1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- Denominación del Programa de Formación: Técnico en Salud Pública
- Código del Programa de Formación: 331308
  - Nombre del Proyecto: Hábitos saludables para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Fase del Proyecto: análisis
  - Actividad de Proyecto: AP- Analizar Lineamientos en Salud Pública en el Marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
-

  Técnicas

  230101295-Caracterizar La Situación De Salud Según Metodología De Análisis Y Normativa.

  Resultado de Aprendizaje:

  230101295- 3: **Elaborar matriz de priorización y mapa de riesgos de acuerdo con parámetros.**

1. Actividad de reflexión: La Salud de las Américas

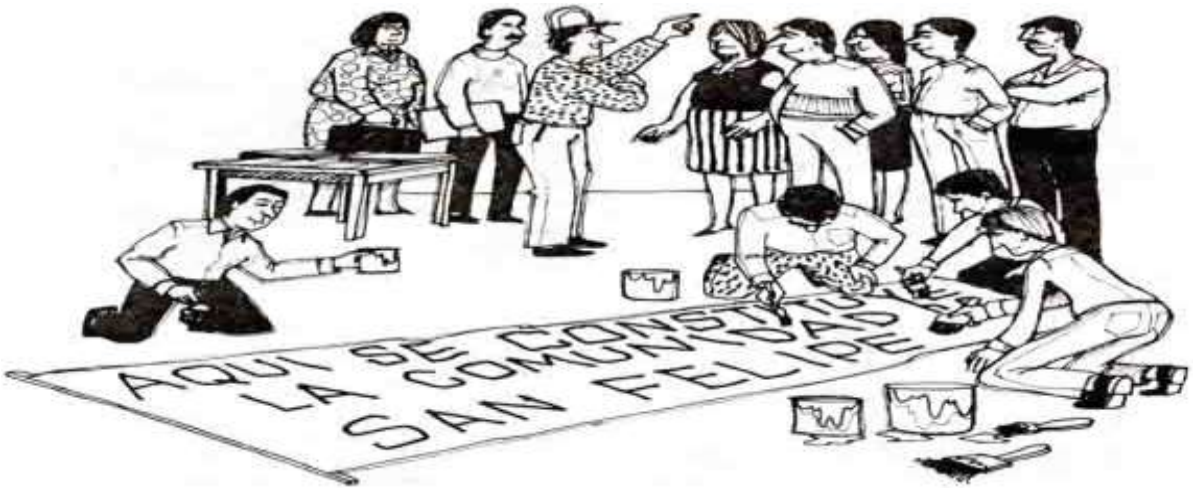


- Teniendo en cuenta la imagen sobre la salud de las américas en el 2015, responde a la preguntas :

  a) ¿cómo consideras tu que Colombia pueda afrontar todas esas problematicas?

b) ¿Con cuál de todas esas problemáticas iniciarías para elaborar tu plan de acción?

2. Actividad de Contextualización:
La participación activa de la población en el análisis de la situación de salud, debe involucrar como actor principal a la comunidad, la cual tiene la responsabilidad de determinar dentro de las alternativas disponibles, cuáles problemas están en condiciones de solucionar con éxito. (Cuba. Ministerio de Salud Pública.



- Consideras que las comunidades deben participar en la búsqueda de soluciones de sus problemas sociales y de salud?
- De qué manera pueden participar, enumera al menos dos formas?
- Te gusta la participación comunitaria y por qué?

3. Actividad de conceptualización:

3.1 **Diagnóstico comunitario de la situación de salud:** Lo constituye el conocimiento de la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo. El diagnóstico de salud se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico biológico, higiénico epidemiológico y social para la identificación de los problemas de salud.

3.2 **PRIORIZACIÓN DE LAS PROBLEMÁTICAS:** Una vez identificadas en el primer momento las principales problemáticas de salud de la comunidad, realice

la priorización mediante el método de Hanlon o de la OPS orientada por su instructor en conjunto con la comunidad del territorio seleccionado.

- Hagamos un ejercicio teniendo en cuenta los siguientes datos:
  Nombre de la Comunidad: Aprendices de Salud Pública SENA
  Número de habitantes: 28 (1 hombre, 27mujeres)
  Estratos socioeconómicos de la comunidad. 1 y 2
  Problemas identificados en la comunidad:

Problemas de salud detectados en la comunidad: diarrea, Covid 19, HTA, contaminación del agua, obesidad.

3.3 Cómo ejercicio completa el siguiente matriz, guiándote por el primer ejemplo de problemáticas de salud, con cada problemática responde a cada una de las preguntas formuladas en el ejercicio.

Problema	**Causas (el porqué. • En la familia • En la comunidad y sus actores**	**Consecuencias (efectos visibles)**	**Acciones (¿Qué hacemos?, ¿Cómo?, ¿Con qué?, ¿Cuándo?, ¿Quiénes?, ¿Cómo nos evaluamos?**
Enfermedad de los niños con diarreas.	Práctica familiar y comunitaria inadecuada (no lavado de manos), (Contaminación del agua.	Desnutrición del menor, muerte.	Educación a la comunidad sobre conservación del recurso hídrico, potabilización del agua, manejo adecuado de excretas y residuos. Mediante campañas educativas en las casas comunales, colegios etc. ¿Cuándo? En reunión de padres de familia, o fijar fecha hora, lugar y responsables de la actividad.

1.1 El **Método Hanlon**: Es un **método** que evalúa la posibilidad de enfrentarse o no a un problema que puede surgir en una organización o comunidad. Consiste en multiplicar por un factor de ponderación las calificaciones obtenidas por diferentes criterios. Los criterios son: magnitud del problema, número de personas afectadas respecto a la población total, gravedad del problema, como mortalidad, morbilidad, costos asociados, etc., eficacia de la solución posible, capacidad real para modificar la situación del problema y factibilidad de la solución.

Para la aplicación del método de Hanlon revisa previamente el material de apoyo y realiza el ejercicio propuesto por tu instructor:

- Aplica la matriz de priorización y determina la problemática priorizada por la comunidad, según matriz anterior.

2. Glosarios de términos:

Una comunidad: es un grupo de seres humanos que tienen ciertos elementos en común, tales como el idioma, costumbres, valores, tareas, visión del mundo, edad, ubicación geográfica, estatus social o roles.

Prioridad: Del latín prior ("anterior"), la **prioridad** hace referencia a la anterioridad de algo respecto de otra cosa, ya que sea en tiempo o en **orden**. Aquel o aquello que tiene **prioridad** se encuentra primero en comparación con otras personas o cosas.

3. Cibergrafia:

https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk00qyP__Un4AnfgkIoigzCo9aEqmnQ%3A1590126908191&ei=PGnHXvKfC-nI_QbMi4eQBQ&q=priorizar&oq=priorizar&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzIHCAAQRhD5ATICCAAyAggAMgIIADICCAAyBAgAEAoyAggAMgIIADIHCAAQFBCHAjICCAA6BwgjEOoCECc6BAgjECc6BAgAEEM6CQgAEAoQRhD5AToFCAAQgwE6CQgAEEMQRhD5AVCg9AJYrv4DYKKKBGgKcAB4AIABpwKIAbIXkgEGMC4xMi40mAEAoAEBqgEHZ3dzLXdperABCg&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwjyrYqs5MbpAhVpZN8KHczFAVIQ4dUDCAw&uact=5

CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	Luz Marina Yacumal Velasco	Instructora	Centro Comercio y Servicios	julio de 2022



EL MÉTODO HANLON PARA LA DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES

ANÁLISIS DE VARIABLES

- Expresadas de la siguiente manera:

- **(A + B) C x D**

A:
magnitud del problema

componente B:
severidad del problema

componente C:
eficacia de la solución

componente D:
factibilidad del programa

Estos componentes se corresponden con los principales criterios que permiten decidir prioridades de salud.

Diagnóstico comunitario de la situación de salud

Puntuación de prioridad

(A + B) C x D

(A)Magnitud + (B)severidad)
(C)eficacia de la solución x
(D)factibilidad del problema

Descripción de los componentes

Componente A: Magnitud

Hanlon definió este componente como el número de personas afectadas por el problema en relación con la población total.

La magnitud se evalúa a partir de la escala que puede observarse en la siguiente tabla:

ESTIMACION DE LA MAGNITUD DEL PROBLEMA A PARTIR DEL NUMERO DE PERSONAS

Unidades por 1000 de población en porciento	Puntuación
50 % o más	10
5 % - 49,9 %	8
0,5 % - 4, 9 %	6
0,05 % - 0 %	4

Componente B: Severidad

Este componente puede apoyarse para su evaluación en datos subjetivos y objetivos.

Ejemplo de datos subjetivos: Carga social que genera un problema

Ejemplo de datos objetivos: Mortalidad

Algunas preguntas orientadoras que pueden ayudar a estimar la severidad son:

Nota: tenga en cuenta que a la severidad se le otorga un solo valor de 0 a 10

¿ consideran este problema como grave?

¿De cuántas muertes prematuras, de años potenciales de vida perdidos es responsable?

¿Cuál es la importancia de la incapacidad temporal o permanente que le está asociada, de la falta de confort, del dolor (días de trabajo perdidos, hospitalización)?

¿Existe

pérdida de autonomía,

perturbación del desarrollo del individuo,

desorganización familiar

o carga social?

¿Existe peligro para la salud y la seguridad de otros miembros de la comunidad?

¿Existen riesgos ecológicos y ambientales que estén asociados a este problema

¿Es este problema más importante en ciertos grupos (niños, embarazadas, otros)?

¿Cuáles son los costos y el tiempo asociados al tratamiento y a la rehabilitación de las personas afectadas por este problema?

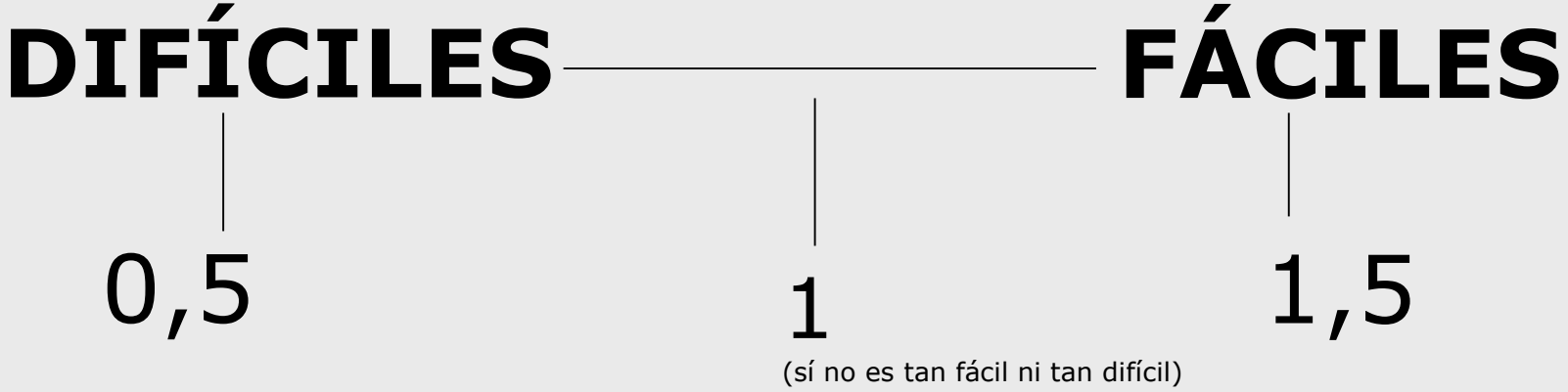
Mediante la valoración de las interrogantes, la comunidad puede adjudicar un valor al problema en una escala de 0 a 10, correspondiendo esta última cifra a la situación más severa.

Componente C:

Eficacia

La eficacia permite valorar si los problemas son difíciles o fáciles de solucionar.

VALORACIÓN



Componente D:

Factibilidad

Hanlon describe este componente por las siglas PERLA que corresponden con un grupo de factores que no están directamente relacionados con la necesidad actual o con la eficacia, pero que le permiten a la comunidad determinar si el problema tiene solución y si las acciones son aplicables.

Estos factores son:

P = Pertinencia

E = Factibilidad económica

R = Disponibilidad de recursos

L = Legalidad

A = Aceptabilidad

Se responderá así con un “sí” o con un “no” a las preguntas relacionadas con PERLA, lo que permitirá que el grupo decida si es factible o no trabajar en la búsqueda de alternativas de solución al problema.

En la medida en que el resultado del componente es multiplicado por el resto de la formula (A+B) C x D, es obvio que la obtención de un cero, fundamentalmente cuando la solución es inapropiada, demasiado costosa, inaceptable, ilegal o no hay suficientes recursos, elimina de entrada el problema cuya factibilidad es así valorada.

METODO DE HANLON

Problema	A	B	C	D	Puntuación	Prioridad

A. Magnitud del problema.
B. Severidad o trascendencia.
C. Resolutividad.
D. Factibilidad de la intervención.

(A+B) C X D

Ejemplo

Sí tomamos como ejemplo el problema de la diarrea con Hamlon sería así.

Para la letra A o magnitud de problema y le diera una puntuación de 8.

Para la B o sea la severidad del problema y le doy 6 en la escala de 0 a 10.

Para la letra C o sea la eficacia y según la escala le doy una puntuación de 1

Para la D, resuelvo primero la palabra PERLA, para resolver cada letra de perla valoro cada factor y le doy un sí o un no, el sí es igual a uno y el no es igual a cero. Supongamos que al sumar los puntos de PERLA meda 3, entonces la letra D vale 3

Y me quedaría la formula así.

Problema	A	B	C	D	A+b cxd	total
Diarrea	8	6	1	3	8+6 (1x3)	42

El interés del Método de Hanlon radica en que sus componentes se corresponden con los criterios más utilizados en materia de establecimiento de prioridades.

Determinación de prioridades en salud con participación social

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Borroto, R., Liz, M.
Diagnóstico comunitario de la situación de salud. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud. La Habana. 1995

Alarid, H.J.
Bases para la programación de los Sistemas Locales de Salud. Publicación numero 519. Organización Panamericana de la Salud. Washington. D.C. 1990.

Pineault, R., Daveluy, C.
La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Madrid. Masson, 1987.
Paginas 236 - 9.

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

10 PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA
COLOMBIA 2012 2021



Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables

Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables

8.1.1 Definición de la dimensión

El acceso a la salud es un derecho fundamental, independientemente de la condición socioeconómica o financiera que se posea. Un derecho que debería ser particularmente protegido en los grupos vulnerables y con mayor riesgo de experimentar barreras en el acceso (Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, 1950). El debate sobre cuál es el mejor enfoque para garantizar y mejorar el acceso a la salud de las poblaciones vulnerables y excluidas, es analizado por países de ingresos medio y bajo. Sin embargo, a través de la gestión del conocimiento y el fomento del uso de la información se orientan políticas y estrategias para afectar ampliamente las desigualdades que comúnmente experimentan las poblaciones con mayor vulnerabilidad (niños, niñas, adolescentes, víctimas del conflicto armado, grupos étnicos, personas en situación de discapacidad y personas mayores), que acceden a la oferta sanitaria del sistema de salud.

En este escenario, el Gobierno Nacional garantiza el derecho al reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, dando cumplimiento al principio constitucional que expresa: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozaran de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, orientación sexual, raza, origen nacional, lengua, religión, opinión política o filosófica” (Constitución Política de Colombia, Art. 18, 1991). Por consiguiente, “[…] el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real, efectiva y adoptará las medidas en favor de grupos discriminados o marginados” (Constitución Política de Colombia, 1991).

El enfoque diferencial es concebido como “[…] un método de análisis que tiene en cuenta las diversidades e inequidades en nuestra realidad, con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de los derechos” de los sujetos y colectivos (CODHES, 2008). Se toman en cuenta las diferencias de género, identidad sexual y étnica, edad y situación de salud, entre otras, con el fin de evidenciar las formas de exclusión, discriminación y dominación que se ejercen sobre las personas y sobre los colectivos,

como efecto de las diversas asimetrías en las relaciones de poder en las cuales participan (Montealegre, 2010).

A continuación se establecen los objetivos sanitarios, metas y estrategias diferenciales para 1) la primera infancia, infancia y adolescencia; 2) envejecimiento y vejez; 3) salud y género; 4) salud en poblaciones étnicas; 5) discapacidad; y 6) víctimas del conflicto, encaminados a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos. Cabe aclarar que en el interior de las ocho dimensiones prioritarias (ver capítulo anterior) se desarrollan acciones afirmativas que complementan estas orientaciones transversales.

8.1.2 Objetivos sanitarios de la dimensión

1. Atender los determinantes particulares que conllevan inequidades sociales y sanitarias persistentes en la primera infancia, infancia y adolescencia; envejecimiento y vejez; salud y género; salud en poblaciones étnicas; discapacidad y v.íctimas del conflicto
2. Fomentar buenas prácticas de gestión y desarrollo de capacidades que favorezcan la movilización social de todos los sectores, la participación de la sociedad civil y de los grupos organizados en los procesos de planeación y control social a la ejecución de las intervenciones y recursos, controlando los conflictos de intereses.

8.1.3 Metas de la dimensión

1. A 2021, Colombia cuenta con un modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación al ciclo de vida, género, etnicidad, y a las necesidades diferenciales de la población con discapacidad y de la poblaciónconflicto víctima del armado.
2. A 2021, Colombia ha aumentado la disponibilidad de información y evidencia sobre la atención diferencial de las personas y colectivos.
3. A 2021, Colombia ha desarrollado modelos de educación y comunicación en salud en el tema de conductas saludables con enfoque diferencial.
4. A 2021, Colombia consolida la participación social en salud a través de redes de organizaciones sociales que influyen de manera positiva en las políticas públicas orientadas a intervenir los Determinantes Sociales de la Salud.

8.1.4 Componentes de la dimensión

1. Desarrollo Integral de las niñas, niños y adolescentes.
2. Envejecimiento y vejez.
3. Salud y género.
4. Salud en población étnica.
5. Discapacidad.
6. Víctimas del conflicto armado.

8.1.4.1 ***Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes***

8.1.4.1.1 Definición del componente

El presente capítulo reconoce a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, en el marco de la Ley 1098 de 2006[1], constituyéndose en una plataforma vinculante tanto de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, como de los procesos intersectoriales implicados en el abordaje de determinantes sociales, para la generación de las condiciones que aseguren el desarrollo integral; resaltando que en estos trayectos de vida se definen las bases del desarrollo de las capacidades, habilidades y potencialidades humanas, que a su vez determinan el progreso de una sociedad.

Los componentes, metas y estrategias recogidas en este numeral son el resultado de la revisión juiciosa y crítica de los siguiente documentos: 1) la consulta realizada a niñas, niños y adolescentes, en el marco del proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública, efectuada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2012; 2) el documento técnico para la primera rendición de cuentas nacional sobre la gestión para la garantía de los derechos de la primera infancia, infancia, adolescencia y juventud 2005-2012; 3) la evaluación ex-post del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, a partir de su desarrollo en el nivel territorial, realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud; y 4) los resultados del proceso de diálogos territoriales y socialización de lineamientos intersectoriales,

[1] Con la expedición del Código de Infancia y Adolescencia, por medio de la Ley 1098 de 2006, Colombia armonizó su legislación con los postulados de la Convención de los Derechos del Niño; en el artículo 29 del mismo se consigna el derecho al desarrollo integral en la primera infancia, entendiendo esta como la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social de todo ser humano.

desarrollado en el 2012 en el marco de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia *De cero a siempre*.

De igual forma se acogen los procesos, estructuras y aprendizajes logrados en el seno de las comisiones intersectoriales relacionadas con primera infancia[2], infancia y adolescencia, y promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos[3]. Las comisiones antes mencionadas se constituyen en una herramienta poderosa para dar continuidad al desarrollo de estrategias intersectoriales dirigidas a afectar positivamente los determinantes sociales que condicionan la calidad de vida de las niñas, niños y adolescentes.

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 es un instrumento de política pública llamado a reconocer a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, cuya gestión trasciende los esfuerzos sectoriales y reconoce que solo en la medida en que se compartan objetivos intersectoriales comunes es posible que ellas y ellos alcancen su desarrollo integral.

8.1.4.1.2 Objetivos del componente

1. Lograr en los territorios la construcción, operación y evaluación coherente y sostenible de las políticas públicas intersectoriales y sectoriales, orientadas a alcanzar el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, a través de procesos de gestión de las políticas públicas, en el ciclo de gestión de lo público, en coordinación y alineación con el sector privado, la cooperación y la comunidad.
2. Garantizar que el sector salud se constituya como un entorno que reconozca a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, al proveer atención humanizada que cumpla con los

[2] Conformada mediante el Decreto 4875 de 2011, responsable de "[…] coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarios para la ejecución de la atención integral a la primera infancia, siendo esta la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados de primera infancia.

[3] Conformada mediante el Decreto 2968 de 2010, que tiene, entre otras, la función de coordinar la formulación e implementación de planes, programas y acciones necesarios para la ejecución de las políticas relacionadas con la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

atributos de calidad, de acuerdo con las particularidades poblacionales y territoriales, y orientada a los resultados en salud y al acortamiento de brechas de inequidad en el territorio nacional.

3. Lograr en los territorios (municipios y departamentos) la identificación de prioridades de política pública a partir del análisis de situación de los derechos y el seguimiento de los resultados en salud de las niñas, los niños y adolescentes, fortaleciendo los procesos de gestión, análisis y retroalimentación de la información, generación de conocimiento y vigilancia en salud pública.

8.1.4.1.3 Metas del componente

a. A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de los *Primeros mil días de vida*, desde la gestación hasta cumplir los dos años de vida.
b. A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de promoción de la salud materna, prevención, atención y vigilancia de las anomalías congénitas.
c. A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la infancia.
d. A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la adolescencia.
e. A 2021, al menos el 80% de los planes territoriales anuales en salud, habrán tenido participación activa de niñas, niños y adolescentes en su diseño, implementación, monitoreo y evaluación.
f. En 2015 se tendrán metas diferenciales de mortalidad infantil por territorio; y para 2021 se tendrá una disminución del gradiente diferencial de esta mortalidad.
g. En 2015 se tendrán metas diferenciales de mortalidad en menores de 5 años por territorio; y para 2021 se tendrá una disminución del gradiente diferencial de esta mortalidad.
h. En 2015 se tendrán metas diferenciales de mortalidad neonatal por territorio; y para 2021 se tendrá una disminución del gradiente diferencial de esta mortalidad.
i. En 2019 se tendrán definidas líneas de base y metas en la disminución de mortalidad y morbilidad evitables en niñas y niños de entre 6 y 10 años y en adolescentes (11 a 17 años).
j. En 2021 las acciones territoriales en salud para la primera infancia,

infancia y adolescencia formarán parte de la ruta integral de atenciones definida por el marco de política nacional.

k. En 2021, las mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, las niñas, los niños y adolescentes, reconocen los resultados de la política de humanización que implementa el sector salud.
l. En 2021 habrá disminuido la mortalidad infantil nacional a menos de 15 x 1.000 nacidos vivos.
m. En 2021 se habrá disminuido la mortalidad nacional en menores de 5 años a menos de 18 x 1.000 nacidos vivos.
n. A 2016 el país contará con líneas de base nacional y territorial, del desarrollo infantil y de la condición de discapacidad de niñas, niños y adolescentes.
o. A 2016 el país contará con línea de base respecto a la situación de salud de las y los adolescentes.
p. A 2016 se tendrá una línea de base de las brechas de equidad en los resultados en salud de niñas, niños y adolescentes.
q. En el 2016 el 100% de los actores del sector salud implementan estrategias de seguimiento a los resultados en salud de las niñas, los niños y las y los adolescentes.
r. En el 2016 el 100% de las secretarias de salud de los municipios y los departamentos implementan estrategias para fortalecer la vigilancia en salud pública y los eventos de interés en salud, materno-infantil.

8.1.4.1.4 Estrategias del componente

8.1.4.1.4.1 Gerencia de las políticas públicas de primera infancia, infancia y adolescencia

La gestión de las políticas públicas supone el fortalecimiento de la capacidad institucional, nacional y territorial, para responder a las particularidades poblacionales y territoriales, respetando la autonomía territorial y el fortalecimiento de la capacidad comunitaria para el cuidado y crianza de niñas, niños y adolescentes.

8.1.4.1.4.2 Estrategias de gestión territorial

a. Abogacía nacional y territorial para que la primera infancia, infancia y adolescencia sean una prioridad de política social, técnica y

financiera en los planes de desarrollo, planes sectoriales e institucionales, visibilizando las apuestas de política para garantizar el derecho a la vida, la salud y la nutrición.

b. Abogacía y coordinación con actores sectoriales e intersectoriales que faciliten la gestión en el territorio para el desarrollo integral de las niñas, los niños y adolescentes, utilizando como uno de los instrumentos de política el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021.
c. Articulación de las dimensiones del plan decenal alrededor de niños, niñas y adolescentes, en los planes territoriales anuales, lo cual implica el análisis periódico de situación y el ejercicio de los derechos, para el re-direccionamiento o inclusión de nuevas prioridades, de acuerdo con los cambios y particularidades demográficas, epidemiológicas y del contexto.
d. Asegurar en el territorio la arquitectura institucional que permita disponer de talento humano cualificado, pertinente y suficiente; integración de traductores para la atención de los pueblos y comunidades; infraestructura dotada y en condiciones óptimas para prestar atención de salud humanizada y pertinente, que reconozca y se ajuste a la situación e intereses de niñas, niños y adolescentes, transporte, medios de comunicación y, entre otros, sistemas de información que den cuenta de los resultados en salud.
e. Asegurar la arquitectura institucional para gestionar la salud pública territorial que permita disponer de talento humano cualificado, pertinente y suficiente, para gerenciar y realizar seguimiento al plan de intervenciones colectivas que privilegie las prioridades de política de la primera infancia, infancia y adolescencia.
f. Asegurar en el territorio la articulación con otros sectores para el fortalecimiento de las acciones interinstitucionales relacionadas con la implementación del Plan Decenal de Salud Pública.
g. Seguimiento al gasto público social como herramienta para alcanzar los resultados en salud.
h. Inspección, vigilancia y control para el seguimiento de la calidad y humanización de los procesos de atención de niñas, niños y adolescentes.

8.1.4.1.4.3 Estrategias de gestión intersectorial

a. Fortalecimiento de las instancias y mecanismos de coordinación y articulación de la política pública de primera infancia, infancia y adolescencia.
b. Acuerdos intersectoriales nacionales y territoriales que protegen y promueven el desarrollo de niñas, niños y adolescentes, los cuales se traducen en estrategias y acciones de política que se concretan en los entornos del hogar, institución de salud, institución educativa y el espacio público.
c. Reconocimiento de la familia como un determinante del desarrollo infantil, reflejado en el planteamiento y desarrollo de estrategias para promover el cuidado y afecto familiar, así como la autonomía y responsabilidad de sus funciones, a través de redes y grupos sociales de apoyo.
d. Reconocimiento de los desarrollos de las políticas públicas de infancia y adolescencia en materia de la situación y gestión territorial para la generación de acciones y estrategias frente a las situaciones o condiciones de vulneración de derechos de las niñas, los niños y adolescentes, en articulación con las dimensiones prioritarias del Plan. A partir de este análisis de situación, generar acuerdos y estrategias intersectoriales para su restitución y garantías universales.
e. Seguimiento a los acuerdos intersectoriales nacionales y territoriales para lograr resultados en el desarrollo integral de primera infancia, infancia y adolescencia.
f. Educación en salud como herramienta intersectorial que contribuye a alcanzar el desarrollo integral de las niñas, los niños y adolescentes.
g. Información y comunicación y formación nacional y territorial, sobre el marco legislativo y normativo, de política y técnico, relacionado con primera infancia, infancia y adolescencia.
h. Armonización normativa sectorial respondiendo al enfoque de derechos y a la ruta integral de atenciones de la primera infancia, infancia y adolescencia.

8.1.4.1.4.4 Estrategias de movilización social y participación de niñas, niños y adolescentes para la exigibilidad de sus derechos

a. Movilización social para el desarrollo integral de las niñas, niños y

adolescentes.

b. Activación de redes familiares, de pares, comunitarias y sociales para la configuración de entornos que promuevan y favorezcan el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.
c. Participación social de niños, niñas y adolescentes a lo largo del ciclo de la política pública, y el ejercicio democrático de la exigibilidad de los derechos, con metodologías acordes a esta etapa del ciclo vital.
d. Participación de niños, niñas y adolescentes en el seguimiento de la calidad de atención en el entorno de las instituciones de salud, de los establecimientos educativos, de educación inicial, y en el espacio público.
e. Activación de procesos comunitarios para la exigibilidad de la garantía y restitución de los derechos de la primera infancia, infancia y adolescencia.
f. Promocionar los medios de comunicación como herramienta en la promoción del respeto y reconocimiento de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes.

8.1.4.1.4.5 Atención en salud en el marco de la atención integral a niñas, niños y adolescentes

8.1.4.1.4.5.1 Estrategias de calidad de la atención Integral

a. Implementación nacional y territorial de la Política de Atención Integral a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia, que incluye, entre otras, la implementación y fortalecimiento de la estrategia de Atención Integral para las Enfermedades Prevalentes en la Infancia AIEPI, la estrategia de prevención y reducción de anemia nutricional en niñas y niños; el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI; el plan de disminución de morbilidad y mortalidad neonatal; el programa método madre canguro; servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes; y demás estrategias definidas en las dimensiones prioritarias del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021.
b. Atención Primaria en Salud, como una de las estrategias que aseguran la atención en salud de una manera integral, continua y complementaria a la mujer, gestante, lactante, al recién nacido, a niñas, niños y adolescentes. Incluye la implementación diferenciada

de acciones dirigidas a las comunidades étnicas, campesinas y a la población que reside en área rural dispersa.

c. Fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud para la atención diferencial de niñas y niños en alianza con las sociedades científicas, la academia, y con énfasis diferenciales por trayecto de vida.
d. Fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud para la atención diferencial de las y los adolescentes, con perspectiva de derechos y enfoque de género.
e. Evaluación de la calidad de los servicios de salud, mediante el monitoreo y evaluación de los avances en la práctica clínica y los resultados en salud y la aplicación de las normas de habilitación, evaluación de la adopción de guías y normas técnicas para la atención de las mujeres gestantes, recién nacidos, niñas, niños y adolescentes.
f. Política de talento humano en salud implementada con monitoreo y evaluación, que permita el fortalecimiento de las competencias del talento humano que atiende a la primera infancia, infancia y adolescencia.
g. Adecuación y atención intercultural en servicios de salud y acciones promocionales basadas en la comunidad, a partir de acuerdos con autoridades indígenas, médicos tradicionales y la comunidad, que permitan el diálogo y acuerdos operativos entre medicinas ancestrales y occidentales. Incluye la articulación de las estrategias definidas en este plan con el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural SISPI.

8.1.4.1.4.5.2 Estrategias de disminución de barreras de acceso a los servicios de salud

a. Diagnóstico y abordaje específico por territorio de las barreras de acceso a la atención en salud a gestantes, mujeres lactantes, niñas, niños y adolescentes, desarrollando un proceso por fases que tenga como orientador los resultados en salud.
b. Gestión intersectorial para superar las barreras de acceso a la atención en salud en el territorio.

8.1.4.1.4.5.3 Estrategias de Tecnologías de la Información y la Comunicación al servicio de la salud de la primera infancia, infancia y adolescencia

a. Promoción de Tecnologías de la Información y Comunicación TIC para el fortalecimiento de la atención integral, que asegure la información y atención especializada en salud a las mujeres, gestantes y lactantes, niñas, niños y adolescentes, superando barreras geográficas o de disponibilidad de servicios dentro de la red prestadora, desde el nivel nacional, regional y local.

8.1.4.1.4.6 Seguimiento y evaluación de la gestión para el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes

8.1.4.1.4.6.1 Estrategias de valoración del desarrollo de niñas y niños en la primera infancia

a. Movilización técnica y de política para la construcción de un acuerdo nacional sobre la definición, escalas e instrumentos para valorar el desarrollo infantil de las niñas y los niños, respondiendo a la diversidad poblacional y territorial.
b. Política nacional sobre la valoración del desarrollo integral de niñas y niños, siguiendo las recomendaciones de la implementación de prueba piloto, con despliegue progresivo a todos los territorios del país.
c. Conocer la situación del desarrollo infantil y discapacidad, en el país y en los territorios, cuyos resultados orienten la toma de decisiones de política nacional y territorial.

8.1.4.1.4.6.2 Estrategias de toma de decisiones basadas en la evidencia

a. Análisis de la situación de derechos de niñas, niños y adolescentes y de los de determinantes sociales que la condicionan. El Análisis de Situación de Salud ASIS se articula en el territorio al Sistema Único de Información de Infancia SUIN.
b. Evaluación de políticas públicas y agenda de investigación en infancia y adolescencia a nivel nacional y territorial como soporte a la continuidad, reorientación o diseño del marco de política pública.

8.1.4.1.4.6.3 Estrategias de seguimiento a los resultados en salud

a. Diseño de herramientas técnicas y metodológicas para la medición de resultados en salud en la primera infancia, infancia y adolescencia.
b. Aplicación, incorporación y seguimiento a los resultados en salud de las estrategias de primera infancia, infancia y adolescencia, definidas en el Plan Decenal de Salud Pública PDSP en los planes territoriales de salud.
c. Líneas de base e implementación de acciones de política dirigidas a la disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal, infantil, de la niñez, de niñas y niños entre 6 y 10 años y adolescentes.
d. Sistemas de alertas tempranas, basado en comunidad, para la garantía y restitución de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

8.1.4.1.4.6.4 Estrategias de fortalecimiento de la vigilancia en salud pública

a. Vigilancia en salud pública SIVIGILA de los eventos de interés en primera infancia, infancia y adolescencia.
b. Introducción de nuevos eventos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA de acuerdo con los efectos de los cambios de perfil epidemiológico y la transición demográfica en primera infancia, infancia y adolescencia.
c. Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública y la red de laboratorios clínicos y especializados responden a los requerimientos de la vigilancia en salud pública materno-infantil.

*8.1.4.2 **Envejecimiento y vejez***

8.1.4.2.1 Definición del componente

Entendido en el marco del Sistema de Protección Social como el conjunto de acciones e intervenciones orientadas al desarrollo de capacidades, habilidades y potencialidades de las personas, familias, grupos o comunidades, con el fin de propiciar e incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores en las generaciones actuales y futuras y, por tanto, proporcionar un mayor grado de bienestar, mediante la implementación de estrategias de inclusión social que impacten en el desarrollo social, económico y cultural. La promoción social se da como una

respuesta organizada, multisectorial y multidisciplinaria para transformar el entorno global de la población.

La promoción social responde al desarrollo de políticas poblacionales que se focalizan en poblaciones vulnerables a partir de la identificación de las inequidades sociales, y que dan cuenta de la garantía de los derechos de las personas y de los colectivos a partir de la autodeterminación y la participación social en pro de su bienestar.

Con base en esta perspectiva se busca una sociedad para todas las edades y una proyección hacia futuras generaciones de personas mayores, menos dependientes, más saludables y productivas, lo que repercutirá en la disminución de los costos del sistema de salud colombiano y la sostenibilidad del mismo, como estrategia prioritaria para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población y de las personas mayores en particular.

8.1.4.2.2 Objetivos del componente

1. Reconocer el impacto del envejecimiento poblacional como fenómeno irreversible que debe ser abordado con efectividad, mediante la formulación, implementación y seguimiento de políticas de Estado que mitiguen la afectación social que deriva en una mayor proporción de población dependiente que no alcanza condiciones de autosostenibilidad, acompañadas de oportunidades limitadas de los demás grupos poblacionales que ingresan a la economía, dado el restringido tiempo de bono demográfico que le queda a Colombia.
2. Promover el envejecimiento activo durante todo el curso de la vida y en todos los ámbitos cotidianos, mediante el desarrollo de una cultura positiva de la vejez para la población colombiana.
3. Fortalecer la participación e integración social de la población mayor para un ejercicio efectivo de la ciudadanía, mediante la garantía, ejercicio y restablecimiento de sus derechos con énfasis en los derechos en salud y el cumplimiento de sus deberes.
4. Fortalecer la atención integral y la prestación de servicios para la población mayor de 60 años, enfocándose en la articulación programática y el trabajo intersectorial.
5. Desarrollar seguimiento y evaluación a los procesos de implementación de las políticas públicas de envejecimiento y vejez, y

de apoyo y fortalecimiento a las familias.

6. Establecer el sistema de garantía de la calidad de las instituciones de promoción y protección social que prestan servicios a las personas mayores.

8.1.4.2.3 Metas del componente

a. A 2021 Colombia tiene un modelo de envejecimiento activo, promovido y adoptado a nivel nacional y territorial por el Ministerio de Salud y Protección Social.
b. A 2015 se fortale el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología para el desarrollo de estudios e investigaciones e innovación y desarrollo de tecnologías para atender el envejecimiento y la vejez.
c. A 2015 se ha establecido y aplicado las metodologías de análisis de las inequidades sociales en los diferentes momentos del ciclo de vida, para sustentar las estrategias de focalización de las políticas, planes y programas dirigidos a las poblaciones en situación de vulnerabilidad social.
d. A 2016 se cuenta con un sistema de información que apoya el análisis de la situación de envejecimiento y vejez, coordinado por la Dirección de Epidemiología y Demografía.
e. Al 2015 el 80% de las entidades territoriales del ámbito departamental, distrital y municipal desarrollarán estrategias intergeneracionales para promover el envejecimiento activo en toda su población.
f. A 2021 el 100% de los departamentos, distritos y municipios desarrollarán programas para promover el envejecimiento activo de su población, y contarán con planes y programas intergeneracionales para promover una *Sociedad para todas las edades.*
g. A 2016 el 100% de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal cuentan con centros vida o día para promover la inclusión social de las personas mayores y el envejecimiento activo, desarrollando en ellos estrategias de apoyo y fortalecimiento familiar, social y comunitario.
h. A 2015 las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud habrán desarrollado una estrategia de sensibilización y capacitación de su personal para la humanización de los servicios prestados a las personas mayores.

i. A 2021, el 100% de los servicios de salud que atienden a las personas mayores tendrán implementados protocolos de atención para las personas mayores, y desarrollarán políticas de calidad y humanización con resultados favorables reconocidos por los usuarios.
j. A 2021, el país presentará una disminución progresiva de las barreras de acceso a los servicios de salud dirigidos a las personas mayores.
k. A 2015, se han diseñado y desarrollado estrategias de comunicación por medios masivos y alternativos de comunicación para promover los derechos, el respeto y la dignificación de las personas mayores.
l. A 2021, el 100% de las entidades territoriales contarán con el proceso de implementación, seguimiento de las políticas públicas de envejecimiento y vejez y de apoyo y fortalecimiento a las familias.
m. A 2021, existe una instancia de coordinación gubernamental a nivel nacional y territorial que favorezca el proceso de implementación y seguimiento a las políticas públicas de envejecimiento y vejez y de apoyo y fortalecimiento a las familias.
n. A 2021, se ha avanzado en el proceso de consolidación a nivel nacional y territorial de agremiaciones, asociaciones y organizaciones de y para personas mayores, que contribuyan a la implementación y seguimiento de las políticas públicas.
o. A 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con otros sectores, habrá diseñado un sistema de garantía de la calidad para los prestadores de servicios de protección y promoción social que brindan atención a las personas mayores, teniendo en cuenta sus diferentes componentes, como son: 1) registro institucional; 2) autorización de funcionamiento; 3) seguridad del usuario; 4) auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención; 5) acreditación; 6) sistema de información para la calidad.
p. A 2015 el país cuenta con la identificación de la situación de los servicios sociales de protección y promoción social que se brindan a las personas mayores.

8.1.4.2.4 Estrategias del componente

8.1.4.2.4.1 Envejecimiento demográfico y dinámica poblacional para el desarrollo económico y social del país

a. Fortalecer el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez en Colombia (MSPS-DANE-OISS) para la identificación de líneas de base, seguimiento y evaluación de las estrategias y políticas dirigidas al bienestar de la población mayor y al desarrollo de estrategias de intervención para promover el envejecimiento activo de la población.
b. Fortalecer el desarrollo de las temáticas de investigación y desarrollo tecnológico en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología.
c. Desarrollar estudios para identificar las inequidades sociales en el ciclo de vida, en especial del grupo poblacional de personas mayores. Definición de criterios de focalización que orienten la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas poblacionales.
d. Definir líneas de investigación en envejecimiento y vejez que involucren tanto las instituciones gubernamentales, no gubernamentales, la sociedad civil, la academia, la cooperación internacional y el Observatorio de Envejecimiento y Vejez, buscando orientar acciones que potencialicen el alcance de las intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo y gestión de la salud pública nacional y territorial de la población en envejecimiento y vejez.
e. Cualificar el talento humano de las ciencias de la salud y las ciencias sociales, a nivel superior, posgrados y a nivel técnico, con el fin de desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano que presta servicios a las personas mayores, e impulsar los programas gerontológicos y de geriatría, así como de formación de cuidadores que apoyen la prestación de servicios de salud y los servicios sociales a nivel institucional y domiciliario, posibilitando la solución de la demanda social, sanitaria y cultural.
f. Fortalecer el talento humano en la atención a la población mayor, en cuanto a los Determinantes Sociales de la Salud DSS, la Atención Primaria en Salud APS y en modelos de cuidados de mediana y larga estancia (cuidados paliativos, cuidados domiciliarios, cuidados al cuidador).

g. Redefinir los programas de atención integral para el mejoramiento de la prestación de servicios de salud y los servicios de asistencia social a personas mayores, con enfoque diferencial de género, identidad sexual, curso de vida, personas con discapacidad, pertenencia étnica y territorialidad.
h. Desarrollar estudios que visualicen las condiciones productivas del país de manera longitudinal, con relaciones intergeneracionales, asumiendo las transformaciones de la organización de la familia, redes sociales, roles y relaciones de poder, y de situaciones estructurales relativas a la educación, salud, violencia, entre otras, que aporten en la maximización del bono demográfico.
i. Fortalecer el sistema y estructura de información que permita caracterizar el proceso de envejecimiento poblacional bajo el enfoque del ciclo de vida dentro de la política pública de envejecimiento y vejez a nivel nacional y territorial.
j. Creación de una instancia técnica de análisis, que incluya el enfoque de análisis longitudinal, con participación interinstitucional, que además evalué la oferta de programas, planes y servicios dirigidos a la población mayor, y administre la información y los reportes periódicos a las instancias de decisión.
k. Mecanismo de monitoreo de la efectividad de las intervenciones, en todos los niveles, incluyendo la capacitación, asistencia técnica y disposición de información para los diferentes actores de la sociedad y sector.

8.1.4.2.4.2 Promoción del envejecimiento activo y fomento de una cultura positiva de la vejez

a. Implementar la estrategia nacional de envejecimiento activo, a través del desarrollo y fortalecimiento de acciones en los tres pilares: salud, seguridad y participación.
b. Creación de estrategias de comunicación, información y educación que sensibilicen frente al envejecimiento y la vejez, para concientizar del propio envejecimiento a todas las personas desde las primeras etapas del ciclo de vida, y promover el reconocimiento del rol de las personas mayores en la sociedad, el respeto y el buen trato para con ellas.
c. Crear, fortalecer y ajustar los centros vida o centros día de acuerdo

con las necesidades, intereses, expectativas, usos y costumbres de la población de cada uno de los territorios. Los programas de los centros vida deben elaborarse a partir de la aplicación de metodologías de participación social, y orientarse a promover el envejecimiento activo y a reducir la carga de la enfermedad. Involucra la aplicación de procedimientos, protocolos y adecuación de la infraestructura física, técnica y administrativa, orientada a brindar una atención integral durante el día a las personas mayores, manteniendo su red familiar, con énfasis en aquellas personas mayores que se encuentran en situación de calle, con discapacidad, en abandono o soledad, o con carencia de redes sociales y familiares.

d. Gestionar e implementar procesos de intercambio intergeneracional e intercultural a nivel sectorial, transectorial y comunitario, que lleven al reconocimiento del aporte de la población mayor al desarrollo de la familia y la sociedad, favoreciendo la transmisión de conocimiento, tradiciones, y la preservación de las historias locales, para promover nuevos imaginarios y una transformación de las actitudes respecto a la vejez y el envejecimiento, conservando la cultura.
e. Articulación de acciones dentro de las políticas e intervenciones dirigidas a la infancia, adolescencia, juventud y adultez, con el Ministerio de Educación Nacional y las Secretarías de Educación para lograr la inclusión de la promoción del envejecimiento activo en la estrategia Escuelas Saludables o Salud en la Escuela, y en otros espacios de esparcimiento y recreación en los que interactúa la comunidad educativa, como las escuelas de padres.
f. Promover el autocuidado y voluntariado para la salud de la población mayor: involucra acciones de fomento al acceso a la cultura, educación, recreación, nuevas tecnologías, ambientes saludables, emprendimiento, productividad y el ahorro, para contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida de las generaciones actuales y futuras de personas mayores.
g. Rutas de acceso en articulación con el sector judicial, para promover mecanismos de acceso efectivo de las personas mayores, conforme los lineamientos internacionales existentes sobre la materia, e impulsar desarrollos normativos que garanticen el goce efectivo de derechos de las personas mayores y la difusión de normas que penalicen cualquier forma de maltrato, abuso y abandono.

h. Gestionar en la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional las acciones que aseguren una alimentación adecuada (en suficiencia, variedad, oportunidad y calidad), para las personas mayores en extrema pobreza y situación de vulnerabilidad.

8.1.4.2.4.3 Adaptación y respuesta integral de la institucionalidad responsable de la protección y atención de la población mayor

a. Modelo de atención integral a las personas mayores, en el cual se definan las líneas estratégicas, los modos, condiciones y estilos de vida saludable, la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, el acceso efectivo, y la calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud.
b. Monitoreo y seguimiento al uso racional de protocolos y guías para la atención de la población mayor, con el fin de prevenir y tratar la morbilidad prevalente y controlar la discapacidad y mortalidad evitables.
c. Desarrollar e implementar programas de teleasistencia dirigidos a las familias con presencia de personas mayores y a personas mayores solas, que les brinde información, seguridad y una atención oportuna y eficiente.
d. Generar una estrategia comunicativa, educativa e informativa para fomentar la integración de las personas mayores a los programas sociales de inclusión y protección social, en cuanto a derechos y deberes del plan de beneficios en salud, con el fin de alcanzar la disminución progresiva de las barreras de acceso a servicios de salud.
e. Promocionar la denuncia y rechazo de la comunidad a la violencia hacia los mayores; identificar, comunicar y registrar efectivamente las cifras existentes de violencia intrafamiliar hacia este grupo de edad, y gestionar las medidas de protección entre todos los actores y la comunidad.

8.1.4.2.4.4 Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos y a las necesidades y demandas de las personas mayores.

a. Promover el desarrollo de la Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento de las Familias, para promover el buen trato e



inclusión social de las personas mayores, y prevenir el abandono y la violencia, facilitando la formación de familias democráticas, en las cuales se reconoce a todos sus miembros como sujetos de derechos. Implica el fortalecimiento de las redes de apoyo familiar, comunitarias, institucionales y sociales de las personas mayores.

b. Identificación, remisión y contra-remisión de poblaciones vulnerables o en riesgo social, para desarrollar lineamientos tflujos de ;écnicos información hacia el interior de los programas de asistencia social a las personas mayores en situación de enfermedad mental, abandono, soledad, con discapacidad, o en habitabilidad de calle; consolidación, análisis y divulgación de los resultados para orientar las acciones de protección.
c. Monitoreo, seguimiento y evaluación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, y de la Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento de las Familias: vincular a los diferentes actores e instituciones responsables de su protección, así como a las redes sociales y comunitarias y a otras instituciones y organizaciones público-privadas. Implica desarrollar lineamientos técnicos de monitoreo y evaluación, mecanismos de gestión, decisión y comunicación.
d. Crear una instancia a nivel gubernamental para la coordinación nacional y territorial de los planes, programas y políticas relacionados con el tema de envejecimiento y vejez, la cual establezca los canales adecuados de interlocución intersectorial e interinstitucional para lograr la articulación y gestión efectiva de la cooperación técnica a favor de las personas mayores; así como la gestión articulada y la fiscalización de la adopción de las políticas de envejecimiento y vejez, y de apoyo y fortalecimiento de las familias por parte de las entidades territoriales a nivel intersectorial e interinstitucional.
e. Fortalecer instancias que agrupen a las organizaciones o asociaciones de personas mayores, para contribuir en la formulación, implementación y seguimiento a las políticas públicas de envejecimiento, vejez y familia. Promover la creación de redes institucionales de apoyo entre instituciones de atención a personas mayores que tengan como propósito la garantía integral de los derechos de esta población.
f. Diseño y puesta en marcha de un sistema de evaluación de la

Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, y de la Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento de las Familias, de carácter intersectorial, que incluya los sistemas de seguimiento actualmente en funcionamiento y que responda a las ofertas y demandas específicas de la población. Este sistema debe permitir la verificación de los procesos de planificación y gestión pública en las intervenciones individuales y colectivas a este grupo poblacional.

g. Fomento de competencias y habilidades en los servidores públicos para la aplicación y desarrollo de los diferentes ejes y estrategias de las políticas públicas de envejecimiento y vejez y la política nacional de apoyo y fortalecimiento de las familias; con un enfoque intersectorial e inter-institucional, que incluya la participación de la academia y la sociedad civil.

8.1.4.2.4.5 Sistema de calidad para los servicios de protección y promoción social

a. Efectuar estudio de caracterización de la oferta institucional, que incluya el registro e identificación de los prestadores, la pertenencia al sector público o privado, su carácter confesional o no, revisión de los modelos de atención establecidos y los recursos con que cuentan para la prestación del servicio; lo que incluye la valoración de las condiciones físicas y ambientales con que cuenta para el ejercicio de sus servicios.
b. Sistema de Registro Institucional de la oferta de servicios sociales caracterización de la oferta institucional para la atención de las personas mayores en sus diferentes modalidades de atención; desarrollo de bases de datos por tipos de institución, por nivel departamental, distrital y municipal; y disposición de la información actualizada de manera permanente.
c. Fortalecer el proceso de auditoría a los servicios de atención de las personas mayores: revisión, ajuste o desarrollo de los estándares de calidad y planes de mejoramiento; capacitación y asistencia técnica a las entidades territoriales para mejorar las competencias de los equipos de auditores; gestión de los planes de mejoramiento y acciones correctivas según la norma y publicación de los ranking de cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud (o quien haga sus veces) e Instituciones Prestadoras de Salud.

d. Promoción de la política de calidad en los servicios de atención de la población mayor, a través de acciones de sensibilización, centradas en mejorar el acceso, calidad y calidez en la atención y cuidado, en los servicios de promoción y protección social con énfasis en Atención Primaria en Salud APS, salud mental, ambientes saludables, actividad física y cultural, recreación, nutrición, prevención de accidentes (señalización de espacios y vías) en el entorno y en el hogar, además de favorecer procesos de preparación para la jubilación.

*8.1.4.3 **Salud y género***

8.1.4.3.1 Definición del componente

Las desigualdades en salud asociadas al género implican riesgos diferentes para hombres y mujeres, los cuales aumentan de acuerdo con los roles establecidos socialmente: para las mujeres por posiciones y condiciones de inequidad y discriminación respecto a los hombres, y para los hombres por el establecimiento de exigencias en el desarrollo de la masculinidad.

Para reducir la vulnerabilidad asociada al género se requiere determinar las causas que la originan desde los espacios sociales, incluyendo la familia, los grupos sociales, las comunidades y las instituciones, con el fin de modificarlas o eliminarlas; para ello debe realizarse un análisis de las vulnerabilidades sociales, económicas, físicas y de las condiciones ambientales de los habitantes en cada territorio, de acuerdo con la idiosincrasia, condiciones geográficas, ambientales, sociopolíticas, económicas y sociales propias.

Es imprescindible el conocimiento e implementación de la normatividad nacional e internacional aprobada y adoptada por el país, que garantice el acceso a los derechos de hombres y mujeres; por lo que se requiere trabajo sectorial, transectorial y comunitario en los ámbitos nacional, departamental, distrital, municipal y local.

8.1.4.3.2 Objetivos del componente

1. Promover condiciones que favorezcan el acceso a la atención efectiva en salud de los hombres y mujeres durante el transcurso de su vida, ajustado al contexto familiar, social,

económico y político, desde la perspectiva de género y equidad.

2. Garantizar la adecuación de los servicios de salud con perspectiva de género, con atención humanizada y de calidad, de acuerdo con las necesidades diferenciales de hombres y mujeres, según su edad, pertenencia étnica, discapacidad, orientación sexual e identidad de género, y según los diferentes factores que generen o aumenten la vulnerabilidad.

8.1.4.3.3 Meta del componente

A 2021, Colombia contará con la adecuación del modelo de atención integral al enfoque de género, orientado a la reducción de las inequidades de género en salud con participación social y articulación intersectorial con trabajo y educación.

8.1.4.3.4 Estrategias del componente

8.1.4.3.4.1 Promoción de la equidad de género para la salud

a. Promoción de espacios de articulación de los sectores salud, educación y trabajo para la equidad en salud, incluida la educación superior, que faciliten la introducción de contenidos con enfoque de género y salud en los currículos académicos.
b. Desarrollo de condiciones saludables en el ámbito laboral enfocadas a la reducción de las inequidades de género en el trabajo, exigiendo la vinculación obligatoria a la seguridad social integral, la formalización del empleo y el reconocimiento y prevención de condiciones generadoras de riesgo y vulnerabilidad asociadas a la labor.
c. Promover en los empleadores el reconocimiento de la dimensión social y familiar de los trabajadores hombres y mujeres, para facilitar el ejercicio de las jefaturas de familia y el cuidado de personas dependientes y con discapacidad.
d. Campañas de información, educación y comunicación para promover la política de familia, orientadas a la formación de familias democráticas, respetuosas e incluyentes, que reconozcan los derechos de todos y cada uno de sus miembros y fomenten la responsabilidad compartida de hombres y mujeres en la crianza de los hijos e hijas, el cuidado de personas dependientes, con o sin

discapacidad, así como su papel en el fortalecimiento y cohesión de su comunidad.

e. Generación de espacios equitativos de participación para hombres y mujeres, para la elaboración de políticas públicas, visibilizando los factores que perpetúan las inequidades y la discriminación por razón de género, identidad de género y orientación sexual, promoviendo el desarrollo de habilidades para la vida y toma de decisiones asertivas, la prevención de la violencia y de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes y la explotación sexual de mujeres y hombres.

8.1.4.3.4.2 Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos, necesidades y demandas

a. Atención integral en salud con enfoque de género, que reconozca las condiciones diferenciales de género y permita la superación de las barreras de acceso, oportunidad, uso y calidad de los servicios de salud. Se desarrollan normas, lineamientos técnicos, adecuación de registros, instrumentos y herramientas operativas para promotores de salud, instituciones prestadoras de servicios y para las entidades territoriales. Plan de asistencia técnica y capacitación a los funcionarios para mejorar sus capacidades básicas de gestión institucional, de servicios y salud pública, y fomento de mecanismos de participación y control social efectivos.
b. Evaluación de equidad de género en salud, incorporando un análisis de indicadores en los observatorios de salud para que se examine la brecha entre hombres y mujeres de acuerdo con: 1) participación y oportunidades económicas; 2) nivel educativo; 3) participación y empoderamiento político; y 4) salud y supervivencia.
c. Seguimiento y auditoría a la implementación del acceso efectivo y calidad en la atención integral con enfoque de género, identificando barreras, desigualdad, e incluyendo a las víctimas de violencia por identidad de género y a la población LGBTI. Implica desarrollar y operar modelos de atención, prestación de servicios ligados a procesos de auditoría y planes de mejoramiento.

8.1.4.4 ***Salud en poblaciones étnicas***

8.1.4.4.1 Definición del componente

En cumplimiento de lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo y en la Ley 1438 de 2011, El Ministerio de Salud y Protección Social avanzó en el proceso participativo de construcción del capítulo étnico para garantizar los derechos de dichos grupos, acogiéndose a la normatividad vigente, así como también a sus dinámicas y tiempos propios. Todo lo anterior, hace parte del Proceso de Consulta Previa a los grupos étnicos, liderado por el Ministerio del Interior. Se han adelantado acuerdos de levantamiento regional de los insumos con los pueblos indígenas, las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales y el pueblo Rrom; y espacios de trabajo para ajustar la metodología y la ruta para la concertación de los contenidos del capítulo para cada grupo, que serán formulados y harán parte integral del Plan Decenal de Salud Pública, una vez estos sean expedidos; y que deberán ser adoptados y adaptados en todos los planes de salud territorial e institucional. Se espera que en 2014 Colombia haya incorporado al PDSP el capítulo étnico, el cual definirá los objetivos sanitarios, metas, estrategias y acciones concertadas con los grupos étnicos, como sujetos de derechos, para promover la atención con calidad de acuerdo con las necesidades diferenciales. Las estrategias a seguir con cada grupo étnico están supeditadas al proceso de concertación en los espacios nacionales establecidos por la ley.

Transitoriamente, hasta tanto el capítulo étnico se estructure, obedeciendo a las dinámicas propias de dichos grupos, los responsables de la ejecución del PDSP deberán incluir en sus líneas de acción estrategias sectoriales, transectoriales y comunitarias, las acciones para la atención de las vulnerabilidades de estas poblaciones, con la orientación aquí descrita.

8.1.4.4.2 Objetivos del componente

Asegurar las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del capítulo étnico que será un anexo integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

8.1.4.4.3 Metas del componente

1. A 2014, Colombia cuenta con un capítulo étnico que desarrolla la ruta de la salud pública para esta población.
2. A 2021, Colombia cuenta con un modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación etnocultural.

8.1.4.4.4 Estrategias del componente

8.1.4.4.4.1 Planeación en salud con adecuación etnocultural

a. Levantamiento de insumos regionales para el PDSP Capítulo étnico con los pueblos indígenas, las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales y el Pueblo Rrom, para formular las metas, estrategias y acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que se deben incluir en el capítulo étnico del PDSP.
b. Formulación, concertación y aprobación del capítulo étnico. Para adoptar y operar el capítulo étnico en el marco de la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos y en el marco estratégico del PDSP. Adopción, adaptación y armonización del capítulo étnico con los Planes de Salud Territorial y Planes Operativos Anual e Institucional.
c. Desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de modelos de atención en salud con enfoque intercultural, en el marco de la concertación de los grupos étnicos.
d. Consolidación de alianzas con los gestores comunitarios de los diferentes grupos étnicos, para facilitar el desarrollo de modelos y rutas de atención y acceso a los servicios, preservando las raíces culturales de la medicina tradicional y el reconocimiento de los médicos tradicionales y parteras como alternativas de atención en salud bajo estándares definidos.
e. Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos, a las necesidades y demandas de los grupos étnicos.
f. Promoción de la seguridad alimentaria y nutricional para los grupos étnicos. Desde los patrones de crianza, dietas y curaciones relacionadas con el concepto de nutrición en contextos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales, y el pueblo Rrom.

g. Información, comunicación y educación en salud, en articulación con la medicina tradicional: adecuación a los imaginarios, tradiciones y valores, entre otros, de la cultura; y en las lenguas propias de los grupos étnicos. Vincular mecanismos y medios alternativos de difusión reconocidos por las comunidades.
h. Entrenamiento a promotores de los pueblos indígenas, del pueblo Rrom y las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales sobre promoción de la salud, prevención primaria, vigilancia y control sanitario, para su ubicación estratégica en las zonas que sean priorizadas de acuerdo con los riesgos territoriales.
i. Adecuación de la estrategia de control integral de las enfermedades transmisibles para los pueblos indígenas: desarrollo y concertación de los contenidos de las intervenciones de promoción de la salud, gestión de riesgo en salud y gestión de la salud pública para su adecuación con la medicina tradicional en el marco del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural SISPI.
j. Investigación sobre la situación en salud de los grupos étnicos, buscando orientar acciones que mantengan la salud, prevengan la enfermedad y la determinación social asociada, para formular estrategias y acciones que mejoren el estado de salud de estas poblaciones.
k. Seguimiento y evaluación en salud a los grupos étnicos, mediante la implementación y desarrollo del Observatorio Nacional de Salud de las Etnias de Colombia (MSPS, Observatorio Nacional de Salud Indígena y Etnias de Colombia, 2013), con el propósito de identificar las líneas de base, seguimiento y evaluación de las estrategias y políticas dirigidas al bienestar de los diferentes grupos étnicos.

8.1.4.5 ***Discapacidad***

8.1.4.5.1 Definición del componente

La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, promulgada por la Asamblea de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y aprobada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, reconoce a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (ONU.

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad).

Los Estados partes que han adoptado este tratado internacional reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación por motivos de discapacidad; así mismo, adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta además la perspectiva de género y de identidad cultural.

Bajo estas consideraciones, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, constituye un instrumento de política pública que reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, con necesidades y expectativas específicas que requieren de la intervención transectorial, sectorial y comunitaria, así como, de su participación activa, para consolidar mejores condiciones de vida enmarcadas en la inclusión social.

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad está orientada a prevenir la discapacidad en la población general, lo que representa un verdadero reto en materia de salud pública, ya que requiere de un cambio de cultura tanto de la población como de los servidores públicos y del personal de otros sectores, incluyendo la adopción de estilos de vida saludables y de medidas preventivas para reducir los factores de riesgo a lo largo de toda la vida.

Para ello, se contempla la suma de esfuerzos de diversos programas y servicios de prevención de amenazas, riesgos y daños evitables para la salud y la promoción de la salud, evitando o mitigando la aparición de la discapacidad. Incluye también una serie de estrategias y líneas de acción para contribuir a que las personas con discapacidad disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud, sin discriminación. Para ello, deben incorporar acciones enfocadas a garantizar la atención integral y la prestación de servicios de rehabilitación con calidad, para mejorar su calidad de vida y favorecer su inclusión social, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión.

Es importante recordar que el Plan Decenal de Salud Pública transversaliza la atención diferencial para las personas con discapacidad en todas las dimensiones prioritarias y en sus componentes, y en este capítulo presenta las estrategias específicas que contribuyen a consolidar el acceso efectivo al ejercicio del derecho a la salud en estos grupos poblacionales.

8.1.4.5.2 Objetivos del componente

1. Prevenir la discapacidad en la población general del país y contribuir a que las personas con discapacidad disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud, sin discriminación, mediante el establecimiento de políticas públicas y estrategias en materia de información, promoción de la salud, prevención, detección temprana, atención médica, habilitación y rehabilitación, desarrolladas en corresponsabilidad por el sector salud, la sociedad y otros sectores, con la finalidad de mejorar el estado de salud para su bienestar y desarrollo integral y sostenible.
2. Generar acuerdos intersectoriales en el marco de las competencias institucionales del nivel nacional y territorial para promover los procesos de inclusión social de las personas con discapacidad.
3. Promover el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derecho, a través del trato digno y la prevención de toda forma de abuso o violencia en el ámbito familiar, comunitario e institucional.
4. Promover estrategias de información, educación y comunicación en salud accesibles para las personas con discapacidad, reconociendo sus necesidades diferenciales.
5. Cualificar la gestión de información en discapacidad que dé cuenta de la situación actual de la discapacidad en el país, su geo-referenciación e inter-operabilidad con otros sistemas, orientada a la generación de conocimiento y a la toma de decisiones para materializar políticas, planes, programas y proyectos que redunden en el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.
6. Brindar información y formación a las personas que trabajan en el sector salud y en otros sectores, sobre la discapacidad y sus particularidades frente al derecho a la salud.

8.1.4.5.3 Meta del componente

A 2021, Colombia contará con un adecuado modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las

necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades.

8.1.4.5.4 Estrategias del componente

8.1.4.5.4.1 Articulación y gestión intersectorial

a. Promoción de procesos de articulación intersectorial que favorezcan el acceso de la población con discapacidad al ámbito educativo, laboral, social, cultural y de participación ciudadana.
b. Definición e implementación de acciones intersectoriales para el acceso a las tecnologías de la información y las comunicaciones: telemedicina, tele-rehabilitación y educación en salud para la población con discapacidad, especialmente la residente en zonas dispersas.
c. Gestión para la articulación de todos los sectores para la generación de entornos accesibles en lo físico, tecnológico y comunicacional, a partir de la implementación de ajustes razonables y de la aplicación del diseño universal.

8.1.4.5.4.2 Atención integral en salud para las personas con discapacidad bajo el enfoque diferencial

a. Implementación y evaluación de los planes sectoriales, intersectoriales y territoriales para la atención integral en salud de la población colombiana, donde se estructuren proyectos y programas de atención diferencial para las personas con discapacidad.
b. Identificación de las personas con discapacidad y verificación de necesidades en salud, para brindar atención en promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección temprana de la discapacidad e identificación de los factores de riesgo que acentúen una discapacidad existente, y de los factores protectores de la salud, la atención y rehabilitación, según las particularidades de las personas con discapacidad y su grupo familiar.
c. Gestión, seguimiento y evaluación de la adecuación de todos los servicios de salud a las necesidades diferenciales de las personas con discapacidad, asegurando la accesibilidad física, comunicativa y tecnológica a los servicios de salud.
d. Fortalecimiento de las competencias del recurso humano en salud en

cualquier modalidad de atención para la atención diferencial, efectiva y con calidad a la población con discapacidad.

e. Implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad RBC, como un proceso de desarrollo local inclusivo, de carácter intersectorial.
f. Desarrollo e implementación de modelos de prestación de servicios de atención en salud, con enfoque de trabajo en equipo interdisciplinario, dirigidos a promover la mayor autonomía e independencia posible en el marco de condiciones de vida digna. Acceso a tecnologías de asistencia y apoyo para las personas con discapacidad, en el marco de los procesos de rehabilitación integral. Autogestión para el uso adecuado de servicios y cuidados, involucrando a los afectados, a los cuidadores y a profesionales de la salud.
g. Desarrollo y organización de la oferta de servicios de salud para la atención de las necesidades diferenciales de las personas con discapacidad. Disposición de redes y rutas disponibles para la atención en salud de la población con discapacidad residente en zonas dispersas. Conexión con servicios de protección social para niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores con discapacidad, en situación de calle, abandonados o en riesgo de abandono.

8.1.4.5.4.3 Movilización de voluntades políticas para desarrollar proyectos de inversión social

a. Promoción y gestión de estímulos empresariales para la inclusión laboral y productiva, así como la nivelación salarial de personas con discapacidad.
b. Certificación de la condición de discapacidad, a las personas que la requieran.
c. Capacitación en el desarrollo de procesos de gestión para la prestación de los servicios de atención a la población con discapacidad, con la participación de las personas con discapacidad, familia, cuidadores y profesionales que proveen dichos servicios.
d. Seguimiento a la articulación de los planes territoriales de salud pública con los planes de acción de los comités territoriales de discapacidad en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad.

e. Generación, seguimiento y evaluación de la adecuación de los sistemas de transporte, vías y señalización vial accesible para las personas con discapacidad.

8.1.4.5.4.4 Promoción de trato digno hacia las personas con discapacidad

a. Promoción de escenarios saludables y de trato digno hacia las personas con discapacidad en los diferentes ámbitos de interacción. Campañas de comunicación, información y educación para la prevención del abandono, maltrato o discriminación hacia las personas con discapacidad en cualquier entorno.
b. Procesos de formación dirigidos a las familias, cuidadores y agentes comunitarios e institucionales en torno a la promoción del trato digno y la prevención de la violencia hacia las personas con discapacidad.
c. Seguimiento a los programas para la prevención del abuso sexual y toda forma de violencia hacia las personas con discapacidad.
d. Programas de protección hacia las personas con discapacidad en situación o riesgo de abandono.

8.1.4.5.4.5 Educación y comunicación en salud

a. Inclusión en todas las publicaciones, metodologías, desarrollos didácticos, planes, estrategias y piezas comunicativas de información y comunicación, de diseños accesibles y lenguajes adaptados a personas con discapacidad. Comunicación alternativa, aumentativa, braille, libro hablado, transcripción en video a lengua de señas, entre otras.
b. Campañas comunicativas, informativas y educativas de difusión de las rutas y mecanismos de acceso a la oferta de programas y servicios para la atención integral a la discapacidad.
c. Gestión y promoción de espacios y mecanismos de diálogo accesibles que garanticen la participación de las personas con discapacidad.
d. Implementación, seguimiento y evaluación de una campaña de información, comunicación y educación en derechos y deberes para las personas con discapacidad.

8.1.4.5.4.6 Gestión de la información y el conocimiento en discapacidad

a. Ampliación de la cobertura del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad RLCPD, en todas las regiones del país.
b. Identificación de la línea de base para el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública PDSP dirigidas al bienestar de las personas con discapacidad.
c. Investigación permanente sobre la situación en salud de las personas con discapacidad, para prevenir la enfermedad mediante la intervención positiva de los Determinantes Sociales de la Salud.
d. Seguimiento y evaluación en salud a las personas con discapacidad, incluyendo las variables que caracterizan a la población en los diferentes registros administrativos y de seguimiento liderados por el sector salud, con desarrollo e implementación del Observatorio Nacional e Intersectorial de Discapacidad para Colombia.

*8.1.4.6 **Víctimas del conflicto armado interno***

8.1.4.6.1 Definición del componente

El artículo 3º de la Ley 1448 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011), define como víctimas a “aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º Enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno” (Ley 1448 de 2011, Ley para la Reparación Integral de Víctimas del Conflicto Armado, 2011).

En cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social ha realizado acercamientos con la población víctima del conflicto armado a través de los delegados de la mesa transitoria de la Unidad de Víctimas, para definir la metodología y la ruta para la concertación de los contenidos del capítulo específico del Plan Decenal de Salud Pública, que define las directrices relacionadas con la atención de la población víctima del conflicto armado. La formulación de estos contenidos hará parte integral del Plan Decenal de Salud Pública, una vez estos sean expedidos; y deberán ser adoptados y adaptados en todos los planes de salud territorial e institucional.

Transitoriamente, hasta tanto el capítulo para población víctima del conflicto armado se estructure, obedeciendo a las dinámicas propias de la Mesa Nacional de la Unidad de Víctimas, los responsables de la ejecución del PDSP deberán incluir en sus líneas de acción estrategias sectoriales, transectoriales y comunitarias las acciones para la atención de las vulnerabilidades de estas poblaciones, con la orientación aquí descrita.

8.1.4.6.2 Objetivos del componente

Asegurar las acciones diferenciales en salud pública entre la población víctima del conflicto armado tendiente a garantizar el acceso, a mejorar las condiciones de vida y salud y a lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del capítulo específico para esta población, que será un anexo integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

8.1.4.6.3 Metas del componente

A 2014, Colombia cuenta con un capítulo específico en el Plan Decenal de Salud Pública dirigido a garantizar el acceso y mejorar las condiciones de salud entre la población víctima del conflicto armado, incorporado al documento marco del PDSP.

A 2021, Colombia tendrá un modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuenten con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto.

8.1.4.6.4 Estrategias del componente

8.1.4.6.4.1 Planeación en salud

a. Construcción conjunta, consulta, formulación, concertación y aprobación del capítulo específico del PDSP para víctimas del conflicto armado, con insumos nacionales y regionales; incluye metas, estrategias, acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias. Adopción, adaptación y armonización en los Planes de Salud Territorial y Planes Operativos Anual e Institucional.
b. Implementación y promoción de la ruta PAPSIVI (Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas). Adecuación de la

red de servicios y articulación de la estrategia de formación y desarrollo de capacidades para la salud pública en los territorios.

c. Monitoreo, evaluación y seguimiento a lo largo de todo el proceso de implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI en las fases de focalización, caracterización, formulación, evaluación y seguimiento de planes de atención con las víctimas del conflicto armado.
d. Implementación, seguimiento y evaluación del Observatorio Nacional de Víctimas y del Observatorio de Violencias (MSPS, Observatorio Nacional de Víctimas de Colombia, 2013), para la identificación de líneas de base, seguimiento y evaluación de las estrategias y políticas dirigidas al bienestar de las víctimas del conflicto armado.
e. Promoción de la participación de las víctimas del conflicto en los comités de justicia transicional y en los comités ampliados de justicia transicional; Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria COVECOM Comité de Participación Comunitaria COPACO; veedurías en salud; y en todos los espacios donde las decisiones que se tomen afecten a esta población.
f. Investigación permanente de la situación en salud de las personas víctimas del conflicto armado, buscando orientar acciones que mantengan la salud y prevengan la enfermedad y la determinación social asociada para su intervención.
g. Fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos, a las necesidades y demandas de las víctimas.
h. Fortalecimiento institucional y preparación específica del talento humano para garantizar la atención en salud con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado.
i. Inversión en infraestructura y tecnología sanitaria que garantice el acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto armado.
j. Articulación nacional-territorial. Fortalecimiento de la estrategia de articulación nación-territorio, que promueva la eliminación de barreras de acceso y fomente el acceso al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas en los servicios de salud, ajustado con los insumos aportados por los usuarios y la articulación con otros programas, proyectos y estrategias presentes en los territorios.

k. Asistencia humanitaria en casos de emergencia, teniendo en cuenta el hecho victimizante del cual fueron víctimas las personas, familias y comunidades, desde un enfoque psicosocial y diferencial en el marco del conflicto armado.
l. Formación de líderes comunitarios y población en general sobre derechos humanos y el Derecho Internacional Humanitario, que faciliten el ejercicio de verificación de la garantía de los derechos y favorezcan el acceso a servicios de salud con calidad a la población identificada como víctima del conflicto armado.