



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

COMPONENTE DE SALUD

ESTRATEGIA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO CON DISCAPACIDAD



Ministerio de Salud y Protección Social

Oscar Javier Siza Moreno, Oficina de Promoción Social
Clemencia Nieto Alzate, Grupo de Gestión en Discapacidad, Oficina de Promoción Social

Secretaría de Salud Departamental de Santander

Alba Nury Ramírez
Omaira Sandoval Rojas

Secretaría de Salud Departamental de Antioquia

Jaime Vargas Tovar
Alexandra Álvarez Ávila

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas

Leonardo Montenegro, Grupo de Enfoques Diferenciales y de Género
Lady Bermúdez Rodríguez, Grupo de Enfoques Diferenciales y de Género

Agencia de Cooperación Internacional del Japón

Equipo del Proyecto para la Inclusión Social de las Víctimas del Conflicto con Discapacidad

Elaboración:

Sandra Maritza Escobar Díaz, Grupo de Gestión en Discapacidad - Oficina de Promoción Social, Ministerio de Salud y Protección Social.
Claudia Susana Castaño, Grupo de Gestión en Discapacidad, Oficina de Promoción Social, Ministerio de Salud y Protección Social.
Edgar Ardila, Grupo Asistencia y Reparación a Víctimas, Oficina de Promoción Social, Ministerio de Salud y Protección Social.
Carolina Evans Dávila, Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), Proyecto para la Inclusión Social de las Víctimas del Conflicto con Discapacidad.

Agradecimientos especiales:

A los municipios de Granada y Marinilla (Antioquia), y El Carmen de Chucurí, Lebrija y Puerto Wilches (Santander), donde se realizó el diseño y la validación de los contenidos, metodologías y materiales presentados en este documento.

Aviso legal: Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación para fines educativos u otros fines comerciales, siempre que se cite la fuente.

2020

Contenido



COMPONENTE DE SALUD - ESTRATEGIA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO CON DISCAPACIDAD	
1.	Generalidades 4
2.	Normatividad básica Salud - Discapacidad 20
3.	Implementación del componente de salud en la Estrategia 24
a.	Lineamientos desde el Ministerio de Salud y Protección Social a las Secretarías de Salud departamentales o distritales 27
b.	Definición de municipios o localidades sujetos de las actividades (Secretaría de Salud departamental o distrital) 29
c.	Preparación para la implementación de las actividades (Secretaría de Salud departamental o distrital) 30
d.	Implementación de actividades (a cargo de la Secretaría de Salud departamental o distrital) 38
e.	Seguimiento y retroalimentación (Secretaría de Salud departamental o distrital y Ministerio de Salud y Protección Social) 40
Anexos 44
Referencias 45

1. Generalidades

Este documento busca brindar lineamientos a los profesionales de las entidades territoriales de salud, para la implementación del componente de salud en la **Estrategia para la Inclusión de las Víctimas del Conflicto con Discapacidad** con el fin de orientar la atención que ofrecen a las víctimas del conflicto desde un enfoque diferencial y, con ello, darles herramientas para que puedan cumplir con las competencias y responsabilidades que les atribuye la Ley y la Constitución, respecto a la atención en salud de esta población.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es definida como “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹. Desde este concepto se desarrollan las acciones encaminadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención en salud que se efectúan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la complementariedad de otros sectores desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.

¹OMS.Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1946. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>.

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1751 de 2015², la salud en Colombia es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Será obligación del Estado adoptar las políticas necesarias “para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”.



² Ley 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, 16 de febrero de 2015, artículo 2. Colombia.



- ▶ Esta Ley Estatutaria promueve la adopción de políticas dirigidas a **“(...)lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida.(...)” (Artículo 9).**

De igual manera, a través del artículo 20 se establece que **“(...)El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud(...)”.**



- ▶ La Política de Atención Integral en Salud (PAIS)³, cuyo objetivo es **orientar el sistema de salud** hacia la generación de las mejores condiciones de la población, señala el **Enfoque Diferencial** como uno de los ejes fundamentales de su marco estratégico, así como la atención primaria en salud, el cuidado y la gestión del riesgo, teniendo siempre a la persona como centro de todas las acciones.

³ Resolución 429, Política de Atención Primaria en Salud, 17 de febrero de 2016, Colombia.

La PAIS establece que el **Enfoque Diferencial** es la estrategia que permite al sistema “reconocer y organizarse frente a las diferencias de las personas y colectivos ante los determinantes sociales. Estos **determinan condiciones de vulnerabilidad y potencialidad**, asociadas a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales (creencias y valores), económicos, ambientales, entre otros.



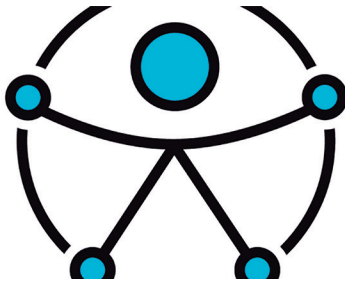
Es una dimensión relativa, pues cada persona tiene su propio nivel y tipo de vulnerabilidad en función de situaciones socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas, de género y personales²⁴.

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Política De Atención Integral En Salud. Un Sistema de Salud al servicio de la gente, (Pag. 44). Colombia, 2016.

Así mismo, la Ley 1438 de 2011⁵ define el enfoque diferencial como un principio que reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas, para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) debe ofrecer **garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.**

Por tal razón, de acuerdo a lo que establece la Ley, los diferentes agentes del sistema deben respetar las particularidades socioculturales y la cosmovisión de la salud de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten y respondiendo adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida.

⁵ Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, artículo 3, 19 de enero de 2011, Colombia.



De igual manera establece que “**los servicios y tecnologías de la salud deben ser accesibles a todos**, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y acceso a la información”. (Literal c, artículo 6).



De esta forma, la Ley Estatutaria de Salud promueve la garantía del derecho a la salud desde un enfoque diferencial y un abordaje de los determinantes sociales de la salud.

- ▶ Con respecto a los **determinantes sociales de la salud**, la OMS señala que son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Según la comisión de Determinantes Sociales de la Salud, que forma parte de la OMS, la accesibilidad a la atención de la salud es esencial para una salud equitativa⁶.
- ▶ El Ministerio de Salud y Protección Social, ente rector del Sistema de Salud en Colombia, adopta y adapta en el Plan Decenal de Salud Pública, el modelo de los determinantes de la salud de la OMS, a partir del cual estos se clasifican en dos categorías: **determinantes estructurales de las inequidades en salud y determinantes intermediarios de la salud**. La categoría de determinantes estructurales cubre la posición socioeconómica, género y etnia, la cultura y valores sociales, las políticas públicas sociales y económicas, así como la gobernanza. Los determinantes intermedios, a través de los cuales viajan los efectos de los determinantes estructurales, son las circunstancias materiales (condiciones de vida y trabajo), factores conductuales y biológicos, y factores psicosociales. Uno de los determinantes intermedios son los sistemas de salud que pueden influir en las condiciones de desigualdad en salud y bienestar de las personas⁷.

⁶ https://www.who.int/social_determinants/es/

⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de salud Pública 2012-2021. (Pgs 74-81).

Reconociendo las dificultades de acceso a la salud en los territorios y las necesidades de atención diferenciales para las víctimas con discapacidad, el componente de salud en la Estrategia para la Inclusión Social de las Víctimas del Conflicto con Discapacidad, tiene en cuenta el marco de análisis que ofrece la comprensión de los determinantes sociales de la salud y el enfoque diferencial, en el que se propone desarrollar tres actividades principales, que buscan **promover el mejoramiento de la accesibilidad para las personas con discapacidad y la toma de conciencia sobre la discapacidad en el sector salud**, para contribuir en la eliminación de barreras de acceso en la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas con discapacidad.



La primera actividad del componente de salud en la Estrategia para la Inclusión Social de las Víctimas del Conflicto con Discapacidad está encaminada a la complementación de la formación del talento humano en salud en relación con la atención con enfoque diferencial de discapacidad.

La segunda actividad se dirige a la complementación de la formación del talento humano en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD) en las personas con discapacidad.

La tercera actividad hace referencia a la gestión de casos prioritarios.



Las dos primeras actividades tienen como finalidad **promover el mejoramiento de la accesibilidad en las instituciones del sector salud**, de manera que se refleje en la adecuada atención de las personas con discapacidad; así mismo, buscan promover el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con las personas con discapacidad, a través del adecuado desarrollo de las actividades de la vida diaria. La tercera actividad está encaminada a que las personas con discapacidad que han agotado la vía establecida por el Sistema de Salud logren un acceso efectivo y prioritario, de acuerdo con sus necesidades en salud.



En este documento y sus anexos, las actividades de la vida diaria son aquellas acciones de autocuidado que son elementales e imprescindibles en el día a día del ser humano; son tareas que cualquier persona desempeña en mayor o menor medida a lo largo del día y están relacionadas con el cuidado del cuerpo.

Estas incluyen: alimentarse, vestirse, movilizarse, realizar higiene y arreglo personal (aseo e higiene en el inodoro)⁸.

Según la Convención de Naciones Unidas para las Personas con Discapacidad, en estas se “incluyen a 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”⁹.

⁸ AOTA -Asociación Americana de Terapia Ocupacional. 23 de abril de 2015.

⁹ Ley 1346 de 2009.




Asimismo en el marco de la medida de rehabilitación de víctimas del conflicto armado, **según lo establecido en la Ley 1448 de 2011**, existe el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI), que se constituye como la principal respuesta del Gobierno Nacional para garantizar la atención psicosocial y la atención integral en salud física y mental con enfoque psicosocial a las víctimas de las graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario que se suscitaron en medio del conflicto armado interno.



El Ministerio de Salud y Protección Social a través del PAPSIVI ha venido garantizando el acceso y goce a la atención psicosocial y en salud integral para las víctimas.



-  El PAPSIVI establece unas directrices, estrategias y acciones particulares que, al implementarse a través los componentes en **(i) atención integral en salud y (ii) atención psicosocial¹⁰**, han posibilitado a las víctimas el progresivo y gradual restablecimiento físico, mental y psicosocial. Los dos componentes referidos se articulan en unos instrumentos de planificación que se construyen con la participación de las víctimas y su ejecución se enmarca dentro de las rutas de reparación individual donde convergen otras acciones, planes y programas de reparación integral que diseñan y ejecutan otras entidades del Gobierno Nacional con competencias y responsabilidades frente a las víctimas.

¹⁰ Ministerio de Salud y Protección Social, Programa PAPSIVI de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado documento marco, Colombia, 2017.



- → → Por otra parte, el Protocolo de Atención en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, definido en el marco del PAPSIVI, emite lineamientos a cada actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), frente a **cómo debe realizar una atención en salud**, con enfoque psicosocial, a una víctima del conflicto.
- → → El Protocolo orienta a los funcionarios del SGSSS en el entorno que prestan su servicio –independientemente del que sea– **para que sigan las buenas prácticas** e indicaciones que el Protocolo propone, y aprendan la forma de remitir a sus usuarios a la atención psicosocial que se da en el marco del PAPSIVI¹¹.

¹¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Atención en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado. Bogotá, 2017

2. Normatividad básica Salud - Discapacidad



A continuación se relaciona la **normativa principal de salud y discapacidad**, que servirá para tener en cuenta en la preparación previa de la implementación del componente de salud en la Estrategia, de acuerdo con las disposiciones allí establecidas:

Norma	Año	Fundamento
Convención de las Personas con Discapacidad - ONU	2006	El propósito de la convención es promover, proteger y garantizar el disfrute pleno y por igual del conjunto de los derechos humanos por las personas con discapacidad. Cubre una serie de ámbitos fundamentales, tales como la accesibilidad, la libertad de movimiento, la salud, la educación, el empleo, la habilitación y rehabilitación, la participación en la vida política y la igualdad y la no discriminación. La convención marca un cambio en el concepto de discapacidad, pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de derechos humanos, que reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad constituyen en sí mismos una discapacidad.

Norma	Año	Fundamento
Ley 1346	2009	Por medio de la cual se aprueba la Convención de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Organización de las Naciones Unidas, el 13 de diciembre de 2006.
Ley 1438	2011	Tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.
Ley 1448	2011	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Respecto a las a personas con discapacidad se refiere en los artículos 13, 51, 114, 123 y 136 sobre enfoque diferencial, medidas en materia de educación, atención preferencial, medidas de restitución en materia de vivienda y programas de rehabilitación, respectivamente.
Ley 1618	2013	Ley estatutaria, por la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Norma	Año	Fundamento
Conpes 166	2013	Define los lineamientos, estrategias y recomendaciones que con la participación de las instituciones del Estado, la sociedad civil organizada y la ciudadanía permitan avanzar en la construcción e implementación de la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social (PPDIS), basada en el goce pleno en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las Personas con Discapacidad.
Circular 016	2014	Exención concurrente del pago de cuotas moderadoras y copagos por leyes especiales.
Ley 1751	2015	Ley estatutaria, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. En el artículo 11 establece como sujetos de especial protección a la población con discapacidad. Declarada exequible por la Corte Constitucional mediante sentencia C-634 de 2015. Desarrolla el principio de enfoque diferencial y reconoce la especial protección del derecho a la salud de las personas con discapacidad.
Circular 010	2015	LDirigida a Entidades Promotoras de Salud (EPS), Prestadores de Servicios de Salud y afiliados del Sistema General de Seguridad en Salud, con el fin de garantizar el acceso, calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud necesarios para la habilitación y rehabilitación integral en salud de las personas con discapacidad.

Norma	Año	Fundamento
Resolución 518	2015	Establece disposiciones con relación a la gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).
Resolución 429	2016	Por la cual se adopta la Política de Atención Integral de Salud (PAIS). El modelo MIAS cuenta con diez componentes, uno de ellos es la Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en la implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS). La operación del modelo comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo. Incluye prevenir las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad.
Resolución 532	2017	Por la cual se modifica la Resolución 5884 de 2016 y se dictan otras disposiciones. Sobre reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitalización (UPC).
Resolución 1904	2017	Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones.
Circular 009	2017	Por medio del cual la Supersalud establece las instrucciones para la carnetización y documentación de la situación de discapacidad.
Resolución 583	2018	Por la cual se implementa la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLPCD).

Tabla No. 1. Normograma Salud - Discapacidad.

Fuente: Adaptado del Normograma de Discapacidad consolidado por el Ministerio de Salud y Protección Social. 2019

3. Implementación del componente de salud en la Estrategia



El componente de salud en la Estrategia tiene como objetivo **promover el mejoramiento de la accesibilidad** en el sector para las personas con discapacidad, se realiza en el marco de las asistencias técnicas que brinda el Ministerio de Salud y Protección Social a las Secretarías de Salud departamentales o distritales, y estas últimas a su vez a las Secretarías de Salud municipales o subdirecciones locales de salud.

Se implementa a través del desarrollo de tres actividades principales:

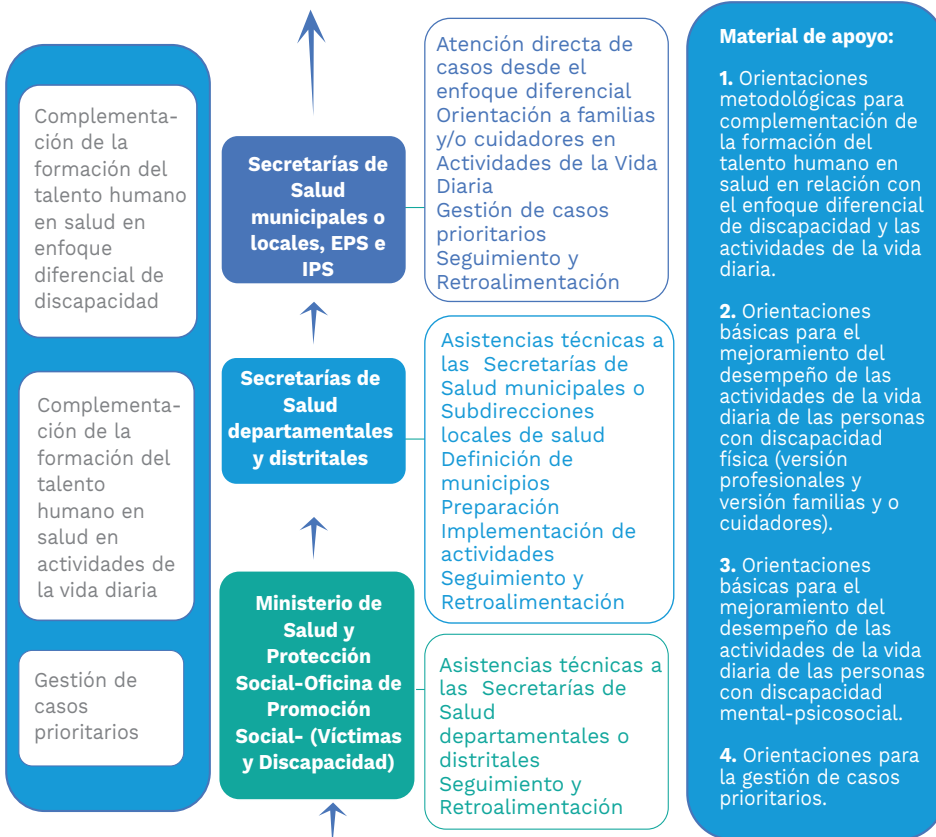
▶ Complementación de la formación del talento humano en salud en relación con la atención con enfoque diferencial de discapacidad.

▶ Complementación de la formación del talento humano en salud en lo relacionado con actividades de la vida diaria.

▶ Gestión de casos prioritarios.

Objetivo: Mejoramiento de la accesibilidad en salud para las Personas con Discapacidad (PcD)

Talento Humano del sector salud capacitado
Ruta de gestión de casos prioritarios implementada



Material de apoyo:

- Orientaciones metodológicas para complementación de la formación del talento humano en salud en relación con el enfoque diferencial de discapacidad y las actividades de la vida diaria.
- Orientaciones básicas para el mejoramiento del desempeño de las actividades de la vida diaria de las personas con discapacidad física (versión profesionales y versión familias y o cuidadores).
- Orientaciones básicas para el mejoramiento del desempeño de las actividades de la vida diaria de las personas con discapacidad mental-psicosocial.
- Orientaciones para la gestión de casos prioritarios.

Situación inicial: Talento humano en salud requiere conocer mecanismos para la transversalización del enfoque diferencial de discapacidad en los procesos de atención en salud.
PcD requieren acceder a servicios del sistema de salud de manera prioritaria.

Gráfica No.1
Actividades para la implementación del componente de salud. Fuente: Elaboración propia. 2019.



a. Lineamientos desde el Ministerio de Salud y Protección Social a las Secretarías de Salud departamentales o distritales



El Ministerio de Salud y Protección Social realizará la transferencia de los contenidos y la metodología de implementación del componente de salud en la **Estrategia a los profesionales responsables** de discapacidad y víctimas de las Secretarías de Salud departamentales o distritales, en el marco de las asistencias técnicas que se efectúan a las entidades territoriales.



En la convocatoria a la Secretaría de Salud departamental o distrital se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- → → → → **Disposición del equipo** que haga parte de la gestión en discapacidad desde la Secretaría de Salud departamental o distrital, incluyendo idealmente una persona de planta provisional, temporal o carrera administrativa.
- → → → → **Contar con un espacio físico** adecuado para el desarrollo de la asistencia técnica, así como los medios tecnológicos requeridos.
- → → → → **Disponer mínimo de 12 horas** para la jornada.
- → → → → **Establecer un compromiso** de réplica con los municipios o localidades correspondientes, con base en los documentos y contenidos transferidos en la asistencia técnica.

b. Definición de municipios o localidades sujetos de las actividades (Secretaría de Salud departamental o distrital)

Una vez se haya realizado la transferencia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, las Secretarías de Salud departamentales o distritales definirán los municipios o localidades sujetos de la réplica de las actividades a desarrollar en el componente de salud de la Estrategia.

A continuación, se sugieren algunos criterios para que las Secretarías de Salud departamentales o distritales realicen la priorización de municipios y localidades:

Nivel de prioridad	Aspecto a evaluar
1	Municipios categoría V y VI
2	Municipios o localidades con mayor número de personas con discapacidad
3	Municipios o localidades con mayor número de víctimas con discapacidad
4	Requieren fortalecimiento identificado a través de asistencias técnicas realizadas previamente por la Secretaría de Salud departamental o distrital
5	Municipios que tienen priorizadas acciones para las personas con discapacidad con recursos PIC

Tabla No. 2 Priorización municipal. Fuente: elaboración propia, 2019.

c. Preparación para la implementación de las actividades (Secretaría de Salud departamental o distrital)



- El momento de preparación implica el **contacto inicial** con las Secretarías de Salud municipales o subdirecciones locales, para definir las actividades a implementar en el componente de salud en la Estrategia.
- El desarrollo del componente se realiza a través de una **primera reunión con las Secretarías** de Salud municipales o subdirecciones locales. Es fundamental que para este primer contacto se pueda convocar también a las gerencias de las IPS y/o EPS que operan en el municipio o localidad.

En la reunión se deben **establecer acuerdos para el desarrollo de las actividades** del componente de salud, que serán lideradas por la Secretaría de Salud departamental o distrital.

A continuación se señalan los principales acuerdos:

El rol de la Secretaría de Salud municipal o la subdirección local en la implementación del componente de salud incluye:

- > --> --> Realizar la convocatoria del personal del sector salud a las actividades.
- > --> --> Coordinar con la Secretaría de Salud departamental o distrital, la logística necesaria para el desarrollo de las actividades.
- > --> --> Participación activa en las actividades propuestas.
- > --> --> Gestión de espacios físicos adecuados para las jornadas de complementación de la formación del talento humano en salud que se acuerden.
- > --> --> Garantizar un mínimo de participantes en las jornadas de complementación de la formación del talento humano en salud a desarrollar.



Los participantes deben ser del nivel asistencial, administrativo y operativo de las entidades que operan los servicios de salud en el municipio o localidad. Se sugiere realizar la convocatoria a otros participantes que puedan estar relacionados con el tema (enlace de víctimas, personerías, etc.).

Definir un enlace de la Secretaría de Salud municipal o de la subdirección local para el contacto permanente con la Secretaría de Salud departamental o distrital.

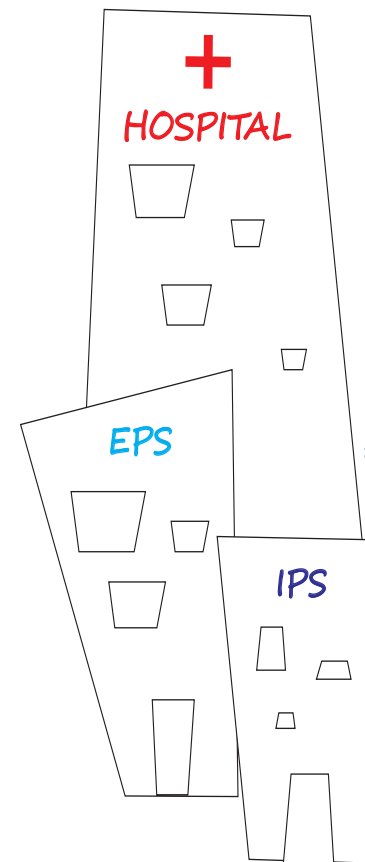
Establecer contacto con las gerencias de las ESE o IPS y definir tiempos del proceso, de acuerdo con la dinámica institucional.

Establecer acuerdos iniciales con los sujetos que participarán en la jornada o jornadas de complementación de la formación del talento humano en salud, gerencias y secretarías, relacionados con tiempos de desarrollo o continuidad de las personas participantes del proceso.

Establecer directorio para la implementación de la ruta de gestión de casos prioritarios de acceso por demanda.

Identificación de la oferta institucional en salud


En este punto se deberá **identificar la oferta disponible** en el municipio o la localidad para la atención en salud, estableciendo las EPS, IPS o ESE, con cobertura en el municipio o localidad, así como los servicios de salud y rehabilitación que se encuentran habilitados.




Seguidamente deberá **consultarse el número de personas que hacen parte del talento humano** en salud de las EPS o IPS, con el objetivo de identificar el universo de sujetos del proceso de complementación de la formación del talento humano en salud.

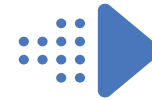


Diseño de agenda y plan de trabajo para el desarrollo del componente

- 

Definir las fechas en las que se implementarán las actividades que debe desarrollar la Secretaría de Salud departamental o distrital, en coordinación con la Secretaría de Salud municipal o subdirección local, promoviendo la responsabilidad del municipio en la garantía logística y acompañamiento del proceso.
- 

Se recomienda que esta planeación se realice al final de cada vigencia, con el fin de que el nivel municipal o local **incluya en sus actividades del plan de acción anual**, la disponibilidad presupuestal que se pueda requerir.



Estas son las **actividades principales** frente a las cuales debe definirse de manera conjunta el plan de trabajo y la agenda:



2. Complementación de la formación del talento humano en salud

en relación con la atención con enfoque diferencial de discapacidad y en lo relacionado con actividades de la vida diaria con el personal de salud (la agenda y la logística de este proceso estará sujeta a la dinámica del municipio o localidad).



1. Asistencia técnica en la implementación de la ruta de gestión de casos prioritarios.

3. Seguimiento en las acciones del municipio

o localidad en el componente de salud.



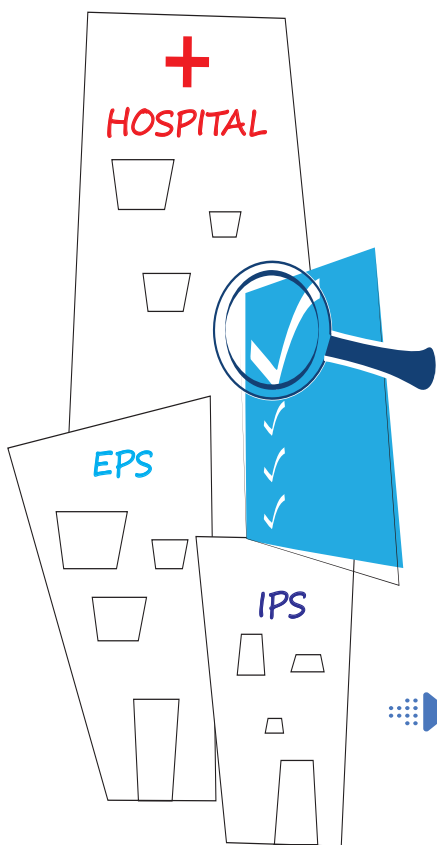
Identificación de Información Inicial de las personas con discapacidad



Esta actividad hace referencia a la definición de la información que se constituye en el punto de partida del proceso a desarrollar, **a través del Registro de Localización y Caracterización** de Personas con Discapacidad (RLCPD), la certificación de discapacidad, la caracterización de las víctimas con discapacidad en el nivel territorial, el Registro Único de Víctimas (RUV) y el nivel de aseguramiento de las personas con discapacidad en el municipio o localidad.



Se deberán generar **acuerdos con la Secretaría de Salud municipal o subdirección local**, para el cruce de la información requerida.



Para llevar a cabo esta actividad se requiere:

- → → **Definir la información de personas** con discapacidad que residen en el municipio o localidad de acuerdo con el RLCPD. De la información de personas con discapacidad que residen en el municipio o localidad, definir quienes se encuentran aseguradas en el SGSSS y quienes no, así como las EPS en las cuales se encuentran aseguradas. Esto también es insumo importante para la implementación de la ruta de gestión de casos prioritarios (ver anexo: Orientaciones para la gestión de casos prioritarios).
- → → La Secretaría de Salud municipal o subdirección local deberá **garantizar el aseguramiento** de las personas con discapacidad que no se encuentran aseguradas al SGSSS.
- → → **Identificar las EPS** con mayor número de personas con discapacidad y víctimas con discapacidad aseguradas en el municipio o localidad.

***Tenga en cuenta que el municipio o localidad tienen la responsabilidad de actualizar de manera permanente el RLCPD.**

d. Implementación de actividades (a cargo de la Secretaría de Salud departamental o distrital)



Con base en el plan de trabajo y la agenda acordada con el municipio o localidad, la Secretaría de Salud municipal o Subdirección local **lidera el proceso de convocatoria**, logística del espacio y coordinación con las IPS o EPS en su municipio o localidad.

Como se señaló anteriormente, el número de sesiones y horarios para la complementación de la formación del talento humano en salud **se realizará de acuerdo con la dinámica departamental, distrital, municipal o local**, teniendo en cuenta la disponibilidad del personal, cierres parciales de los servicios de atención, etc.



El desarrollo de las actividades deberá realizarse de acuerdo con:

- → → **La metodología para la implementación** de la complementación de la formación del talento humano en salud en relación con la atención con enfoque diferencial de discapacidad y complementación de la formación del talento humano en salud en lo relacionado con actividades de la vida diaria con el personal de salud. Anexos.
- → → **El material de apoyo de la complementación** de la formación del talento humano (Orientaciones para el mejoramiento del desempeño de las actividades de la vida diaria de las personas con discapacidad física y mental psicosocial y Recomendaciones generales para la atención de las personas con discapacidad en el sector salud). Anexos.
- → → **El documento** “Orientaciones para la gestión de casos prioritarios”. Anexos.

e. Seguimiento y retroalimentación (Secretaría de Salud departamental o distrital y Ministerio de Salud y Protección Social)



Teniendo en cuenta las actividades implementadas con base en el diseño del plan de trabajo, se sugiere que las Secretarías de Salud departamentales o distritales puedan **realizar el seguimiento en el marco de la asistencia técnica con los siguientes criterios de medición:**



El Ministerio de Salud y Protección Social realiza la **transferencia de los contenidos** del componente de salud en la Estrategia a las Secretarías de Salud departamentales o distritales, a través de la asistencia técnica correspondiente. Con base en esta, las Secretarías departamentales o distritales de salud realizarán la réplica en los municipios o localidades que sean priorizados.



Indicador propuesto:

Número de municipios o localidades priorizados, con los que las Secretarías de Salud departamentales o distritales realizan la réplica de las actividades propuestas en el componente de salud en la Estrategia.

- ▶ Como resultado de los procesos de complementación de la formación del talento humano en salud, las instituciones del sector salud, en el nivel municipal o local, **identifican los apoyos y los ajustes razonables** que pueden hacer para mejorar la atención de las personas con discapacidad. De acuerdo con estos apoyos y ajustes, la Secretaría de Salud departamental o distrital realiza el seguimiento a la implementación de los mismos.



▶ Indicador propuesto:

Apoyos y ajustes razonables implementados por parte de las instituciones del sector salud en el municipio o localidad, con base en el formato de apoyos y ajustes razonables identificados en el proceso de complementación de la formación del talento humano¹².

- ▶ Posterior a la transferencia de la propuesta de la ruta de gestión de casos prioritarios a la Secretaría de Salud municipal o subdirección local, la Secretaría de Salud departamental o distrital realiza el **seguimiento a la implementación de la ruta**, efectuando la verificación del número de casos de personas con discapacidad gestionados por parte del municipio o localidad, superando las barreras que hayan tenido en su atención en salud.

▶ Indicador propuesto:

Número de casos prioritarios gestionados en el municipio o localidad de acuerdo con la demanda.

¹² El seguimiento debe responder a las disposiciones de la Resolución 1904 de 2017 y la Resolución 3280 de 2018, esta última brinda directrices sobre las medidas de adaptabilidad para garantizar las medidas de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal de las personas con discapacidad durante la atención integral en salud

Anexos



Teniendo en cuenta la información anterior, es fundamental realizar la consulta de los anexos disponibles para la implementación del componente:

- ▣ Metodología para la implementación de la complementación de la formación del talento humano en salud en relación con el enfoque diferencial de discapacidad y actividades de la vida diaria.
- ▣ Material de apoyo a la complementación:
 - Orientaciones básicas para el mejoramiento del desempeño de las actividades de la vida diaria de las personas con discapacidad física (versión profesionales).
 - Orientaciones básicas para el mejoramiento del desempeño de las actividades de la vida diaria de las personas con discapacidad física (versión personas de apoyo y/o cuidadores).
 - Orientaciones básicas para el mejoramiento del desempeño de las actividades de la vida diaria de las personas con discapacidad mental-psicosocial.
 - Recomendaciones generales para la atención de las personas con discapacidad.
- ▣ Orientaciones para la gestión de casos prioritarios

Referencias



- ▣ Ministerio de Salud y Protección Social, Programa PAPSIVI de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado documento marco, Colombia, 2017.
- ▣ Ministerio de Salud y Protección Social, Formación y cuidado emocional al talento humano que atiende y orienta a víctimas del conflicto armado, Colombia, 2018.
- ▣ Ministerio de Salud y Protección Social, Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, Colombia, 2018.
- ▣ Resolución 1166, Colombia, 3 de abril de 2018.
- ▣ Resolución 583, Colombia, 26 de febrero de 2018.
- ▣ Ley 1618, Colombia, 27 de febrero de 2013.
- ▣ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de salud Pública 2012-2021.
- ▣ Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), 23 de abril de 2015. Ley 1346 de 2009.
- ▣ Gustavo Alcántara Moreno, La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad, Universidad de Los Andes, 2008.
- ▣ Ley 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, 16 de febrero de 2015. Colombia.





**El futuro
es de todos**

**Gobierno
de Colombia**