollo de la misma y de acciones de cualificación del equipo que realiza la asistencia técnica.

f. Asesoría y gestión para la implementación de ofertas programáticas para la atención de gestantes, niños y niñas.

A partir de las prioridades identificadas en el territorio frente a la situación del derecho a la salud, alimentación y nutrición, los equipos que realizan asistencia técnica deben estar en capacidad de asesorar y resolver dudas básicas sobre las estrategias de salud materno e infantil que el país promueve con el fin de concretar la atención integral en salud a estos grupos poblacionales y así mismo dar trámite a requerimiento de asistencia técnica específica o resolución de dudas por parte de los equipos técnicos dispuestos en las secretarías de salud departamentales o el Ministerio de Salud según sea el caso.

La asesoría en la implementación de las diferentes estrategias de salud materna e infantil implica conocer sobre:

- Atención a enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)
- Instituciones amigas de la mujer y la infancia (IAM)
- Programa de prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años.
- Estrategia de desparasitación masiva antihelmíntica
- Programa canguro
- Bancos de leche humana
- Salas amigas de la lactancia materna
- Programa para la prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia

g. Gestión intersectorial para la atención integral a la infancia

El acompañamiento a la gestión intersectorial para la implementación de la atención integral a primera infancia debe tener en cuenta los avances alcanzados en dichos procesos por parte del SNFB y la CIPI referidos con anterioridad. Es importante iniciar o dar continuidad al acompañamiento a las entidades territoriales priorizadas para la participación del sector salud en los procesos de construcción e implementación de la política de infancia, adolescencia y familia y de la Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia de forma intersectorial en el marco de los escenarios territoriales de discusión de los temas de primera infancia (mesas de infancia y adolescencia, consejos de política social y otros escenarios relacionados con el tema del que dispongan los

territorios), la cual varía de acuerdo a la coincidencia de los siguientes tipos de municipios con la segunda fase del ACAT:

- a. *Entidad territorial con acompañamiento actual para la construcción e implementación de la política de infancia o la RIA:* En este caso el acompañamiento, que debe estar coordinado con los equipos que estén realizando este acompañamiento desde la gobernación, referente del SNFB, equipo de CIPI si lo hubiera y demás sectores, está encaminado a acompañar al sector salud especialmente de la DTS a que participen activamente en los espacios intersectoriales posicionando las prioridades de salud de estas poblaciones en dichos espacios, aportando en los procesos de construcción e implementación intersectorial de la RIA y en las acciones requeridas para su implementación que permitan concretar las intersecciones de los servicios con los del sector salud que permitan concretar una verdadera atención integral teniendo en cuenta las orientaciones para el proceso de fortalecimiento territorial construidas por la CIPI, que están disponibles en la caja de herramientas sección gestión territorial.
- b. *Entidad territorial que tuvo acompañamiento para la formulación e implementación de la política de infancia o la RIA:* En este caso el acompañamiento busca dar continuidad a la consolidación de la dinámica intersectorial en las instancias intersectoriales para la construcción e implementación de la RIA teniendo en cuenta las orientaciones de la CIPI para la construcción de RIA y partiendo de los avances alcanzados por cada uno de los territorios, del cual se podrá contar con una memoria a partir de los informes del proceso de acompañamiento de CIPI. Es de resaltar que el acompañamiento no tiene el alcance de dar respuesta a necesidades específicas de asistencia técnica de sectores diferentes a salud, pero sí podrá facilitar la interlocución necesaria con los equipos de asistencia técnica a nivel nacional a través del referente del SNBF departamental y CIPI si lo hubiera. Al respecto serán claves los espacios de seguimiento o gestión a nivel departamental.
- c. *Entidad territorial que no ha tenido acompañamiento del nivel nacional o departamental y no ha iniciado la construcción de política de infancia o la RIA:* En este caso el acompañamiento busca iniciar en las instancias intersectoriales desde la socialización de la estrategia de atención integral a la primera infancia si es pertinente, para iniciar un proceso de construcción de la ruta integral de atención del territorio. Igualmente el acompañamiento debe tener en cuenta las orientaciones de la CIPI para este proceso y tiene la precisión del alcance del proceso de acompañamiento enunciado para el anterior tipo de municipio.

h. Gestión y asistencia técnica con EAPB

El acompañamiento a la gestión y asistencia técnica con EAPB a nivel territorial, especialmente a las DTS departamentales y municipios de categoría 1 a 3 quienes tienen competencias en relación con la asistencia técnica a este actor, deberá realizarse en el marco de la estrategia de asistencia técnica integral desde el Ministerio de Salud que permita desarrollar capacidades y generar acuerdos con las gerencias nacionales de las EAPB frente a la atención integral en salud a la infancia incluyendo las diferentes estrategias de salud materna e infantil.

Para contribuir a este propósito se podrá acompañar la identificación y sistematización de situaciones críticas en la garantía del acceso a los servicios de salud por cada EAPB en el territorio que se constituyan como insumos para el trabajo frente a estas necesidades con las gerencias a nivel nacional, el cual permita definir la gestión requerida con las oficina regionales.

Asi mismo, se podrá acompañar la socialización de lineamientos para la atención integral en salud y el trabajo específico planteado en los ejes de atención con calidad y humanización y el fortalecimiento de la participación y movilización social de familias y comunidades.

5.2.2 Atención en salud de calidad y humanizada

El acompañamiento a la gestión de la atención en salud con calidad y humanización se propone que se realice sobre los diferentes procesos propuestos para la implemetación de la atención integral: el análisis o valoración que permita identificar las oportunidades de mejora, la adecuación y el seguimiento en la calidad y humanización de la atención. Para el alcance de esta segunda fase de ACAT se propone que se concentre en las atenciones prestadas a mujeres gestantes, niños y niñas en los servicios de protección específica y detección temprana que hacen parte de la ruta de atención integral en lo relacionado con la promoción y mantenimiento de la salud y de la ruta integral de atención a primera infancia que son de responsabilidad del sector salud.

Este acompañamiento se puede orientar teniendo en cuenta el anexo técnico de calidad y humanización y la guía de valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana para gestantes, niños y niñas menores de 10 años y de acuerdo a los compromisos establecidos de forma conjunta con las IPS y EPS para que se realice el acompañamiento al mejoramiento de la atención con calidad y humanización por parte de las DTS con el apoyo en donde corresponda con el Ministerio de Salud. A continuación se brindan algunas orientaciones para realizar el acompañamiento a cada uno de los procesos señalados para este eje de trabajo:

La guía de valoración de la calidad y humanización busca orientar técnica y metodológicamente a los actores del SGSSS, en el uso de herramientas que permitan la valoración, el análisis y abordaje de la situación de calidad y humanización de la atención integral en salud a las mujeres gestantes, niños y niñas en los servicios de detección temprana y protección específica, para desarrollar y gestionar procesos de cambio y mejora continua de los servicios de salud con atenciones humanizadas.

La guía propone un proceso de valoración de calidad centrada en los resultados del proceso de atención en las personas relacionados con cada uno de los atributos de calidad: Para tal fin propone una matriz indicativa de calidad que propone los resultados a valorar, la forma de hacerlo a nivel individual y colectivo o poblacional y los procesos institucionales tanto en las IPS como EPS que habria que revisar en función de los resultados alcanzados.

a. Valoración de la calidad y humanización de servicios de protección específica y detección temprana

La implementación de la orientación metodológica contenida en la Guía de valoración de calidad y humanización requiere en primer lugar que los equipos que realizan la asistencia técnica la socialicen al equipo de salud materno e infantil de la DTS incluyendo al equipo de la dirección de prestación de servicios con el fin de acordar la manera como debe realizarse el acompañamiento para su implementación por parte de IPS y EPS en el marco de las estrategias de trabajo con las cuales se realiza la asistencia técnica para el programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad y para los servicios de protección específica y detección temprana. En este acuerdo para poder acompañar la implementación deberán definirse las IPS de carácter público y/o privado de baja complejidad que se acompañarán teniendo en cuenta aquellas que prestan los servicios de protección específica y detección temprana a la mayor parte de las mujeres gestantes, niños y niñas menores de 10 años con los cuales habrá que adelantar en primer lugar un proceso de socialización del proceso de asistencia técnica como se indica en el momento de acuerdos para la asistencia técnica expuesto en esta guía.

De acuerdo a las estrategias y responsables definidos para la implementación de la guía en las IPS y EPS, los equipos de asistencia técnica de las DTS y del Ministerio de Salud acompañarán este proceso partiendo por la socialización de la metodología enfatizando en el abordaje que propone, de visibilización de oportunidades y generación de compromisos para su implementación a partir de un diálogo con las áreas de calidad o responsables de la misma que permita reconocer de qué manera las instituciones dentro de sus procesos de garantía de calidad realizan la valoración de la calidad de los servicios de protección específica y detección temprana dirigidos a gestantes, niños y niñas menores de 10 años y cómo esta información orienta los procesos de mejoramiento de la atención con calidad y humanización con el fin de revisar que elementos puede aportar la metodología para dicho proceso.

De acuerdo a los compromisos definidos con cada institución para realizar el acompañamiento a la implementación de la metodología, se podrá hacer acompañamiento por ejemplo en:

- i. Revisión del proceso de valoración o seguimiento de calidad y humanización de estos servicios con el que cuenta la institución en relación con metodologías, instrumentos y responsables que permita identificar aportes desde el enfoque de la metodología propuesta.
- ii. Apoyar la construcción o fortalecimiento del proceso de valoración y seguimiento de la calidad y humanización de estos servicios a partir de los aportes que se consideran útiles.
- iii. Apoyar la cualificación de los equipos con responsabilidades en los procesos de calidad y humanización para la implementación de la metodología.
- iv. Acompañamiento a la implementación de las diferentes técnicas propuestas para la valoración de calidad y humanización como revisión de historias clínicas, observación de

atención, encuestas de percepción a la población, implementación de bases de datos de seguimiento nominal entre otros, que permitan desarrollar la capacidad a nivel institucional.

En los departamentos priorizados por el programa para la prevención y reducción de la anemia nutricional, se hace énfasis en las atenciones priorizadas por el mismo, en especial se acompañan la entrega, inclusión en historia clínica, inclusión en la base de datos de seguimiento nominal, educación y adherencia (percepción de la población) en lo relacionado con la fortificación casera con micronutrientes en polvo.

- v. Acompañamiento para la valoración de los resultados de atención propuestos, la identificación de fortalezas y oportunidades de mejora para los puntos críticos identificados y priorizados y la inclusión de acciones de mejora para los mismos en los planes de mejoramiento institucionales en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, incluyendo aquellos requeridos para la implementación de la atención de fortificación casera con micronutrientes en polvo.

b. Adecuación de la atención en salud de protección específica y detección temprana con calidad y humanización

En lo relacionado con el acompañamiento a la adecuación de los servicios de salud es necesario tener en cuenta las condiciones y connotaciones del territorio y la población con sus particularidades, y partir de los resultados arrojados en la implementación de la valoración de la calidad y humanización en los servicios de detección temprana y protección específica. La adecuación de acuerdo a las acciones de mejora planteadas, que se identifiquen que requieren de acompañamiento podrá realizarse mediante el desarrollo de las siguientes acciones:

- a. Acompañamiento para el diseño, implementación y seguimiento de los procesos para la garantía de los atributos de calidad y humanización de este tipo de servicios.
- b. Acompañamiento al levantamiento y socialización de protocolos clínicos institucionales para la atención en este tipo de servicios.
- c. Acompañamiento para la adecuación intercultural de los servicios de atención a estas poblaciones.
- d. Apoyo al desarrollo de procesos de cualificación del talento humano en el marco de los procesos de formación continua previstos como parte del sistema único de habilitación, en lo que sea posible de apoyar desde las capacidades de los equipos de asistencia técnica en algunos procesos claves como la humanización, la socialización de normas técnicas y guías de práctica clínica relacionadas con la atención de servicios de control prenatal, parto, recién nacido y control de crecimiento y desarrollo.

En el caso de los departamentos priorizados por el Ministerio para el programa de prevención y reducción de la anemia nutricional en niños de 6 a 23 meses deberá abordar la cualificación del talento humano relacionado con los servicios de entrega sobre el manejo

del micronutriente en polvo, así mismo de los equipos a cargo de la gestión de dicho suministro. En la cualificación del resto de atenciones podrán contar con el apoyo por parte del equipo de especialistas clínicos contemplados, en los otros departamentos no priorizados para este programa aquellas que no puedan ser resueltas por los equipos de acompañamiento deberán visibilizarse para su gestión a nivel departamental o nacional.

5.2.3 Promoción de la participación y movilización social en torno a la gestión de la atención integral en salud y en el desarrollo integral de gestantes, niños, niñas y adolescentes

Para contribuir al desarrollo de esta segunda fase ACAT en el marco de la atención integral en salud a la infancia, la *participación y movilización social con énfasis en familia y comunidad*, se propone el desarrollo de dos líneas estratégicas que derivan del Lineamiento de Familia y Comunidad¹⁶ (2014) a saber:

1. Fortalecimiento de Familias y Comunidades en cuidado y desarrollo integral
2. Participación y Movilización social para la exigibilidad de los derechos y la incidencia en política pública en salud.

En el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP- 2012 – 2021, se promueve la participación como un compromiso de la salud pública, al considerar que la Salud Pública, debe ser de “todos y para todos” por lo cual se reconoce, se promueve y se “(...) exige la convocatoria y participación de todos los sectores y de los ciudadanos y ciudadanas que hacen parte y tienen responsabilidades en el desarrollo humano y transformaciones de vida en todos los territorios del país”. (p.25). Reto que considera, la adopción del **enfoque diferencial de género, curso de vida, étnico, poblacional**, entre otros para orientar la acción estatal en pro del desarrollo humano y de la salud integral.

Desde esta perspectiva se pretende motivar y promover el desarrollo de capacidades de los actores del SGSSS y en especial de los equipos de salud de las DTS, EAPB e IPS como líderes y promotores de los procesos y servicios de salud en los territorios, dirigidos a las personas, las familias y comunidades como sujetos y fin de la atención integral en salud.

Por tanto se propone considerar los siguientes aspectos para generar desde un proceso de asistencia técnica, dicho desarrollo de capacidades en torno a la participación y movilización social:

¹⁶ MSPS. Dirección de Promoción y Prevención. Grupo Curso de Vida. Lineamiento: Familia y Comunidad en la Atención Integral en Salud. Una propuesta para la acción estatal en Salud para Primera Infancia, Infancia y Adolescencia -2014

a. Apropiación y reconocimiento de la participación como un proceso y como un derecho.

Se asume la **participación** como un derecho y como un proceso, que permite la construcción política de los sujetos y colectividades, para el reconocimiento de las diferencias y la inclusión de los intereses, demandas y necesidades, según el contexto poblacional y territorial, base para generar procesos de atención integral en salud oportunos y pertinentes. Y la **movilización social**, se entiende como el ejercicio y la acción colectiva que la población ejerce para la exigibilidad de los derechos. Desde esta perspectiva, el papel del Estado es garantizar las condiciones para los procesos de movilización social y participación y así generar respuestas con incidencia en las políticas de salud pública. MSPS (2014).¹⁷

Esto implica reconocimiento de la incidencia de la participación en la constitución y empoderamiento de los sujetos individuales y colectivos (esto es personas, familias y comunidades) como “sujetos políticos”, entendiéndolo como sujetos con capacidad de reflexión, análisis crítico de su realidad, capacidad de transformación – acción, y presencia activa, tanto en escenarios de incidencia pública, como en aquellos de la vida cotidiana que enriquecen las relaciones, dinámicas territoriales, y los entornos en los que se desarrollan.

Esto implica una visión plural y democrática de la participación que reconoce no solo a los sujetos – en un marco de representatividad de grupos u organizaciones, sino en sí mismos con voz y voto, así sean disidentes y no activos en colectividades

Para esta segunda fase, el reconocimiento de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores de la comunidad, líderes o no, familias y grupos familiares, así como colectividades, organizaciones de base comunitaria, y referentes institucionales en general.

- b. Promoción del Conocimiento y socialización de las líneas de trabajo propuestas** en torno a (i) el fortalecimiento de familias y comunidades en cuidado y desarrollo integral y (ii) participación y movilización social para la exigibilidad de los derechos y la incidencia en política pública con los equipos municipales, EAPB, IPS según el alcance de las DTS.

Lo cual se propone a través de ejercicios de encuentro participativo con metodología tipo taller, encuentros virtuales con DTS, EAPB, IPS y actores sociales en general de los municipios y regiones. Igualmente, pueden promoverse conformación de mesas de estudio trabajo para reflexión, adecuación y elaboración de propuestas de socialización acorde con las características y realidad territorial, y la capacidad institucional.

- c. Identificación participativa de prioridades para el reconocimiento, promoción y fortalecimiento de la participación y movilización social de familias y comunidades**

¹⁷ Grupo Curso de Vida. Documento de trabajo en torno a la Participación y Movilización. Procesos de Asistencia Técnica. SBS, DS, SIO. Abril 2015.

Proceso que implica, el trabajo concertado y participativo con los equipos de salud territoriales (referentes de infancia en particular, pero con participación ampliada si es posible de referentes EAPB, IPS). Se requiere para ello, identificar **de la lectura de contexto** territorial y **el balance de la gestión** de la DTS, lo concerniente a este eje de trabajo sobre **participación y movilización social**.

Esto es el reconocimiento de los **avances, logros, limitaciones y proyecciones** que se ha planteado el equipo territorial en la materia según su alcance territorial y capacidad institucional, en contraste con las características y condiciones sociales, histórico, políticas del territorio en torno al trabajo con familias y comunidades, así como con procesos de participación y movilización social en general.

Es a partir de esta priorización que se establecen acciones territoriales, que se pueden incluir en el plan de asistencia técnica de las DTS a los municipios EAPS-IPS, y del nivel nacional al departamental, respondiendo a esta lectura y condiciones particulares del territorio. **La priorización**, se puede **acotar en el marco de las 2 líneas estratégicas** que enfatizan en el cuidado y desarrollo integral de la primera infancia, así como en la incidencia en política pública en torno al derecho a la salud.

d. Desarrollo de orientaciones y acciones para promover fortalecimiento de las familias y comunidades, y los procesos de participación y movilización social

Proceso que implica en respuesta a prioridades considerar las orientaciones formuladas en los Módulos de cada línea estratégica.

Para el caso del **fortalecimiento de familias y comunidades**, se propone estudio- trabajo a partir del Módulo 1¹⁸ - para promover la construcción de una propuesta de fortalecimiento a las familias en cuidado y desarrollo integral.

El desarrollo de esta propuesta de acción para fortalecimiento de familias, puede anclarse como línea clave en el Plan territorial en salud y asociada a líneas de política del Plan de Desarrollo Territorial, si se tiene la oportunidad en el caso territorial, o como acciones propias priorizadas en un marco de carácter más sectorial. Según la capacidad institucional, puede proponerse Planes de cuidado familiar, que exigen una mayor presencialidad y trabajo directo con las familias en un plano netamente promocional, y por ende, requieren de una capacidad institucional o de alianzas intersectoriales para cubrirlo.

Es clave considerar igualmente, la reflexión en torno al Cuidado y Desarrollo Integral, que se plantean desde una perspectiva humanista de las ciencias sociales y de la salud, distanciándose de propuestas que tradicionalmente se han anclado en temas de cambio de hábitos, conductas y comportamientos.

Teniendo en cuenta que uno de los componentes básicos para la implementación del programa para la prevención y reducción de la anemia nutricional en primera infancia son las prácticas y conocimientos en salud, alimentación y nutrición, en los departamentos priorizados para implementar

¹⁸MSPS. Dirección de Promoción y Prevención. Grupo Curso de Vida. Módulo 1: fortalecimiento de familias y comunidades en cuidado y desarrollo integral.

el programa, la fortificación casera con micronutrientes en polvo debe formar parte de los temas expuestos, socializados y discutidos dentro de los procesos para el fortalecimiento de familias y comunidades, pues son ellos los actores más importantes para garantizar la adherencia de los micronutrientes en polvo a partir de las prácticas y conocimientos locales. Asimismo, generar espacios de participación de niños y niñas o articular el programa a los espacios de participación existentes en el departamento y divulgar el programa en los medios masivos locales.

El modulo de fortalecimiento a familias y comunidades para el cuidado y desarrollo de niños y niñas plantear y desarrollar 5 pasos a saber:

1. Reconocimiento y valoración de la situación de las familias en la zona de influencia o inscritas (DTS, EAPB, IPS)
2. Priorización de la situación en torno a las capacidades para el cuidado, promoción del desarrollo integral de los niños y niñas.
3. Concertación de las propuestas de acción.
4. Implementación de las acciones propuestas ¹⁹⁺
5. Seguimiento y evaluación (puede plantearse a corto mediano o largo plazo)

Para el desarrollo de acciones que promuevan participación y movilización social para la exigibilidad de los derechos y la incidencia en política pública se invita igualmente al estudio trabajo a partir del Modulo 2 que plantea unas orientaciones generales para su implementación en 3 campos:

- I. Participación comunitaria y planeación participativa
- II. Fortalecimiento, creación y o sostenimiento de redes sociales y organizaciones de base
- III. Procesos de participación de niños y niñas.

Resultados esperados:

Si bien, en este marco de acción, como se refiere en la introducción de la presente Guía Operativa, las acciones propuestas no necesariamente tienen que ir todas, ni obligatoriamente ser secuenciales, y deben responder a las dinámicas, prioridades y ritmos propios territoriales, para este eje de trabajo, se esperaría que todos los territorios priorizados tanto a nivel departamental

¹⁹ Puede realizarse en el deber ser previa inclusión en Planeación territorial en salud, y con apoyo en gestión de recursos varias fuentes, que pueden ser por alianzas territoriales, recursos POS-PIC, según el caso de acuerdo a la actividad y su alcance, y por otras fuentes como por ej. CONPES 181

como a nivel municipal acorde con sus capacidades institucionales, y en reconociendo su saber y experiencia en la materia: “cuenten con **una propuesta de acción de fortalecimiento a las familias y comunidades**, y con **el planteamiento de desarrollo en los 3 campos propuestos**: planeación participativa, redes y participación de niños y niñas.

En este último punto, cabe señalar que la planeación participativa, empieza en casa, es decir con el desarrollo de este proceso de acompañamiento y asistencia técnica en todos sus ejes: gestión política, calidad y humanización. Es decir el proceso de participación es transversal a todo desarrollo de acciones en política pública desde el análisis de situación, planeación, ejecución, seguimiento y evaluación.

5.2.4 El enfoque diferencial étnico y la gestión intercultural

Para aportar a los procesos de atención integral en salud a la primera infancia, mujeres gestantes y lactantes de grupos étnicos, el grupo curso de vida ha desarrollado el documento de *Orientaciones y*

Recomendaciones para la Atención Integral en Salud, con pertinencia cultural a niñas y niños de grupos étnicos, el cual es de vital importancia revisar, teniendo en cuenta que contiene los desarrollos conceptuales y metodológicos para abordar el tema de enfoque diferencial étnico y sus implicaciones en el marco de la atención integral en salud, desde una perspectiva intercultural.

Para comprender la importancia de la implementación de dicho enfoque en el marco de política pública de primera infancia, se hace necesario tener en cuenta que Colombia a partir de la Constitución de 1991 se reconoció como una nación pluriétnica y multicultural, lo cual significó el reconocimiento de los grupos étnicos como sujetos de derechos (individuales y colectivos), con interlocución válida en los procesos políticos, sociales, económicos, culturales y territoriales.

En este sentido reconoció los derechos a la autonomía política, cultural y territorial y a la justicia propia, a la participación, los cuales se han ratificado de manera progresiva a través de diferentes instrumentos normativos nacionales e internacionales, que han posibilitado acciones particulares, acordes a los contextos de cada uno de los grupos étnicos (ver marco normativo en el documento de *Orientaciones y Recomendaciones para la Atención Integral en Salud, con pertinencia cultural a niñas y niños de grupos étnicos*).

En términos poblacionales, “el *Censo general 2005* contó a un total de 41.468.384 personas residentes en el territorio colombiano, de las cuales 5.709.238 personas se reconocieron pertenecientes a un grupo étnico(...) 1.392.623 personas se reconocieron pertenecientes a pueblos indígenas, 4.311.757 se reconocieron como afrocolombianos, negros, palenqueros y raizales y 4.857 pertenecientes al pueblo Rom²⁰. Actualmente se cuenta solamente con las proyecciones de población para pueblos indígenas, motivo por el en el presente apartado se hace referencia a los datos del censo 2005, los cuales incluyen todos los grupos étnicos.

Teniendo en cuenta los desarrollos normativos y el reconocimiento de la diversidad poblacional

²⁰ DANE. Visibilización de la población étnica en el Censo 2005. /Consultado el 3 de agosto de 2015 Disponible en: https://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo5.html

como se expresó anteriormente, el Estado a través de sus instituciones ha desarrollado de manera progresiva acciones que buscan garantizar los derechos de los grupos étnicos, bajo principios de equidad y respeto por la diferencia, de esta manera el enfoque diferencial posibilita el *“derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia, en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública”*.²¹

A partir de lo anterior se reconoce la importancia de implementar el enfoque diferencial étnico en el marco de la Atención Integral a la Primera Infancia de grupos étnicos, lo cual implica movilizar estrategias de interacción y construcción conjunta con las autoridades tradicionales, las organizaciones propias, las familias y las comunidades de estas poblaciones, en cada uno de los municipios y departamentos (en donde habitan estos grupos), con el fin de identificar acciones conjuntas de trabajo, que devengan en atenciones pertinentes culturalmente. En este sentido la

interculturalidad como perspectiva, aporta elementos importantes, reconociéndola para estos efectos como *“un proceso comunicativo, que propone la definición de condiciones específicas para la interacción equitativa entre grupos culturalmente diferentes, cada uno con una verdad, una visión especial del mundo y un marco de referencia respecto a diferentes aspectos de la realidad”*.²²

Desde esta definición, las competencias interculturales en estos procesos implican *“habilidades de negociar los significados culturales y de actuar comunicativamente de una forma eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los participantes”*,²³. En este sentido, la interculturalidad puesta en el marco de las atenciones en salud, implica promover diálogos de saberes con los grupos étnicos, sobre su situación en salud, así como las concepciones de los momentos vitales del curso de vida según su perspectiva, concepciones de la salud, enfermedad, prácticas favorables para la promoción y mantenimiento de la salud individual y colectiva, el reconocimiento de actores claves en los procesos de atención al interior de las comunidades (médicos tradicionales, parteras, sabedores) y a nivel institucional.

De la misma manera, implica la identificación conjunta del acceso y estado actual de las atenciones y servicio en salud, haciendo especial énfasis para este propósito en las atenciones dirigidas a las mujeres gestantes, lactantes, las niñas y los niños de la primera infancia, lo cual permitirá a partir del estado de las cosas, formular de manera conjunta, atenciones acordes a las formas de existencia y situaciones particulares de los grupos étnicos, articulados con los planes de vida, de salvaguarda, etnodesarrollo y en general con las visiones de bienestar de las comunidades.

²¹Castells, M. La Era de la Información. El poder de la Identidad. 1997. citado en: Subdirección de Ordenamiento y desarrollo Territorial, Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible. Guía para la inclusión de la variable étnica y el enfoque diferencial, en la formulación e implementación de planes y políticas a nivel nacional y territorial. Bogotá: DNP. 2012. Pág. 24

²² SECRETARÍA DE SALUD. Interculturalidad en salud, experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México, D.F. 2008. Pág. 14

²³ ALCINA. R. Elementos para la comunicación intercultural. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1997

Desde esta perspectiva y como una propuesta para implementar el enfoque diferencial étnico en el marco de la atención integral a la primera infancia, se propone el desarrollo de siguientes momentos²⁴:

- a. Reconocimiento de los grupos étnicos en los municipios y departamentos, revisión de sus planes de vida, de salvaguarda, etnodesarrollo y de los documentos disponibles (diagnósticos, estudios, etc).
- b. Reconocimiento de la situación de derechos de la primera infancia, haciendo especial énfasis en la situación en salud.
- c. Proceso de concertación con las autoridades tradicionales y organizaciones propias para el desarrollo de diálogos de saberes relacionados con el tema de salud.
- d. Desarrollo de diálogos de saberes sobre el cuidado de la primera infancia, las mujeres gestantes y lactantes. Con diferentes representantes de las comunidades.
- e. Reconocimiento de las acciones de enfoque diferencial étnicos realizadas por los diferentes actores del SGSSS.
- f. Identificación conjunta con los representantes de los grupos étnicos, sobre el estado de las atenciones institucionales y lo que requiere ser adecuado..
- g. Gestión para la adecuación de las atenciones.

Es de vital importancia revisar el documento de *Orientaciones y Recomendaciones para la Atención Integral en Salud, con pertinencia cultural a niñas y niños de grupos étnicos*, en el cual de manera detallada se describen cada uno de los momentos y se ofrece los instrumentos necesarios para la implementación del enfoque diferencial étnico, en el marco de la gestión intercultural.

Dentro de los momentos propuestos en este ítem, los departamentos priorizados para implementar el programa para la prevención y reducción de la anemia nutricional, debe formar parte de la socialización y concertación con las autoridades tradicionales y organizaciones propias, los componentes del programa, con énfasis en la fortificación casera con micronutrientes en polvo. En esa misma vía, se debe negociar, informar, aclarar, educar y adecuar la fortificación casera con micronutrientes en polvo en los territorios con población étnica, articulándolo a los conocimientos y prácticas tradicionales a fin de armonizar la atención (fortificación casera) a las precepciones locales.

5. 3 Seguimiento y evaluación

Esta etapa comprende las acciones que permitan hacer el seguimiento y evaluación al proceso de desarrollo capacidades, así como de los cambios en la atención integral en salud a niños y niñas en

²⁴ Se hace mención a momentos, teniendo en cuenta que uno de los principios de trabajo desde la interculturalidad es la flexibilidad, por lo cual no necesariamente se deben desarrollar por etapas, sino de acuerdo a la dinámica de cada uno de los procesos.

las entidades territoriales derivados del proceso de desarrollo de capacidades. Las acciones de esta etapa se desarrollarán simultáneamente a las del acompañamiento de la etapa anterior.

Se busca que el seguimiento y evaluación se realice de forma conjunta con los equipos de la DTS de los municipios priorizados así como de los departamentos y que este a su vez pueda ser insumo para el realizado a nivel nacional. Para tal fin se tienen previsto el desarrollo de las siguientes acciones de seguimiento que serán desarrolladas en cada uno de los escenarios territoriales de acompañamiento como se presenta más adelante:

- a. **Reuniones bimensuales o mensuales de seguimiento:** En estos espacios se busca hacer balance de los avances, dificultades, retos y necesidades de gestión identificadas en el desarrollo del proceso de desarrollo de capacidades en la implementación de la atención integral en salud a estos grupos poblacionales en los entes territoriales con el fin de generar alternativas y/o acciones correctivas con el apoyo del ente territorial o del nivel nacional. En el caso de las realizadas a nivel departamental permitirá generar espacios de balance y de intercambio entre los municipios priorizados.
- b. **Reporte en tablero de control de seguimiento y evaluación:** Este será un mecanismo de reporte mensual de indicadores e información cualitativa definida en el nivel nacional que permita identificar de forma semaforizada el balance a nivel municipal, departamental regional y nacional de los avances frente al plan de desarrollo de capacidades y los cambios en la implementación de la atención integral en la entidad territorial.
- c.
- d. **Revisión de informes trimestrales y mensuales:** Con el fin de hacer seguimiento al desarrollo de los planes de desarrollo de capacidades así como de los avances, dificultades y necesidades de gestión del proceso en cada ente territorial. Este proceso de revisión al igual que las reuniones de seguimiento servirán de insumo para la elaboración de informes trimestrales por departamento, región y nacional.
- e. **Acciones de seguimiento en terreno:** Se realizará mediante:
i. Seguimiento telefónico por parte de la coordinación del equipo de asistencia técnica y en el caso del proceso del ministerio por parte de los gestores departamentales en el caso de los departamentos priorizados para el programa de prevención y reducción de la anemia nutricional con el fin de indagar la percepción de los profesionales de enlace designado de las DTS sobre el desarrollo del proceso de desarrollo de capacidades y
ii. Supervisión directa en terreno realizada por el equipo de coordinación y el gestor departamental, durante el desarrollo de las acciones de apoyo al acompañamiento técnico.

A continuación la especificación de cada una de éstas por escenario:

Escenario	Mecanismo de seguimiento y evaluación	Responsable	Participantes	Periodicidad
Municipio	Reuniones de seguimiento		Secretario de salud y Equipo de la DTS	Bimensuales/trimestrales
	Reporte en tablero de control	Gestores municipales		Mensual
	Revisión de informe			Mensual y trimestral
	Supervisión en terreno	Gestores departamentales	Equipo de DTS departamental	Trimestral o cuando se considere necesario
Departamento	Reuniones de seguimiento	Gestor departamental o asesor para varios departamentos	Equipo de la DTS departamental/ Gestores municipales y Coordinador de la gestión integral de salud pública del MSPS	Con gestores municipales: Mensuales o trimestrales dependiendo de residencia de gestores Sin equipos municipales: bimestrales
	Reporte en tablero de control			Mensual
	Revisión de informe	Especialista de dimensión	Equipo de DTS departamental	Mensual y trimestral
	Supervisión en terreno	Coordinador de la gestión integral de salud pública del MSPS		Bimensual o cuando se considere necesario
Region	Reuniones de seguimiento	Asesor para varios departamentos y gestores departamentales	Equipo de acompañamiento nacional relacionado/ Equipo de coordinación/ Referente regional de curso de vida y de los demás grupo de la dirección de promoción y prevención según necesidades, de la subdirección/ gestores departamentales	Bimensuales
	Reporte en tablero de control			Mensual
	Revisión de informe	Especialista de dimensión	Grupo Curso de Vida	Mensual y trimestral

Nacional	Reuniones de seguimiento	Equipo de coordinación	Equipo de acompañamiento nacional/ Grupo Curso de Vida/Subdirección de salud nutricional (PPRAN)	Según necesidad
	Revisión de informe	Grupo curso de vida/Subdirección de salud nutricional (PPRAN)		Trimestral

5. Estrategias metodológicas de acompañamiento

Para el desarrollo de las acciones contempladas en los planes de desarrollo de capacidades que se acuerden habrá que definir la mejor estrategia metodológica que permita desarrollar la capacidad que se busca. A continuación se plantean algunas de éstas que buscan el desarrollo de capacidades a través del “aprender haciendo”:

Sesiones de capacitación: Orientadas a la socialización de aspectos conceptuales o técnicos, como los fundamentos de la política de atención a primera infancia, los lineamientos técnicos y guías metodológicas. Estos podrán ser desarrollados de forma directa con el equipo o referente de salud infantil, los espacios interáreas, los equipos de salud infantil o en el marco de las reuniones departamentales en las que se convoque a las DTS municipales. En estos últimos la idea es considerar necesidades de capacitación generales de todas las DTS. Así mismo en el caso de IPS en el apoyo a procesos de cualificación del talento humano en salud sobre el significado de la atención integral, la humanización de servicios o en los aspectos de cualificación técnica en los que se identifiquen debilidades y que estén en competencia de los equipos como normas técnicas de atención entre otros.

Participación en escenarios de gestión de la DTS sobre la atención integral en salud: En los cuales se podrá acompañar la orientación técnica y metodológica para el desarrollo de los mismos y el apoyo a la facilitación de los espacios en los cuales se busque trabajar los diferentes procesos de la gestión priorizados en el plan de asistencia técnica. Estos escenarios por ejemplo son los de los comités de salud materno infantil o espacios interáreas, de planeación del plan de salud territorial, de las reuniones de los equipos de salud infantil, de reuniones con las DTS municipales y con demás actores del SGSSS entre otras. En el caso de municipios en los que se liderará el acompañamiento intersectorial las mesas de infancia y adolescencia o los consejos de política social.

Acompañamiento al desarrollo de asistencia técnica a IPS y EAPB: Con la cual se busca de forma conjunta con las DTS de acuerdo a su competencia apoyar socializar los lineamientos para la atención integral en salud a niños, niñas y adolescentes y acompañar la implementación de la valoración de la calidad y humanización y las adecuaciones requeridas de acuerdo a las orientaciones aportadas en esta guía, lo cual podría requerir acompañamiento al ajuste de procesos

de valoración de la calidad, el entrenamiento práctico en la aplicación de técnicas para la valoración de la calidad y humanización, el acompañamiento al análisis de resultados, formulación de planes de mejora e implementación de adecuaciones en la prestación de los servicios.

Acompañamiento al desarrollo de acciones de fortalecimiento de familias y comunidades:

Para la cual se puede apoyar la orientación técnica y metodológica para el trabajo con estos actores y el apoyo a la realización de estos trabajos en campo a los equipos de salud en el entorno del servicio de salud como en otros entornos.

6. Organización funcional y operativa para la segunda fase de ACAT

En este anexo se presenta la organización funcional y operativa que dispondrá el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo de la segunda fase del proceso ACAT para la implementación de la atención integral en salud a primera infancia, infancia y adolescencia en los mismos municipios priorizados en la primera fase e incluyendo la totalidad de municipios de los departamentos de Sucre y Guainía, los cuales han sido priorizados para la implementación del programa de prevención y reducción de la anemia nutricional como parte de la atención integral en salud a primera infancia.

En estos últimos municipios nuevos, durante la segunda fase se adelantarán acciones que fueron planteadas para la primera fase con el fin de acompañar en la identificación de prioridades frente al derecho a la salud, alimentación y nutrición y a partir de éstos se realizará el acompañamiento para la implementación integral con especial énfasis en la implementación del programa de prevención y reducción de la anemia nutricional.

6.1 Equipo para el desarrollo del proceso

Para el desarrollo de la segunda fase de ACAT se han contemplado algunos cambios en la conformación del equipo con el fin de poder contar con una mejor cualificación para los retos que plantea el desarrollo de la misma. El equipo está conformado por un grupo de coordinación, uno de acompañamiento temático nacional, uno de acompañamiento territorial y un grupo de gestión del conocimiento (Figura 1).

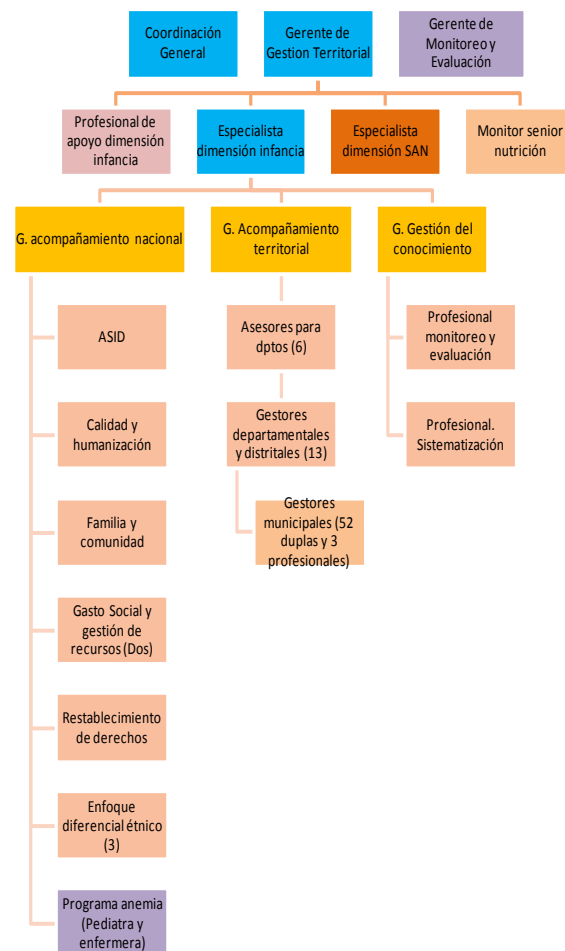
El **grupo de coordinación** está liderado desde la Subdirección de Población y Desarrollo y la Coordinación del Grupo Curso de Vida y la Subdirección de salud nutricional, alimentos y bebidas de la Dirección de Promoción y Prevención del MSPS y su función es la de liderar técnica, operativa y administrativamente el desarrollo de la segunda fase. Dicho grupo está conformado por una líder de la dimensión de infancia y un líder de la dimensión de seguridad alimentaria.

El **grupo de acompañamiento nacional** está conformado por los diferentes grupos de la dirección de promoción y prevención relacionados con la atención a estos grupos poblacionales así como por diez consultores en temas específicos para estos grupos poblacionales, que tienen como función la construcción de orientaciones técnicas y metodológicas, así como el apoyo al equipo territorial en la asistencia técnica de acuerdo a las necesidades de los territorios priorizados en temas especializados, como análisis de situación del derecho a la salud, familia y comunidad, gasto público social y gestión de recursos, gestión intercultural étnica, restablecimiento de derechos, cualificación del talento humano en aspectos clínicos. Algunos consultores de este equipo tienen vinculación directa con el MSPS, como es el caso de una de las profesionales de ASID y restablecimiento de derechos, la de familia y comunidad y otros bajo otros Convenios del MSPS como es el caso de los dos consultores de gestión intercultural con población étnica.

El **grupo de gestión del conocimiento** está conformado por un profesional de monitoreo y evaluación, un profesional de sistematización de experiencias y un técnico de sistemas. Este equipo tiene a cargo el diseño e implementación del monitoreo y evaluación del proceso de desarrollo de capacidades, así como la sistematización como experiencia.

El **grupo de acompañamiento territorial** tiene como función el acompañamiento permanente de los territorios priorizados. Este grupo está conformado por seis asesores a cargo de varios departamentos organizados por las regiones del plan de desarrollo, 11 gestores departamentales - 6 gestores departamentales en salud y 5 gestores departamentales sociales, excepto Guainía, -, 2 gestores para el distrito para los departamentos priorizados para la implementación del programa de prevención y reducción de la anemia nutricional en niños y niñas de 6 a 23 meses- La Guajira, Bolívar, Sucre, Chocó, Nariño y Guainía- 52 duplas de gestores municipales- 26 gestor salud y 26 gestores sociales y 3 profesionales de salud para las ciudades de Cartagena, Pasto y Quibdó.

Figura 1 Conformación del equipo ACAT para segunda fase



Los asesores para varios departamentos realizarán las acciones de desarrollo de capacidades en los departamentos, ciudades capital y municipios priorizados de acuerdo a la distribución por regiones del plan nacional de desarrollo (PND); la dupla de departamentales desempeñarán de forma coordinada funciones de coordinación operativa y apoyo a la gestión del desarrollo del proceso de desarrollo de capacidades de la dimensión en los municipios priorizados por parte de gestores municipales y del desarrollo del mismo a nivel departamental y ciudad capital. La dupla de gestores municipales realizarán el proceso de desarrollo de capacidades de forma coordinada en los municipios asignados.

Para esta segunda fase las regiones del PND acuerdo a las cuales estarán distribuidos los asesores departamentales estarán conformadas así:

No	Region	Departamentos	Lugar de residencia	Cantidad de Municipios
----	--------	---------------	---------------------	------------------------

				priorizados
1	Centro sur	Cundinamarca, Tolima, Huila y Caquetá	Bogotá	10
2	Llanos orientales 1	Amazonas, Vichada y Vaupés	Bogotá	8
3	Llanos orientales 2	Arauca, Meta y Guaviare	Villavicencio	8
4	Centro	Antioquia, Caldas, Santander y Norte de Santander	Bogotá	
5	Caribe	Cesar, Magdalena, Atlántico y San Andrés	Barranquilla	6
6	Pacífica	Cauca, Valle del Cauca y Putumayo	Cali	9

El grupo de coordinación, de acompañamiento nacional y tres de los seis asesores a cargo de varios departamentostendrán su residencia en Bogotá, los gestores departamentales en la ciudad capital y los gestores municipales en los nodos de residencia contemplados que permitan el desplazamiento hacia los municipios asignados, estos nodos contemplados en algunos casos coinciden con alguno de los municipios asignados y en algunos casos es otro municipio o incluso la ciudad capital.

6.2 .Responsabilidades

A continuación se señalan las funciones y responsabilidades de cada uno de los perfiles del equipo para el proceso de desarrollo de capacidades.

6.2.1 Lider de la dimensión de infancia y Seguridad alimentaria y nutricional

- Elaborar el plan de trabajo y cronograma el cual deberá ser entregado en la primera semana del contrato y aprobado por el supervisor y la coordinación general de la dimensión en el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Realizar el plan operativo de la dimensión en coherencia con el anexo técnico y lineamientos aportados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual deberá ser elaborado en la medida de lo posible con el equipo nacional y entregado en los primeros 15 días del contrato a la coordinación general de la dimensión en el Ministerio de Salud y Protección Social para su aprobación.
- Liderar técnicamente el proceso de selección e inducción del equipo nacional y territorial para el desarrollo de la dimensión.
- Elaborar agenda y cronograma de inducción al equipo nacional y territorial el cual deberá ser entregado en los primeros 15 días del contrato a la coordinación general de la dimensión en el Ministerio.
- Elaborar informe mensual que dé cuenta de las acciones desarrolladas para la coordinación de la dimensión y aquellos que sean requeridos para el seguimiento y evaluación en el marco de comité de coordinación de la dimensión y del comité técnico del convenio.

- f. Realizar informes trimestrales nacionales que den cuenta de las acciones desarrolladas, los principales avances, dificultades, necesidades de gestión a nivel nacional y recomendaciones para la implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud a primera infancia e infancia y de la ruta materno perinatal, con desagregación regional, departamental y municipal de acuerdo a los requerimientos estipulados en anexo técnico.
- g. Participar en la toma de decisiones técnicas y operativas para el desarrollo de la Dimensión Gestión Diferencial Poblaciones Vulnerables - INFANCIA. Convenio MSPS/OIM 2015 - 2016 con el liderazgo de la coordinación general del convenio y de la coordinación general de la dimensión en el Ministerio de Salud y Protección Social.
- h. Coordinar, Capacitar, monitorear y evaluar toda la gestión técnico- administrativa y de talento humano que requiera el proceso de fortalecimiento de las capacidades en las entidades territoriales.
- i. Liderar técnicamente al equipo nacional y territorial para la ejecución de las actividades contempladas y el logro de productos de la dimensión en el marco de los lineamientos del MSPS. En el caso del equipo territorial este liderazgo deberá hacerse en coordinación con los coordinadores departamentales para la gestión integral de salud pública centrada en las personas.
- j. Participar en los espacios de coordinación previstos en la Coordinación general del Convenio, como del comité de coordinación de la dimensión liderado por la coordinación general del Ministerio de Salud y Protección Social y de otros espacios que se requieran para el desarrollo de la dimensión.
- k. Liderar el monitoreo y evaluación del desarrollo de la dimensión que permita la toma de decisiones y la generación de alertas frente a la operación, con el apoyo del profesional de monitoreo y evaluación de la dimensión y de forma coordinada con los procesos de seguimiento que lideran los coordinadores departamentales para la gestión integral de salud pública centrada en las personas.
- l. Realizar la supervisión técnica de productos y soportes del equipo nacional, de los asesores temáticos departamentales y de los gestores departamentales.
- m. Elaboración de informes requeridos y consolidación de productos de la dimensión teniendo en cuenta los requerimientos del anexo técnico y con el apoyo del profesional de monitoreo y evaluación de la dimensión.
- n. Realizar la aprobación de planes de visitas de asistencia técnica del equipo nacional, y en coordinación con los coordinadores departamentales de gestión integral de salud pública de los asesores temáticos departamentales, de los gestores departamentales y de los viajes excepcionales de todo el equipo de acompañamiento territorial.

6.2.2 Equipo de acompañamiento nacional

6.2.2.1 Profesional de monitoreo y evaluación

- a. Concertar y articular las actividades y cronograma de su plan de trabajo con los especialistas de la dimensión de infancia y seguridad alimentaria en el marco del plan territorial aprobado y concertado entre la Entidad Territorial, el MSPS, y con el referente departamental de gestión territorial.

- b. Analizar la información del diagnóstico de capacidades en lo relacionado con los productos a su cargo, de conformidad con el lineamiento de gestión territorial y de monitoreo y evaluación del convenio 547 de 2015 entre el MSPS y la OIM.
- c. Participar en las reuniones de gestión territorial, de monitoreo y evaluación y de las dimensiones de infancia y seguridad alimentaria a las cuales sea convocado.
- d. Ejecutar las acciones dispuestas en los lineamientos de gestión territorial y de monitoreo y evaluación del convenio 547 de 2015 definido entre el ministerio de Salud y Protección

Social y la OIM; lo cual incluye el suministro de insumos, informes y/o reportes mensuales, trimestrales, finales y aquellos que se requieran según necesidad.

- e. Apoyar a la Gerencia de Monitoreo y Evaluación en el seguimiento e implementación de los equipos de la dimensión de gestión diferencial de poblaciones vulnerables- Infancia y Seguridad alimentaria y nutricional, en el marco del convenio 567 OIM –MSPS.
- f. Participar en el ajuste e implementación de los componentes de Monitoreo y Evaluación y lineamientos técnicos, así como en el diseño y desarrollo de las estrategias de Monitoreo y Evaluación de las Dimensiones de Gestión diferencial de poblaciones vulnerables- Infancia y Seguridad Alimentaria y Nutricional, en el marco del convenio 567 OIM -MSPS, que incluye:
- g. Desarrollar las estrategias, herramientas e instrumentos definidos de monitoreo y evaluación que permita dar cuenta de la implementación de las acciones a través de indicadores de proceso, resultado e impacto esperado en concordancia con lo contemplado en los anexos técnicos de las dimensiones, el cual deberá ser trabajado con el equipo técnico del Convenio y del Ministerio de Salud.
- h. Realizar monitoreo técnico y administrativo a la ejecución de productos, actividades y cumplimiento de metas, según planes de acción y por dimensión.
- i. Definir, verificar y garantizar el flujo de información, a partir de fuentes primarias y secundarias, según datos que reporta el equipo de acompañamiento nacional, y el equipo de acompañamiento territorial de la Dimensión de Gestión diferencial de poblaciones vulnerables- Infancia y Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- j. Sistematizar la información generada en el convenio, de acuerdo a los lineamientos de Monitoreo y Evaluación, según necesidad y análisis con el apoyo del técnico de sistemas para las dimensiones de infancia y seguridad alimentaria
- k. Apoyar el desarrollo metodológico de los espacios de seguimiento del proceso de desarrollo de capacidades a nivel nacional, regional y departamental de las dimensiones de infancia y seguridad alimentaria, que permita identificar avances, dificultades y necesidades de gestión con el fin de generar alternativas y/o acciones correctivas para el desarrollo del proceso de asistencia técnica.
- l. Hacer seguimiento periódico, oportuno y mantener los equipos de terreno actualizados con base en los lineamientos de Monitoreo y evaluación.
- m. Realizar procesos de capacitación a los equipos de terreno en monitoreo y evaluación, de acuerdo a las necesidades y según lineamiento.
- n. Prestar asistencia técnica y realizar seguimiento al desarrollo de los planes de trabajo para la correcta implementación, seguimiento y evaluación del convenio 547 de 2015 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la OIM, en los diferentes niveles territoriales.

- o. Articular la gestión de Monitoreo y Evaluación con la gestión administrativa – financiera, técnica, que permita el desarrollo exitoso del Convenio MSPS-OIM 2015-2016, en los diferentes niveles territoriales.

6.2.2.2 Profesional de sistematización

- a. Concertar y articular las actividades y cronograma de su plan de trabajo con el especialista de la dimensión en el marco del plan territorial aprobado y concertado entre la Entidad Territorial, el MSPS, y con el referente departamental de gestión territorial
- b. Elaborar un plan de sistematización nacional prospectiva del proceso de desarrollo de capacidades teniendo en cuenta los tres ejes propuestos en la dimensión de Infancia:

gestión de la política, calidad y humanización de la atención y el fortalecimiento de la promoción de la participación y movilización social de familias y comunidades; a partir del análisis de fuentes primarias y secundarias que incluya el proceso de implementación del programa nacional para la prevención y reducción de la anemia nutricional en niños de 6 a 23 meses.

- c. Participar en la concertación del plan operativo del Ministerio de Salud con el departamento y ciudad capital asignados en lo relacionado con la sistematización del desarrollo de capacidades para la implementación de la ruta de atención integral en salud en lo relacionado con la promoción y mantenimiento de la salud a primera infancia e infancia, la ruta específica materno-perinatal y el programa de prevención y reducción de la anemia para niños de 6 a 23 meses de edad. de forma conjunta con el gestor departamental social.
- d. Realizar la recolección y análisis de fuentes primarias y secundarias requeridas para la sistematización de las experiencias a partir de la voz de actores institucionales y comunitarios que participan en el proceso de desarrollo de capacidades y de implementación del programa nacional para la prevención y reducción de la anemia nutricional en niños de 6 a 23 meses.
- e. Elaborar y apoyar en coordinación con el profesional de monitoreo y evaluación, la orientación metodológica para el seguimiento, monitoreo y evaluación del proceso de desarrollo de capacidades que permitan identificar lecciones aprendidas como insumo para la toma de decisiones y para la propia sistematización.
- f. Elaboración de documento de sistematización del proceso de desarrollo de capacidades a nivel nacional.
- g. Elaboración de contenido de las piezas comunicativas para la divulgación de la sistematización realizada.
- h. Elaborar informe mensual y final que dé cuenta de las acciones realizadas de acuerdo al plan de trabajo.
- i. Elaborar 3 (tres) informes analíticos (uno por trimestre) con el avance del proceso de sistematización.
- j. Elaborar plan de cada viaje de recolección de información para la sistematización, que debe hacerse de forma coordinada con la agenda para el proceso de desarrollo de capacidades

en cada departamento, con su respectiva aprobación por parte de la especialista de la dimensión

6.2.2.3 Profesional de restablecimiento de derechos

- a. Concertar y articular las actividades y cronograma de su plan de trabajo con el especialista de la dimensión en el marco del plan territorial aprobado y concertado entre la Entidad Territorial, el MSPS, y con el referente departamental de gestión territorial.
- b. Elaborar la propuesta técnica y metodológica para la implementación del proceso piloto para el desarrollo de capacidades para la gestión de restablecimiento del derecho a la salud de gestantes, niños, niñas y adolescentes en situaciones de vulneración en el marco del proceso de restablecimiento de derechos que tome en cuenta el marco de situación y normativo, la cual deberá ser discutida durante su proceso de elaboración con el profesional de restablecimiento de derechos del MSPS y el equipo del Ministerio que se estime necesario.
- c. Participar en la concertación del plan operativo del Ministerio de Salud con el departamento y ciudad capital asignados en lo relacionado con el desarrollo de capacidades para restablecimiento del derecho a la salud de gestantes, niños, niñas y adolescentes en situaciones de vulneración en el marco del proceso de restablecimiento de derechos.
- d. Capacitar a los asesores departamentales de los territorios priorizados para el desarrollo de capacidades a los actores del SGSSS para la gestión de restablecimiento del derecho a la salud de gestantes, niños, niñas y adolescentes en situaciones de vulneración en el marco del proceso piloto de desarrollo de capacidades para la gestión del restablecimiento de derechos.
- e. Participar en la elaboración del diagnóstico de capacidades en lo relacionado con los productos a su cargo, de conformidad con el lineamiento de gestión territorial y de monitoreo y evaluación del convenio 547 de 2015 entre el MSPS y la OIM.
- f. Consolidar y analizar los resultados de la valoración de capacidades de gestión y atención del talento humano en salud para el restablecimiento del derecho a la salud de gestantes, niños, niñas y adolescentes en situaciones de vulneración derechos incluyendo la activación de rutas como parte del proceso piloto de desarrollo de capacidades.
- g. Realizar el desarrollo de capacidades a los equipos institucionales de las DTS, EPS e IPS para la gestión de restablecimiento del derecho a la salud de gestantes, niños, niñas y adolescentes en situaciones de vulneración en el marco del proceso de restablecimiento de derechos incluyendo mecanismos de activación de rutas que garanticen el derecho a la salud de estas poblaciones de forma conjunta con los asesores departamentales.
- h. Participar en los espacios de gestión y seguimiento del proceso de desarrollo de capacidades en las entidades territoriales priorizadas para el proceso piloto de gestión de restablecimiento de derechos, que permita identificar avances, dificultades y necesidades de gestión con el fin de generar alternativas y/o acciones correctivas para el desarrollo del proceso de asistencia técnica.
- i. Ejecutar las acciones dispuestas en los lineamientos de gestión territorial y de monitoreo y evaluación del convenio 547 de 2015 definido entre el ministerio de Salud y Protección

Social y la OIM; lo cual incluye el suministro de insumos, informes y/o reportes mensuales, trimestrales, finales y aquellos que se requieran según necesidad.

- j. Elaborar propuesta para la asistencia técnica para el desarrollo de capacidades para la gestión el restablecimiento del derecho a la salud de gestantes, niños, niñas y adolescentes en situaciones de vulneración a partir de los resultados y lecciones aprendidas de la experiencia piloto desarrollada.
- k. Realizar 10 (diez) informes (uno mensual) que dé cuenta de las acciones para el desarrollo de capacidades en lo relacionado al restablecimiento de derechos teniendo en cuenta plan de trabajo y aquellos que sean requeridos para el seguimiento y evaluación de los departamentos a su cargo.
- l. Realizar 3 (tres) documentos analíticos (uno por trimestre) del proceso piloto de asistencia técnica para la gestión el restablecimiento del derecho a la salud de gestantes, niños, niñas y adolescentes en situaciones de vulneración de los territorios priorizados a partir del acompañamiento y seguimiento realizado teniendo en cuenta los criterios acordados con el MSPS. Este análisis será insumo para la elaboración del informe trimestral nacional del desarrollo del proceso de asistencia técnica con DTS.

6.2.3 Equipo de acompañamiento territorial

6.2.3.1 Asesor departamental

- a. Concertar y articular las actividades y cronograma de su plan de trabajo con el especialista de la dimensión en el marco del plan territorial aprobado y concertado entre la Entidad Territorial, el MSPS, y con el referente departamental de gestión territorial.
- b. Apoyar el proceso de selección e inducción del equipo territorial de los departamentos en los cuales se implementará el programa de prevención y reducción de la anemia.
- c. Elaborar plan de cada visita de asistencia técnica coordinado con el referente departamental de gestión territorial, con su respectiva aprobación por parte del especialista de la dimensión.
- d. Realizar los desplazamientos que se requieran para el desarrollo de sus actividades y obligaciones, acorde a la solicitud del supervisor.
- e. Participar en la concertación del plan operativo del Ministerio de Salud con los departamentos y ciudad capital asignados en lo relacionado con el desarrollo de capacidades para la implementación de la ruta de atención integral en salud en lo relacionado con la promoción y mantenimiento de la salud a primera infancia e infancia, la ruta específica materno-perinatal bajo el liderazgo del coordinador departamental.
- f. Realizar las acciones para el desarrollo de capacidades de acuerdo al plan operativo concertado con las direcciones territoriales de salud del departamento, ciudad capital y municipios asignados y de forma conjunta con éstas a las EPS e IPS presentes en el territorio para la implementación de la ruta de atención integral en salud en lo relacionado con la promoción y mantenimiento de la salud a primera infancia e infancia y en la ruta específica materno-perinatal, en el marco de los lineamientos del MSPS y la guía operativa

para el desarrollo de la segunda fase de asistencia técnica. Estas acciones deben realizarse de forma coordinada con el referente departamental de gestión territorial y el resto del equipo de asistencia técnica del Ministerio de Salud que acompaña estrategias de salud materna e infantil.

- g.
- h. Participar en la elaboración del diagnóstico de capacidades en lo relacionado con los productos a su cargo, de conformidad con el lineamiento de gestión territorial y de monitoreo y evaluación del convenio 547 de 2015 entre el MSPS y la OIM.
 - i. Apoyar el pilotaje de la estrategia de desarrollo de capacidades para la gestión del restablecimiento del derecho a la salud a gestantes, niños, niñas y adolescentes en situaciones de vulneración de derechos en el departamentos priorizados asignados bajo el liderazgo del profesional de restablecimiento de derechos.
 - j. Participar en las reuniones de Gestión Territorial y de seguimiento de la dimensión a nivel nacional y departamental a las cuales sea convocado, que permita identificar avances, dificultades y necesidades de gestión con el fin de generar alternativas y/o acciones correctivas.
 - k. Realizar informe mensual y final, que dé cuenta de las acciones para el desarrollo de capacidades teniendo en cuenta el plan de trabajo y aquellos que sean requeridos para el seguimiento y evaluación de los departamentos y municipios asignados.
 - l. Realizar 3 (tres) documentos analíticos (uno por trimestre) con desagregación departamental y municipal, de la entidades territoriales asignadas, que dé cuenta de las principales acciones de asistencia técnica realizadas, avances y dificultades de las entidades

territoriales acompañadas; necesidades de gestión a nivel nacional y recomendaciones para la implementación de las rutas objeto del contrato de acuerdo con lo estipulado en el anexo técnico del Convenio.

6.2.3.2 Gestor departamental salud

- a. Concertar y articular las actividades y cronograma de su plan de trabajo con el especialista de la dimensión en el marco del plan territorial aprobado y concertado entre la Entidad Territorial, el MSPS, y con el referente departamental de gestión territorial.
- b. Apoyo en la conformación del equipo de gestores municipales de la dimensión de infancia y de seguridad alimentaria.
- c. Apoyo en la inducción del equipo de gestores municipales de la dimensión de infancia y de seguridad alimentaria en el departamento asignado de forma coordinada con el equipo de acompañamiento nacional.
- d. Participar en la concertación del plan operativo del Ministerio de Salud con el departamento y ciudad capital asignados en lo relacionado con el desarrollo de capacidades para la implementación de la ruta de atención integral en salud en lo relacionado con la promoción y mantenimiento de la salud a primera infancia e infancia, la ruta específica materno-perinatal y el programa de prevención y reducción de la anemia para niños de 6 a 23 meses de edad. de forma conjunta con el gestor departamental social
- e. Realizar las acciones para el desarrollo de capacidades de acuerdo al plan operativo concertado con la dirección territorial de salud del departamento, ciudad capital y municipios

asignados y de forma conjunta con éstas a las EPS e IPS, relacionadas con la calidad y humanización de la atención y de forma coordinada con el gestor departamental social en lo relacionado con la gestión de la política y el fortalecimiento de la participación y movilización social para el desarrollo y cuidado de niños y niñas, en el marco de los lineamientos del MSPS para la implementación de la atención integral a primera infancia e infancia, la guía operativa para el desarrollo de la segunda fase de asistencia técnica y del documento

técnico y guía operativa del programa de prevención y reducción de la anemia, de forma coordinada con referente departamental de gestión territorial y el resto del equipo de asistencia técnica del Ministerio de Salud que acompaña estrategias de salud materna e infantil.

- f. Liderar y apoyar técnicamente de forma coordinada con el gestor departamental social al equipo de gestores municipales de la dimensión de infancia y de seguridad alimentaria para el desarrollo de capacidades en el departamento asignado mediante modalidades virtuales y presenciales que privilegien el desarrollo de estrategias de acompañamiento para varios municipios.
- g. Realizar de forma coordinada con el gestor departamental social el monitoreo y seguimiento al proceso de desarrollo de capacidades en el departamento asignado mediante la revisión y retroalimentación técnica de informes de equipos municipales de la dimensión de infancia y de seguridad alimentaria y facilitación conjunta con el equipo de salud materna e infantil de la DTS departamental de los espacios de seguimiento previstos en cada departamento de forma presencial y virtual, que permita identificar avances, dificultades y necesidades de gestión con el fin de generar alternativas y/o acciones correctivas para el desarrollo del proceso.
- h. Participar en la elaboración del diagnóstico de capacidades en lo relacionado con los productos a su cargo, de conformidad con el lineamiento de gestión territorial y de monitoreo y evaluación del convenio 547 de 2015 entre el MSPS y la OIM.
- i. Participar en las reuniones de Gestión Territorial y de seguimiento de la dimensión a nivel nacional a las cuales sea convocado, acorde con la metodología planteada en el lineamiento de Gestión Territorial del convenio 547 de 2015 que permita identificar avances, dificultades y necesidades de gestión con el fin de generar alternativas y/o acciones correctivas.
- j. Suministrar los insumos, informes y/o reportes periódicos de Monitoreo y Evaluación según el lineamiento operativo definido para tal fin, en el marco del convenio 547 de 2015.
- k. Elaboración de informes y productos requeridos para dar cuenta del desarrollo de capacidades y de las necesidades de asistencia técnica de las entidades territoriales en el departamento asignado de forma coordinada con el gestor departamental social.
- l. Realizar 10 (diez) informes (uno mensual) que dé cuenta de las acciones para el desarrollo de capacidades teniendo en cuenta plan de trabajo y aquellos que sean requeridos para el seguimiento y evaluación de los departamentos y municipios asignados.
- m. Realizar 3 (tres) documentos analíticos (uno por trimestre) del departamento y municipios asignados que dé cuenta de los principales avances, dificultades de las entidades territoriales, necesidades de gestión a nivel nacional, las acciones de desarrollo de capacidades realizadas y recomendaciones para la implementación de las rutas objeto del

- contrato con desagregación departamental y municipal de acuerdo a lo estipulado en el anexo técnico del Convenio.
- n. Apoyo en la revisión de planes de viajes y de agendas de visitas de asistencia técnica de los gestores municipales en salud en el departamento.
 - o. Elaborar plan de cada visita de asistencia técnica de apoyo a los equipos municipales con su respectiva aprobación por parte del especialista técnico de la dimensión.

6.2.3.3 Gestor departamental social

- a. Concertar y articular las actividades y cronograma de su plan de trabajo con el especialista de la dimensión en el marco del plan territorial aprobado y concertado entre la Entidad Territorial, el MSPS, y con el referente departamental de gestión territorial.
- b. Apoyo en la conformación del equipo de gestores municipales de la dimensión de infancia y de seguridad alimentaria.
- c. Apoyo en la inducción del equipo de gestores municipales de la dimensión de infancia y de seguridad alimentaria en el departamento asignado de forma coordinada con el equipo de acompañamiento nacional.
- d. Participar en la concertación del plan operativo del Ministerio de Salud con el departamento y ciudad capital asignados en lo relacionado con el desarrollo de capacidades para la implementación de la ruta de atención integral en salud en lo relacionado con la promoción y mantenimiento de la salud a primera infancia e infancia, la ruta específica materno-perinatal y el programa de prevención y reducción de la anemia para niños de 6 a 23 meses de edad. de forma conjunta con el gestor departamental salud.
- e. Realizar las acciones para el desarrollo de capacidades en fortalecimiento y movilización de familias y comunidades, el trabajo en red e intersectorial; de acuerdo al plan operativo concertado con la dirección territorial de salud del departamento, ciudad capital y municipios

asignados y de forma conjunta con éstas a las EPS e IPS, relacionadas con la calidad y humanización de la atención y de forma coordinada con el gestor departamental social en lo relacionado con la gestión de la política y el fortalecimiento de la participación y movilización social para el desarrollo y cuidado de niños y niñas, en el marco de los lineamientos del MSPS para la implementación de la atención integral a primera infancia e infancia, la guía operativa para el desarrollo de la segunda fase de asistencia técnica y del documento técnico y guía operativa del programa de prevención y reducción de la anemia, de forma coordinada con referente departamental de gestión territorial y el resto del equipo de asistencia técnica del Ministerio de Salud que acompaña estrategias de salud materna e infantil.

- f. Realizar de forma coordinada con el gestor departamental salud el monitoreo y seguimiento al proceso de desarrollo de capacidades en el departamento a su cargo mediante la revisión técnica de informes mensuales de equipos municipales y facilitación conjunta con el equipo de salud materna e infantil de la DTS departamental así como con el coordinador departamental de fortalecimiento de la autoridad sanitaria de los espacios de seguimiento previstos en cada departamento de forma presencial y virtual, que permita identificar

- avances, dificultades y necesidades de gestión con el fin de generar alternativas y/o acciones correctivas para el desarrollo del proceso.
- g. Liderar y apoyar técnicamente de forma coordinada con el gestor departamental social al equipo de gestores municipales de la dimensión de infancia y de seguridad alimentaria para el desarrollo de capacidades en el departamento asignado mediante modalidades virtuales y presenciales que privilegien el desarrollo de estrategias de acompañamiento para varios municipios.
 - h.
 - i. Participar en la elaboración del diagnóstico de capacidades en lo relacionado con los productos a su cargo, de conformidad con el lineamiento de gestión territorial y de monitoreo y evaluación del convenio 547 de 2015 entre el MSPS y la OIM.
 - j. Realizar de forma coordinada con el gestor departamental social el monitoreo y seguimiento al proceso de desarrollo de capacidades en el departamento asignado mediante la revisión y retroalimentación técnica de informes de equipos municipales de la dimensión de infancia y de seguridad alimentaria y facilitación conjunta con el equipo de salud materna e infantil de la DTS departamental de los espacios de seguimiento previstos en cada departamento de forma presencial y virtual, que permita identificar avances, dificultades y necesidades de gestión con el fin de generar alternativas y/o acciones correctivas para el desarrollo del proceso.
 - k. Participar en las reuniones de Gestión Territorial y de seguimiento de la dimensión a nivel nacional a las cuales sea convocado, acorde con la metodología planteada en el lineamiento de Gestión Territorial del convenio 547 de 2015 que permita identificar avances, dificultades y necesidades de gestión con el fin de generar alternativas y/o acciones correctivas.
 - l. Suministrar los insumos, informes y/o reportes periódicos de Monitoreo y Evaluación según el lineamiento operativo definido para tal fin, en el marco del convenio 547 de 2015.
 - m. Elaboración de informes y productos requeridos para dar cuenta del desarrollo de capacidades y de las necesidades de asistencia técnica de las entidades territoriales en el departamento asignado de forma coordinada con el gestor departamental salud.
 - n. Realizar 10 (diez) informes (uno mensual) que dé cuenta de las acciones para el desarrollo de capacidades teniendo en cuenta plan de trabajo y aquellos que sean requeridos para el seguimiento y evaluación de los departamentos y municipios asignados
 - o. Realizar 3 (tres) documentos analíticos (uno por trimestre) del departamento y municipios asignados que dé cuenta de los principales avances, dificultades de las entidades territoriales, necesidades de gestión a nivel nacional, las acciones de desarrollo de capacidades realizadas y recomendaciones para la implementación de las rutas objeto del contrato con desagregación departamental y municipal de acuerdo a lo estipulado en el anexo técnico del Convenio.
 - p. Apoyo en la revisión de planes de viajes y de agendas de visitas de asistencia técnica de los gestores municipales en salud en el departamento.

6.2.3.4 Gestor municipal salud

- a. Concertar y articular las actividades y cronograma de su plan de trabajo con el gestor departamental salud, con el gestor municipal social y el especialista de la dimensión en el marco del plan territorial aprobado y concertado entre la Entidad Territorial, el MSPS, y con el referente departamental de gestión territorial.
- b. Participar en la concertación del plan operativo con el equipo de las direcciones territoriales de salud de los municipios en relación con desarrollo de capacidades para la implementación de la ruta de atención integral en salud en lo relacionado con la promoción y mantenimiento de la salud a primera infancia e infancia, la ruta específica materno-perinatal y el programa de prevención y reducción de la anemia nutricional para niños de 6 a 23 meses de edad, de forma conjunta con el gestor municipal social.
- a. Realizar las acciones para el desarrollo de capacidades de acuerdo al plan operativo concertado con las direcciones territoriales de salud de los municipios asignados y de forma conjunta con éstas a las EPS e IPS, relacionadas con la calidad y humanización de la atención y de forma coordinada con el gestor municipal social en lo relacionado con la gestión de la política y el fortalecimiento de la participación y movilización social para el desarrollo y cuidado de niños y niñas, en el marco de los lineamientos del MSPS para la implementación de la atención integral a primera infancia e infancia, la guía operativa para el desarrollo de la segunda fase de asistencia técnica y del documento técnico y guía operativa del programa de prevención y reducción de la anemia nutricional, de forma coordinada con el proceso de desarrollo de capacidades liderado por el referente departamental de gestión territorial y el resto del equipo de asistencia técnica del Ministerio de Salud que acompaña estrategias de salud materna e infantil.
- b. Participar en las reuniones de Gestión Territorial y de seguimiento de la dimensión a nivel departamental y municipal a las cuales sea convocado, acorde con la metodología planteada en el lineamiento de Gestión Territorial del convenio 547 de 2015 que permita identificar avances, dificultades y necesidades de gestión con el fin de generar alternativas y/o acciones correctivas.
- c. Suministrar los insumos, informes y/o reportes periódicos de Monitoreo y Evaluación según el lineamiento operativo definido para tal fin, en el marco del convenio 547 de 2015.
- d. Elaboración de informes y productos requeridos para dar cuenta del desarrollo de capacidades y de las necesidades de asistencia técnica de las entidades territoriales asignados de forma coordinada con el gestor departamental social
- e. Realizar documentos analíticos por trimestre de los municipios asignados que dé cuenta de los principales avances, dificultades de las entidades territoriales, necesidades de gestión a nivel nacional, las acciones de desarrollo de capacidades realizadas y recomendaciones para la implementación de las rutas objeto del contrato con desagregación departamental y municipal de acuerdo a lo estipulado en el anexo técnico del Convenio.
- f. Realizar informe final que consolide el proceso, incluyendo las lecciones aprendidas y buenas prácticas identificadas durante la ejecución, así como bases de datos y demás archivos de soporte de la ejecución.
- g. Elaborar plan de cada visita de asistencia técnica a los municipios asignados con su respectiva aprobación por parte del especialista técnico de la dimensión

6.2.3.5 Gestor Municipal Social

- a. Concertar y articular las actividades y cronograma de su plan de trabajo con el gestor departamental social, con el gestor municipal salud y el especialista de la dimensión en el marco del plan territorial aprobado y concertado entre la Entidad Territorial, el MSPS, y con el referente departamental de gestión territorial.
- b. Participar en la concertación del plan operativo con el equipo de las direcciones territoriales de salud de los municipios para el desarrollo de capacidades para la implementación de la ruta de atención integral en salud en lo relacionado con la promoción y mantenimiento de la salud a primera infancia e infancia, la ruta específica materno-perinatal y el programa de prevención y reducción de la anemia nutricional para niños de 6 a 23 meses de edad, de forma conjunta con el gestor municipal salud, en lo relacionado con el desarrollo de
- c. capacidades en fortalecimiento y movilización de familias y comunidades y el trabajo en red e intersectorial.
- d. Realizar las acciones para el desarrollo de capacidades de acuerdo al plan operativo concertado con las direcciones territoriales de salud de los municipios asignados y de forma conjunta con éstas a las EPS e IPS, relacionadas con el fortalecimiento de la participación y movilización social para el desarrollo y cuidado de niños y niñas y el trabajo en red e intersectorial, en el marco de los lineamientos del MSPS para la implementación de la atención integral a primera infancia e infancia, la guía operativa para el desarrollo de la segunda fase de asistencia técnica y del documento técnico y guía operativa del programa de prevención y reducción de la anemia nutricional, de forma coordinada con el proceso de desarrollo de capacidades liderado por el referente departamental de gestión territorial y el resto del equipo de asistencia técnica del Ministerio de Salud que acompaña estrategias de salud materna e infantil.
- e. Participar en las reuniones de Gestión Territorial y de seguimiento de la dimensión a nivel departamental y municipal a las cuales sea convocado, acorde con la metodología planteada en el lineamiento de Gestión Territorial del convenio 547 de 2015 que permita identificar avances, dificultades y necesidades de gestión con el fin de generar alternativas y/o acciones correctivas.
- f. Suministrar los insumos, informes y/o reportes periódicos de Monitoreo y Evaluación según el lineamiento operativo definido para tal fin, en el marco del convenio 547 de 2015.
- g. Elaboración de informes y productos requeridos para dar cuenta del desarrollo de capacidades en lo relacionado con la movilización de familias y comunidades, el trabajo en red e intersectorial y el fortalecimiento de la participación social para el desarrollo y cuidado de niños y niñas, además de las necesidades de asistencia técnica de las entidades territoriales asignados de forma coordinada con el gestor departamental social.
- h. Realizar documentos analíticos por trimestre de los municipios asignados que dé cuenta de los principales avances, dificultades de las entidades territoriales, necesidades de gestión a nivel nacional, las acciones de desarrollo de capacidades realizadas y recomendaciones para la implementación de las rutas objeto del contrato con desagregación departamental y municipal de acuerdo a lo estipulado en el anexo técnico del Convenio.

- i. Realizar informe final que consolide el proceso, incluyendo las lecciones aprendidas y buenas prácticas identificadas durante la ejecución, así como bases de datos y demás archivos de soporte de la ejecución.
- j. Elaborar plan de cada visita de asistencia técnica a los municipios asignados con su respectiva aprobación por parte del especialista técnico de la dimensión.

6.2.3.6 Gestor étnico:

- a. 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.
- b. Realizar encuentros locales con sabedores y con la comunidad en general para concertar y gestionar con la comunidad un plan de trabajo que busque construir acuerdos en salud, para la atención integral a niños y niñas.
- c. 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.
- d. Desarrollar estrategias de gestión intercultural con las instituciones locales, en coherencia con los acuerdos sociales que se vayan alcanzando con las comunidades, a las autoridades tradicionales los niños y niñas y los sabedores.
- e. Construir estrategias para posicionamiento político de las propuestas de los grupos étnicos para construir una atención integral pertinente que rescate y fortalezca lo propio del proceso de desarrollo de los niños y niñas.
- f. Articular con los gestores sociales y de salud, la 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 para los actores sociales y comunitarios que se incorporen al proceso de ACAT con énfasis en las competencias para el trabajo intercultural.
- g. Identificar experiencias exitosas de atención integral en salud de NNA que puedan ser compartidas con otros territorios.
- h. 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.

6.3 Cronograma, Productos y soportes

De acuerdo con las etapas propuestas para el desarrollo del proceso se contempla el siguiente cronograma de trabajo para las actividades más grandes el cual deberá ser puntualizado en los planes de trabajo de cada profesional del equipo:

Etapas	Actividad	Fechas contempladas
Planeación de desarrollo de capacidades	Revisión lineamientos y orientaciones por equipo de acompañamiento nacional y territorial	4 al 18 de enero
	Inducción a equipo nacional y asesores y gestores dptales	18 al 22 de enero
	Inducción a gestores municipales	18 enero- 5 febrero
	Concertación de plan de asistencia técnica y acuerdos de trabajo DTS departamental	25 enero- Febrero
	Concertación de plan de asistencia técnica y acuerdos de trabajo DTS municipal	15 Febrero- Marzo
Acompañamiento según planes concertados	Acciones de acompañamiento para el desarrollo de capacidades en los tres ejes propuestos	Febrero-Octubre
	Participación en reuniones de seguimiento al proceso de desarrollo de capacidades por region y departamentos del programa de anemia por parte de asesores y gestores de departamento (Mensuales) y gestores municipales (mensuales o trimestrales según definición)	Febrero- Octubre

Para el desarrollo de la segunda fase se han previsto los siguientes productos los cuales deberán respaldarse con actas de viistas de asistencia técnica y otros documentos que respalden las actividades realizadas cuando hubiera lugar. Los de carácter mensual tienen un alcance de actividades y logros con los procesos realizados y en el caso de los trimestrales se esperan documentos analíticos que den cuenta de los avances en los tres ejes de desarrollo de capacidades propuestos:

Productos	Especificación técnica
Informes mensuales	
Informes trimestral	El informe técnico consolidado nacional de DTS con desagregación regional, departamental y municipal de acuerdo a los criterios que establezca el MSPS que de cuenta de: a) Las adecuaciones realizadas por las DTS priorizadas y los demás actores del SGSSS en el territorio en la gestión de la ruta de atención integral en lo relacionado con la promoción y mantenimiento de la salud de primera infancia e infancia y la ruta materno perinatal y de las acciones de asistencia técnica realizadas con énfasis en las que contribuyeron para este fin. b) Los resultados del análisis y las adecuaciones realizadas por las EAPB e IPS con el acompañamiento de las DTS en la implementación de la ruta de atención integral en lo relacionado con la promoción y mantenimiento de la salud de primera infancia e infancia y la ruta materno perinatal de acuerdo a los puntos críticos identificados y de las acciones de asistencia técnica realizadas con énfasis en las que contribuyeron para este fin.

	c) Las acciones realizadas por las DTS priorizadas de manera conjunta con los demás actores del SGSSS para la promoción de la participación y movilización social de familias y comunidades en torno a la gestión de la atención integral en salud y en el desarrollo integral y cuidado a gestantes, niños y niñas.
--	--

Con el fin de tramitar desplazamientos se requerirá siempre la aprobación del plan de viaje que deberá acompañarse de la agenda de las visitas de asistencia técnica a desarrollar.

6 Anexos

Anexo 1 TALLER ENFOQUE CURSO DE VIDA

OBJETIVO:

Socializar el enfoque de curso de vida y reflexionar sobre las implicaciones en la atención integral en salud.

PARTICIPANTES:

Equipos territoriales de salud pública de las Direcciones Territoriales de Salud priorizadas por el equipo de Curso de Vida para realizar asistencia técnica en 2015.

Fecha: De acuerdo con cronograma de asistencia técnica concertada con DTS.

Lugar: Dirección Territorial de Salud

Duración: 4 horas.

METODOLOGÍA:

Momento 1. Lluvia de ideas. Tiempo: 30 minutos.

La moderadora indagará con los participantes su conocimiento frente al enfoque de curso de vida a partir de la siguiente pregunta orientadora:

- ¿Cómo comprende el concepto de curso de vida?

Las ideas clave de los aportes de los participantes serán consignadas en el tablero. A partir de los aportes de los participantes la facilitadora desarrollará el concepto del enfoque de curso de vida, resaltando las coincidencias de los aportes de los participantes con la presentación guía (anexa).

Así mismo, presentará los principios y elementos característicos del enfoque de curso de vida, apoyada por la presentación guía (anexa).

Momento 2. Trabajo en subgrupos. Tiempo: 60 minutos.

Se solicitará a los asistentes organizarse en subgrupos de aproximadamente 6 integrantes. Se les invitará a reflexionar sobre la siguiente pregunta orientadora:

- ¿Es lo mismo ciclo de vida que curso de vida?

A cada grupo se le entregarán tarjetas impresas con las características del enfoque curso de vida y de ciclo vital (mezcladas) y se les solicitará organizarlas, de acuerdo con su criterio, de la siguiente forma:

CARTELERA 1

CARACTERÍSTICAS CURSO DE VIDA

CARTELERA 2

CARACTERÍSTICAS CICLO VITAL

La moderadora retroalimentará las propuestas de cada subgrupo y realizará las precisiones sobre las características de ambos enfoques, apoyada en la presentación guía (anexa), haciendo énfasis en las implicaciones del enfoque de curso de vida en la atención integral en salud.

Momento 3. Trabajo en subgrupos. Tiempo: 30 minutos.

La moderadora presentará el concepto de efecto acumulativo y el ejemplo construido en la presentación guía (anexa) y con base en ello, se solicitará a los subgrupos constituidos identificar los efectos acumulativos de las intervenciones en salud que ellos lideran.

Para ello, se solicitará a cada subgrupo realizar un listado de intervenciones en salud que los integrantes lideran. Luego, cada subgrupo seleccionará de su listado 1 o 2 intervenciones en salud en un grupo de edad e identificará los efectos acumulativos de dicha intervención en el curso de la vida de una persona.

Cada subgrupo consignará el nombre de la intervención en salud y los efectos acumulativos identificados en una cartelera. En plenaria un representante del subgrupo socializará los resultados del trabajo adelantado.

Momento 4. Reflexión sobre aplicabilidad del enfoque. Tiempo: 30 minutos.

Retomando los resultados de los anteriores momentos, la moderadora generará la reflexión sobre la siguiente pregunta orientadora:

- ¿Cómo aplicaría el enfoque de curso de vida a su quehacer en salud pública?

Las ideas clave de los aportes de los participantes serán consignadas en el tablero. A partir de los aportes de los participantes la facilitadora enfatizará en la importancia de la aplicación del enfoque de curso de vida en los planes, programas, proyectos e intervenciones en salud.

Momento 5. Retos y compromisos. Tiempo: 30 minutos.

La moderadora presentará una propuesta de retos (presentación guía anexa) y solicitará a los participantes complementar la lista. Una vez identificados los retos, se abrirá un espacio para construir los compromisos por parte de la Dirección Territorial de Salud frente a su implementación.

Los retos y compromisos establecidos se consignarán en carteleras, que deben ser visibles en el lugar de reunión y serán objeto de seguimiento en la aplicación del enfoque.

Momento 6. Cierre. Tiempo: 10 minutos.

La moderadora realizará un balance de la jornada y agradecerá al auditorio la participación en cada una de las actividades desarrolladas e incentivará a los equipos técnicos de salud pública de la Entidad Territorial en la implementación del enfoque de curso de vida en su quehacer cotidiano, en la identificación de los puntos críticos que limitan su implementación y en su retroalimentación al MSPS para continuar conjuntamente la construcción.

MATERIALES:

- Presentación guía
- Papel kraft
- Fichas bibliográficas
- Cinta de enmascarar
- Tablero
- Marcadores borrables y permanentes (diferentes colores)
- Computador
- Video beam