



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2019

()

Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia parte de Plan Decenal de Salud Pública

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas en los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, en desarrollo del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, y el numeral 8 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que el enfoque diferencial se concibe como un imperativo de acción pública en los marcos normativos y de política nacionales e internacionales, señalados, entre otras normas, en la Ley 1448 de 2011 que define acciones para la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y en la Ley 1438 de 2011, que reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el artículo 6º de la Ley 1438 de 2011, determinó que: "... El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud..."

Que, en cumplimiento a lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social formuló el PDSP 2012-2021, el cual fue adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013, en la que se determina que este Plan define la política que orienta la salud pública del país durante el decenio mencionado.

Que la formulación del PDSP tuvo un proceso amplio de participación social y sus resultados definieron la gestión de la salud pública a partir de ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, concebidas como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y coordinación de acciones sectoriales, comunitarias y transectoriales para mejorar la salud de la población.

Que las dimensiones prioritarias son: salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres y salud y ámbito laboral; y las dimensiones transversales son: gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Que la dimensión Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables da cuenta de los desarrollos en sujetos y colectivos específicos para algunas fases del ciclo de vida, género, grupos étnicos, personas con discapacidad y víctimas del conflicto armado, bajo los principios de respeto y el reconocimiento de las diferencias poblacionales y de las mayores vulnerabilidades que puede representar la pertenencia a uno de estos grupos.

Que el PDSP, en su componente 6, definió como meta que *"Colombia cuente con un capítulo específico incorporado al documento marco del Plan Decenal de Salud Pública, dirigido a garantizar el acceso y mejorar las condiciones de salud de la población víctima del conflicto armado"*.

Continuación resolución *"Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública"*

Que el artículo 2º de la Ley 1751 de 2015, *"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"*, establece la salud como un derecho fundamental por tanto autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

Que el artículo 11 de la Ley 1751 de 2015 señala que las personas víctimas del conflicto armado gozarán de especial protección por parte del Estado debido a su extrema vulnerabilidad, por lo cual es necesario adoptar medidas en su favor, con el ánimo de promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva en los términos del artículo 13 de la Constitución Política.

Que los mencionados mandatos fundamentan la respuesta frente a la construcción participativa del capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en concordancia con el marco estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 y de conformidad con las competencias establecidas en el artículo 21 del Decreto 4107 de 2011, para la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que la definición del capítulo para la población víctima del conflicto armado se planteó a partir de las siguientes etapas: 1) Consulta, 2) Formulación, 3) Validación, 4) Reglamentación, 5) Socialización e implementación.

Que la formulación fue el resultado de un amplio proceso técnico y participativo que incluyó el diálogo con la población víctima del conflicto armado a través de sus líderes, lideresas y demás representantes que abogan por sus intereses, incluida la Mesa Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas del Conflicto Armado como instancia formal de representación de esta población.

Que, en virtud de lo anterior, se surtió la primera etapa conforme a los resultados del convenio de cooperación técnica 363 de 2013, que suscribió el MSPS con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) con el objetivo de realizar encuentros de diálogo con la población víctima del conflicto armado

Que se realizaron 30 encuentros departamentales con la población víctima del conflicto en los cuales identificar las necesidades y expectativas legítimas de esta población en relación con su salud y que las evidencias y respectivas actas de los encuentros reposan en el archivo del mencionado convenio

Que la fase de formulación implicó el desarrollo de actividades de organización, reducción, análisis y triangulación de los datos e información generada y disponible sobre la población víctima del conflicto armado para ser integrarla de manera técnica en la construcción de una propuesta de capítulo específico para esta población.

Que además se incorporó al proceso de formulación un enfoque interdisciplinario que consideró métodos y herramientas provenientes de la epidemiología, la salud pública, las ciencias sociales, la antropología y la sociología, entre otras áreas que contribuyeron a potencializar los contenidos del capítulo

Que la validación de los resultados del análisis de información cualitativa se llevó a cabo durante el Plenario Nacional con la Mesa de Participación Efectiva de Víctimas realizado entre el 26 de

Continuación resolución "Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública"

julio del año 2017, tal como consta en el informe derivado de esta reunión y que los aportes y resultados de este espacio se incorporaron a la propuesta de capítulo

Que la propuesta final del capítulo se presentó ante Plenario Nacional realizado con la Mesa de Participación Efectiva de Víctimas el pasado 12 de diciembre de 2018 y que los aportes fueron incorporados a la propuesta de capítulo

Que la implementación del capítulo para la población víctima del conflicto armado como anexo del Plan Decenal de Salud Pública -PDSP, requiere que los departamentos, distritos y municipios, en cumplimiento de sus competencias, incorporen en sus Planes Territoriales de Salud -PTS- el enfoque diferencial y en consecuencia se ejecuten con la participación de los actores responsables o interesados en el bienestar de esta población.

Que, la Resolución 1536 de 2015 establece las disposiciones sobre el proceso de planeación integral en salud y define los contenidos del Plan Territorial de Salud.

Que, si bien el PDSP tiene una vigencia de 10 años hasta el 2021, la adopción de este capítulo se integra al mismo en el estado de avance en que se encuentra y las orientaciones allí previstas se asumirán hasta la adopción del nuevo plan decenal y servirán de insumo para los siguientes procesos de planeación mientras no exista una directriz diferente.

Que, conforme a lo anterior, se requiere reglamentar el capítulo para la población víctima del conflicto armado de Colombia con el fin de proceder a su socialización e implementación a nivel nacional y territorial.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Título I

Disposiciones Generales

Artículo 1. Objeto. Por medio de la presente resolución se establecen las directrices para la implementación del capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado -VCA- y se adopta el mismo como anexo del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

Parágrafo. El capítulo que se adopta en virtud del presente acto administrativo será el insumo para la construcción del mismo en el nuevo Plan Decenal de Salud Pública con los ajustes que sean necesarios.

Artículo 2. Ámbito de Aplicación. La presente disposición será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones.

Parágrafo. Los demás actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con la intervención de los determinantes sociales de la salud, concurrirán al desarrollo y cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos señalados en el capítulo anexo.

Artículo 3. Definición del capítulo. El capítulo diferencial para población víctima del conflicto armado se anexa al Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 como un documento de

Continuación resolución "Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública"

política pública con lineamientos conceptuales, metodológicos y operativos para contribuir a la mitigación o superación de las secuelas que la violencia, derivada del conflicto armado en Colombia, ha dejado sobre las condiciones de salud de las personas afectadas por este fenómeno.

Artículo 4. Objetivo. El objetivo de este capítulo está definido en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y consiste en asegurar acciones diferenciales en salud pública para la población víctima del conflicto armado, tendientes a garantizar el acceso, a mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancias con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

Artículo 5. Objetivos estratégicos. El capítulo diferencial para la población VCA contribuye con los fines del Plan Decenal de Salud Pública a través de los siguientes objetivos estratégicos:

- 5.1 Fomentar acciones focalizadas que contribuyen al cierre de brechas en salud entre la población víctima y la población general a través de un abordaje basado en el modelo de los Determinantes Sociales en Salud.
- 5.2 Promover un enfoque de articulación y coordinación con las respuestas que se hayan definido o definan para esta población.
- 5.3 Fortalecer las capacidades organizativas y participativas de la población víctima con el fin de asegurar su contribución a la planificación territorial en salud.
- 5.4 Impulsar respuestas diferenciales en salud a través de la planificación territorial y la promoción de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de la población víctima
- 5.5 Incorporar el enfoque diferencial de la población víctima del conflicto armado a los procesos de planificación territorial en salud
- 5.6 Monitorear y evaluar los resultados de las acciones diferenciales para la población víctima que se efectúen en el marco de la planificación territorial en salud y la implementación del presente capítulo.

Artículo 6. Líneas de acción. Las líneas de acción que incorpora el capítulo anexo a esta resolución corresponden a un conjunto de objetivos y estrategias identificadas para generar una respuesta diferencial a las necesidades en salud de las personas VCA. Estas se desarrollan a partir de cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP 2012-2021 y tienen un alcance indicativo para que cada entidad territorial, de acuerdo a las condiciones vigentes y a los acuerdos que resultan de los procesos participativos de planificación, las adapte e integre a los próximos planes territoriales de salud a través de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias dirigidas a mejorar las condiciones de vida y bienestar de esta población.

Artículo 7. Enfoques. Además de los enfoques definidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y demás políticas que refieren respuestas específicas a las particularidades y derechos de las personas VCA, el capítulo adopta y resalta los siguientes como principales orientadores de la respuesta diferencial en salud pública:

- a) **Enfoque diferencial:** permite reconocer las diversidades y las condiciones actuales o históricas de discriminación o vulneración que limitan el goce efectivo de derechos de determinados grupos poblacionales como la población VCA, al tiempo que determina la generación de respuestas focalizadas para superar dichas condiciones. Por consiguiente, promueve la acción institucional del sector salud y de otros sectores relacionados con los DSS, para el diseño de políticas y la oferta de bienes y servicios adecuada a esas diferencias. Para el desarrollo del capítulo y en concordancia con lo estipulado en el PDSP

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

2012-2021, este enfoque implica reconocer los sub-diferenciales de ciclo de vida (niños, niñas y adolescentes y vejez y envejecimiento), género, pertenencia étnica y discapacidad.

- b) **Enfoque psicosocial:** es un referente transversal para el abordaje en el proceso de atención de las víctimas en la asistencia y reparación integral. Trasciende la atención de lesiones o secuelas físicas. Por ello, el objetivo es ajustar los mecanismos, programas y planes para que respondan a los daños psicosociales que caracterizan diversas expresiones del sufrimiento y no solo a las que se distinguen como enfermedad. Este enfoque se debe orientar prioritariamente hacia las acciones reparadoras, lo cual implica basarse en tres principios que sustentan el marco de la atención a la población víctima del conflicto armado: la dignificación y el reconocimiento, el empoderamiento y la acción sin daño.
- c) **Enfoque de acción sin daño:** este enfoque reconoce que la respuesta a distintas circunstancias está sujeta a la posibilidad de producir daño y que por tanto es necesario evitarlo, mitigarlo o repararlo. Promueve una acción coherente, responsable y ética frente a la acción social.
- d) **Enfoque de acciones afirmativas:** impulsa políticas o medidas dirigidas a favorecer a las VCA bajo el reconocimiento de que es un grupo poblacional que ha vivido procesos de vulneración de sus derechos, que han alterado significativamente sus vidas y han generado o profundizando desigualdades en salud que requieren respuestas focalizadas a fin de mitigar, reducir o eliminar dichas desigualdades.
- e) **Enfoque transformador:** este enfoque busca apoyar la eliminación de los patrones de discriminación y marginación que generaron una mayor vulnerabilidad frente a la ocurrencia de hechos victimizantes, bajo el entendido que transformando dichas condiciones se evita la repetición de los sucesos y se sientan las bases para la reconciliación en el país.
Para el MSPS, la incorporación del enfoque transformador implica que las víctimas recuperen la sensación de seguridad, autonomía y capacidad de autodeterminación y control sobre sus propias vidas. Al mismo tiempo, debe favorecer el cambio de imaginarios que sostienen y legitiman el ejercicio de la violencia, tales como las nociones de enemigo, los buenos y los malos, los más y las menos víctimas en razón de los actores del conflicto o en razón de los hechos de violencia sufridos.

Título II

Consideraciones para incorporar el enfoque diferencial para la población víctima del conflicto armado en el proceso de planeación integral en salud

Artículo 8. Situación de salud y caracterización de la población víctima del conflicto armado. Sin perjuicio de los lineamientos y metodologías dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social para la elaboración del análisis de situación de salud y la caracterización poblacional, las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, o la entidad que haga sus veces, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB- de los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS-, gestionarán información y conocimiento sobre las condiciones de vida y salud de la población víctima del conflicto armado, de tal forma que se logre definir o adaptar, a partir de la evidencia y comprensión de las dinámicas de salud-enfermedad de las personas VCA en los territorios, respuestas o rutas específicas de atención para avanzar en la garantía del derecho a la salud de esta población.

Continuación resolución "Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública"

Parágrafo Se adopta como instrumento facilitador en el cumplimiento de este artículo las instrucciones derivadas del Comunicado Conjunto No. 4 del Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado (UARIV) vigente a partir del 14 de septiembre del año 2018 o aquel que lo sustituya o haga sus veces, el cual provee instrucciones a los actores del SGSSS para cruzar sus bases de datos con el Registro Único de Víctimas-RUV, con el fin de identificar plenamente a las personas víctimas que viven en sus territorios y hacer una caracterización real de la situación de salud de esta población, que pueda ser incorporada a los Análisis de Situación de Salud y a los procesos de planificación territorial con enfoque diferencial.

Artículo 9. Priorización en salud pública. En el marco del proceso de planeación integral para la salud, las entidades territoriales elaborarán la priorización en salud pública utilizando la metodología PASE a la Equidad en Salud e incorporando el enfoque diferencial de la población víctima del conflicto armado a la ruta lógica para la formulación de los planes territoriales de salud, lo cual implica:

- a) Identificar y convocar a las instancias legítimas de participación de la población víctima del conflicto armado y a los demás actores interesados en la salud de esta población, a los espacios participativos de formulación de los PTS.
- b) Vincular a los representantes de la población víctima del conflicto armado al desarrollo de los momentos de identificación y comprensión integral de las condiciones en que se encuentran la población VCA, de los factores diferenciales que inciden en su situación de salud y de las acciones y respuestas diferenciales que se incorporarán a los planes territoriales de salud.

Artículo 10. Componente estratégico y de inversión plurianual del Plan Territorial de Salud - PTS: En el marco del proceso de planeación integral en salud, las entidades territoriales elaborarán el componente estratégico y de inversión plurianual del PTS utilizando la metodología PASE a la Equidad en Salud con enfoque diferencial hacia la población VCA. Esto implica la incorporación de respuestas concertadas con la población víctima del conflicto armado en términos de objetivos y metas sanitarias asociadas a los programas y subprogramas previstos, de tal forma que se avance en la materialización del derecho a la salud de esta población.

Parágrafo 1. Los objetivos, metas, programas y subprogramas que se hayan definido para la población víctima del conflicto armado, deben estar debidamente armonizados con lo determinado en otros instrumentos de planeación existentes y normados para responder a la reparación integral de las VCA. Igualmente, como parte del proceso para la materialización de lo definido, se debe involucrar estos aspectos en los proyectos inscritos o a inscribir en el Banco de Proyectos de Inversión.

Artículo 11. Componente operativo y de inversiones del PTS y Plan de Acción en Salud: En el marco del proceso de planeación integral en salud, las entidades territoriales elaborarán el componente operativo y de inversión del PTS, así como el Plan de Acción en Salud utilizando la metodología PASE a la Equidad en Salud con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado. Esto implica programar en cada anualidad los recursos de la vigencia y de las actividades a ejecutar en correspondencia con el componente estratégico, para el logro de los resultados y productos definidos para la población víctima del conflicto armado.

Continuación resolución "Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública"

Artículo 12. Responsabilidades de los integrantes del SGSSS. Las entidades territoriales y demás integrantes del SGSSS de acuerdo con sus competencias, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar y adoptar los contenidos del capítulo diferencial para población víctima del conflicto armado como anexo técnico del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud y coordinar su implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que para el efecto defina este Ministerio.

Artículo 12.1. Responsabilidades del Ministerio y Protección Social:

- a) Formular e implementar políticas con enfoque diferencial, que garanticen el goce efectivo del derecho a la salud de la población víctima del conflicto armado.
- b) Fomentar la realización de los espacios de participación para la población víctima del conflicto armado acorde con lo previsto por la ley, y promover la participación en el proceso de planeación en salud, de las organizaciones que los representen.
- c) Disponer sistemas de información e indicadores que den cuenta de variables, con enfoque diferencial, que permitan conocer el estado de salud de la población víctima del conflicto armado.
- d) Brindar asesoría y asistencia técnica a las entidades territoriales departamentales y distritales para el desarrollo de procesos participativos y la debida inclusión del enfoque diferencial en la planeación territorial y en la ejecución de planes, proyectos y acciones dirigidos a la atención en salud de la población víctima del conflicto armado.
- e) Hacer el seguimiento y monitoreo a la implementación del capítulo diferencial para población víctima del conflicto armado y generar mecanismos de ajuste o recomendaciones cuando se considere pertinente.

Artículo 12.2. Corresponde a los departamentos, distritos y municipios las siguientes responsabilidades

- a) Formulación del Plan Territorial de Salud, con enfoque diferencial, proponiendo orientaciones de carácter estratégico tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población víctima del conflicto armado, adoptando los lineamientos del PDSP y su capítulo de víctimas.
- b) Seguimiento y evaluación de las metas de continuidad, cobertura y calidad establecidas para la población víctima del conflicto armado como instrumento gerencial de programación y control de ejecución anual.
- c) Asegurar la adecuada representación de todos los actores en el proceso de planeación, garantizando la participación de la población víctima del conflicto armado.
- d) Adelantar las acciones necesarias para la coordinación entre las instituciones de la entidad territorial y la población víctima del conflicto armado relacionadas con temáticas de salud con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de esta población.
- e) En el caso de los departamentos, apoyar con asesoría técnica a los municipios, para el desarrollo de procesos participativos y la debida inclusión del enfoque diferencial en la planeación territorial y en la ejecución de planes, proyectos y acciones dirigidos a la atención en salud la población víctima del conflicto armado.
- f) Implementar y mantener sistemas de información e indicadores de gestión, con enfoque diferencial, como soporte a la toma de decisiones.
- g) Elaborar el Análisis de Situación de Salud bajo el modelo de determinantes de la salud y con enfoque diferencial con los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio que sirva de insumo al proceso de planeación territorial.

Continuación resolución "Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública"

Artículo 12.3. Responsabilidades de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

- a) Organizar la forma y mecanismos que permitan el acceso de la población víctima del conflicto armado a los servicios de salud a nivel nacional.
- b) Instaurar procedimientos que garanticen el acceso de la población víctima del conflicto armado a las IPS en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional.
- c) Implementar los protocolos y orientaciones otorgadas desde el Ministerio de Salud y Protección Social para identificar y gestionar el riesgo y la atención en salud de la población VCA.

Artículo 12.4. Responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

- a) Diseñar y ejecutar las estrategias de demanda inducida para garantizar la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública, ajustadas a las prioridades territoriales en materia de salud pública.
- b) Implementar los protocolos y orientaciones otorgadas desde el Ministerio de Salud y Protección Social para identificar y gestionar el riesgo y la atención en salud de la población VCA.

Artículo 12.5. Responsabilidades de los Comités Territoriales de Justicia

- a) Promover a nivel territorial la articulación y coordinación requerida para lograr que políticas públicas en el marco de la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas, incluyan acciones para la salud de la población VCA en consecuencia con el PTS.
- b) Incorporar en los Planes de Acción Territorial (PAT) los compromisos relacionados con la salud pública que se acuerden con la población víctima del conflicto armado en su respectivo contexto territorial.
- c) Gestionar la asignación o consecución de los recursos financieros para asegurar la ejecución de los proyectos dirigidos al mejoramiento de la salud de la población VCA.

Artículo 12.6. Responsabilidades de la población víctima del conflicto armado

- a) Participar en los espacios para la concertación de las acciones en salud que se incluirán en el Plan territorial de salud.
- b) Fomentar la participación y coordinación de actores comunitarios en la ejecución de proyectos dirigidos a mejorar condiciones de vida de población víctima del conflicto armado e incidir en determinantes sociales de la salud.
- c) Participar en escenarios de control social y rendición de cuentas frente a la ejecución de los planes territoriales de salud.

Artículo 12.7. Miembros de la Mesa Nacional y Departamentales de Participación Efectiva de la Población Víctima del Conflicto Armado

- a) Incidir, promover y participar en los procesos de divulgación, implementación y seguimiento a la adopción de los contenidos del capítulo en los distintos instrumentos de planificación territorial.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

- b) Participar en espacios de control social y rendición de cuentas frente a los compromisos establecidos en relación con la implementación de este capítulo.
- c) Promover la movilización de esfuerzos y recursos sectoriales, intersectoriales y comunitarios para la implementación del capítulo de víctimas.

Artículo 12.8. Responsabilidades de las Organizaciones Defensoras de Víctimas y de Derechos Humanos

- a) Contribuir en la generación de mecanismos para la divulgación del capítulo de víctimas.
- b) Fomentar la participación de la población VCA en los escenarios de planeación para la salud pública.

Artículo 12.9. Subcomité Técnico de Medidas de rehabilitación

- a) Contribuir con la incorporación de los conceptos y elementos del capítulo de víctimas en los lineamientos que se desarrollan para orientar a las entidades territoriales en la formulación de los planes de acción.
- b) Propiciar los espacios de interlocución con las entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación a Víctimas –SNARIV- para socializar y divulgar el capítulo de víctimas y su incorporación, según pertinencia, en los programas de atención a esta población.

Artículo 13. Monitoreo, seguimiento y evaluación. El capítulo diferencial de víctimas del conflicto armado, como documento anexo del PDSP 2012-2021, se integra al sistema de monitoreo y evaluación definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de establecer los avances y logros de los objetivos y las metas sanitarias definidas para la población víctima del conflicto armado y su contribución a los objetivos estratégicos del PDSP.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social realizará el seguimiento a la implementación de las líneas de acción que hacen parte integral del presente capítulo a través de lo incorporado en los Planes Territoriales de Salud de las Entidades Territoriales con presencia de población víctima del conflicto armado en el marco del proceso de planeación integral en salud.

Artículo 14. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a los

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

CONTENIDO ANEXO

I. CAPÍTULO DIFERENCIAL PARA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO.....	10
INTRODUCCIÓN.....	14
ANTECEDENTES.....	15
1. Marco conceptual.....	16
1.1. Referentes políticos y normativos.....	17
1.2. La violencia y su relación con la salud.....	18
1.2.1. El conflicto armado en Colombia y sus efectos en la salud	18
1.2.2. La salud en el postconflicto: nuevas perspectivas.....	19
1.3. Conceptos y enfoques	20
1.3.1. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud y dimensiones del PDSP 2012-2021.....	20
1.3.2. Enfoques orientadores	22
1.3.2.1. Enfoque diferencial	22
1.3.2.2. Enfoque psicosocial	22
1.3.2.3. Enfoque de acción sin daño	23
1.3.2.4. Enfoque de acciones afirmativas.....	23
1.3.2.5. Enfoque transformador	23
2. Metodología.....	24
2.1. Abordaje conceptual para la formulación.....	24
2.1.1. Abordaje desde la formulación de la política pública.....	24
2.1.2. Abordaje desde la planificación en salud pública	24
2.1.3. Abordaje desde la evaluación de necesidades en salud.....	25
2.2. Etapas para la formulación	26
2.2.1. Consulta	26
2.2.2. Formulación.....	26
2.2.3. Validación y concertación	28
2.2.4. Reglamentación y socialización	28
3. Diagnóstico.....	28
3.1. Caracterización general de la población víctima del conflicto armado.....	29
3.1.1. Hechos victimizantes declarados por la población VCA.....	29
3.1.2. Estructura demográfica	30

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”	
3.1.3.	Distribución territorial de la población VCA según departamento de residencia. 30
3.1.4.	Movilidad por desplazamiento..... 32
3.2.	Caracterización de las condiciones de vida y salud de la población víctima del conflicto armado 32
3.2.1.	Morbilidad atendida 33
3.2.2.	Discapacidad 34
3.2.3.	Afiliación y acceso al sistema 35
3.2.4.	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI): 36
3.3.	Diagnóstico para cada dimensión del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.... 38
3.3.1.	Dimensión Salud Ambiental 38
3.3.2.	Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles 40
3.3.3.	Convivencia social y salud mental 42
3.3.4.	Seguridad Alimentaria y Nutricional 45
3.3.5.	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos..... 47
3.3.6.	Vida saludable y enfermedades transmisibles 51
3.3.7.	Dimensión salud pública en emergencias y desastres..... 53
3.3.8.	Salud y ámbito laboral..... 55
3.3.9.	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional..... 58
3.3.10.	Dimensión Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables 64
3.3.10.1.	Niños, Niñas y Adolescentes..... 64
3.3.10.2.	Envejecimiento y vejez 66
3.3.10.3.	Salud y Género..... 67
3.3.10.4.	Salud en población étnica 68
3.3.10.5.	Discapacidad 73
4.	Objetivos..... 75
4.1.	Objetivo general 75
4.2.	Objetivos estratégicos 75
7.	Líneas de acción 76
7.1.	Dimensión Salud Ambiental (SA)..... 77
7.1.1.	Definición dimensión SA 77
7.1.2.	Objetivo general de la dimensión SA..... 77
7.1.3.	Objetivos específicos SA 77
7.2.	Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles (VSCNT) 80
7.2.1.	Definición dimensión VSCNT 80
7.2.2.	Objetivo general de la dimensión VSCNT 81

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”	
7.2.3. Objetivos específicos VSCNT	81
7.3. Convivencia Social y Salud Mental (CSSM)	83
7.3.1. Definición dimensión CSSM.....	83
7.3.2. Objetivo general de la dimensión CSSM	83
7.3.3. Objetivos específicos de la dimensión CSSM	83
7.4. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos (SDSR)	86
7.4.1. Definición de la dimensión SDSR	86
7.4.2. Objetivo general de la dimensión SDSR.....	86
7.4.3. Objetivos específicos de la dimensión SDSR.....	86
7.5. Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	91
7.5.1. Definición de la dimensión SAN.....	91
7.5.2. Objetivo general de la dimensión SAN	91
7.5.3. Objetivos específicos de la dimensión SAN	91
7.6. Vida Saludable y Enfermedades transmisibles (VSET)	93
7.6.1. Definición de la dimensión VSET.....	93
7.6.2. Objetivo general de la dimensión VSET	93
7.6.3. Objetivos específicos de la dimensión VSET	93
7.7. Salud y Ámbito Laboral (SAL).....	96
7.7.1. Definición de la dimensión SAL	96
7.7.2. Objetivo general de la dimensión SAL.....	96
7.7.3. Objetivos específicos de la dimensión SAL	96
7.8. Salud Pública en Emergencias y Desastres (SPED)	99
7.8.1. Definición de la dimensión SPED	99
7.8.2. Objetivo general de la dimensión SPED.....	99
7.8.3. Objetivos específicos de la dimensión SPED.....	99
7.9. Gestión diferencial de poblaciones vulnerables (GDPV).....	101
7.9.1. Definición de la dimensión GDPV.....	101
7.9.2. Objetivo general de la dimensión GDPV	101
7.9.3. Objetivos específicos de la dimensión GDPV	101
7.10. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria (FASN).....	109
7.10.1. Definición de la dimensión FASN	109
7.10.2. Objetivo general de la dimensión FASN.....	110
7.10.3. Objetivos específicos de la dimensión FASN.....	110
8. Incorporación del enfoque diferencial para la población víctima del conflicto armado en la planeación territorial en salud.	114

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

8.1. Competencias	114
8.2. Lineamientos	114
9. Responsabilidades de los actores	116
9.1. Ministerio de Salud y Protección Social:	116
9.2. Responsabilidades de los Departamentos, Distritos y Municipios	117
9.3. Responsabilidades de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:	117
9.4. Responsabilidades de los Comités Territoriales de Justicia	118
9.5. Responsabilidades de la población víctima del conflicto armado	118
9.6. Responsabilidades de los miembros de la Mesa Nacional y Departamentales de Participación Efectiva de la Población Víctima del Conflicto Armado	118
9.7. Responsabilidades de las Organizaciones Defensoras de Víctimas y de Derechos Humanos	118
9.8. Responsabilidades del Subcomité Técnico de Medidas de rehabilitación	118
10. Financiación	119
11. Monitoreo y evaluación	119
12. Bibliografía	120

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

INTRODUCCIÓN

El capítulo diferencial para población víctima del conflicto armado se incorpora al Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 como un documento de política pública con lineamientos conceptuales, metodológicos y operativos para contribuir a la mitigación o superación de las secuelas que la violencia, derivada del conflicto armado en Colombia, ha dejado sobre las condiciones de salud de las personas afectadas por este fenómeno.

Se suma al conjunto de decisiones políticas y normativas que reconocen a esta población como sujetos de especial protección y que señalan la adopción de políticas con enfoque diferencial y territorial, dentro de las cuales se resaltan, las Leyes 1438 de 2011 que reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y define como principio el enfoque diferencial, 1448 de 2011, que determina acciones para la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno, 1751 de 2015 que consagra la salud como un derecho fundamental y destaca la protección especial a esta población así como la Resolución 1841 de 2013 que adopta el Plan Decenal de Salud Pública e incluye como meta la formulación de un capítulo diferencial para la población VCA. Adicionalmente, es preciso tener en cuenta el Acto Legislativo 2 de 2017 que incorpora a nuestro ordenamiento el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una Paz estable y duradera, especialmente lo relativo al Capítulo 5, Acuerdo sobre las víctimas del Conflicto.

La implementación de este capítulo exige una sólida articulación con las políticas, proyectos e iniciativas que a nivel nacional, departamental, distrital y municipal están dirigidas a la superación de la vulneración de los derechos de esta población. Como consecuencia, los contenidos constituyen un abanico de posibilidades de acción que, a partir de las realidades de las personas VCA en cada territorio, permiten acordar y priorizar respuestas efectivas para avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.

Este documento se estructura en cuatro apartados que se describen a continuación:

El primero, presenta los fundamentos conceptuales, políticos, normativos y de diagnóstico que permitieron la identificación de un conjunto de respuestas y prioridades en salud para la población víctima del conflicto armado.

El segundo apartado contiene una propuesta de objetivos estratégicos y líneas de acción, intersectoriales y comunitarias para cada una de las dimensiones del PDSP. Es resultado de análisis técnicos y procesos de concertación con los representantes de la población víctima frente a sus condiciones de salud, las desigualdades que dichas condiciones representan en comparación con la población general y las respuestas que actualmente existen, con el fin de reconocer cuáles son los principales asuntos hacia los que se deben dirigir los esfuerzos y recursos disponibles.

El tercer apartado señala lineamientos que definen la ruta para la incorporación del enfoque diferencial de la población víctima del conflicto armado a través de los Planes Territoriales de Salud. Tiene en cuenta el uso de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud y señala la articulación con iniciativas como el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI, el Protocolo de Atención Psicosocial a las Víctimas, el Modelo de Acción Territorial –MAITE- y en especial con los Planes de Acción Territorial(PAT), como el principal

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

instrumento que a nivel territorial permite planear y materializar la respuesta a las necesidades de protección, asistencia, atención y reparación integral a las VCA.

El cuarto y último apartado presenta los mecanismos de financiación para la implementación del capítulo, las responsabilidades de los distintos actores frente al mismo y el diseño e integración del modelo de monitoreo y evaluación de este capítulo en relación con lo ya definido para el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

ANTECEDENTES

Una de las situaciones más graves que ha vivido Colombia en los últimos cincuenta años es el haber estado inmersa en un prolongado conflicto armado que se llegó a extenderse a gran parte del territorio. Como resultado del mismo, se ha producido un hecho desafortunado para la sociedad y es la existencia de un importante número de Víctimas del Conflicto Armado (VCA).

La condición de VCA, agrupa un sector poblacional que ha sufrido la vulneración de sus derechos en razón de la situación de violencia vivida y su definición está dada por la Ley 1448 de 2011 en los siguientes términos:

“Se consideran víctimas, (...) aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de 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”.

También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de éstas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente. De la misma forma, se consideran víctimas las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización”. (Art. 3)¹.

Esta población demanda acciones específicas en cuanto a la restauración de sus derechos. Su reconocimiento está dado por un amplio marco político y normativo, nacional e internacional, que define garantías respecto a la protección y restauración de los derechos de las personas y colectivos afectados.

Las particularidades y demandas específicas de las VCA, exigen respuestas con enfoque diferencial. Este enfoque se concibe como un imperativo ético para las políticas públicas, pues permite reconocer las condiciones actuales o históricas de discriminación y vulneración que impiden a la población el goce efectivo de sus derechos y hace posible la identificación de aquellas acciones que permiten avanzar hacia sociedades más equitativas, que basan su desarrollo en la protección de los derechos individuales y colectivos de los distintos grupos poblacionales.

El sector salud no ha estado exento de esta tendencia y viene incorporando el enfoque diferencial en las políticas públicas que lidera. En consecuencia, son antecedentes para la

1. A este respecto, debe tenerse en cuenta la sentencia C-052 de 7 de febrero de 2012 de la Corte Constitucional que condicionó la parte resaltada en el entendido de que también son víctimas aquellas personas que hubieren sufrido un daño, en los términos del inciso primero de dicho artículo.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

formulación de este capítulo los lineamientos dados en el PDSP 2012-2021, los cuales definieron la formulación de este capítulo como una parte del mismo que precisa una respuesta diferencial a la situación de salud de la población víctima.

El PDSP 2012-2021 fue adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013 y se concibió como “una apuesta de política pública por la equidad en salud, la cual se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. (Ministerio de Salud y Protección Social 2013.Pág. 27).

El PDSP define su operación a partir de ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, concebidas como elementos técnicos y políticos, ordenadores del abordaje con visión positiva de la salud. Estas Representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial. (MSPS, 2013).

Las dimensiones prioritarias del PDSP son salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres y salud y ámbito laboral y las transversales son gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Este capítulo desarrolla el componente de víctimas del conflicto armado interno incluido en la dimensión “Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables”, la cual reconoce las diferencias entre distintos grupos poblacionales y la exigencia de responder con medidas pertinentes y adecuadas a las necesidades de las poblaciones en las que dichas diferencias significan desventaja o están relacionadas con múltiples causas que generan inequidades. El objetivo planteado para este componente es:

“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 lograr cero tolerancias con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del capítulo específico para esta población...” (Ibídem. Pág. 282).

Para cumplir con este objetivo se definieron como metas, la formulación de un capítulo específico para las víctimas del conflicto armado que direcciona la ruta de la salud pública para esta población a 2021. Lo anterior vinculado a un modelo de atención integral en salud 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 VCA.

1. Marco conceptual

Se presenta este apartado desde dos perspectivas: la primera incorpora los referentes políticos y normativos y aspectos generales y de contexto sobre la violencia, las implicaciones para la población que se ve afectada por este flagelo y su relación con la salud, además las perspectivas para la salud del reciente proceso de paz y el inicio de un periodo de postconflicto.

La segunda, se relaciona con el marco conceptual definido en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, basado en los Determinantes Sociales de la Salud y sus enfoques orientadores.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

1.1. Referentes políticos y normativos

Un amplio compendio de normas nacionales e internacionales fundamentan la formulación de políticas para la población víctima. Así, se le otorga el derecho a esta población de interponer recursos y obtener reparaciones frente a las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario. La siguiente tabla presenta las principales:

	Instrumento Normativo	Mandato/compromiso
INTERNACIONALES	Art. 8. Declaración Universal de Derechos Humanos	"Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley"
	Art. 2. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	"Cada uno de los Estados Partes ... se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él (Pacto) se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social..."
	Art. 12. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	"Reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"
	Art. 14 Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes	"Todo Estado Parte velará por que su legislación garantice a la víctima de un acto de tortura la reparación y el derecho a una indemnización justa y adecuada, incluidos los medios para su rehabilitación lo más completa posible"
	Art. 39 La Convención sobre los Derechos del Niño	"Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño".
	Arts. 68 y 75. Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional	Adopta medidas para proteger la seguridad, el bienestar físico y psicológico, la dignidad y la vida privada de las víctimas y establece el principio de las reparaciones, incluidas la restitución, la indemnización y la rehabilitación. Se debe procurar el restablecimiento de la situación en la que se encontraba la víctima antes del daño.
NACIONALES	Constitución Política de Colombia	Art. 1. Derecho a la dignidad humana Art. 2. Protección de las personas residentes en Colombia Art. 250. Acceso a la justicia y a la reparación integral (Art. Transitorio 66) .Derechos de las víctimas a la verdad, la justicia y la reparación
	CONPES 2804 de 1995	Programa Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia en Colombia. incluyó en sus estrategias y programas la afiliación de la población desplazada dentro del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud y la creación de un proyecto de rehabilitación psicosocial a cargo del Ministerio de Salud.
	Decretos 2924 y 1165 de 1997	Creó la Consejería Presidencial para la Atención Integral a la Población Desplazada.
	Ley 387 de 1997	Adopta medidas para la prevención del desplazamiento forzado, la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados. Obligatoriedad de implementar mecanismos para que la población afectada por desplazamiento forzado accediera a los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud
	Decreto 2131 de 2003, compilado en el Decreto 780 de 2016, arts. 2.9.1.1 a 2.9.1.7., Corte Constitucional.	Reglamenta la atención en salud de la población desplazada por la violencia. Define condiciones para la atención, acceso, financiación de la población víctima no afiliada y sin capacidad de pago y las obligaciones de los distintos actores que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud
	Sentencia T-025 de 2004. Declaratoria formal del “estado de cosas inconstitucional”	Órdenes 12 y 13 incluyen la obligación de facilitar el acceso a los servicios de salud de la población en situación de desplazamiento forzado.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

NACIONALES	Sentencia T-780 de 2008, acciones estructurales para la garantía del derecho fundamental a la salud, Corte Constitucional.	Garantía de acceso al derecho fundamental a la salud en sus diferentes componentes y enfoque diferencial
	Ley 1448 de 2011 Ley de Víctimas y Restitución de Tierras	Reconoce otros hechos victimizantes diferentes al desplazamiento forzado. Para el Ministerio de Salud y Protección Social establece medidas de asistencia y rehabilitación en salud. Considera aspectos relacionados con la afiliación, de atención en salud en situaciones de emergencia, la creación de un sistema de monitoreo y seguimiento a la atención en salud a víctimas del conflicto armado y la obligación de formular el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI-, cuyo objetivo es mitigar el impacto y el daño psicológico y moral al proyecto de vida de esta población.

Tabla 1 Referentes políticos y normativos para la formulación del capítulo de víctima como anexo al PDSP 2012-2021

1.2. La violencia y su relación con la salud

La violencia, a través de sus distintas expresiones, ha estado presente en la historia de las relaciones humanas y representa un factor de riesgo para la salud. (Larizgoitia, 2011). Esta se define como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OMS/OPS, 2002).

En el año 2002, el informe mundial de la OMS ubicó la violencia como un problema de salud de primera magnitud. La función decisiva que puede desempeñar la salud pública para abordar sus causas y consecuencias fueron resaltadas y se animó a los gobiernos e instituciones relacionadas con la gestión de los sistemas de salud a poner en marcha medidas de análisis, prevención y tratamiento sobre los desenlaces, sin descuidar la enorme importancia que toman las acciones de prevención. (OMS, 2002)

Desde la salud pública, el fenómeno de la violencia y los efectos sobre la salud de la población cobran un importante interés, no sólo en términos de los análisis sobre la carga de morbilidad sino frente a la influencia que esta tiene en el deterioro de la vida colectiva, de las relaciones sociales de solidaridad y cooperación y de asuntos comunitarios y de cohesión social que ya tienen suficiente evidencia para demostrar que están asociados con las condiciones de salud de la población. (Pellegrini Filho, 1999) (Larizgoitia I, 2006).

1.2.1. El conflicto armado en Colombia y sus efectos en la salud

La violencia en Colombia constituyó el principal problema de salud pública por muchos años. El conflicto armado se expresó en todo el territorio cobrando años de vida saludables y dejando múltiples secuelas físicas y psicológicas en un significativo número de colombianos. (Franco, 1997).

Un comportamiento claramente epidémico desde el punto de vista de la salud pública se evidenció al pasar de una tasa promedio de mortalidad de 23,8 por 100.000 habitantes a comienzos de la década de los 80, a una de 78 por 100.000 habitantes en 1991. (Instituto Nacional de Medicina Legal, 1998).

Así, el número de muertes, hospitalizaciones e incapacidades desde 1990, ubicaron la violencia en un plano prioritario para el sector salud. Los estudios indicaban que el homicidio y las lesiones no fatales intencionalmente infligidas generaban el 25% de los días saludables perdidos, carga

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

muy por encima de las enfermedades infecciosas, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. (Ministerio de Salud, 1994)

Los análisis sobre las características de los afectados por el conflicto, señalan que las mayores víctimas directas de homicidios han sido hombres, mientras que las mujeres han sido más afectadas por el desplazamiento. Un importante número de estas mujeres son cabezas de familia con hijos menores de edad a cargo. (Colombia Corporación Casa de la Mujer Trabajadora, Alianza Iniciativa de Mujeres Colombianas por la Paz, 2007)

El abordaje de la violencia como problema de salud pública se justifica no sólo por su impacto directo frente a las lesiones y defunciones, sino por su influencia en el deterioro del entramado de relaciones sociales de solidaridad y cooperación que hacen parte de ese activo de la sociedad denominado “capital social”. (Pellegrini, 1999)

El conflicto armado modificó los procesos relacionales a nivel familiar, barrial y comunitario, transformó las dinámicas sociales, económicas, políticas y culturales del país y sus consecuencias se manifestaron en afectaciones psicosociales y morales a través del miedo, el sufrimiento emocional, la aflicción física y una serie de situaciones adversas que han afectado el proyecto de vida de personas y familias. El tejido social de las comunidades se vio fracturado, imposibilitando así la continuidad de tradiciones culturales, limitando la participación política e instaurando nuevas formas de pensar y relacionarse. (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2014)

Este fenómeno produjo inequidades y secuelas que han exigido la formulación de políticas públicas encaminadas a resarcir los efectos de la misma y restaurar los derechos de la población afectada.

1.2.2. La salud en el postacuerdo: nuevas perspectivas

Dadas las afectaciones y costos económicos, sociales y políticos derivados de la violencia que ha marcado la historia del país, el Gobierno Nacional adelantó un proceso de negociación, con el actor armado de mayor incidencia - Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC-EP)- tendiente al logro de una solución pacífica al conflicto. Como resultado, en noviembre del año 2016 se ratifica el Acuerdo para la “terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera” y se incorpora al ordenamiento constitucional, a través del Congreso de la República, mediante el Acto Legislativo 2 de 2017.

El Acuerdo incluyó el tema de salud como un componente fundamental para responder al propósito intrínseco de superación de inequidades y de construcción de paz. En el marco de la implementación de los acuerdos se incorporaron estrategias para garantizar la afiliación y acceso de los excombatientes al sistema de salud, diseñar el Plan Nacional de Salud Rural, poner en marcha el Sistema Nacional de Atención a las Personas Consumidoras de Drogas Ilícitas y las medidas de recuperación emocional de las víctimas de la violencia y atención en salud en las zonas veredales.

El Plan Nacional de Salud Rural, además del tema de la atención en salud, aborda la atención psicológica de las víctimas del conflicto, y la solución del consumo de drogas ilícitas con un enfoque de salud pública a través del acompañamiento y la rehabilitación. Además, contempla medidas para el mejoramiento de la infraestructura del sector salud, con dotación de equipos y la adopción de tecnologías como la telemedicina. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Para el Ministerio de Salud y Protección Social, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) –diseñado para que las respuestas en salud respondan a las necesidades y particularidades de cada territorio, constituye un primer avance frente al mejoramiento de la prestación de servicios de salud en zonas rurales.

Respecto al consumo de las drogas ilícitas, el abordaje desde la salud pública implica un trabajo articulado entre las autoridades, la comunidad y la familia, para implementar una política de promoción de la salud, prevención del consumo, reducción del daño, atención integral e inclusión social de los consumidores y las consumidoras. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

La recuperación emocional de la población afectada por el conflicto fue vinculada al punto 5 de los acuerdos y se desarrollará a través de estrategias de rehabilitación psicosocial a partir de una atención diferencial por daño específico, incluido el causado por la violencia sexual. Para este tema se espera un fortalecimiento a nivel territorial en la ampliación del número de centros locales de atención a las víctimas y el despliegue de estrategias móviles para llegar a los lugares más apartados. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

1.3. Conceptos y enfoques

1.3.1. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud y dimensiones del PDSP 2012-2021

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 estableció como meta central “alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables” (MSPS, 2013).

Este capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado, adopta el modelo conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Estos se conciben como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; así las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar influyen en los desenlaces de salud de la población. (MSPS, 2013).

Bajo este enfoque y con una mirada de contexto frente a la realidad que han enfrentado muchos colombianos, el ser víctima del conflicto armado define una condición que podría expresar desigualdad en algunos de los resultados de salud con respecto a la situación de quienes no lo han sido.

Esta situación aplica desde la afectación directa en la morbi-mortalidad como desde una dimensión más amplia del estado de salud. Así, por ejemplo, las minas antipersona pueden tener un efecto sobre la mortalidad, pero al mismo tiempo tienen efectos sobre la discapacidad y ocasionan daños ambientales que afectan la salud de quienes hacen presencia en los territorios minados, que en simultánea constituyen una barrera para acceder a los servicios de salud. (ONS, 2017)

El PDSP se despliega mediante estrategias que se configuran como un conjunto de acciones para las ocho dimensiones prioritarias y las dos dimensiones transversales definidas de la siguiente manera:

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Salud ambiental: conjunto de políticas transectoriales dirigidas a favorecer y promover la calidad de vida de la población, de las presentes y futuras generaciones a través de un ambiente sano y la transformación positiva de determinantes sociales, sanitarios y ambientales.

Vida saludable y condiciones no transmisibles: establece el conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de la vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades.

Convivencia social y salud mental: hace referencia a las acciones participativas, transectoriales y comunitarias que promueven la salud mental y la convivencia, contribuyen a la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de violencia para contribuir al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial.

Seguridad alimentaria y nutricional: Contempla las acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial.

Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos: acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad.

Vida Saludable y enfermedades transmisibles: espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que busca garantizar en la población el disfrute de una vida sana, a través de la promoción de estilos de vida saludable y el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y de equidad.

Salud Pública en emergencias y desastres: espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres con impacto en la salud pública, procurando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental.

Salud y ámbito laboral: busca el bienestar y protección de la salud de los trabajadores a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía.

Gestión diferencial de poblaciones vulnerables (transversal): da cuenta de los desarrollos diferenciales en sujetos y colectivos específicos para algunas fases del ciclo de vida, género, grupos étnicos, personas con discapacidad y víctimas, bajo los principios del derecho a la diversidad y la respuesta diferencial a las mayores vulnerabilidades.

Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud (transversal): relacionada con los desarrollos para el fortalecimiento institucional y de los servicios de salud. Busca promover la acción transectorial, la corresponsabilidad de todos los sectores para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud y propiciar las condiciones de vida y

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

desarrollo saludable y sostenible. A nivel sectorial incorpora las funciones de regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas y garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de los servicios de salud.

El capítulo específico para la población VCA se define a partir del marco conceptual propuesto por el PDSP 2012-2021. Sin embargo, identifica esos asuntos que determinan diferencias con respecto a la población general y propone desarrollos para avanzar hacia mayores niveles de equidad, de tal forma que desde el accionar de la salud pública se contribuya a reparar las afectaciones que el conflicto armado ocasionó en la salud y en las condiciones de vida de la población afectada.

1.3.2. Enfoques orientadores

Además de los enfoques definidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se incorporan aquellos que responden de manera específica a las particularidades y derechos de la población VCA.

1.3.2.1. Enfoque diferencial

Es un imperativo ético para las políticas públicas que permite reconocer las diversidades y las condiciones actuales o históricas de discriminación que limitan el goce efectivo de derechos de determinados grupos poblacionales, al tiempo que determina la generación de respuestas focalizadas a superar dichas condiciones.

Este enfoque implica reconocer y analizar las desigualdades injustas y evitables entre distintos grupos de población, para exigir que sean tenidos en cuenta en el diseño de políticas y en la oferta de bienes y servicios. Así, la respuesta del Estado debe ser adecuada a esas diferencias y supone la materialización de intervenciones que den cuenta de las mismas.

Para el desarrollo de este capítulo y en concordancia con lo estipulado en el PDSP 2012-2021, este enfoque implica reconocer los sub-diferenciales de ciclo de vida, orientación sexual o identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad, y las particulares situaciones que conllevan a inequidades en salud.

1.3.2.2. Enfoque psicosocial

El enfoque psicosocial es un referente transversal para el abordaje en el proceso de atención de las víctimas en la asistencia y reparación integral. (UARIV, 2014). Parte del reconocimiento de los impactos psicosociales que se originan en la afectación de derechos como consecuencia de la violencia y el desplazamiento.

Trasciende la atención de lesiones o secuelas físicas. Por ello, el objetivo es ajustar los mecanismos, programas y planes para que respondan a los daños psicosociales que caracterizan diversas expresiones del sufrimiento y no sólo a las que se distinguen como enfermedad.

Este enfoque se debe orientar prioritariamente hacia las acciones reparadoras, lo cual implica basarse en tres principios que sustentan el marco de la atención a la población víctima del conflicto armado: la dignificación y el reconocimiento, el empoderamiento y la acción sin daño. (UARIV, 2014)

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

1.3.2.3. Enfoque de acción sin daño

Este enfoque, además de reconocer que la respuesta a distintas circunstancias está sujeta a la posibilidad de producir daño y que por tanto es necesario evitarlo, mitigarlo o repararlo, invita a potenciar aquellas cosas que se están haciendo bien. Es decir, promueve una acción coherente, responsable y ética frente a la acción social. (COSUDE, 2014)

En el marco de las políticas que adelanta actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social para la población VCA, el enfoque de acción sin daño propone una lectura de contexto para que al momento de plantear acciones y evaluar sus consecuencias, se incorpore un análisis ético de las alternativas de respuesta desde el punto de vista de los valores y principios que las orientan, considerando, además de otros criterios, unos principios mínimos -o ética de mínimos- como acuerdos y valores deseables de convivencia humana en condiciones de pluralidad y multiculturalidad, fundamentados en las nociones de dignidad, autonomía y libertad. (MSPS, 2016)

1.3.2.4. Enfoque de acciones afirmativas

La acción afirmativa como mecanismo de política pública prevé medidas con el objetivo de revertir procesos que han afectado a comunidades o grupos específicos de población por dinámicas históricas de discriminación, invisibilización, esclavitud, marginamiento, sometimiento, desconocimiento de derechos o aún por haber sufrido hechos que han alterado significativamente la vida de las personas y comunidades, tal como ha sucedido en Colombia con las víctimas del conflicto armado.

En Colombia existe una amplia jurisprudencia de la Corte Constitucional frente al tema, una de las definiciones señala:

“Las acciones afirmativas, incluyendo las de discriminación inversa, están, pues, expresamente autorizadas por la Constitución y, por ende, las autoridades pueden apelar a la raza, al sexo o a otra categoría sospechosa, no para marginar a ciertas personas o grupos ni para perpetuar desigualdades, sino para aminorar el efecto nocivo de las prácticas sociales que han ubicado a esas mismas personas o grupos en posiciones desfavorables”².

En salud, la focalización de políticas, programas o acciones por regiones geográficas, por grupos demográficos particulares (como madres cabeza de hogar), grupos económicos (agricultores sin tierra, microempresarios), representan ejemplos de acciones afirmativas que se aplican al identificar brechas en salud con relación al resto de la sociedad. (OPS/OMS, 2003)

1.3.2.5. Enfoque transformador

Este enfoque busca apoyar la eliminación de los patrones de discriminación y marginación que generaron una mayor vulnerabilidad frente a la ocurrencia de hechos victimizantes, bajo el entendido que transformando dichas condiciones se evita la repetición de los sucesos y se sientan las bases para la reconciliación en el país. (Presidencia de la República de Colombia, 2011)

Orienta el fortalecimiento de la democracia y de las capacidades de las personas, comunidades e instancias gubernamentales para su interrelación en el marco de la recuperación de la

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

confianza ciudadana en la institucionalidad. Asimismo, promueve la recuperación de un proyecto de vida digno y estable de las víctimas. (Presidencia de la República de Colombia, 2011)

Para el MSPS, la incorporación del enfoque transformador implica que las víctimas recuperen la sensación de seguridad, autonomía y capacidad de autodeterminación y control sobre sus propias vidas. Al mismo tiempo, debe favorecer el cambio de imaginarios que sostienen y legitiman el ejercicio de la violencia, tales como las nociones de enemigo, los buenos y los malos, los más y las menos víctimas en razón de los actores del conflicto o en razón de los hechos de violencia sufridos. (MSPS, 2016)

2. Metodología

El marco metodológico definió dos componentes: el primero integra el abordaje conceptual para la elaboración de políticas públicas, ubica la formulación desde la comprensión de los esquemas de planeación de la salud pública y define el enfoque de evaluación de necesidades en salud como método para la identificación de prioridades y base para llegar a las rutas de acción que permiten responder a las necesidades de esta población.

El segundo componente describe las cinco etapas que permitieron concretar los planteamientos conceptuales de este marco metodológico. Precisa el conjunto de actividades desarrolladas para definir las acciones diferenciales en salud pública para la población víctima del conflicto armado.

Como consecuencia, este capítulo es el resultado de un proceso técnico y participativo que incluyó el diálogo con la población víctima del conflicto armado a través de sus líderes, líderes y demás representantes que abogan por sus intereses. Al mismo tiempo, integró visiones interdisciplinarias en donde confluyeron métodos de análisis provenientes de la epidemiología, la salud pública y de otras áreas que contribuyeron a potencializar los resultados.

Este proceso fue concertado con la Mesa Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas bajo unos parámetros procedimentales que se incorporaron en la Guía Metodológica “Capítulo Específico del Plan Decenal de Salud Pública para Víctimas del Conflicto Interno Armado”.

2.1. Abordaje conceptual para la formulación

Los referentes conceptuales para la formulación de este capítulo se plantearon desde las siguientes tres perspectivas:

2.1.1. Abordaje desde la formulación de la política pública

La formulación del capítulo específico para población víctima del conflicto armado parte del enfoque “de abajo hacia arriba” este enfoque resalta la necesidad de comprender la realidad en la cual se implementan las políticas, con el fin de determinar la posibilidad de hacer lo que se quiere. En efecto, los involucrados en la política son una fuente de información importante y la participación de la población sujeto se convierte en un factor indispensable. (Peters, 1995)

2.1.2. Abordaje desde la planificación en salud pública

La planificación en salud se define como aquel proceso en el que se exploran las oportunidades de mejora ante el futuro, se decide qué cambios son necesarios y cómo pueden realizarse en

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

el marco de la organización u organizaciones implicadas y su entorno. Desde una perspectiva poblacional la planificación se vincula al logro de una “eficiencia asignativa”, que busca distribuir los recursos existentes en función de las necesidades y preferencias sociales para obtener los máximos beneficios posibles. (De Castro, 2003)

La planificación se puede dar en varios niveles: estratégico o normativo, táctico o estructural y operativo. Les corresponde a los entes rectores en salud del nivel nacional la planificación estratégica, en la que se identifican las necesidades y problemas en salud prioritarios para fijar grandes orientaciones o fines.

En la planificación táctica o estructural se valoran los problemas priorizados para fijar los objetivos generales y específicos. En este nivel se deciden las actividades que se van a realizar para alcanzar los objetivos y se vinculan los mismos a los recursos necesarios para llevar a cabo lo planeado. Este tipo de planificación se asocia con un nivel intermedio en el cual se adaptan las líneas estratégicas (dadas desde el nivel nacional) a un ámbito territorial concreto.

El nivel de planificación operativo corresponde a la puesta en marcha de las actividades en tiempo y espacio y se concretan en los planes operacionales que corresponden a instituciones asistenciales, programas, o a cualquier tipo de instancia encargada de llevar a la práctica las actividades programadas.

En consecuencia, el abordaje del capítulo específico para población víctima del conflicto armado se ubica en un nivel de planificación estratégico. Éste constituye un marco de referencia para las actuaciones que a nivel territorial pueden contribuir a mejorar la salud de esta población y los contenidos se ajustan a procesos continuos de planificación, dinámicos, evaluables y adaptables a la realidad.

Por lo anterior, la implementación de este capítulo cobra sentido en el ámbito territorial, a partir de las orientaciones estratégicas que surgen como resultado de la formulación del mismo. La finalidad es orientar a los departamentos y municipios en la identificación de acciones y respuestas concretas y efectivas frente a las necesidades de salud de la población víctima del conflicto armado, bajo un marco de análisis de pertinencia y especificidad que define la realidad de cada territorio y para el cual la metodología PASE a la Equidad en Salud señala la ruta para la planeación integral, definida como:

“El conjunto de procesos relacionados entre sí, vinculados al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Externado de Colombia y UNFPA. 2014. Pág. 10).

Teniendo en cuenta las especificidades de la población VCA, este capítulo plantea adaptaciones frente a los lineamientos operativos que definió la metodología PASE, de tal forma que se ajusta a la planificación en salud con enfoque diferencial para esta población.

2.1.3. Abordaje desde la evaluación de necesidades en salud

Las necesidades en salud pueden definirse “como aquellas condiciones de salud y enfermedad que requieren de atención” (Frenk, 1992). Un análisis de necesidades debe permitir una aproximación a las condiciones actuales de salud de la población VCA y a la identificación de vacíos, así como de los aspectos que deben ser modificados, mantenidos o fortalecidos para

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

alcanzar una situación deseable. Para este capítulo se procedió a identificar las necesidades normativas y las necesidades sentidas.

Las necesidades normativas corresponden a valoraciones a partir de criterios técnicos, de la situación de salud de la población víctima del conflicto armado. Para llegar a la identificación de estas necesidades normativas se acude al análisis, metodologías y conocimientos que desde la epidemiología y la salud pública se aplican para identificar aquellas condiciones que requieren atención diferencial y prioritaria.

Las necesidades sentidas, se abordan a partir del sentimiento y la percepción de los individuos o de la comunidad respecto de sus condiciones de salud, la respuesta del sistema de salud a estas y los deseos en cuanto a las respuestas requeridas para mejorar sus condiciones de salud. Esta dimensión subjetiva es fundamental dentro de los procesos de fortalecimiento de la gobernanza en salud al potencializar el papel de los ciudadanos como sujetos protagonistas y partícipes del cambio. (Bradshaw, 1972) (Giraud & Chiarpenello, 2012)

2.2. Etapas para la formulación

2.2.1. Consulta

La metodología para el proceso de consulta fue resultado de acuerdos entre el equipo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social y los miembros de la Mesa Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas y su resultado fue la identificación de las necesidades percibidas en salud de esta población.

Se desarrollaron 30 encuentros departamentales que contó con la participación de 1054 líderes y lideresas víctimas del conflicto armado con un promedio de 35 participantes por encuentro.

El desarrollo de los encuentros aseguró una aproximación a las realidades y expectativas de la población participante respecto a su salud. El diálogo permitió la identificación de los problemas que desde la condición de ser víctima del conflicto armado han limitado el goce efectivo del derecho a la salud bajo el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud definido en el PDSP 2012-2021, así mismo proponer soluciones a las problemáticas identificadas y la contribución de distintos actores a las mismas.

2.2.2. Formulación

El propósito de esta fase fue concretar una propuesta de respuesta integral a las situaciones, condiciones, problemáticas o potencialidades que desde el campo de acción de la salud pública permiten avanzar hacia el goce efectivo del derecho a la salud. Su desarrollo partió del siguiente planteamiento definido en el PDSP 2012-2021(Figura 1):

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

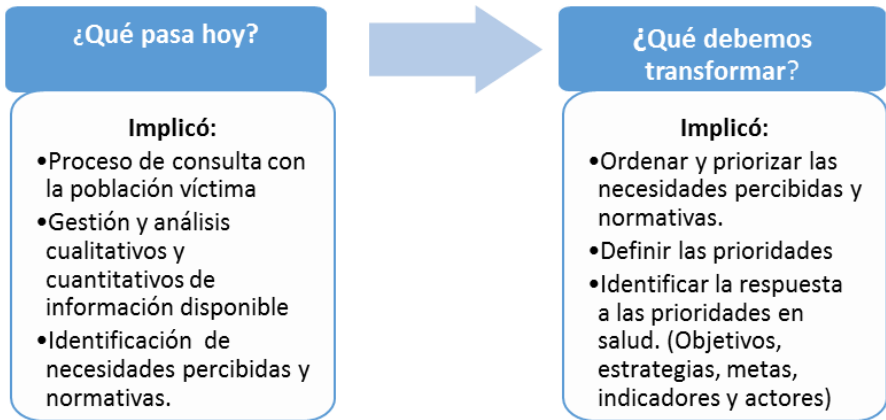


Figura 1 Esquema de formulación del capítulo diferencial para población VCA

Responder a estas dos preguntas requirió la aplicación de métodos para la recopilación, organización, integración y análisis de la información disponible sobre las condiciones de vida y salud de esta población, igualmente, sobre las iniciativas que a nivel institucional y/o comunitario enmarcan las respuestas a dichas condiciones.

Parte de este proceso se sustentó en el análisis cuantitativo de los datos en salud gestionados a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO y en el análisis cualitativo de la información recolectada en la fase de consulta.

Se sumó la consolidación y síntesis de la evidencia que proviene de fuentes de información secundaria como publicaciones científicas, literatura gris disponible en la Web y de otros recursos como libros, normatividad, informes, monografías, memorias de eventos.

De forma complementaria, los análisis sobre desigualdades en salud y sobre estudios e informes realizados por entidades que tienen responsabilidades y/o interés en la gestión de políticas para la población VCA como la UARIV, el Centro Nacional de Memoria Histórica, la Defensoría del Pueblo, el DANE y el Instituto Nacional de Salud, aportaron elementos importantes para la identificación y comprensión de los distintos factores que desde la perspectiva de los DSS limitan las posibilidades de mejorar la salud de las personas VCA.

Luego de tener los resultados de estos análisis, se procedió a la evaluación de necesidades normativas y percibidas en salud. Este proceso exigió el diseño de matrices de jerarquización y consenso que permitieron sintetizar la información por dimensiones del PDSP 2012-2021 y presentar una propuesta de prioridades para una respuesta diferencial en salud pública dirigida a la población VCA.

Como consecuencia, se presenta en el siguiente apartado denominado “diagnóstico” la caracterización y el resultado de la evaluación de las necesidades de salud de la población VCA, como sustento para proyectar el marco de acción de esta política a través de objetivos, estrategias y metas. Este deberá ser analizado a nivel nacional y/o territorial bajo criterios de aplicabilidad y pertinencia, según la realidad de cada entidad territorial y en coordinación y articulación con las políticas que actualmente se desarrollan en favor de los derechos de esta población, de tal forma que contribuya a una respuesta diferencial y efectiva a los requerimientos que en materia de salud pública sean evidenciados.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

2.2.3. Validación y concertación

Como etapa de enriquecimiento, legitimación y apropiación del capítulo de víctimas por parte de los actores involucrados, se acude a diferentes dinámicas de trabajo.

Al interior del MSPS se revisó y ajustó técnicamente la propuesta con las distintas áreas técnicas. Luego, durante el Plenario Nacional con la Mesa Nacional de Participación Efectiva desarrollado el 25 y el 26 de julio de 2017 y con la presentación final del capítulo realizada los días 11 y 12 de diciembre de 2018, se realizaron jornadas de revisión y fortalecimiento de los contenidos con los representantes de la población Víctima del Conflicto Armado.

Como resultado, los contenidos del capítulo fueron avalados y se resaltó la necesidad de la implementación bajo un enfoque que territorial.

Para la validación ciudadana se realiza la publicación de la propuesta del capítulo en la página Web del Ministerio y se invita a la ciudadanía en general y en especial a la población VCA para que envíen sus aportes, comentarios y sugerencias. Este espacio para la participación estará disponible durante 15 días.

Las observaciones y comentarios recibidos serán evaluados e incorporados al documento según su pertinencia y validez.

2.2.4. Reglamentación y socialización

Dada la función rectora del Ministerio de Salud y Protección Social, se procede a la reglamentación y adopción del capítulo para población víctima del conflicto armado como anexo integral al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

La socialización corresponde al conjunto de estrategias y actividades orientadas a presentar oficialmente el capítulo, divulgar los contenidos y lograr su apropiación por parte de los actores involucrados en la implementación de esta política.

El propósito de esta fase es la incorporación efectiva de este enfoque diferencial para la población VCA en los próximos planes territoriales de salud y en armonía con los demás instrumentos de planeación que integran las respuestas para la materialización de los derechos de esta población.

3. Diagnóstico

La información se obtuvo de fuentes de información primaria y secundaria, la cual, sumada a la aplicación del método de evaluación de necesidades en salud previamente descrito en el apartado de metodología, permitió sustentar la ruta de acción que desde la perspectiva de la salud pública busca mejorar las condiciones de salud y bienestar de esta población.

En la primera parte se presentan las características generales de la población víctima, resaltando aspectos demográficos de distribución, estructura, pertenencia étnica y movilidad por desplazamiento, este contenido se integra a aspectos que señala la dimensión poblacional del desarrollo definida por la estrategia PASE a la Equidad en Salud.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”																																									
Lo anterior está complementado por el perfil de morbilidad, discapacidad y mortalidad por grandes causas, así como por algunos factores que condicionan su estado de salud, se mencionan algunas respuestas específicas del sistema de salud para esta población. Luego se presenta el diagnóstico por dimensiones del PDSP. Este componente integra los hallazgos desde la perspectiva normativa y percibida de las necesidades de salud y constituye el soporte de evidencia que permitió la definición de objetivos, estrategias y metas. 3.1. Caracterización general de la población víctima del conflicto armado La población en Colombia proyectada para el año 2019 es de 50.374.478 habitantes (DANE, 2005). De este total, el 17% está inscrito en el Registro Único de (8.839.146). (RNI, UARIV, 2019). Según el Sistema Integrado de Información para la Protección Social (SISPRO) 7.801.623 personas están plenamente identificadas como víctimas, de estas 138.180 (1,8%) aparecen como fallecidas en la base de datos de Nacimientos y Defunciones del DANE, por tanto, la información que se presenta a continuación las excluye y representa a las 7.663.443 personas restantes. El 12% (933.691) de esta población se auto reconoce como perteneciente a algún grupo étnico. La mayor parte son personas víctimas afrodescendientes (724.960; 78%), seguido por la población indígena (197.043; 21%) y por a la etnia raizal y palenquera (1%). 3.1.1. Hechos victimizantes declarados por la población VCA Los hechos victimizantes declarados por la población VCA se concentran en tres categorías así: el desplazamiento forzado constituye el evento de mayor magnitud con el 90.5%, con una diferencia amplia, el homicidio y la amenaza ocupan el segundo y tercer lugar cada uno con un 10.7% y 5.5% respectivamente. El porcentaje restante incluye los demás hechos victimizantes con un total de 5.7%. (Tabla 2) <table><tr><th>Hecho victimizante</th><th>Número de Personas</th><th>Porcentaje</th></tr><tr><td>Desplazamiento forzado</td><td>6.933.783</td><td>90,5</td></tr><tr><td>Homicidio</td><td>820.453</td><td>10,7%</td></tr><tr><td>Amenaza</td><td>422.088</td><td>5,5%</td></tr><tr><td>Desaparición forzada</td><td>139.114</td><td>1,8%</td></tr><tr><td>Pérdida de bienes muebles o inmuebles</td><td>109.515</td><td>1,4%</td></tr><tr><td>Acto terrorista / atentados / combates / enfrentamientos / hostigamientos</td><td>87.180</td><td>1,1%</td></tr><tr><td>Secuestro</td><td>32.083</td><td>0,4%</td></tr><tr><td>Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado</td><td>27.746</td><td>0,4%</td></tr><tr><td>Minas antipersonal, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado</td><td>10.417</td><td>0,1%</td></tr><tr><td>Tortura</td><td>9.790</td><td>0,1%</td></tr><tr><td>Abandono o despojo forzado de tierras</td><td>8.646</td><td>0,1%</td></tr><tr><td>Vinculación de niños niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados</td><td>6.185</td><td>0,1%</td></tr></table> Fuente: SISPRO - Cubo Población Víctima. Consulta diciembre 31 de 2018, corte diciembre de 2018.			Hecho victimizante	Número de Personas	Porcentaje	Desplazamiento forzado	6.933.783	90,5	Homicidio	820.453	10,7%	Amenaza	422.088	5,5%	Desaparición forzada	139.114	1,8%	Pérdida de bienes muebles o inmuebles	109.515	1,4%	Acto terrorista / atentados / combates / enfrentamientos / hostigamientos	87.180	1,1%	Secuestro	32.083	0,4%	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	27.746	0,4%	Minas antipersonal, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado	10.417	0,1%	Tortura	9.790	0,1%	Abandono o despojo forzado de tierras	8.646	0,1%	Vinculación de niños niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	6.185	0,1%
Hecho victimizante	Número de Personas	Porcentaje																																							
Desplazamiento forzado	6.933.783	90,5																																							
Homicidio	820.453	10,7%																																							
Amenaza	422.088	5,5%																																							
Desaparición forzada	139.114	1,8%																																							
Pérdida de bienes muebles o inmuebles	109.515	1,4%																																							
Acto terrorista / atentados / combates / enfrentamientos / hostigamientos	87.180	1,1%																																							
Secuestro	32.083	0,4%																																							
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	27.746	0,4%																																							
Minas antipersonal, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado	10.417	0,1%																																							
Tortura	9.790	0,1%																																							
Abandono o despojo forzado de tierras	8.646	0,1%																																							
Vinculación de niños niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	6.185	0,1%																																							

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

3.1.2. Estructura demográfica

La composición de la población por edad muestra que el 70% de la población víctima del conflicto armado tiene entre 15 a 64 años, el 22% menos de 14 años y el 9% más de 65 años, porcentajes similares a los encontrados en la población general cuya concentración de población se encuentra en el grupo de 15 a 64 años con un 66.1%. Sin embargo, la pirámide poblacional de la población víctima del conflicto armado muestra mayor proporción de población entre los 10 a 29 años de edad, superando a la población general en 4.4 puntos porcentuales (Figura 2).

La siguiente pirámide poblacional muestra la distribución de la población VCA identificadas plenamente en SISPRO, por grupos de edad y sexo en comparación con la población general.

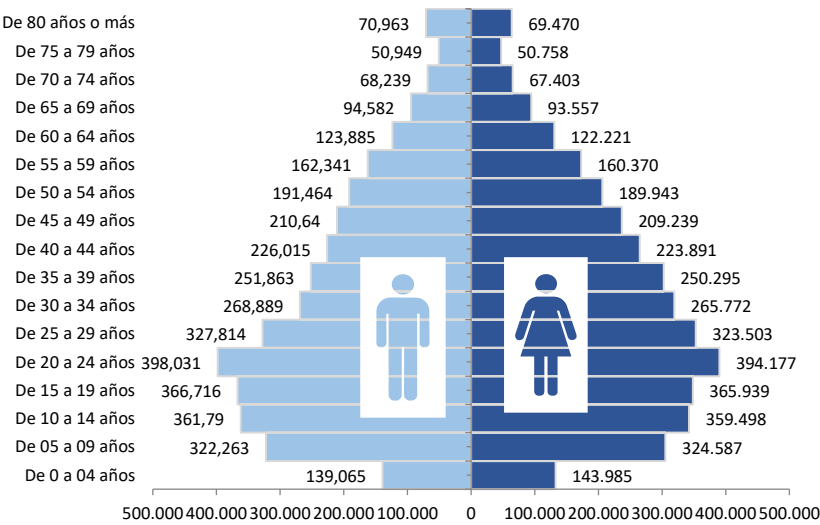


Figura 2. Distribución de la población general y de la población VCA por grupos de edad y sexo, 2018 - Fuente: SISPRO. MSPS Cubo de víctimas a corte de diciembre de 2018

3.1.3. Distribución territorial de la población VCA según departamento de residencia

En todos los departamentos y en el Distrito Capital reside población VCA. El 70% de esta población está concentrada en 12 de ellos: Antioquia tiene el 19.3% (1.065.297); Bogotá D.C. el 7.7% (426.668); Valle del Cauca 6% (329.898), Bolívar el 5,4% (300.223), Nariño, Magdalena, Cesar, Sucre, Córdoba registran entre 4.7% y 4% de víctimas. Cauca, Santander y Meta completan el grupo de concentración con porcentajes entre el 3.5 y 3.3% de población víctima con un promedio de 190.046 personas en cada uno de estos departamentos.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

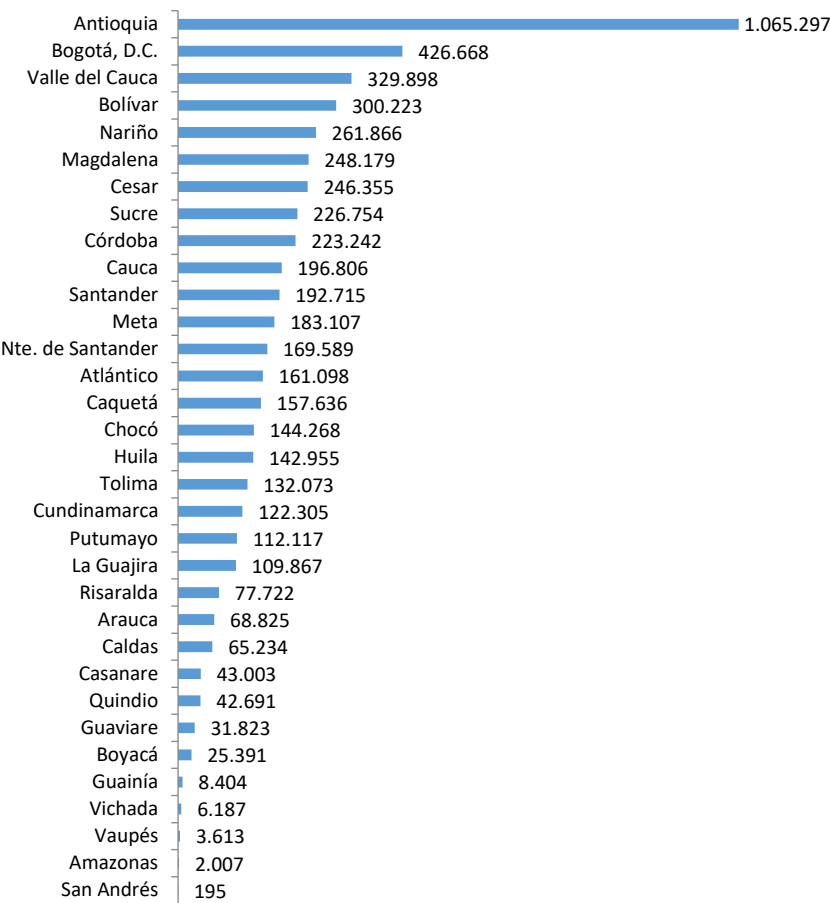


Figura 3. Distribución de VCA según Departamento de residencia, 2018

El departamento con menor número de víctimas es San Andrés, Providencia y Santa Catalina, le siguen Amazonas, Vaupés, Vichada, Guainía, Boyacá, Guaviare, Quindío, Casanare, Caldas y Arauca, quienes concentran menos del 1% de población víctima en sus territorios. (Figura 3)

El Observatorio Nacional de Salud elaboró un Índice de Intensidad del Conflicto Armado (IIC) que permitió clasificar y ordenar los departamentos y municipios más afectados por la violencia a partir de un indicador compuesto por diferentes factores o dimensiones que configuraron las dinámicas del conflicto y sus efectos en la salud durante el periodo de 1985 y 2015. Así, información disponible sobre violencia sexual, desaparición forzada, víctimas de minas, daño a bienes civiles, acciones bélicas, desplazamiento, reclutamiento de menores, homicidio por conflicto armado, secuestros y masacres, fue sintetizada a través de procedimientos estadísticos para obtener el mencionado índice. (INS, 2017).

Como resultado el siguiente mapa refleja la geografía del conflicto armado en Colombia, ubicando las tonalidades azules oscuras como aquellas zonas de mayor intensidad. Un puntaje de 100 representó el máximo nivel y lo obtuvo el municipio de Vista Hermosa Meta, seguido de tres municipios de Antioquia: Granada (99,41), San Luis (99,03) y San Carlos (97,91), Tibú en Norte de Santander también tuvo una intensidad alta con 95,31 puntos.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Los municipios de menor intensidad estuvieron en los departamentos de Cundinamarca y Boyacá: Sutatausa con un IIC (00,00), Ciénaga (2,25), Zipacón (2,49), Sáchica (2,69), y Viracachá y Lenguazaque (2,73).

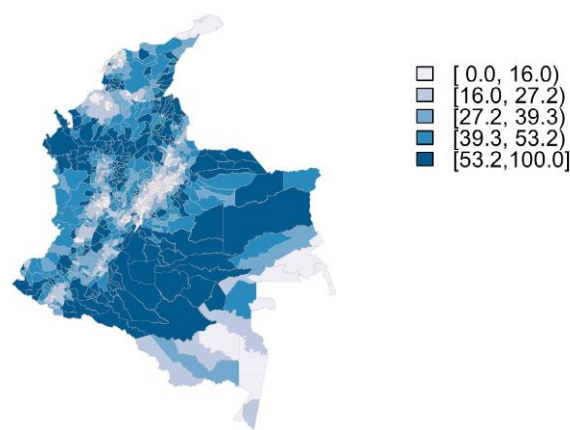


Figura 4. Mapa de intensidad del conflicto armado en Colombia, 1985-2015 - Fuente: INS/ONS. Informe Técnico 9 de 2017.

3.1.4. Movilidad por desplazamiento

Conocer la intensidad del desplazamiento en relación con la población expulsada y receptora otorga elementos a las entidades territoriales para la planificación y mitigación de los impactos. La llegada de hogares desplazados al territorio establece importantes desafíos para garantizar la salud, educación, alimentación, saneamiento básico, empleo y demás servicios, de tal forma que se logre responder a sus necesidades básicas y se proyecten la adopción de relacionadas con la asistencia y estabilización que demanda la garantía de sus derechos. (UARIV, 2018)

Según el RUV, con corte al 01 de Junio de 2019, los departamentos que muestran mayor impacto por expulsión de población desplazada, reflejado en un mayor índice de intensidad (número de individuos expulsados por un municipio/departamento sobre la población del municipio /departamento expulsor por cada mil habitantes), son Chocó con 1,4 personas expulsadas por cada mil habitantes del departamento, seguido de Arauca (1,2), Nariño (3,4) y Cauca y Norte de Santander, ambos con 0.9 expulsados por 1.000 habitantes. En contraste, los departamentos que tienen los menores índices de intensidad son Bogotá (0), Cundinamarca (0.003) y Quindío (0.005). (RUV, 2019)

Los Departamentos que alojan más población desplazada y que por tanto tienen un índice de presión mayor (número de individuos que llegan a un municipio/departamento sobre la población del municipio /departamento receptor por cada mil habitantes) son en orden descendente Sucre con 0,7 personas alojadas por cada mil habitantes del Departamento, seguido de Norte de Santander (0.5), Putumayo. Guaviare, Nariño y Antioquia con 0,4 x 1.000 habitantes. (RUV, 2019)

3.2. Caracterización de las condiciones de vida y salud de la población víctima del conflicto armado

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

3.2.1. Morbilidad atendida

Durante el año 2018, 3.232.334 personas víctimas accedieron a la prestación de servicios de salud. Se realizaron 41.958.817 intervenciones que se desagregan en consultas que representa el tipo de atención más utilizado junto con los procedimientos y en menores proporciones la atención de urgencias y las hospitalizaciones, para un promedio de 13 atenciones por cada persona VCA atendida. (Figura 5)

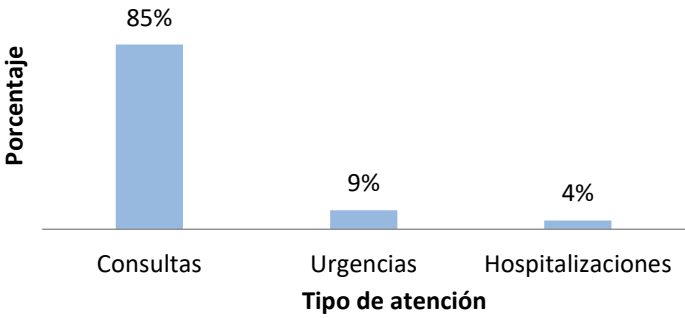


Figura 5. Prestación de servicios de salud a población VCA por tipo de atención, 2018

El diagnóstico más frecuente para la población VCA durante el año 2018 fue las enfermedades del sistema digestivo casi duplicando a las enfermedades del sistema genitourinario y del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.

En cuanto a la distribución por sexo, la proporción de personas que recibieron atenciones fue mayor en mujeres que en hombres con un 61% y 39% respectivamente.



Figura 6. Porcentaje de población VCA según grupo de diagnósticos CIE-10, 2018

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

3.2.2. Discapacidad

El registro de localización y caracterización de personas con discapacidad muestra que en Colombia de cada 100 personas VCA, 2 presentan alguna condición de discapacidad. Con corte a diciembre de 2018, 185.350 personas VCA declararon algún tipo de discapacidad.

La población VCA en condición de discapacidad, se concentra principalmente en Antioquia, Bogotá, Nariño y Valle del Cauca. En contraste, San Andrés, Providencia y Santa Catalina Guainía y Amazonas concentran la menor proporción de esta población.

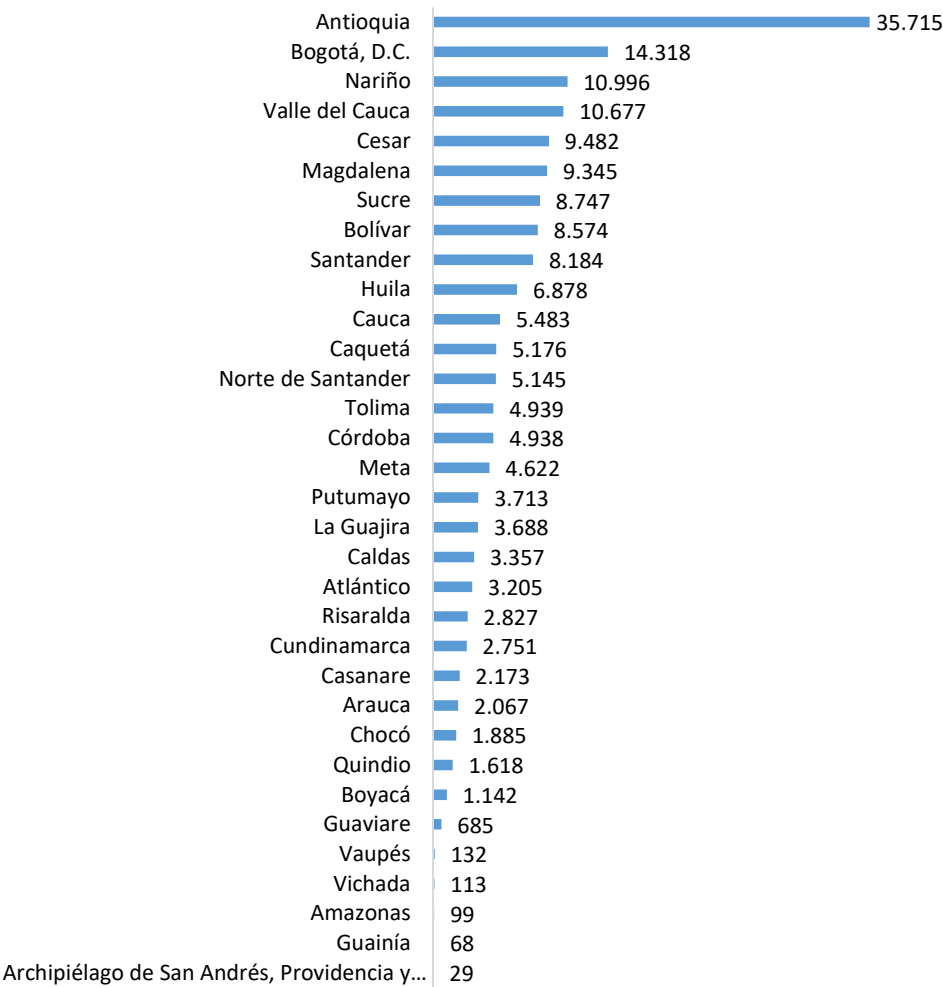


Figura 7. Porcentaje personas VCA en condición de discapacidad según departamento de residencia. 2018 - Fuente: SISPRO - Cubo Población Víctima. Corte octubre de 2018.

El tipo de discapacidad más frecuente son las alteraciones del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con un porcentaje del 37.6%, seguido de la discapacidad del sistema nervioso con un 24%. La discapacidad de los ojos ocupa el tercer lugar con un 15.5%.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”																																									
<table><tr><th>Tipo de discapacidad</th><th>No. de Personas</th><th>Porcentaje</th></tr><tr><td>El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas</td><td>69.658</td><td>37,6%</td></tr><tr><td>El sistema nervioso</td><td>44.485</td><td>24,0%</td></tr><tr><td>Los ojos</td><td>28.679</td><td>15,5%</td></tr><tr><td>El sistema cardiorrespiratorio y las defensas</td><td>13.719</td><td>7,4%</td></tr><tr><td>La voz y el habla</td><td>9.429</td><td>5,1%</td></tr><tr><td>Los oídos</td><td>9.187</td><td>5,0%</td></tr><tr><td>La digestión, el metabolismo, las hormonas</td><td>4.464</td><td>2,4%</td></tr><tr><td>El sistema genital y reproductivo</td><td>2.731</td><td>1,5%</td></tr><tr><td>La piel</td><td>1.513</td><td>0,8%</td></tr><tr><td>Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)</td><td>898</td><td>0,5%</td></tr><tr><td>No Reportado</td><td>587</td><td>0,3%</td></tr><tr><td>Total general</td><td>185.350</td><td>100,0%</td></tr></table>			Tipo de discapacidad	No. de Personas	Porcentaje	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	69.658	37,6%	El sistema nervioso	44.485	24,0%	Los ojos	28.679	15,5%	El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	13.719	7,4%	La voz y el habla	9.429	5,1%	Los oídos	9.187	5,0%	La digestión, el metabolismo, las hormonas	4.464	2,4%	El sistema genital y reproductivo	2.731	1,5%	La piel	1.513	0,8%	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	898	0,5%	No Reportado	587	0,3%	Total general	185.350	100,0%
Tipo de discapacidad	No. de Personas	Porcentaje																																							
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	69.658	37,6%																																							
El sistema nervioso	44.485	24,0%																																							
Los ojos	28.679	15,5%																																							
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	13.719	7,4%																																							
La voz y el habla	9.429	5,1%																																							
Los oídos	9.187	5,0%																																							
La digestión, el metabolismo, las hormonas	4.464	2,4%																																							
El sistema genital y reproductivo	2.731	1,5%																																							
La piel	1.513	0,8%																																							
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	898	0,5%																																							
No Reportado	587	0,3%																																							
Total general	185.350	100,0%																																							
Tabla 3. Población VCA en condición de discapacidad según tipo de discapacidad, 2018 - Fuente: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad MSPS																																									
3.2.3. Afiliación y acceso al sistema																																									
La Base de Datos Única de Afiliados - BDUA muestra para enero de 2019 que el 93.2% (6.763.106) de la población VCA se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De este número de afiliados el 73% pertenece al régimen subsidiado y 25% al régimen contributivo.																																									
En términos de acceso al SGSSS, la EGED muestra que a nivel nacional el 86.7% de las personas víctimas de desplazamiento forzado incluidas en el RUV, cuentan con afiliación al sistema y reciben atención cuando lo requieren. Por debajo de este porcentaje se encuentran: Bogotá D.C. (74,1%), Santanderes (82,7%), Valle de Cauca (83,5%) y Tolima Grande (85,2%). Superando el promedio nacional, se encuentran las siguientes ocho regiones: Costa A (91,4%), Costa C (91,2%), Región Pacífica (91,0%), Eje Cafetero (90,6%), Antioquia (89,3%), Boyacá (87,9%), Costa B (87,6%) y Nuevos Departamentos (87,0%) (DANE, 2015)³																																									
3 La desagregación geográfica establecida en la EGED corresponde a la conformación de las siguientes subregiones: Antioquia, Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Eje Cafetero (Quindío, Risaralda, Caldas), Zona Pacífica (Cauca, Nariño y Chocó);Tolima Grande (Caquetá, Huila y Tolima), Santanderes (Norte de Santander, Santander), Resto Oriental (Boyacá, Cundinamarca y Meta), Costa A (Córdoba y Sucre), Costa B (Cesar, La Guajira, Magdalena), Costa C (Atlántico y Bolívar), y Nuevos Departamentos (Arauca, Amazonas, Casanare, Putumayo, Guainía, Guaviare, San Andrés, Vaupés, Vichada y resto).																																									

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

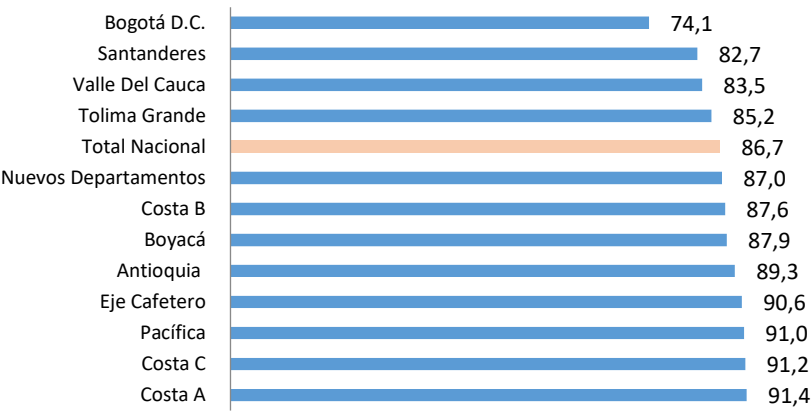


Figura 12. Porcentaje personas víctimas de desplazamiento forzado incluidas en el RUV, que cuentan con afiliación al sistema y reciben atención cuando lo requieren - Fuente: Encuesta de Goce efectivo de derechos 2013-2014

En cuanto al programa ampliado de inmunizaciones (PAI), la EGED muestra que el porcentaje de niños y niñas con el esquema completo de vacunación a nivel nacional fue del 52,1%. La región que presentó el mejor desempeño de este indicador fue el Eje Cafetero con un 91,5%. A su vez, el porcentaje más bajo se presentó en la Costa B con un 45,1% (DANE, 2015, pág. 15).

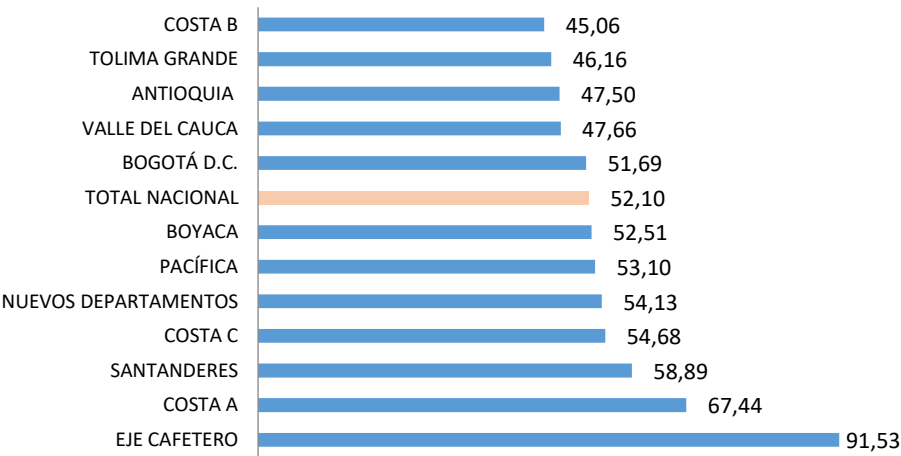


Figura 8. Porcentaje de niños y niñas entre 0 y 5 años víctimas de desplazamiento incluidos en el RUV que tienen dos refuerzos de polio y DPT y uno de SRP (sarampión, rubéola y paperas) - Fuente: Encuesta de Goce efectivo de derechos 2013-2014

3.2.4. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI):

Dentro de las medidas específicas y diferenciales que han sido planteadas para responder a las condiciones de vida y salud de la población víctima del conflicto armado se encuentra el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral (PAPSIVI).

Este programa se crea en cumplimiento a la Ley 1448 de 2011 y se centra en la implementación de medidas de atención, asistencia y rehabilitación dirigidas a la población VCA. Las atenciones

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

se integran en un componente psicosocial y en un componente de salud integral que buscan la superación de las afectaciones de esta población y que están relacionadas con las secuelas de su condición de víctimas.

En efecto, el PAPSIVI integra un conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas que a nivel individual y colectivo están identificadas en el Registro Único de Víctimas (RUV) o a aquellas personas cuyos derechos a la atención o rehabilitación en salud hayan sido reconocidos o protegidos en decisiones administrativas o en medidas cautelares, sentencias u cualquier otra decisión judicial de carácter nacional o internacional.

Entre el año 2013 y 2018, fueron atendidas 490.708 personas víctimas del conflicto armado en el componente psicosocial del PAPSIVI. Casi la mitad (47%) de las personas atendidas reside en los departamentos de Valle, Bolívar, Antioquia, Nariño y Córdoba. (Figura 9)

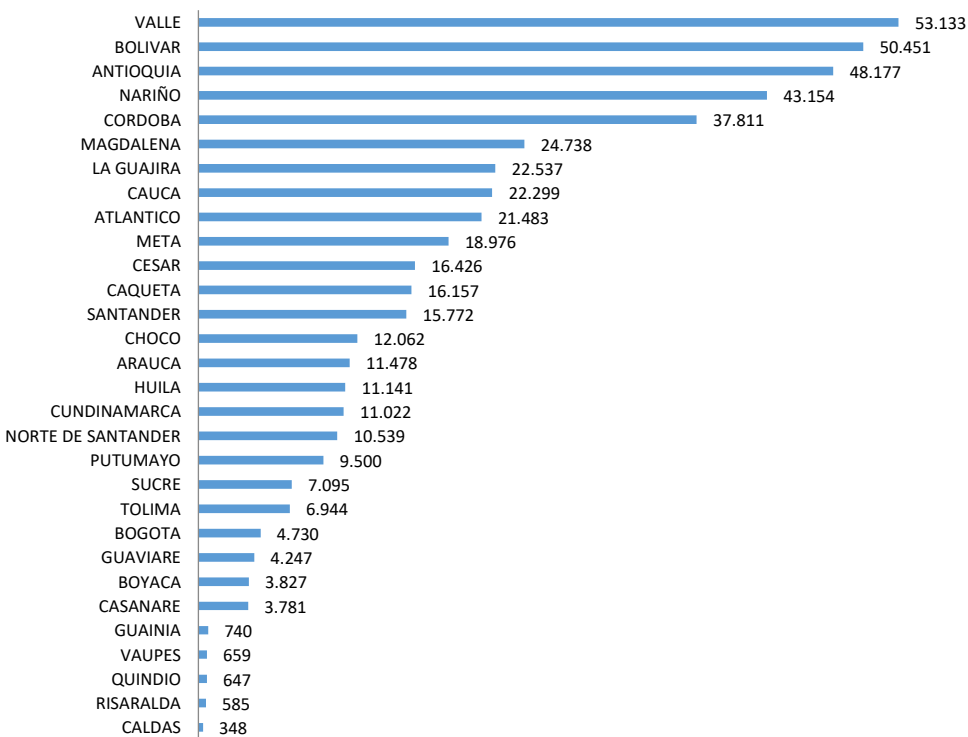


Figura 9. Número de personas atendidas en el componente psicosocial de PAPSIVI, según departamento de Residencia. Año 2013 a 2018

Durante el periodo de 2015 al 2018, 212.180 (48%) personas VCA fueron atendidas en la modalidad familiar, 110.663 (25%) en la modalidad comunitaria, 71.293 (16%) bajo la modalidad grupal y 48.984 (11%) recibieron atención individual. El 20% refirió tener pertenencia étnica y el promedio anual de atenciones por grupo fue el siguiente: afrocolombiana (15.268); indígena (3.679); Pueblo Rom (217); raizales (163) y palanqueros (103).

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

3.3. Diagnóstico para cada dimensión del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

A continuación, se presenta una aproximación a las condiciones vida y salud de los de la población víctima del conflicto armado a partir de cada una de las dimensiones del PDSP 2012-2021. Parte de lo expuesto incorpora los planteamientos que las personas víctimas del conflicto armado expresaron frente a sus necesidades en salud durante los encuentros departamentales, tal como se mencionó en el apartado metodológico.

Los resultados de este apartado soportan la definición de las líneas estratégicas que se proponen para mejorar la respuesta diferencial en salud a esta población (Anexo 1).

3.3.1. Dimensión Salud Ambiental

Las necesidades más sentidas frente a esta dimensión se relacionan con las condiciones de habitabilidad, vivienda y entorno.

La relación entre la salud y las condiciones de vivienda inadecuadas, en hacinamiento o deterioro, ubicadas en asentamientos informales o donde hay inseguridad en la tenencia, han sido descritas y refieren asociación con lesiones, problemas respiratorios, enfermedades infecciosas y problemas de salud mental. Factores como los alérgenos de los ácaros y de esporas de hongos generados por la humedad producen enfermedades respiratorias como bronquiolitis, neumonía, rinitis y asma, incluso después de controlar otros factores como el consumo de tabaco y los socioeconómicos. (Ceballos, Vega, Fernández, Martínez, & Ferney, 2015).

Los participantes de los encuentros señalan al respecto que se carece de una vivienda digna, pues no están hechas con materiales adecuados o están ubicadas en áreas de invasión. Esto se asocia a deficiencias en cuanto a la conexión y acceso a servicios públicos, entre los cuales están el acueducto y agua potable, recolección de basuras y alcantarillado.

“...La falta de viviendas dignas para las comunidades en calidad de víctimas es una necesidad, porque muchos viven en hacinamiento y no gozan de los servicios básicos (luz, agua y alcantarillado) ...” (VCA La Guajira)

Un estudio realizado sobre necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá (Mogollón, Vázquez, & García, 2003), señala que la precariedad de ingresos condiciona el acceso a una vivienda adecuada. En el mismo sentido, una investigación sobre las afectaciones en la salud física y mental de las víctimas refiere a la vivienda como una de las necesidades más importantes de esta población. (MSPS; IETS, 2016).

Los resultados de otro estudio sobre condiciones habitacionales y morbilidad percibida de las víctimas de desplazamiento forzado que residen en Viviendas de Interés Social (VIS) menciona los problemas asociados a los riesgos que representa para la salud las limitaciones de espacio y la precariedad de los materiales. (Castaño, 2015)

“...la mayoría de las familias víctimas del conflicto viven en condiciones de hacinamiento... compartiendo los espacios con animales como perros, gatos, cerdos...” (VCA Antioquia)

La información cualitativa sobre el tema de vivienda en la Encuesta de Goce Efectivo de Derechos EGED realizada a población desplazada, señaló que a nivel nacional solo el 19,5% de los hogares habita en condiciones dignas. La situación más preocupante es para la zona Pacífica con 8,5%,

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Costa C (Atlántico y Bolívar) con 8,9%, Costa B (Cesar, La Guajira, Magdalena) con 13,7% y Nuevos departamentos con 15,8%, las mejores condiciones las representa Tolima Grande con 24,2%, Valle del Cauca con 26,1% y Antioquia con 33,3%. (DANE, 2015)

Muchas viviendas carecen de accesibilidad que permita unas mejores condiciones para la movilidad de las personas en situación de discapacidad.

“...Las viviendas no se construyen con normas o condiciones para personas en condición de discapacidad...” (VCA Caquetá)

Además, se habita en lugares con entonos no saludables, cercanos a lugares con desechos, arroyos o corrientes de aguas residuales y contaminación del aire. Lo anterior es agravado por la inexistencia de acciones de saneamiento básico.

“...asentamientos de población víctima en alto riesgo de contaminación, emergencias y desastres por cercanía de ciénagas y de industria de fertilizantes... alto riesgo de deslizamientos, contaminación ambiental...” (VCA Santander)

Otros asuntos se asociaron con la afectación de ecosistemas, especialmente en áreas rurales con alta presencia de población víctima. La existencia de cultivos ilícitos, la minería ilegal, la deforestación por tala indiscriminada y la extracción de recursos naturales, ha repercutido en la pérdida de flora y fauna, en el secamiento de humedales y en la contaminación y pérdida de fuentes hídricas por el vertimiento de químicos y basuras.

“...riesgo químico del mercurio en la explotación de minería en ríos y quebradas... utilización de productos químicos veterinarios en las fuentes hídricas...” (VCA Caquetá)

Se suman los cultivos intensivos que tienen un alto manejo de químicos e incrementan la exposición al riesgo biológico y químico, en ocasiones también generan la proliferación de algunos vectores y plagas. Las fumigaciones de cultivos lícitos e ilícitos con agroquímicos y plaguicidas, resultan en la contaminación del agua y el aire:

“...la víctima del conflicto tiene mayor riesgo de estar expuesto a sustancias químicas, debido a su vocación agrícola...” (VCA Cauca)

Adicional a lo anterior, se mencionaron problemas comunes a toda la población en relación con la contaminación del aire y exposiciones a ruido y radiaciones electromagnéticas y ultravioleta. Los factores de riesgo que podrían estar afectando con mayor ímpetu a la población VCA se da por cercanía a zonas industriales, áreas de explotación minera, y prácticas inadecuadas como la quema de basuras, cocinar con carbón o leña:

“...Combustible leña para cocinar causa enfermedades del pulmón...” (VCA Valle del Cauca)

“...Las basuras se queman en el patio...” (VCA Cesar)

Contar con educación ambiental es una demanda por parte de la población víctima, pues existen malas prácticas en el manejo del agua y de los recursos hídricos, la inadecuada disposición de basuras y aguas servidas u otros residuos, quemas, la no ejecución de actividades de reciclaje y en general el desconocimiento de comportamientos que contribuyan a la salud ambiental.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

“...Falta de conocimiento por parte de la población víctima en cuanto al manejo de agua segura, manipulación de alimentos, disposición de residuos sólidos y de excreta, manipulación de sustancias tóxicas, control de plagas y roedores...” (VCA Antioquia)

La disponibilidad de infraestructuras, espacios, bienes y servicios saludables, también se incluye dentro de las peticiones ya que el entorno que rodea a los asentamientos carece de espacios adecuados para la recreación, la cultura, el deporte, el esparcimiento y el uso del tiempo libre.

“...no hay espacios construidos... no hay parques para fomentar la recreación y el deporte ...los pocos espacios deportivos en la comunidad no están en condiciones aptas para las actividades lúdicas...” (VCA La Guajira)

3.3.2. Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

Dentro de las repercusiones directas de los conflictos sobre la salud están situaciones de morbilidad asociadas a las Enfermedades No Transmisibles(ENT). En el caso de la mortalidad se resalta la existencia de defunciones que pueden evitarse con atención médica como las ocasionadas por el asma, la diabetes y operaciones quirúrgicas de urgencia. (OMS, 2003)

Los resultados de una revisión sistemática de alta calidad con población expuesta a eventos traumáticos (abuso psíquico, emocional, sexual o físico durante la infancia o en la edad adulta, en combate, o no especificado, presentan una asociación entre el trauma psicológico y trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el desarrollo de colon irritable. (MSPS; IETS, 2016)

Una asociación positiva entre el trauma psicológico de la guerra y el incremento en la incidencia de diabetes tipo 1 en niños y adolescentes, siendo mayor en niños que en niñas, y en el grupo de edades de 10 a 14 años, fueron resultados de un estudio realizado con niños libaneses que comparó el desenlace de diabetes tipo 1 entre los que residían en una zona de conflicto armado o libre de conflicto comparando las poblaciones cuatro años antes de la guerra y dos años después. (A, y otros, 2012).

En Colombia, el Observatorio Nacional de Salud (ONS) hace referencia a que hay dificultades para identificar registros que den cuenta de una clara correlación entre ENT y violencia, no obstante, señala la existencia de evidencias sobre la afectación en el acceso a los servicios de promoción, prevención y atención en salud en razón del conflicto, lo que puede incrementar o agravar enfermedades crónicas de este tipo, como es el caso de la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o enfermedades cardiovasculares. Adicionalmente y en el caso de las víctimas, se puede encontrar como consecuencia de los hechos, diferentes enfermedades, pues “la experiencia misma de la guerra puede incrementar el riesgo de sufrir diabetes, depresión y, en algunos casos, enfermedades cardíacas”. (INS, 2017)

En la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, se extrae información que permite hacer algunas relaciones entre ENT y eventos violentos:

“...entre los hallazgos más evidentes se encuentra que la mayoría de enfermedades crónicas no mentales, son más frecuentes en la población en contacto con el conflicto armado y/o con antecedente de algún evento traumático relacionado o no con el

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

conflicto armado, respecto a las personas que nunca tuvieron eventos traumáticos ni contacto con el conflicto armado...”

Las afecciones crónicas no mentales, que sobresalen por una mayor probabilidad de aparición son: “dolor crónico, enfermedades reumatológicas (artritis o fibromialgia) y enfermedades gastrointestinales (reflujo gastrointestinal, gastritis, o síndrome de intestino irritable”; otras que aparecen como de mayor incidencia en población afectada por el conflicto son: hipertensión arterial (HTA) y diabetes. (Gómez, Rincón, & Medina, 2015).

Al contrastar la información que se ha expuesto hasta ahora con los resultados de la información recolectada en los encuentros se observa que se reiteran las barreras de acceso a la atención:

“...deficiente atención en salud con los pacientes crónicos...no hay rutas de acceso para una buena atención...” (VCA Nariño)

Frente a la presencia de ENT no hubo testimonios específicos que se relacionaran directamente con la condición de víctima, sin embargo, se mencionó la necesidad de mejorar la atención en salud:

“...no se hace seguimiento para la detección y control efectivo de algunas enfermedades de salud bucal, visual, auditiva y cardiovascular...” (VCA Boyacá)

También fue evidente el reconocimiento de las problemáticas crecientes para la salud pública a nivel global y para la población en general:

“...Obesidad, diabetes... desmotivación y desconocimiento de hábitos saludables...” (VCA Risaralda)

Para la población VCA se observa una realidad preocupante en relación con las condiciones y estilos de vida saludable y los factores protectores que contribuirían a evitar la aparición de las ENT:

- Deficiencias en el uso del tiempo libre y realización de actividades deportivas:
“...la inactividad física es un factor de riesgo existente en estas comunidades, no hay recreación ni deporte, ni esparcimiento del tiempo libre; no hay espacios para fomentar estas acciones (recreación y deporte) ... falta de apoyo institucional en cuanto a la recreación y deporte...” (VCA La Guajira)
- Inadecuados hábitos frente a la alimentación y nutrición:
“...falta de formación y socialización a las comunidades sobre hábitos alimenticios saludables y manejo de alimentos...” (VCA La Guajira)
- Consumo de alcohol, tabaco y drogas
“...estrés... tabaquismo... existe consumo de alcohol y tabaco desproporcionado de la población joven...” (VCA Putumayo)
- Hábitos, estilos de vida saludable y autocuidado:

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

*“...falta conciencia por parte de la comunidad sobre la importancia del autocuidado
...la prevención de enfermedades y la promoción de la salud...” (VCA Risaralda)*

El anterior diagnóstico establece una relación con los hallazgos de la dimensión salud ambiental. Por tanto, los principales retos para fortalecer la respuesta a la población VCA en este ámbito ambiental y de ENT se centran en la necesidad de responder al mejoramiento de los entornos protectores para la salud y fomentar las prácticas de autocuidado y de estilos de vida que resultarán en mejores condiciones vida y bienestar.

3.3.3. Convivencia social y salud mental

La salud mental involucra la forma en que las personas se sienten frente a sí mismas y en relación con los demás, en su sensación de bienestar, en su capacidad para tolerar y disfrutar con otros y en la capacidad para hacer frente a las demandas del entorno.

Entre las repercusiones directas de los conflictos sobre la salud se encuentra lo relacionado con padecimientos como la ansiedad, depresión, trastorno postraumático por estrés y comportamiento suicida: (OMS, 2003)

“...el estrés psíquico relacionado con los conflictos se asocia con los siguientes factores o es el resultado de ellos: el desplazamiento, ya sea forzoso o voluntario; la pérdida y la aflicción; el aislamiento social; la pérdida de la posición social; la pérdida de la comunidad; en algunos entornos, la aculturación resultante del contacto con entornos nuevos. Las manifestaciones del estrés pueden ser: depresión y ansiedad; afecciones psicosomáticas; comportamiento suicida; conflicto intrafamiliar; abuso del alcohol; comportamiento antisocial...”

Las dinámicas de violencia que ha vivido en el país han producido daños a nivel colectivo e individual, ocasionando un número preocupante de víctimas y afectando en estas sus dinámicas de convivencia social: (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2017):

“...altera los valores que garantizan la seguridad y el desarrollo personal, necesario para la cohesión social y la convivencia, que produce a su vez detrimento de la solidaridad, la participación y la reciprocidad... el daño sociocultural, involucra impactos a nivel individual y colectivo; por un lado despoja a las personas de recursos y relaciones fundamentales para asumir sus vidas y enfrentar la adversidad, y por otra desestructura los tejidos sociales y trastorna la transmisión de saberes y prácticas de gran significado para las personas y las familias...” (INS, 2017)

Al respecto señalan las víctimas:

“...el rompimiento del tejido social por el conflicto nos ha conllevado a traumas psicológicos que originan violencia intrafamiliar y social...” (VCA Bolívar)

Las cifras epidemiológicas del SISPRO para el periodo 2009 -2017 indican lo siguiente (Tabla 4):

Los asuntos más atendidos en los servicios de salud relacionados con la salud mental de las personas VCA corresponden a los trastornos mentales y del comportamiento. En promedio se atendieron 59.338 personas cada año. El 28,5% de los atendidos estuvieron entre los 5 y 19 años, en contraste los adultos mayores de 75 a 79 años (1,5%) son los que menos acuden a los servicios de salud por esta causa.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

de graves expresiones de trauma mental (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, 2015) (Mendez, 2015) (Heeke, Stammel, Heinrich, & Knaevelsrud, 2017).

Otros análisis que utilizan los datos aportados por la ENSM 2015, afirman que las personas afectadas por el conflicto presentaron mayores afectaciones a la salud mental en el último año en comparación con las personas no afectadas:

“...Las prevalencias de cualquier trastorno mental y depresión en el último año también fueron mayores en las personas afectadas por el conflicto, pero estas diferencias no alcanzaron significancia estadística” (INS, 2017)

“...Al valorar el estado de angustia o depresión al momento de la encuesta se encontró que las personas afectadas por el conflicto refirieron sentirse “moderadamente angustiado o deprimido” más frecuentemente que aquellos no afectados” (INS, 2017)

“... Las personas afectadas por el conflicto presentaron una mayor prevalencia de infelicidad, que las no afectadas y además refirieron haberse sentido discriminados alguna vez en la vida en proporciones mucho mayores que los no afectados...” (INS, 2017)

Las personas VCA que participaron en los encuentros señalaron un fuerte vínculo entre las adversidades descritas y el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas:

“...los hechos victimizantes conllevan a la vulnerabilidad del consumo de SPA y otras violencias...” (VCA Casanare)

Las manifestaciones en relación con la violencia intrafamiliar también surgieron:

“...dificultad para superar situaciones de hechos de violencia... [las VCA] son propensas a desencadenar situaciones: suicidio, SPA, violencia intrafamiliar contra la mujer, trastornos mentales...” (VCA Casanare)

A pesar de que el país ha realizado importantes esfuerzos para avanzar en la respuesta específica y diferencial a la población VCA a través del PAPSIVI con un abordaje integral que busca mitigar el sufrimiento emocional de esta población y atender los impactos psicosociales a través de acciones para la recuperación física y mental y para la reconstrucción del tejido social en sus comunidades, las víctimas perciben dificultades y barreras en la respuesta que se ofrece por parte del sistema de salud:

“...no hay respuesta institucional para las personas con trastornos mentales y víctimas que incluyan atención especializada, medicamentos específicos y atención integral...” (VCA Vichada)

Lo anterior señala retos frente al fortalecimiento de las políticas y medidas que se han diseñado e implementado a nivel nacional y territorial para responder a estas problemáticas y la necesidad de que la población VCA reconozca y sea copartícipe de los procesos de construcción y mejoramiento de las medidas que buscan responder, con la mayor calidad posible, a las necesidades que demanda esta población en materia de salud mental y convivencia.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

3.3.4. Seguridad Alimentaria y Nutricional

La seguridad alimentaria se reconoce como un elemento esencial para lograr la paz. La evidencia demuestra que la inseguridad alimentaria y nutricional es un factor que puede incrementar los riesgos de generar conflictos o de agudizar el desarrollo de los ya existentes. (Restrepo & et.al., 2017) (ONU-PMA, 2018)

Los países que han vivido conflictos externos o internos demuestran el deterioro o el estancamiento a largo plazo de su seguridad alimentaria, con una afectación más pronunciada en zonas rurales.

Incluso, las consecuencias suelen permanecer mucho tiempo después de que la violencia se haya aminorado, a causa de los bienes destruidos, las personas muertas o heridas, las poblaciones desplazadas, los daños causados al medio ambiente y la alteración sufrida por los servicios de salud, educativos y sociales. Se suman las minas terrestres diseminadas por las tierras agrícolas, que matan y mutilan a las personas y las disuaden de cultivar durante largos periodos de tiempo. (FAO, 2002)

Una investigación cualitativa con víctimas de desplazamiento forzoso residentes en la ciudad de Bogotá identificó que la población percibe como uno de sus principales problemas los relacionados con la alimentación, éstos se asocian a la pérdida de peso y a un mayor riesgo de adquirir enfermedades. Asimismo, algunas mujeres jóvenes, atribuyen a la baja ingesta alimenticia sus dificultades con la lactancia. (Mogollón, Vázquez, & García, 2003)
Lo anterior fue ratificado por las víctimas que participaron en los encuentros, quienes perciben la existencia de casos de desnutrición en las personas más vulnerables, representada por los infantes, las mujeres gestantes y los adultos mayores.

“...El estado nutricional de las víctimas tienen un estado deplorable; Las mujeres embarazadas víctimas no tienen programas alimentarios...” (VCA Cesar)

Estudios internacionales han evidenciado que los niños víctimas de violencia registran mayor desnutrición, aquellos por fuera de la exposición a periodos de guerra presentan mejores medidas antropométricas frente al peso, talla e índice de masa corporal en comparación con niños y adolescentes que vivieron durante periodos de guerra. Al analizar la lactancia como factor protector para la disminución de este riesgo, se encontró que la situación de desplazamiento afecta negativamente la prevalencia de dicha práctica. Estos desenlaces frente al estado nutricional de los niños pueden estar asociados directamente a situaciones socioeconómicas, que a su vez pueden ser el resultado de las situaciones de inestabilidad económica provocadas por el propio conflicto. (MSPS; IETS, 2016)

“...falta de proyectos productivos y comedores comunitarios para suplir la alimentación durante la primera infancia, igualmente para jóvenes, adolescentes y adultos mayores...” (VCA San Andrés y Providencia)

Para las personas víctimas, la falta de ingresos, la ausencia de oportunidades para acceder al empleo o a proyectos productivos y la falta de acceso a tierras cultivables o el poco acompañamiento técnico para aprovecharlas, constituyen los principales factores por los cuales el consumo de alimentos es inadecuado e insuficiente en las familias:

“...La nutrición es para los que tienen dinero...” (VCA Norte de Santander)

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

“...Falta de tierras cultivables y falta de acompañamiento, técnico y económico para su aprovechamiento...” (VCA Vichada)

La falta de oportunidad frente a la entrega de las ayudas alimentarias, la insuficiente cobertura de los programas, la ausencia de enfoque diferencial en las minutas y las deficiencias en la calidad de los alimentos, se sumaron a las limitantes identificadas:

“...Situación de indefensión con la seguridad alimentaria, cuando se es desplazado las ayudas no llegan de manera oportuna...” (VCA Risaralda)

“... no todos están cobijados en los programas de nutrición...” (VCA La Guajira)

“...Programas de complementación que no tienen en cuenta la cultura de la región...” (VCA Casanare)

Aunque desde la política pública gubernamental para la atención de las víctimas existen iniciativas y normatividad que buscan garantizar en esta población el derecho a la alimentación, algunas personas tienen la percepción de que no hay respuestas, lo cual podría estar relacionado con la poca información y socialización de los derechos y de las rutas de acceso a los mismos:

“...En los municipios, veredas y corregimientos no hay programas de ayuda alimentaria...” (VCA Cesar)

“...Falta conocimiento y de socialización de programa de ICBF en el área rural; programas no acordes a la problemática de la región...” (VCA Vaupés)

Sobre la efectividad de programas asistenciales que buscan responder a las situaciones de hambre e inseguridad alimentaria, existen argumentos que señalan la ausencia de una política estatal clara frente al problema, realidad que se agrava por dificultades en el acceso a la educación, vivienda digna, salud y a trabajos dignos y estables. Como recomendaciones frente a estas limitaciones se plantea que las instituciones que atienden a la población víctima de desplazamiento ajusten la temporalidad y tipo de ayuda otorgada teniendo en cuenta sus necesidades. Así, al llegar la población desplazada a la ciudad receptora, el alimento constituye la principal carencia y necesidad, sin embargo, con el paso del tiempo, la consecución de vivienda y un empleo estable con remuneración digna, representan para la familia la posibilidad de mejorar su alimentación y acceder a los servicios de salud y educación. (Castillo, Garzón, & Gordillo, 2007)

En consecuencia, para la población VCA una propuesta de abordaje para la seguridad alimentaria y nutricional se centra en fortalecer las políticas alimentarias para generar capacidades en la población, de tal forma que se supere la visión asistencialista de entrega de alimentos:

“...cultivos realizados por las mismas víctimas... que el Estado genere estabilidad entregando proyectos productivos a las víctimas para tener una verdadera seguridad alimentaria... los proyectos deben ir asegurados con su comercialización...” (VCA Meta)

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

La corrupción surgió también como un asunto problemático, representado en los esquemas de administración de los programas a través de operadores e intermediarios:

“...Los operadores que son los que se quedan con todo e improvisan las raciones alimentarias ofrecidas, sin ninguna calidad y en cantidades muy pocas...” (VCA Norte de Santander)

Lo anterior sin desconocer que los beneficiarios también pueden hacer mal uso de las ayudas:

“...Las familias venden los productos de alimentación que salud pública e ICBF entregan...” (VCA Guainía)

Otra demanda de la población se relacionó con el desconocimiento de la población frente al manejo y manipulación de los alimentos y a las prácticas alimentarias saludables:

“...Falta de orientación sobre las practicas adecuadas de manejo de los alimentos, lavado de manos, lavado de frutas y verduras...”

La falta de inocuidad de los alimentos, el uso de pesticidas y la modificación genética de los mismos (transgénicos), emergieron como problemas para esta población y la propuesta de solución establece la implementación y fortalecimiento de los programas que buscan introducir las Buenas Prácticas de Producción de Alimentos:

“...enfermedades derivadas del mal uso de plaguicidas, como también los alimentos que contienen estos elementos...” (VCA Risaralda)

“...Comercialización de alimentos contaminados...” (VCA Risaralda)

Los resultados anteriores aportan elementos para planear bajo una perspectiva de fortalecimiento de la respuesta ya existente en el marco de las políticas de seguridad alimentaria y nutricional y de los ajustes y el control que deben realizarse a los programas de asistencia alimentaria que ya vienen atendiendo las necesidades de la población en este tema.

3.3.5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

En el marco del conflicto armado, parte de la población enfrenta la transgresión del derecho al ejercicio y desarrollo autónomo, informado, saludable y satisfactorio de la sexualidad. El uso de la violencia sexual se posiciona como un arma de guerra que contribuye a que distintos actores ejerzan poder sobre las mujeres con el propósito de lesionar, aterrorizar y debilitar al enemigo y así avanzar en el control de territorios y recursos económicos. (CIDH, 2006) (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2017)

Las secuelas para la salud son diversas y van desde traumas físicos y psicológicos graves, el contagio de enfermedades de transmisión sexual como el VIH y en los peores escenarios, la muerte.

Otros efectos se relacionan con alteraciones ginecológicas, aborto inseguro, complicaciones del embarazo, aborto espontáneo, bajo peso al nacer y enfermedad pélvica. Además, las mujeres que viven una relación abusiva frecuentemente tienen dificultades en rechazar las relaciones

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

sexuales que no desean, en negociar el uso del condón o en utilizar otros métodos anticonceptivos, por lo tanto, están en riesgo de embarazos no deseados y de contagio de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. (González & De la Espriella, 2002)

Se suman las barreras que el propio escenario de conflicto genera para el acceso de la población a los servicios de salud reproductivos, a servicios de cuidado pediátrico y a la planificación familiar. (INS, 2017):

“...La falta de atención y accesibilidad a los servicios y programas de p y p [promoción de la salud y prevención de la enfermedad] en las comunidades dispersas en las enfermedades de cáncer en mama, cuello uterino y demás...” (VCA Bolívar)

Según cifras del RUV, a noviembre del año 2018, 26.728 personas estaban registradas como víctimas de delitos contra la libertad y la integridad sexual. De éstas el 90% eran mujeres, el 7,4% hombres y casi el 1% corresponde a población LGTBI. Los hombres ocupan los primeros lugares como víctimas de homicidios, desaparición forzada, masacres y minas antipersonales, mientras que las mujeres se convierten en las principales sobrevivientes como viudas o huérfanas del conflicto y padecen de manera acentuada la violencia de género, psicológica y la violencia sexual, física y moral. (Hewitt, Juárez, & Parada, 2016)

En efecto, durante el conflicto las violencias de género en Colombia se agravaron por una cultura machista y patriarcal que afectó de manera significativa a las mujeres y a la población LGTBI. Este último grupo poblacional fue víctima de una concepción conservadora de la sexualidad por parte de los actores armados, quienes llevaron a desterrar, perseguir y humillar a poblaciones con opciones sexuales consideradas por estos como transgresoras. (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2017)

La Encuesta de Prevalencia: “Violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano 2010-2015”, se realizó en 142 municipios que tenían presencia de fuerza pública, guerrilla y paramilitares o BACRIM y la estimación de mujeres víctimas de violencia sexual durante el periodo objeto de estudio arrojó una prevalencia de 18.36%, lo que equivale aproximadamente a un total de 875.437 mujeres. De estas el 78%(620.418) no denunciaron los hechos que sufrieron. Las mujeres negras, con edades entre los 15 y los 24 años y pertenecientes al estrato socioeconómico 1, se encuentran más expuestas a ser víctimas de violencia sexual que las mujeres de otro origen étnico, de otros rangos de edad y de otros estratos socioeconómicos. (Sánchez & et.al, 2017)

Una petición de los participantes durante los encuentros estuvo relacionada con la necesidad de identificar las afectaciones derivadas de los actos de violencia sexual:

“...realizar un diagnóstico sobre las afectaciones de las mujeres que sufrieron abuso sexual en el marco del conflicto armado...” (VCA Vaupés)

En los municipios afectados por el conflicto armado y desastres naturales, las adolescentes y mujeres se embarazan más temprano y tienen más probabilidades de morir durante el parto, además la mortalidad materna es 7,6 veces más alta en estas poblaciones que en municipios sin ninguna afectación. (USAID, 2005)

Se adiciona que estas mujeres planifican menos, tienen embarazos con mayor frecuencia y familias numerosas. El promedio de hijos en las mujeres VCA es 1.8 veces mayor al promedio

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

nacional y solo la tercera parte corresponde a hijos deseados, lo que demuestra la necesidad de fortalecer los servicios de planificación familiar dirigidos a esta población. (USAID, 2005)

A respecto, las voces de la población VCA señalan lo siguiente:

“... [se requieren] programas relacionados con adolescentes y embarazo, consecuencias y responsabilidades con su sexualidad...” (VCA Cundinamarca)

Se ha evidenciado que los riesgos de infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) aumentan ante la presencia de conflicto armado. Dentro de los factores que explican esta situación se encuentran una mayor interacción entre los actores armados y/o de la fuerza pública con la población civil, más oportunidades de tener sexo casual, mayores actividades relacionadas con el comercio sexual, una menor oferta de servicios de salud de salud sexual y reproductiva y una menor utilización por parte de la población, la malnutrición, la reducción de las medidas de prevención, el desplazamiento de población y un mayor número de eventos de violencia sexual. (Mock, y otros, 2004)

El trabajo sexual por parte de mujeres desplazadas surge como alternativa frente a la pérdida o disminución de los ingresos para sobrevivir. Este panorama desfavorable se une a las graves consecuencias que el conflicto ha dejado en la población infantil. Al respecto, se tiene conocimiento de que los niños desplazados se vuelvan sexualmente activos debido a la falta de vigilancia y a los procesos de descomposición familiar, a la falta de oportunidades para los hogares y a la falta de ingresos, factores que se suman a las pocas o débiles acciones institucionales para prevenir y controlar este problema. (INS/ONS).

Según los representantes de las víctimas esta actividad es facilitada por los propios familiares y actores armados, con una mayor afectación hacia las mujeres y la población indígena:

“...trata de personas y explotación sexual en menores ...” (VCA Arauca)

Una solicitud de la población víctima se relaciona con la necesidad de hacer seguimiento a estos fenómenos:

“...no hay seguimiento al inicio de la vida sexual de menores...” (VCA Putumayo)

Los resultados de un estudio de la ciudad de Medellín sobre la situación de salud y derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes, bajo abuso y explotación sexual comercial en situación de calle e institucionalizados concluye que existe aprobación de esta práctica como forma de trabajo por parte de niños, niñas y adolescentes; que las madres y acudientes no manifiestan el deseo del retorno de las y los menores a los hogares y que por parte del sistema de salud no existe una oferta en salud sexual y reproductiva con el enfoque y la capacidad de actuar de forma especializada, de tal forma que se logre proteger los derechos de la población menor de edad. Por tanto, surge como recomendación el implementar un modelo de gestión y exigibilidad en salud y derechos sexuales y reproductivos dirigido a esta población. (Agudelo, Gallo, & Martínez, 2011)

La población víctima manifestó que las condiciones precarias en las que habitan, generalmente determinadas por el hacinamiento, constituyen un factor de riesgo para las situaciones de acoso y violencia sexual:

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

“...hacinamiento en los hogares generan abuso sexual en los niños y adolescentes...”
(VCA Risaralda)

“... [con el hacinamiento] se empiezan a presentar diferentes problemáticas de violencia sexual, violencia intrafamiliar y violencia de género...” (VCA Santander)

Como parte de las soluciones que se reconocieron para prevenir los abusos sexuales relacionados con el hacinamiento se encontraron los siguientes:

“...separación de cuartos de adultos y niños...sensibilización de la comunidad sobre los diferentes tipos de abuso sexual...” (VCA Córdoba)

“...reubicación adecuada...” (VCA Santander)

Parte de los planteamientos descritos han sido reconocidos a través de políticas de respuesta a la población víctima del conflicto armado, orientadas a favorecer la participación de las víctimas en los procesos de exigibilidad de derechos a la verdad, la justicia y la reparación y a la superación de los impactos emocionales derivados de la vulneración a sus derechos sexuales y reproductivos.

Uno de los instrumentos de acción lo define la Ley 1719 de 2014, el cual reglamenta la adopción de medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual y en especial de la violencia sexual asociada al conflicto armado interno. Estas medidas buscan atender de manera prioritaria las necesidades de las mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas. (Congreso de la República, 2014)

La mencionada Ley para el ámbito del sector salud define varias medidas: la primera se refiere al derecho de la mujer embarazada víctima de acceso carnal violento con ocasión y en desarrollo del conflicto armado de ser informada, asesorada y atendida sobre la posibilidad de continuar o interrumpir el embarazo.

También incorpora la atención integral y gratuita en salud, la cual en el marco de la violencia sexual se considera como una urgencia médica independientemente de la existencia de denuncia penal y del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta. Además, todas las entidades del sistema de salud deberán implementar el Protocolo y el Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual.

La atención deberá ser a través de profesionales idóneos y con programas especializados para la atención psicosocial de las víctimas de violencia sexual con ocasión del conflicto armado. Esta atención se considera dentro de los incidentes de reparación como una de las medidas a ordenar en materia de rehabilitación y debe prestarse durante el tiempo que la víctima la requiera, sin restricciones por razones económicas ni de tiempo.

Se suman como respuestas las acciones dirigidas a la atención social con enfoque de género. En efecto la estrategia de recuperación emocional “Escuela del Cuerpo” implementada por equipos de psicólogos tiene el propósito de fortalecer la autoestima de los afectados para superar los miedos y el sufrimiento y avanzar hacia la reparación. (UARIV, 2016)

Al respecto señala una de las beneficiarias:

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

“...esto es una gran ayuda para sanarme. Después de la violación me volví una persona siempre triste, que se le olvidó reír y hablar y hoy volví a sonreír...” (UARIV, 2016)

La implementación de los acuerdos para poner fin al conflicto armado y avanzar hacia un país que logre garantizar el derecho a la salud, constituye una oportunidad para fortalecer la respuesta institucional frente a todas las prácticas que ponen a las niñas, adolescentes y mujeres en condiciones de desigualdad y para erradicar definitivamente todos aquellos delitos que afectan su libertad, autonomía e integridad sexual y reproductiva. (UNFPA, 2017)

Así, los análisis frente a los retos actuales que representa la atención de la salud sexual y reproductiva de la población víctima del conflicto armado exigen que desde el sector salud se tenga la capacidad de articular y dar cumplimiento a los distintos mandatos que se han generado para este propósito. Uno de los retos específicos plantea que el Plan Nacional de Salud Rural garantice la incorporación del enfoque de género y la aplicación efectiva de la Resolución 459 de 2012 relacionada con la adopción del Protocolo de Atención Integral en Salud para víctimas de Violencia Sexual. (Bautista, Capacho, & Martínez, 2018)

Lograr la incorporación en los Planes Territoriales de Salud de las acciones para mejorar la salud sexual y reproductiva surge como un asunto fundamental que contribuye a la reconstrucción de los nuevos proyectos de vida de la población víctima en un escenario de postconflicto.

A partir de un enfoque diferencial que abarca las distintas dimensiones del desarrollo, se busca avanzar en el empoderamiento y fortalecimiento de las capacidades que le permite a la población controlar y tener autonomía de su propio cuerpo y de la sexualidad, de tal forma que se promueva una mayor conciencia de la dignidad y se rompan los ciclos de violencia que enfrenta la población dentro y fuera del conflicto armado.

3.3.6. Vida saludable y enfermedades transmisibles

A nivel mundial, las poblaciones afectadas por conflictos armados se ven expuestas a un incremento en el riesgo de aparición de epidemias o brotes de distintas enfermedades transmisibles. Los desplazamientos masivos constituyen un caldo de cultivo para la transmisión de enfermedades. La movilidad de los afectados y su posterior hacinamiento en zonas seguras o campos de refugiados en condiciones de insalubridad favorecen de manera significativa el contagio. (Ridocci, 2012)

Entre el 60% y 90% de la mortalidad que se presenta en muchas situaciones de conflicto, durante los desplazamientos y en la primera fase del asentamiento, es atribuida a cuatro enfermedades infecciosas: las infecciones respiratorias agudas, diarrea y sarampión y paludismo en las regiones en las que éstas son endémicas. (The Sphere Project, 2011)

Otras patologías que contribuyen a elevar los índices de morbilidad y mortalidad entre las poblaciones desplazadas son la tuberculosis, las enfermedades transmitidas por vectores, las complicaciones del embarazo y el parto, así como las enfermedades infantiles evitables con vacunación. (The Sphere Project, 2011)

Los principales retos para la atención de las enfermedades transmisibles de las víctimas del conflicto armado en Colombia, se refieren a las coberturas de vacunación, el seguimiento y control de las enfermedades transmitidas por vectores y el fortalecimiento del sistema de salud

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

respecto a la calidad y oportunidad en la atención de estas enfermedades, haciendo un especial énfasis en las acciones de prevención y la promoción de prácticas de vida saludable que aporten al control de los factores de riesgo relacionados con este tema.

Según la Encuesta de Goce Efectivo de Derechos- EGED, el esquema completo de vacunación para los niños y niñas de 0 a 5 años se alcanza al tener las vacunas y respectivos refuerzos de polio, pentavalente, sarampión-rubeola-paperas(SRP) y difteria-tosferina-tétano(DPT), en correspondencia con lo esperado para la edad. Los resultados de esta encuesta sobre el acceso de la población víctima a esta atención, muestran que a nivel nacional la cobertura de vacunación fue de 52,1%. En todo el país las coberturas no superaron el 67,4% con excepción de la región Eje Cafetero, que registró el mejor desempeño con un 91,5% de cobertura. Los resultados más deficientes los obtiene la región Costa B (45.1%), Tolima Grande (46.2%) y Antioquia (47.5%). (DANE, 2015)

El Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, publicado en marzo de 2017 describe la situación de derechos humanos en áreas tradicionalmente afectadas por el conflicto armado y reporta un acceso irregular a las vacunas para niñas y niños pertenecientes a comunidades indígenas que viven a lo largo del Río Caquetá y Amazonas, a pesar de los planes de vacunación previstos en la legislación nacional. (ONU, 2017)

“...no hay cobertura de vacunación total a la población de víctimas...” (VCA Dpto. del Atlántico)

Las recomendaciones sobre este tema señalan la necesidad de realizar esfuerzos para mejorar las coberturas de vacunación en esta población como un grupo prioritario por la vulnerabilidad social que representan y de necesario mejorar la calidad de la información estadística sobre la situación de salud. (Organización Panamericana de la Salud; Universidad de Antioquia, 2005) (ONU, 2017)

“...Vacunación extramural en zona rural dispersa, asignación de presupuesto para el acceso a la zona rural dispersa...” (VCA Dpto. de Bolívar)

Por parte de la población víctima se afirma que las bajas coberturas en vacunación se deben al desconocimiento de las familias sobre la importancia de proteger a los menores del riesgo de enfermar o a la falta de compromiso de los adultos responsables para acudir con los menores a la aplicación de sus vacunas:

“...La falta de las vacunas... desconocimiento de las familias víctimas de muchas enfermedades existentes, falta de conocimiento de las vacunas...” (VCA –Dpto. de Cundinamarca)

Los resultados de un estudio cualitativo señalan que las condiciones medioambientales de habitabilidad, definidas por la situación de marginalidad de la población víctima, se perciben asociadas a problemas infecciosos como la gripe y neumonías que afectan en gran medida a los menores de edad. (Mogollón & Vásquez, 2006).

Respecto a las prevalencias e incidencias de enfermedades transmitidas por vectores, se reconoce la relación con las condiciones ambientales y la vulnerabilidad social de poblaciones que habitan en las áreas endémicas, las cuales coinciden con las mismas zonas afectadas por el conflicto armado. (El Tiempo, 2017)

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Otras enfermedades como la malaria, la fiebre amarilla, el dengue y el mal de Chagas establecen su proximidad con aquellas zonas alejadas en donde ha imperado la guerra y se reconocen las importantes dificultades que enmarcó el conflicto armado frente a la presencia oportuna del Estado para la atención de la población afectada. No obstante, el nuevo escenario que introdujo el proceso de paz ya muestra señales de mejoramiento frente al impacto que determinan las llamadas “enfermedades del conflicto” sobre las condiciones de salud de la población colombiana. (El Tiempo, 2017)

En concordancia con lo anterior, los aportes de las víctimas identifican estas patologías asociadas a las condiciones insalubres del entorno y las solicitudes frente a la respuesta, se centran en el fortalecimiento de la prevención involucrando a la propia comunidad:

“...Sensibilizar a la comunidad en general sobre el uso de angeos, toldillos, limpieza de tanques, etc. Eliminar depósitos de aguas inservibles. Controles biológicos (VCA Casanare)

“...acciones tardías ante presencia de eventos como dengue y malaria para lo cual se debe mejorar la oportunidad en las estrategias de prevención...” (VCA Dpto de Guaviare)

Se suma el mejoramiento en la calidad de la atención por parte de los servicios de salud, de tal forma que garanticen la oportunidad y respuesta efectiva ante este tipo de afectaciones:

“...creación de protocolos para la respuesta y atención... teniendo en cuenta tiempos de oportunidad y de prestación del servicio por parte de los entes municipales y departamentales (ETV)...” (VCA Dpto. de Santander)

Estos resultados aportan los elementos para definir los objetivos, líneas estratégicas y metas que para la población víctima del conflicto armado establecen una respuesta diferencial en el abordaje y atención de las enfermedades transmisibles y las cuales se identifican en articulación con las medidas de prevención y mejoramiento de los entornos en los cuales habita esta población, asunto ya evidenciado en las demás dimensiones analizadas.

3.3.7. Dimensión salud pública en emergencias y desastres

A pesar de los recientes procesos de paz en el país y de un panorama que parece disminuir la intensidad de las emergencias y desastres provocado por el hombre a través de los conflictos armados, se reconoce que ningún lugar del mundo es inmune a estas situaciones, bien sean de origen natural o antrópico.

Las consecuencias adversas frente a los resultados de las emergencias y desastres se expresan de manera más acentuada en los países en desarrollo y en las poblaciones más vulnerables. Así, la población VCA se expone a factores de riesgo que se relacionan con el hecho de estar ubicadas en asentamientos, de no contar con infraestructuras y equipamientos sólidos que se suman a la precariedad de recursos físicos, de capital humano y de una limitada capacidad para proteger o asegurar la vida y los bienes o de contar con ahorros de largo plazo. Todo lo anterior hace que estas poblaciones experimenten peores resultados ante las crisis humanitarias en todas las etapas relacionadas con el fenómeno catastrófico (prevención, preparación-mitigación, respuesta y recuperación-rehabilitación). (Arcos, Castro, & Busto, 2002)

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Nuestro país ha tenido que enfrentar múltiples episodios de crisis humanitarias derivadas de desastres naturales, de desplazamientos masivos, atentados a infraestructuras y atentados contra las poblaciones. Esta realidad hace que se disponga de un amplio marco de conocimiento y experiencia, el cual es complementado con instrumentos y políticas que definen la ruta de actuación de distintos actores para responder de manera efectiva a las situaciones de emergencias y desastres.

No obstante, frente a la respuesta que ha sido definida para la población VCA aún existen importantes retos para su fortalecimiento. Así, de la información cualitativa obtenida en los encuentros con esta población se pueden extraer diferentes planteamientos con relación a problemáticas y necesidades asociadas a factores de riesgo por emergencias y desastres y a la carencia de conocimientos al respecto, tanto para prevenir, mitigar como para enfrentar situaciones asociadas.

Se señala a algunos de los lugares con presencia mayoritaria de población víctima como zonas de riesgo, pues se reporta la existencia de posibles desbordamientos, inundaciones y derrumbes que influyen en las condiciones de salubridad:

“...inundaciones... producen un barro y se reproducen muchos vectores...” (VCA Valle del Cauca)

“...en el municipio existen zonas de riesgo donde se han construido programas de viviendas para las víctimas...” (VCA Putumayo)

En especial en áreas rurales, existen riesgos de desplazamientos, de afectación por minas antipersonales y municiones abandonadas, igualmente sigue existiendo presencia de grupos armados.

“...riesgo y amenaza de desplazamiento de una comunidad por grupos al margen de la ley...” (VCA Chocó)

“...contaminación por armas, minas antipersonas en condiciones abandonadas...” (VCA Arauca)

Existen riesgos y afectaciones derivadas del uso de químicos en actividades mineras y en fumigaciones de cultivos ilícitos, igualmente, como riegos derivados de atentados contra el transporte de petróleo.

“...las fumigaciones con glifosato que generan contaminación de las fuentes hídricas, malformaciones genéticas, daños al suelo y trastornos respiratorios...” (VCA Bolívar)

“...riegos químicos, aumento de minería ilegal... uso de fertilizantes insecticidas, abonos” (VCA Vichada)

También se menciona desconocimiento de las normas, políticas y planes de emergencias y desastres, al igual que se percibe la ausencia de instrucciones sobre protocolos, rutas y mecanismos para responder a estas situaciones:

“...la comunidad no está preparada para responder a las emergencias y desastres...” (VCA Sucre)

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

“...falta de compromiso de los entes territoriales y municipales en la implementación de los planes de contingencia y planes de emergencia para todas las instituciones en los diferentes municipios aplicables en la zona urbana y rural implementando el enfoque diferencial...” (VCA Cauca)

La falta de capacitación a la población VCA y su vinculación en los comités o escenarios de participación, emergieron como otra limitante:

“...no hay capacitaciones ni conocimiento de planes de atención de emergencias y desastres por parte de la población víctima...no inclusión en el diseño y desarrollo de tales planes...” (VCA Santander)

Las frecuentes y profundas manifestaciones del conflicto armado en el país han generado procesos, protocolos y guías de respuesta que plantean una atención oportuna y de calidad dirigida a la población VCA, basada en la planeación y destinación de recursos para la atención de emergencias humanitarias, que permiten no sólo minimizar sus costos en el mediano y largo plazo, sino que buscan evitar la revictimización de la población.

Sin embargo, el resultado del análisis de esta dimensión plantea aún retos para que, ante la presencia de situaciones de emergencias y desastres, se reconozcan dichas iniciativas por parte de los sujetos involucrados y se dinamice la participación y contribución de esta población en la gestión y protección de su salud y la de sus comunidades.

3.3.8. Salud y ámbito laboral

Una de las principales consecuencias del conflicto armado en el país se refleja en el deterioro radical de las condiciones laborales y económicas de las familias desplazadas, con su consecuente repercusión frente al aumento en el número de familias colombianas en condición de pobreza e indigencia. Esta situación ha justificado la implementación de políticas públicas enfocadas a la restitución de sus derechos y la recuperación de su capacidad productiva. (Ruscheinsky & Nina, 2013)

La significativa pérdida de activos, las deficiencias de dotación de capital humano que refleja en general la población víctima del conflicto armado y la dificultad para vincularse a los mercados laborales, constituyen barreras importantes para que dicha población disponga de los medios básicos de subsistencia. Esta situación se torna demasiado costosa, no solo en términos del bienestar y la salud de los afectados, sino en la carga fiscal que representa para el Estado por la alta dependencia de este grupo poblacional a la ayuda estatal. (PNUD, 2014)

Un estudio elaborado a partir de una encuesta de representatividad nacional indagó por las necesidades y expectativas sobre justicia, verdad, reparación y reconciliación de la población víctima del conflicto armado, los resultados indicaron que su prioridad en temas de reparación la constituye las prestaciones económicas. Se suman la generación de empleo, la educación y la atención médica y psicológica. La construcción de monumentos en honor a las víctimas representó la menor importancia (Rettberg, 2008). Esta realidad estuvo reflejada durante los encuentros:

“...acceso a créditos para la educación superior en jóvenes víctimas para el mejoramiento de la calidad de vida en ingresos económicos ...” (VCA Vichada)

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Antes del desplazamiento, el ingreso promedio en los hogares de las víctimas era de \$1.325.683 (en pesos equivalentes del año 2008) y provenía principalmente del desarrollo de actividades agrícolas de cultivo de yuca, plátano, maíz, café, caña panelera y la ganadería o extracción de recursos naturales. Este ingreso era superior en cerca de 45% a la línea de pobreza que se situaba en \$917.525 (Comisión de Seguimiento a la Política Pública Sobre Desplazamiento, 2009).

Para la mayoría de la población VCA, pasar de un ambiente rural a uno urbano ocasionó la imposibilidad de ejercer sus habilidades y destrezas para el trabajo. La demanda de trabajo para el medio urbano requiere algún nivel de capacitación formal, restringiendo el acceso de los campesinos a fuentes de trabajo formales debido a su perfil laboral ligado a actividades agrícolas y de extracción. (Rodríguez, 2015)

“...Las víctimas de desplazamiento tienen un cambio radical en sus condiciones de trabajo... rural a urbano...” (VCA Valle del Cauca)

Esta realidad ha sido reconocida por el Gobierno Nacional y las medidas de protección de tierras y estabilización socioeconómica han sido prioridades incluidas en las políticas que buscan garantizar los derechos de la población VCA. Las respuestas frente a esta problemática son explícitas en la política de Atención Integral a Víctimas y el Ministerio de Trabajo a través del Servicio Público de Empleo tiene responsabilidades al respecto.

No obstante, la implementación de este tipo de políticas es progresiva y sus resultados se ven a mediano y largo plazo. Esto implica que en la actualidad una parte importante de esta población aún pertenece al mercado informal de la economía. Sus actividades productivas se relacionan con el reciclaje, ventas callejeras y oficios varios, también se observa una amplia participación de los hombres en trabajos de construcción y de las mujeres en el servicio doméstico. (Rodríguez, 2015)

“...en su mayoría son recicladores, los cuales no tienen hábitos de higiene y por lo tanto permanecen con enfermedades respiratorias, consumo de drogas por falta de oportunidades...no hay empleabilidad...” (VCA La Guajira)

La realización de esas actividades conlleva limitaciones para aportar a la seguridad social y la imposibilidad para adquirir elementos de protección personal y de seguridad que permitan protegerlos de riesgos laborales durante el desarrollo de las actividades. Cifras del año 2015 señalan que el porcentaje de población ocupada registró 44,0% y solo el 2,8% se encontraban vinculadas a empleos formales (Contraloría General de la República, 2015)

“...las víctimas no tienen un trabajo digno ...por no tener una seguridad social que podamos gozar de la dimensión salud y ámbito laboral...” (VCA Bolívar)

Bajo este escenario y en relación con las consecuencias para la salud, las personas víctimas refieren padecer enfermedades mentales asociadas al estrés y malestar emocional que genera la falta de ingresos en el hogar:

“...La falta de oportunidades de estudio y trabajo a víctimas jóvenes ha vislumbrado el consumo de alcohol y de SPA...” (VCA Cauca)

Las principales propuestas de las VCA para que responder a estas problemáticas se centran en asuntos que competen a otras carteras como trabajo, agricultura y las vinculadas a los

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

programas de asistencia social, sin embargo, desde el sector salud se tiene una responsabilidad de incidencia y articulación fundamentada en el abordaje desde los determinantes sociales de la salud.

En efecto desde el gobierno nacional se lideran diversas iniciativas para promover la generación de ingresos con estrategias de formación para el trabajo y el apoyo a iniciativas de emprendimiento y empresarismo que buscan la inserción exitosa de esta población en el mercado laboral (SENA, 2016) (Mintrabajo, 2017), no obstante, durante los encuentros se evidenció desconocimiento de algunas personas sobre este tema:

“...No hay política pública para la generación de empleos en la población de víctimas...” (VCA Valle del Cauca)

Otros, sí reconocieron los avances de las medidas de reparación dirigidas a la estabilización socio económica, pero expresaron limitaciones al momento de acceder a este tipo de alternativas, lo cual afecta la posibilidad de garantizar la alimentación, educación, vestido y demás necesidades básicas de subsistencia:

“...Facilitar el acceso de la población víctima a proyectos de inclusión productiva sin barreras innecesarias...” (VCA Antioquia)

Otra problemática percibida es que se recibe capacitación para el empleo, pero no existe oferta para ocuparse en los temas aprendidos. En otros casos los programas de capacitación son limitados en cobertura, situación que afecta con mayor intensidad a personas pertenecientes a pueblos étnicos, personas con discapacidad, adultos mayores, jóvenes y mujeres cabeza de hogar.

“...la no vinculación laboral de las personas en condición de discapacidad y la baja capacitación para competir en el mercado laboral...” (VCA Caquetá)

Mejorar el acceso de la población VCA a empleos formales, junto con el fortalecimiento de los programas de formación para el trabajo, apoyo a proyectos productivos y de emprendimiento acordes a la tradición laboral de esta población, relacionados con el trabajo agrícola, ganadero y artesanal, surgen como propuestas para transformar la realidad desfavorable que vive esta población en el ámbito laboral.

“...Que se generen proyectos productivos, (ajonjolí, arroz caraota) para obtener ingresos y de esta manera solventar la situación económica en los hogares...que el SENA de capacitación para fortalecer conocimientos en cultivos...” (VCA Guainía)

A lo anterior, se suma una demanda frente a la necesidad de caracterizar a la población víctima con el fin de diseñar los programas de empleabilidad acorde a los distintos perfiles:

“...Caracterización de la comunidad... identificar cada familia víctima para priorizar el tipo de empleo y microempresa...” (VCA Guainía)

Otro asunto que emerge en esta dimensión es el relacionado con la promoción y protección de los derechos laborales. La discriminación laboral y violación a los derechos de los trabajadores por parte de algunos patronos se expresa en el pago de salarios por debajo de lo definido en la normatividad, la falta de acceso a elementos de seguridad y protección para el trabajo y la no afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

“...Discriminación para acceder al trabajo formal por la condición de víctima...” (VCA Santander)

“...Abuso de los empleadores por la condición de analfabetismo y desconocimiento de las leyes...” (VCA Vaupés)

Las respuestas para estas problemáticas se centran en las acciones que logren disminuir en los empleadores las prácticas de estigmatización y discriminación, de tal forma que se superen las barreras que existen para el acceso a las oportunidades laborales.

La sensibilización y capacitación a la misma población VCA y a los empleadores sobre la normatividad vigente y los derechos laborales que los protegen se suman a las propuestas de solución.

“...Garantizar que a las víctimas no sean abusadas por discriminación o clichés ...aprovechamiento de la necesidad de la víctima en su ambiente laboral ...” (VCA Antioquia; VCA Arauca)

Mejorar el control y seguimiento a las prácticas de explotación laboral que se dan hacia las personas víctimas es otra alternativa propuesta:

“...Promover el cumplimiento frente a la protección de los derechos de los trabajadores...” (VCA Meta)

Del análisis de esta dimensión se concluye que las necesidades de la población víctima del conflicto armado frente a sus condiciones de salud en relación con el ámbito laboral refieren situaciones que requieren esfuerzos importantes desde la acción intersectorial, lo cual define una planeación en salud pública determinada por el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

3.3.9. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional

Esta dimensión incorpora el conjunto de acciones que enmarcan la planificación y respuesta intersectorial en términos de regulación, financiamiento, participación, aseguramiento y provisión adecuada de servicios de salud para la atención a la población víctima del conflicto armado.

Se enmarca en la gestión de la salud pública basada en el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud y por tanto se suma al cumplimiento de los distintos mandatos que han definido una respuesta integral para la población víctima, la cual involucra distintos sectores, actores, instrumentos y demás mecanismos que permiten adelantar las medidas de atención, asistencia y reparación integral consolidada a través de la Ley 1448 de 2011.

Con lo anterior, el diagnóstico de esta dimensión desde la perspectiva de las personas víctimas que participaron en los encuentros define más allá de nuevas demandas y/o problemáticas, la necesidad de garantizar el cumplimiento de las acciones que ya se han definido normativamente y que su cumplimiento e implementación requiere darse o ser fortalecida.

Así, se pudieron identificar las siguientes categorías como los aspectos que deben ser trabajados desde la planificación integral en salud y que contribuirían a la reestablecer los derechos de esta población:

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Las siguientes categorías son los aspectos que deben ser trabajados desde la planificación integral en salud y que contribuirían a la reestablecer los derechos de esta población:

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud: Las víctimas perciben problemas respecto a la afiliación acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

“...hay muchos desafiliados no hay aseguramiento ...problema por documentación por lo tanto hay gente sin afiliación al sistema de salud...” (VCA La Guajira)

“...En el área Rural el cubrimiento de afiliación a la Seguridad Social es poco...” (VCA Santander)

La Base de Datos Única de Afiliados - BDUA muestra para enero de 2019 que el 93.2% (6.763.106) de la población VCA se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De este número de afiliados el 73% pertenece al régimen subsidiado y 25% al régimen contributivo.

El 6.8% de la población aún registra sin afiliación a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud y Protección Social y de las entidades territoriales para alcanzar el 100% de cobertura. En este sentido en el año 2015, bajo el reconocimiento de esta población como especial, con derecho prioritario al subsidio y a la afiliación, se implementó una estrategia con el objetivo de promover y gestionar con las EPS la afiliación de las personas en condición de víctimas que no estaban afiliadas a SGSSS, a los regímenes subsidiado o contributivo, según correspondiera.

Aunque se ha incrementado el número de afiliados sigue estando por debajo del 100%, situación que puede estar explicada por varias situaciones que fueron evidenciadas durante los encuentros:

Las personas víctimas prefieran estar vinculadas al sistema de salud en condición de población pobre no afiliada ya que, ante posibles dinámicas de movilidad o desplazamiento, se percibe como inconveniente estar afiliados a una EPS que podría generar barreras para acceder a la atención en salud ante cambios del lugar de residencia.

La afiliación al régimen contributivo representa la posibilidad de perder los beneficios a los que tienen derecho mientras están afiliados a los regímenes de la población sin capacidad de pago.

“...La población VCA. pierde todos los beneficios en el momento de ser contratados laboralmente (VCA Cundinamarca) ...”

Bajo este escenario sigue siendo un reto actual para el sistema de salud y para las entidades territoriales lograr la afiliación del 100% de la población víctima del conflicto armado a partir de estrategias de información, búsqueda activa de potenciales afiliados y divulgación de sus derechos.

Calidad en la atención en salud: como una categoría transversal, los aportes de las víctimas establecen la necesidad de mejorar la calidad de la atención en salud.

La calidad en la prestación de los servicios de salud está en buena medida sustentada en el desempeño del talento humano que participa en la atención. En este sentido emergen las solicitudes de la población víctima del conflicto armado durante los encuentros:

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

“...colocar personas capacitadas para la humanización de la atención en las IPS...” (VCA Huila)

La revictimización por el personal que atiende expresa actitudes de discriminación y de desconocimiento sobre la atención pertinente y prioritaria que acredita su condición de víctima:

“...Discriminación maltrato en la oferta de servicio las instituciones rechazan y discriminan... maltrato institucional...” (VCA Huila)

Como respuesta se plantea la necesidad de fortalecer la oferta y capacidades del talento humano en salud frente a una atención humanizada que garantice un trato digno y enfocado a la reparación. Se suma el compromiso de las propias víctimas y sus comunidades para contribuir a mejorar estos procesos:

“...mejorar el compromiso institucional de los funcionarios, con actitudes de sensibilización...buscar dinámicas alternativas para mejorar información, capacidades y competencias instituciones y comunitarias...” (VCA Cauca)

Las demandas de la población víctima para el fortalecimiento del talento humano han sido reconocidas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y por las demás entidades que conforman el SNARIV.

En efecto, como parte del conjunto de instrumentos que permiten la implementación de la Ley 1448 de 2011, el Decreto único reglamentario 1084 de 2015 considera la promoción de la calidad y el trato diferencial que contribuyen en el respeto y reconocimiento de los derechos humanos y la dignificación de las personas víctimas.

Así, el MSPS expidió la Resolución 1166 de 2018 por la cual se adoptan los “Lineamientos para el Talento Humano que Orienta y Atiende a las Víctimas del Conflicto Armado”. (MSPS, 2018), los cuales orientan a las entidades del SNARIV para desarrollar procesos de formación continua para que el talento humano incorpore los fundamentos éticos, normativos, jurídicos, conceptuales y de buena praxis para la atención con enfoque psicosocial a las personas víctimas. También se incorpora un componente para promover el bienestar y la protección de la salud en el ámbito laboral, para prevenir el desgaste emocional derivado de las funciones de atención y orientación a víctimas del conflicto armado.

Las barreras de acceso geográficas emergieron e incorporan el acceso a los programas de atención psicosocial. Se percibe que no existen centros de atención, ni personal que atienda en las zonas donde viven las víctimas, cuando estas son distantes de los centros urbanos.

“...no hay atención en salud mental en los corregimientos y en los sitios alejados...” (VCA Santander)

Las propuestas de solución se centran en acercar los servicios de atención a la población rural y dispersa, para lo cual las brigadas de salud podían ser una alternativa viable:

“...brigadas de Salud mental especialmente para víctimas...” (VCA Santander)

Se suman las barreras económicas de acceso que aluden a la ausencia de recursos monetarios para movilizarse hacia las zonas urbanas a recibir la atención:

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

“...Falta de dinero para ir a las consultas...para ir a la atención...” (VCA Santander)

Participación de las víctimas: Esta categoría es mencionada de manera transversal para las diez dimensiones del PDSP 2012-2021 y su análisis establece la necesidad de fortalecer los mecanismos a través de los cuales la población víctima del conflicto armado contribuye y participa en la planificación, ejecución, seguimiento y control de los programas y acciones de salud pública que buscan mejorar sus condiciones de vida.

“...dentro de las políticas que se dé la participación a las víctimas que cumplan con los requisitos, las víctimas tenemos las capacidades...” (VCA Bolívar)

Surge también la necesidad de fortalecer los procesos de información y orientación sobre los derechos de las víctimas a la reparación integral, así como a las rutas de acceso a las distintas políticas que han sido desarrolladas y ejecutadas en el marco del cumplimiento de la normatividad vigente para esta población.

“...Divulgación de las normas, tanto a los funcionarios, como a las víctimas...” (VCA Norte de Santander)

Así, por ejemplo, las rutas de atención para la Interrupción Voluntaria del Embarazo, el acceso a la información y la participación en el diseño de planes para la respuesta ante emergencias y desastres, las rutas de atención para víctimas de minas antipersonales, deben pasar por procesos amplios de divulgación y socialización.

Aunque la población percibe limitaciones en estos procesos participativos, es importante mencionar los esfuerzos gubernamentales para reconocer este derecho. Distintos diseños institucionales, instrumentos, protocolos, recursos técnicos, financieros y humanos han sido dispuestos para garantizar los escenarios de construcción y concertación en la implementación y seguimiento a la ley de víctimas y para la participación e incidencia en los procesos de planeación y decisión que conciernen a las posibilidades de transformar sus realidades.

Articulación interinstitucional: Representa uno de los retos más visibles y reiterados en el marco de la atención integral a las víctimas:

“...Falta de articulación en las instituciones que permitan realizar acciones de gran impacto en la población víctima...” (VCA Norte de Santander)

“...Falta de coherencia entre los programas dirigidos a las víctimas...” (VCA Casanare)

Distintos mandatos expresados en autos y sentencias de la Corte Constitucional, decretos y la propia Ley 1448 de 2011 han configurado una serie de acciones que tanto a nivel individual como colectivo están orientadas al restablecimiento de los derechos de la población víctima del conflicto armado.

En este sentido una variedad de mecanismos, actores y sectores se encuentran inmersos en la atención integral de esta población. El SNARIV (Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas) fue creado a partir del año 2011 y lo conforman instituciones públicas gubernamentales y estatales y organizaciones públicas o privadas responsables de formular o ejecutar los planes, programas, proyectos y acciones específicas dirigidos a la atención y reparación integral de las víctimas.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Dentro de los objetivos del SNARIV se encuentra garantizar la coordinación interinstitucional y la articulación de la respuesta programática que tienen las distintas entidades que lo conforman. También es responsable de articular la proyección de recursos, asignación, focalización y provisión de bienes y servicios públicos de acuerdo a las soluciones brindadas para esta población.

Se suma como instancia de articulación el “Grupo de Articulación Interna para la Política de Víctimas del Conflicto Armado”, adscrito al Ministro del Interior y creado desde el 2015 con el objetivo de promover y hacer seguimiento a las obligaciones constitucionales y legales de los mandatarios territoriales en la implementación de la política pública para la prevención, protección, asistencia, atención y reparación integral a las víctimas del conflicto armado.

En efecto se acude a la adopción de una estrategia de corresponsabilidad que facilita el diseño e implementación efectiva de la política de prevención, protección, atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado, en el marco de un proceso de gestión pública que articula los distintos niveles de gobierno del Estado colombiano (Nación –territorio) a partir de la aplicación de los principios de coordinación, subsidiariedad y concurrencia. (Ministerio del Interior, 2014). Esto coincide con las demandas de la población víctima:

“...Coordinación territorial en las acciones establecidas desde el nivel nacional...” (VCA Risaralda)

“...Trabajo articulado de todas las entidades del SNARIV para garantizar el derecho a un ambiente sano...” (VCA Antioquia)

En específico para el sector salud en cuanto a la atención psicosocial a las víctimas se afirma que existe desarticulación lo cual podría ir en contra del principio de acción sin daño. Así, la ausencia de coordinación de las acciones entre el ICBF, la UARIV, el MSPS con el PAPSIVI y las IPS se convierten en una prioridad para esta población:

“...Desarticulación de la oferta institucional para la atención psicosocial...” (VCA Huila)

Cumplimiento de la normatividad para la población víctima del conflicto armado e implementación de la Ley 1448 de 2011

Una parte importante de los aportes de la población víctima hacen referencia a la necesidad de fortalecer el cumplimiento efectivo de la legislación que ha definido el país con respecto a la garantía y restablecimiento de los derechos que les han sido vulnerados. En este sentido, las sentencias de la Corte, las leyes, los decretos con fuerza de ley y demás disposiciones que conforman el marco jurídico de protección a las víctimas, se consideran con los contenidos y orientaciones suficientes para garantizar los procesos de atención y reparación integral que se requieren.

No obstante, la percepción de la población se orienta a la necesidad de fortalecer los mecanismos que permitan una aplicación ya que se percibe un avance limitado:

“...No aplicabilidad real y efectiva de la Ley 1448 de 2011...” (VCA Norte de Santander)

“...Que se construya una ley real, precisa, con equidad e igualdad para las víctimas, que no sea de nombre...” (VCA Bolívar)

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Para la población VCA la implementación de la Ley 1448 de 2011 se posiciona como la principal plataforma que permite la adopción de medidas integrales en cuanto a la reivindicación de sus derechos. Sin embargo, se plantean aún retos frente al apoyo para la realización de proyectos productivos, la consecución de los programas y proyectos especiales para la generación de empleo, la salud y la atención psicosocial y las acciones para garantizar entornos adecuados para la promoción de la convivencia y la salud mental, como los espacios para la recreación y el deporte.

“...Incumplimiento en las expectativas generadas en proyectos productivos, salud educación, apoyo psicosocial, permanente, recreación...” (VCA Risaralda)

Esta percepción coincide con los informes de monitoreo y seguimiento a la política pública de respuesta a las víctimas. Estos han reconocido que, a pesar de los avances registrados, persisten incumplimientos en cuanto a las medidas de atención, asistencia y reparación integral, así como lo relacionado con el derecho a la participación, y la restitución de derechos territoriales. Este panorama es más desfavorable frente a la garantía de los derechos de las víctimas étnicas, pues la estructura institucional no responde a sus necesidades geográficas, cuantitativas, culturales y poblacionales. (Defensoría del Pueblo, 2017)

“...El enfoque subdiferencial y la condición de víctima no es tomada en cuenta en muchas acciones ...” (VCA Sucre)

Una alternativa que se plantea para mejorar la implementación se centra en fortalecer el trabajo intersectorial de las entidades que emanan responsabilidades frente al desarrollo de políticas, programas y acciones para esta población, al mismo tiempo, se considera fundamental mejorar los sistemas de seguimiento, vigilancia y control en el marco de la implementación de dichas políticas:

“...seguimientos más estrictos del SNARIV... contar con más garantías para ejercer la veeduría a la Política Pública con relación a la Ley de víctima...” (VCA Norte de Santander)

“...Que los entes de control realicen vigilancia y control a la administración para dar cumplimiento a la Ley de víctimas y política pública...” (VCA Amazonas)

Otro de los factores que se relaciona con los obstáculos para la oportuna y efectiva respuesta a las víctimas, hace referencia al desconocimiento que se tiene a nivel institucional y comunitario sobre las medidas y disposiciones que reconocen a estas personas como sujetos de especial protección constitucional:

“...Desconocimiento de los derechos y deberes de las víctimas porque muchos han sido atropellados y vulnerados sus derechos...” (VCA La Guajira)

Información y gestión del conocimiento: para la población víctima del conflicto armado la necesidad de mantener actualizados los sistemas de información que los identifican se convierte en una prioridad, no aparecer en los registros representa barreras para beneficiarse de los diferentes servicios y programas.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

“...falta de gestión financiera y administrativa en las entidades territoriales para la identificación, registro y actualización de las bases de datos de la población víctima del conflicto armado...” (VCA Cauca)

En este sentido la propuesta es garantizar la disponibilidad de la información actualizada en las distintas instituciones gubernamentales que lideran las políticas para la población víctima del conflicto armado.

“...actualización permanente de las bases de datos del RUV...” (VCA Nariño)

Otro aspecto de la información que se percibe como crítico se refiere a la necesidad de caracterizar a la población víctima a partir de una encuesta o un censo. Para las víctimas el hecho de que se desconozcan las condiciones de vida y las necesidades particulares de esta población, limita la posibilidad de implementar medidas adecuadas para responder de manera efectiva a los retos de mejorar su salud y bienestar.

Las solicitudes anteriores coinciden con el informe de seguimiento e implementación de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras 2016-2017, el cual plantea dentro de sus conclusiones que:

“La información reportada por las Entidades Territoriales Departamentales y los Municipios Capitales en el “Tablero PAT” y en el Formato Único Territorial (FUT-Víctimas) presentan serias inconsistencias que hacen dudar de la calidad de la información reportada por ellas en el FUT-Víctimas y en el Tablero PAT”

Para esta problemática la recomendación es una mayor supervisión a la información reportada en los distintos instrumentos con el fin de tener una información verídica y actualizada sobre la situación de las víctimas.

3.3.10. Dimensión Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables

Dentro del conjunto de las Víctimas del Conflicto Armado -VCA-, se encuentran poblaciones con características diferentes y para las cuales se han producido hechos victimizantes que han tenido diferentes impactos por razón de sus condiciones. Es el caso de los niños, niñas y jóvenes, los adultos mayores, los diferentes sectores con pertenencia de género, las personas en situación de discapacidad, y los grupos étnicos, entre quienes se encuentran indígenas, afrocolombianos incluyendo a los palenqueros y raizales y los Rrom o gitanos.

Esta diversidad establece heterogéneas necesidades en salud, por lo cual es importante aproximarse a cada grupo con el fin de identificar el tipo de acciones que responden a sus realidades y posibilidades de mejorar sus condiciones de vida y salud.

3.3.10.1. Niños, Niñas y Adolescentes

De acuerdo con la información existente en el SISPRO, 2.535.831 son niños, niñas y adolescentes (NNA) son VCA, esta cifra representa el 32% del total de esta población.

Los niños, niñas y adolescentes han tenido que vivir los hechos de la guerra, lo que sin duda genera afectaciones de gran magnitud, pues han sido víctimas directas e indirectas a nivel físico y psicológico y han tenido que sufrir todo tipo de rupturas, entre otras, de carácter familiar, social y cultural.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

La evidencia señala que las afectaciones a los menores en el marco de conflicto armado tienen incidencia en su desarrollo social, físico, afectivo, cognitivo y emocional. Los hechos de violencia en esta población están frecuentemente asociados con el desplazamiento forzado, abuso sexual en guerra, secuestro, huérfanos o abandonados, hijos de desmovilizados, hijos de combatientes, desaparición forzada, minas antipersona, masacres y otras circunstancias adversas que impiden la realización de los derechos como la salud, la alimentación, la educación, la recreación, la movilidad, etc. (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2017) (Defensoría del Pueblo., 2014)

Los impactos en los NNA, en sus familias y en las comunidades a las cuales pertenecen han limitado el ejercicio de sus derechos en momentos clave del curso de vida, por ejemplo, se ha evidenciado que el reclutamiento y la utilización tiene efectos desde antes del hecho, durante y después. (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2017)

Generalmente, en el antes, hay temor, se viven amenazas, se generan desplazamientos, incluso se tienen experiencias relacionadas con asesinatos de NNA.

“...niños y adolescentes están expuestos ante los actores armados para ser víctimas de abuso sexual...” (VCA Valle del Cauca)

Durante la vivencia del reclutamiento y utilización, hay impacto psicosocial asociado al resquebrajamiento de su reconocimiento como sujetos, ruptura del vínculo afectivo y fragmentación familiar, incomunicación y distanciamiento con su familia y comunidad, desarraigo, miedo e incertidumbre. Hecho que se agrava al tener en cuenta aspectos socioculturales y de territorialidad, como sucede con los NNA pertenecientes a comunidades indígenas y/o afrocolombianas. También, se dan situaciones asociadas a la vida militar como: accidentes, heridas, infecciones, cicatrices, amputaciones, se vivencia la muerte; igualmente, se es afectado por el maltrato, la violencia sexual y de género en muchas formas, el trabajo forzado, entre otros.

“...niños con problemas de drogadicción y alcoholismo, debido a la violación de sus derechos...” (VCA Córdoba)

Después, de vivir el reclutamiento y la utilización, una vez alejados de esta situación, igualmente hay graves impactos físicos y psicológicos que son producto de la experiencia a la cual se les ha sometido. Entre los primeros, los asociados a los daños físicos sufridos; y a nivel psicológico, se destacan: el miedo y las tensiones por sufrir retaliaciones, dificultades para la socialización, desconfianza, angustia, temor a la estigmatización, incluso el no poder volver a sus comunidades por la presencia de actores armados. Igualmente, estos NNA, enfrentan diversas dificultades en la toma de decisiones y en la realización de otros derechos como el trabajo, la nutrición, la salud, la educación, etc.

Lo anterior señala retos para la planeación integral en salud, los cuales establecen no solo una respuesta intersectorial para prevenir que los NNA sigan sufriendo las consecuencias del conflicto armado sino para la definición de planes de atención integrales, que incluyan también a los NNA que por distintas circunstancias han crecido en medio de los grupos armados.

En efecto la articulación con las políticas para la infancia y adolescencia, con los programas del ICBF y demás instancias con competencias en el tema de NNA, se hace necesario para garantizar la protección y restablecimiento de derechos de esta población.

Dentro de las demandas de la población VCA para el abordaje con los NNA se encontraron las siguientes:

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

“Formación en derechos humanos de los niños y niñas...Procesos de formación con la familia para construir estrategias de autoprotección familiar y comunitaria” (VCA Chocó)

3.3.10.2. Envejecimiento y vejez

La violencia derivada del conflicto armado en Colombia involucró poblaciones que tradicionalmente estuvieron al margen de sus dinámicas como la población infantil y los adultos mayores. Sus consecuencias han sido a nivel individual y colectivo y los efectos adversos surgen durante las situaciones de guerra y en los periodos posteriores.

De lo anterior, es claro que los procesos de vejez y envejecimiento en el país están marcados por las secuelas del conflicto y revisten importancia para el desarrollo de las políticas en salud pública. Según cifras del SISPRO, el número de personas víctimas de 59 años o más es del 11.6% (aproximadamente 904.960 víctimas). Al igual de lo que sucede con los demás grupos poblacionales, el desplazamiento forzado es el hecho victimizante que más ha afectado a esta población.

Desenlaces emocionales negativos provenientes de situaciones como la pérdida de hijos (as) y/o esposos(as), mayor riesgo de abandono y marginación derivado de una menor capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia, limitaciones en cuanto a la disponibilidad de recursos económicos, personales, familiares y sociales para adaptarse y enfrentar las nuevas condiciones que define las adversidades del conflicto, han traído como consecuencia menores niveles de calidad de vida, afectaciones a la salud y deficiencias en la ingesta de alimentos al verse obligados a migrar a zonas urbanas y marginadas. (Correa, y otros, 2015)

La cifra de la Encuesta de Calidad de Vida del año 2013 señala que la tasa de ocupación de las personas víctimas de desplazamiento es mayor en hombres que en mujeres. Así, para el grupo de hombres de 70 años o más la tasa de ocupación es de 40.7% y en mujeres es de 6.3%. Comparando estas cifras con el promedio nacional, se observa que la tasa de ocupación de los duplica el porcentaje de ocupación nacional en dicho grupo poblacional (21.4%) (ENCV, 2013) Análisis institucionales han revelado que una de las principales demandas de las personas mayores víctimas está relacionada con la ausencia de acciones diferenciadas para las víctimas dentro de los programas territoriales que ya existen para mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor. (Correa, y otros, 2015). Esta situación fue percibida por los participantes durante los encuentros:

“...no hay políticas con enfoque diferencial a víctimas...” (VCA Cauca)

Asimismo, se ha evidenciado que para las personas víctimas una de las formas más importantes de preparación económica para la vejez es garantizar la vivienda propia. (Correa, y otros, 2015)

“...proyectos de vivienda con propiedad horizontal para tener en cuenta a personas mayores y personas en situación de discapacidad...” (VCA Nariño)

Otras peticiones de los participantes se relacionaron con la necesidad de generar mecanismos de protección al adulto mayor:

“Subsidios para adultos mayores” (VCA Antioquia)

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

“...programas SAN [Seguridad Alimentaria y Nutricional] adulto mayor...” (VCA Risaralda)

Con lo anterior se reconoce que la personas mayores víctimas del conflicto presentan situaciones de vulnerabilidad diferenciadas, que los pone en desventaja con sus pares. Como consecuencia, se hace visible la definición de acciones que permitan garantizar los derechos de las generaciones actuales y futuras frente a los retos que plantean los procesos de vejez y envejecimiento, las cuales deben plantearse en el marco de las políticas de asistencia, atención, y reparación que reconocen y aplican el enfoque diferencial y territorial.

3.3.10.3. Salud y Género

El 49% (3.838.950) del total de la población VCA son mujeres. Las consecuencias el conflicto armado tiene características que permiten enmarcar parte de la vulneración de los derechos en razón del género, lo que conllevó consecuencias asociadas a la salud y el bienestar.

La violencia sexual contra las mujeres afectó el proyecto de vida en la medida en que se truncaron dinámicas de existencia, se alteraron roles, la desintegración social y familiar; sumada a la estigmatización y el rechazo resultaron en daños físicos, morales y psicosociales que emanaron en las mujeres víctimas una nueva vida asociada al miedo, la tristeza, la impotencia, la rabia y aún la culpa. (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2011)

“...la mujer en un “Botín de Guerra”, es abusada sexualmente y obligada a realizar oficios...” (VCA Cauca)

Las demandas frente a este tema señalan el fortalecimiento de la atención integral:

“...no se brinda atención integral a las mujeres víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado...” (VCA Magdalena)

Otro sector que fue víctima de esta violencia de género, con multiplicidad de atropellos y vulneraciones fue la población LGTBI, con un agravante frente a una mayor invisibilidad de su situación: (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2011)

“La población LGBTI ha sufrido profundos daños causados por las distintas formas de violencia que se producen en el país. Lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales han sido violentados en el conflicto por todos los actores armados, y su identidad sexual y de género ha sido motivo de la agresión. (Centro Nacional de memoria Histórica, 2013)

Esta violencia se basa en argumentos derivados de patrones de género hegemónicos, que desafortunadamente en ocasiones se justificaron a partir de prevenciones y prejuicios existentes a nivel social, aludiendo que es el “precio que estas personas deben pagar por ser así” (Centro Nacional de memoria Histórica, 2013)

“...Violencia sexual hacia mujeres lesbianas con supuestos fines correctivos y hacia hombres homosexuales...” (VCA Cesar)

La revictimización de este tipo de víctimas es un asunto que debe ser abordado, no solo desde la perspectiva de las distintas instancias involucradas en la atención de esta población sino desde el entorno familiar y comunitario:

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

“...Pérdida de credibilidad de la víctima de la violencia sexual por parte de su núcleo familiar...” (VCA Valle del Cauca)

“...Discriminación en la atención de las personas LGTBI...” (VCA Guainía)

La falta de información sobre los derechos y rutas de acceso que ha dispuesto el sector salud y demás sectores involucrados para la atención de este tipo de eventos., también hizo parte de los aspectos que limitan las iniciativas de reparación y atención integral:

“...desconocimiento de la Ruta de Atención en Violencia Sexual por parte de los funcionarios y de la comunidad...”

Teniendo en cuenta lo anterior, se reconoce la necesidad generar mecanismos de integración y fortalecimiento de las respuestas que buscan resarcir los daños ocasionados a las personas víctimas en razón del subdiferencial asociado al género. Esto va más allá de la exclusividad en los esfuerzos que se puedan adelantar institucionalmente, para expandirse hacia el compromiso de las propias familias y entornos comunitarios de la población víctima del conflicto armado, quienes cumplen un papel fundamental en la transformación de las estructuras e imaginarios que históricamente han marginado y vulnerado los derechos de las mujeres y de las personas con orientación sexual e identidad de género diversa.

3.3.10.4. Salud en población étnica

- Población indígena**

Del total de población víctima del conflicto armado identificada en el SISPRO a diciembre del año 2018, el 12 % (933.691) se auto reconoce como perteneciente a algún grupo étnico. De esta, el 14% (197.043) se registra como indígena.

Los pueblos indígenas han sido vulnerados de manera grave a nivel individual, colectivo, físico, psicológico y sociocultural, por los hechos de violencia acaecidos en el marco del conflicto armado. El desplazamiento, los homicidios, la afectación a los territorios, el reclutamiento forzado, el confinamiento, etc. Al respecto se señala: “El conflicto armado se ha constituido en el principal factor de violación de sus derechos humanos y la consecuente violencia ha tenido grave impacto en sus territorios” (PNUD, 2012, pág. 37).

El desplazamiento a que se han visto sometidas comunidades y grupos de personas indígenas, no sólo conlleva la pérdida de bienes materiales, sino que genera rupturas sociales y de índole cultural respecto de su grupo de pertenencia y con el territorio con el cual hay profundos lazos de identidad, lo cual repercute de manera grave en la garantía de los derechos colectivos y a la pervivencia cultural.

“...El desplazamiento lleva a la culturización de las generaciones que migran, lo que hace que se adquieran comportamientos de riesgo... desarraigo del territorio...” (VCA Cauca)

El homicidio ha sido otro hecho con repercusiones graves hacia los pobladores indígenas, en algunos casos alcanzando la magnitud de masacres. Las cifras señalan que se dio un aumento del 49%, al comparar el total de víctimas entre 2008 y 2009, encontrándose que estos han

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

afectado de manera significativa a los pueblos Awá, Nasa, Embera Chamí y Zenú. (PNUD, 2012, pág. 39).

Es importante advertir que los hechos violentos y las consecuentes afectaciones físicas o psicológicas sucedidas en población indígena, no sólo atentan contra individuos sino también contra las comunidades y pueblos, pues el daño abarca a sujetos de derechos colectivos por afectar personas que juegan un rol fundamental en la continuidad grupal y sociocultural.

Como consecuencia, en los actos de violencia cometidos contra las comunidades indígenas hay afectaciones que son de tipo cultural y que llegan a alcanzar la categoría de etnocidio, pues al vulnerar el derecho a la identidad, la diferencia y la pertenencia grupal se atenta contra la existencia de determinado pueblo y contra la diversidad cultural. Estos hechos se dan no sólo contra las personas sino contra bienes materiales e inmateriales fundamentales para la reproducción sociocultural, es el caso, entre otros: de la cosmovisión, las autoridades tradicionales, lugares sagrados, el territorio, etc. En este último caso, se tiene que “La violación del derecho al territorio y las consecuencias del desplazamiento forzado, se traducen en altos impactos negativos para los pueblos indígenas por la relación establecida con la tierra, como la base de su existencia y de la vida colectiva” (PNUD, 2012, pág. 42).

“Material de guerra abandonado en los territorios indígenas” (VCA Risaralda)

Situaciones diferenciales entre la misma población étnica evidencian mayores adversidades hacia las mujeres y los niños, niñas y adolescentes. Las mujeres enfrentan la triple discriminación que de por sí definen las desigualdades de género (ser mujer), las étnicas (ser indígena) y el ser víctimas del conflicto. Para los menores se ha evidenciado mayores riesgos de “ser víctimas de violencia sexual, de caer en redes de comercios ilícitos, de verse obligados a la mendicidad, a la explotación, y especialmente de discriminación. Al respecto las cifras son contundentes cuando señalan que, de los casos de violencia sexual contra mujeres indígenas, aproximadamente el 75% corresponden a niñas indígenas menores de 14 años...” (INDEPAZ, 2009, pág. 19) “Esta problemática, según las propias personas víctimas se ve agravada por la ausencia de mecanismos institucionales para la protección requerida:

“En algunas comunidades indígenas no hay instancias de denuncias para la violencia sexual” (VCA Valle del Cauca)

Las demás demandas de la población víctima perteneciente a los pueblos indígenas no se alejan de las enunciadas y reconocidas en todos los ámbitos de la definición y concertación actual de las políticas públicas, las cuales se enmarcan en el respeto y preservación de sus culturas y tradiciones bajo proyectos de vida y desarrollo que son compatibles con la garantía y protección de los derechos humanos.

“... concertación de medicina tradicional y la occidental...” (VCA Nariño)

Así, la articulación de este capítulo de víctimas con el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI- reviste especial importancia. Los desarrollos y contenidos del SISPI deberán dar cuenta de las necesidades diferenciales que en materia de salud representa el segmento de personas y comunidades indígenas afectadas por el conflicto armado.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

• **Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.**

Del total de personas VCA que se auto reconoce con pertenencia étnica (933.961), el 78% corresponde a población afrodescendiente.

La población afrocolombiana es la minoría étnica con mayor tasa de desplazamiento forzado (Rodríguez, Alfonso, & Cavelier, 2009), esto sumado a las condiciones de pobreza y marginalidad histórica que ha vivido esta población supone la profundización de las desigualdades y de los desenlaces adversos frente a sus condiciones de vida y salud.

Este grupo poblacional ha tenido que soportar las consecuencias de un conflicto que concentró el accionar de los grupos al margen de la ley en zonas estratégicas. Es el caso del departamento del Chocó, la zona del Urabá antioqueño, el departamento del Cauca y el occidente del departamento de Nariño. Lugares en los cuales múltiples actores armados se disputan los recursos de la zona y de forma intensificada los resultados de expresan en un alto número de casos de reclutamiento, homicidios y masacres, extorsiones, amenazas, desplazamiento forzado, confinamiento, entre otros. Todo ello con graves impactos a nivel físico, psicológico y sociocultural. (Rodríguez, Alfonso, & Cavelier, 2009).

A partir de los hechos de desplazamiento y de victimización de la población afrocolombiana, la Corte Constitucional emite el Auto 005 de 2009 sobre “Protección de derechos fundamentales de la población afrodescendiente víctima del desplazamiento forzado en el marco de superación del estado de cosas inconstitucional declarado en Sentencia T-025/04”.

Este Auto señala la diversidad de impactos en relación con los derechos individuales y colectivos de los miembros las comunidades afrocolombianas (Corte Constitucional, 2009):

“...Esta situación [conflicto] ha generado la violación de los derechos territoriales, a la participación y a la autonomía, a la identidad cultural, al desarrollo en el marco de sus propias aspiraciones culturales, y a la seguridad y soberanía alimentaria, además de sus derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales...”

Una investigación con personas afrocolombianas en un entorno urbano abordó las relaciones entre el desplazamiento forzado, el destierro y la enfermedad. Los resultados evidencian que la relación entre los hechos de violencia en los territorios de origen y el destierro acarrear enfermedades para las cuales, se percibe que las respuestas otorgadas por el sistema de salud son inadecuadas. (Gallo, Meneses, & Minotta, 2014)

“La alteración de la armonía en la comunidad también enferma...pongamos en la guerra que no dejarán enterrar los muertos y que tuvieran que quedar flotando en el río y entonces no poder hacer el ritual mortuario, ni poder compartir unidos la despedida, pues todo eso como se iba cruzando entonces y se convertía en enfermedad” (Estudiosa temas afro colombianos)

Otra situación que afecta el bienestar de la población afrocolombiana se relaciona con el ámbito de la salud mental. Se ha evidenciado que las personas afrodescendientes no solo tienen un mayor riesgo de ser afectadas por el conflicto, comparadas con aquellas que no tienen pertenencia étnica, sino que existe una asociación entre ser afectado por el conflicto y haberse sentido discriminado alguna vez en la vida (INS, 2017). Esta situación en las ciudades receptoras de personas desplazadas perpetúa las condiciones que limitan el desarrollo integral de estas comunidades, lo cual puede observarse en asentamientos con presencia mayoritaria

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

de afrodescendientes, donde la pobreza y las condiciones de vida generan una mayor vulnerabilidad a enfermedades relacionadas con el entorno y los estilos de vida. (Gallo, Meneses, & Minotta, 2014)

Para las víctimas que han vivido en escenarios de conflicto constante un estudio realizado en Bojayá (Chocó), encontró una mayor probabilidad de tener enfermedades como ansiedad, trastorno de estrés postraumático, depresión y otras condiciones relacionadas con el estado de ánimo, así mismo, son tan vulneradas en su calidad de vida que se han aumentado las tasas de suicidio. (Porto, 2014)

La Defensoría del Pueblo ha destacado que los NNA afrocolombianos viven una situación de emergencia, pues además de las condiciones asociadas a la pobreza, el marginamiento y la discriminación, han sido víctimas de múltiples atropellos con impactos sociales, psicosociales y culturales que se derivan de vulneraciones asociadas al reclutamiento y utilización, afectación de los “planes de vida” de la niñez víctima del reclutamiento, desplazamiento forzado y desarraigo, deterioro, pérdida y transformaciones de los valores culturales y ancestrales, violencia sexual, entre otros. (Defensoría del Pueblo., 2014)

El seguimiento a las condiciones de salud de esta población, emergió como solicitud durante los encuentros:

“...Seguimiento de las enfermedades propias de la población afrocolombiano con enfoque diferencial...” (VCA Casanare)

Otros aportes recogen la necesidad de incorporar el enfoque diferencial a las respuestas en salud, de tal forma que se reconozcan sus particularidades y de promover la vinculación de esta misma población en los modelos de prestación de servicios de salud colectivos:

“... Dar a la salud desde todos los sectores un enfoque según diferencias de comunidades, afrodescendientes, indígenas y mestizos...” (VCA Risaralda)

“...Formar y capacitar promotores afrodescendientes, involucrar a los agentes comunitarios para que realicen actividades de salud y sean capacitados. ...” (VCA Vichada)

Bajo este escenario se hace imperativo continuar con las acciones de reconocimiento e impulso de acciones diferenciales y afirmativas en favor de la salud de los afrocolombianos, de tal forma que se contribuya a la reducción de las desigualdades y la garantía de los derechos fundamentales que aún revisten deudas históricas frente a la discriminación y condiciones de marginalidad expuestas.

• **Pueblo Rrom**

Se afirma que el pueblo Rrom ha adoptado como una de las estrategias de supervivencia el evadir los censos y mecanismos de registro estadístico, prefiriendo mantener su invisibilidad. Sin embargo, el censo realizado por el DANE durante el año 2005, registró 4.858 personas con la pertenencia étnica mencionada, lo que corresponde al 0.01% de la población colombiana. (DANE, 2005)

La dificultad de información con este Pueblo se ha reflejado tanto en la fuente de información oficial para la salud y la protección social –SISPRO- como en el Registro Único de Víctimas. En

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

ambas fuentes las cifras indican reportan la existencia de más de 20.000 personas con pertenencia étnica Rrom que han declarado se víctimas del conflicto armado. Este tipo de vacíos e inconsistencias se convierten en una primera limitante para la adecuada planificación e identificación de las políticas ya acciones que buscan responder a las necesidades de esta población.

Sin embargo, esta dificultad no minimiza las condiciones adversas que ha vivido este grupo poblacional en relación las consecuencias del conflicto armado. Así, los Rrom como los demás grupos étnicos existentes en el país, han sido afectados por diferentes hechos como la presión económica asociada a extorsiones, situaciones de confinamiento y el desplazamiento, situaciones que han afectado su movilidad tradicional, sus condiciones económicas y la garantía de vida en el marco de su diversidad cultural. Al respecto, se señala:

“...El pueblo Rrom -nómada por tradición-, se vio paradójicamente, sometido a una suerte de confinamiento, en la medida en que extensas áreas territoriales del país utilizadas históricamente por sus patrigrupos familiares para ejercer diferentes actividades económicas y comerciales, quedaron en la práctica vedadas y proscritas por su Kumpeñy, puesto que la autonomía e independencia de que hacían gala los Rrom terminaban por generar suspicacias en los actores de violencia armada...” (DNP, 2010)

Estas circunstancias han afectado de manera sustancial el bienestar y la calidad de vida de esta población, la pérdida de sus oficios ancestrales y prácticas culturales sumado a condiciones estructurales de invisibilidad, exclusión y marginalidad, justificaron el reconocimiento general del Pueblo Rom como víctima del conflicto armado: (Unidad para las víctimas, 2011, pág. 6):

“...Aunque hoy ya no podemos movernos libremente porque es peligroso, porque podemos ser víctimas de los embates de la guerra por más que nuestro espíritu vuele libre como las aves...” (Wallace, 2014)

“...Por el conflicto armado se ha perdido mercadería, no se puede movilizar con libertad y se han perdido buenos mercados...”.

Parte de los cambios en las dinámicas se relaciona con un mayor sedentarismo, asunto que reviste interés para las acciones de salud dirigidas a esta población

“La mayoría de los gitanos de Colombia hoy en día viven en casas y mucho más dispersos que antes, si bien agrupados en diferentes kumpaño (compañías) ubicadas en varios departamentos” (Wallace, 2014)

Las consecuencias del conflicto han impactado de forma diferencial a las mujeres del Pueblo Rom, quienes, por sus prácticas tradicionales de adivinación y quiromancia, han sufrido el rechazo y victimización de los grupos armados. Esto denota la priorización de las mujeres no solo en los procesos de reparación colectivos, sino además en los individuales. (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2018)

“Todavía hay gente que cuando nos ve dice: ‘Ay, esta es gitana, esta es ladrona, nos va a robar’. (Wallace, 2014)

De manera general, recogiendo el análisis de las necesidades para la población víctima que tiene pertenencia étnica: indígenas, afrocolombianas y Rrom se observa que se comparten

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

demandas relacionadas con las acciones diferenciales ligadas a la diversidad de cosmovisiones y concepciones sobre los procesos que contribuyen a su salud y bienestar. En este sentido las principales solicitudes se centran en la conservación y recuperación de los saberes ancestrales, la incorporación del enfoque diferencial a las respuestas frente a la seguridad alimentaria y nutricional, a la vivienda y a la atención en salud y los factores de estigmatización y discriminación que se hacen presentes en los distintos ámbitos en los que se desarrollan sus vidas:

“...Pérdida de usos y costumbres en grupos étnicos...” (VCA Putumayo)

“...Se genera desconocimiento de los saberes ancestrales y culturales...” (VCA Cauca)

Con lo anterior y dadas las necesidades que tienen estos grupos, entre las cuales se encuentran muchas de las señaladas en este capítulo, se considera fundamental que el abordaje de las mismas tenga un enfoque diferencial.

Así, bajo el desarrollo de la Ley 1448 de 2011 y con la expedición de los Decretos Ley 4633 de 2011 (para víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas), 4634 (para víctimas pertenecientes al pueblo gitano o rom), y 4635 (para víctimas de las comunidades negras, afrodescendientes, raizales y palenqueras), se han fijado lineamientos y orientaciones para la respuesta intersectorial que requiere esta población. Bajo abordajes diferenciales que tienen en cuenta las particularidades étnicas y culturales, se busca aportar al mejoramiento de sus condiciones de vida y salud.

Las implementaciones de estos decretos demuestran avances en los distintos sectores que tienen responsabilidades al respecto. Desde el Ministerio de Salud y Protección Social se avanza en la implementación de un módulo étnico integrado al PAPSIVI y se espera que se realicen las concertaciones respectivas con los representantes de cada grupo étnico con el fin de responder de manera diferencial y efectiva a las necesidades de salud de esta población.

Igualmente, el capítulo del Plan Decenal de Salud Pública definido para los grupos étnicos con sus subcapítulos para la población indígena, las Comunidades Negras, Afrocolombianas y raizales y el para el Pueblo Rom, señalará dentro de sus contenidos las rutas y mecanismos de articulación y respuesta a las necesidades de salud de esta población.

3.3.10.5. Discapacidad

Con corte a diciembre de 2018, el RUV señala que de 7.801.623 personas víctimas registradas, el 2.3% (185.350) se reconocen con alguna condición de discapacidad.

Según el RLCPD tres de cada 100 víctimas ha reportado algún tipo de discapacidad. Las alteraciones del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas son el tipo de discapacidad que se registra en mayor medida con un porcentaje del 47.8%, seguido de la discapacidad del sistema nervioso con un 28.2%. y la discapacidad de los ojos que ocupa el tercer lugar con un 20.3% (MSPS, 2017).

La discriminación y exclusión por barreras actitudinales, producto del desconocimiento, prejuicios, estigmas e imaginarios sociales errados, son parte de las adversidades que enfrenta esta población. Las dificultades para las víctimas en condición de discapacidad se expresan con mayor intensidad en comparación con el resto de víctimas. Este asunto es frecuentemente

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

invisibilizado por las distintas instituciones encargadas de generar respuestas efectivas a sus necesidades. (Auto 006/09, 2009)

Los aportes de los representantes de las víctimas confirman esta situación:

“...no hay tolerancia con personas que sufren algún grado de discapacidad...” (VCA Putumayo)

“...Rechazo, discriminación y juzgamiento a la población LGBTI y personal en condición de discapacidad...” (VCA Meta)

Para el sector salud, se afirma que existen riesgos acentuados para las víctimas en condición de discapacidad frente a la disminución de la esperanza de vida por condiciones inadecuadas de vivienda, nutrición, saneamiento básico y por la ausencia de una atención integral en salud.

Estas problemáticas fueron identificadas en el marco de los encuentros con la población víctima:

“...No hay atención prioritaria en salud a personas en condición de discapacidad...” (VCA Norte de Santander)

“...dificultad de consecución de las prótesis a personas con discapacidad especialmente a víctimas de minas antipersonal...” (VCA Arauca)

El enfoque diferencial para las víctimas con discapacidad se concreta en las acciones que permiten garantizar el acceso efectivo a sus derechos, identificar y responder a las necesidades específicas de la persona de acuerdo con su discapacidad y promover la inclusión social y efectiva bajo el reconocimiento del individuo como un sujeto de derechos, con intereses, necesidades y con un proyecto de vida que difiere de una persona que sólo requiere tratamiento médico o la rehabilitación de sus funciones (UARIV). Así lo percibieron las víctimas durante los encuentros:

“...Que haya rutas específicas de acuerdo a su condición de discapacidad, género y ciclo vital...” (VCA Cauca)

“...Se tengan más en cuenta a la hora de las emergencias a los discapacitados mayores en las zonas de riesgos...” (VCA Cesar)

Como parte de las respuestas del sector salud a estas problemáticas se tiene la Ruta Integral de Atención en Salud y de Rehabilitación Funcional de las personas víctimas de Minas Antipersonal –MAP y Municiones sin Explotar –MUSE- que define para los servidores públicos, para el personal del área de la salud, así como a las personas víctimas y sus familias los mecanismos administrativos para garantizar que los afectados puedan vincularse al Sistema General de Seguridad Social en Salud y acceder a una atención continua, superando las barreras con relación a la afiliación, movilidad y financiación de la atención en salud a víctimas.

Además, desde el año 2015, la UARIV con apoyo de la cooperación internacional lidera un proyecto dirigido a fortalecer los procesos de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto con discapacidad. Este considera como logro fundamental la inclusión social de esta población y uno de sus componentes se centra en el empoderamiento de las personas con discapacidad, así, a través de la estrategia “Escuela de liderazgo” se forma a las personas en técnicas específicas para la defensa de sus derechos y la promoción de la

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

eliminación de las barreras físicas, actitudinales y psicológicas por parte de la sociedad, lo cual responde a una de las solicitudes que emergieron durante los encuentros:

“...Sensibilización de las víctimas con discapacidad en el marco legal...” (VCA Cauca)

Bajo este escenario, los retos que define la respuesta a la población víctima en condición de discapacidad señalan un abordaje intersectorial que va más allá de la atención médica, sin desconocer que es indispensable garantizar las condiciones adecuadas de salubridad y el acceso a una atención en salud oportuna, integral y de calidad, que minimice los efectos de una determinada limitación física, sensorial, intelectual o mental y que logre prevenir la aparición de otras deficiencias.

4. Objetivos

Se incorpora el objetivo general definido por el PDSP 2012-2021 como fin último de este capítulo. Es aspiracional y se basa en una visión a largo plazo que implica progresividad hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población VCA. Los objetivos estratégicos definen los aspectos fundamentales y de proceso hacia los cuales deben dirigirse los esfuerzos para avanzar hacia la consecución del objetivo general.

4.1. Objetivo general

Asegurar acciones diferenciales en salud pública para la población víctima del conflicto armado, tendientes a garantizar el acceso, a mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancias con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

4.2. Objetivos estratégicos

- Fomentar acciones focalizadas que contribuyen al cierre de brechas en salud entre la población víctima y la población general a través de un abordaje basado en el modelo de los Determinantes Sociales en Salud.
- Promover un enfoque de articulación y coordinación con las respuestas que se hayan definido o definan para esta población.
- Fortalecer las capacidades organizativas y participativas de la población víctima con el fin de asegurar su contribución a la planificación territorial en salud.
- Impulsar respuestas diferenciales en salud a través de la planificación territorial y la promoción de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de la población víctima.
- Incorporar el enfoque diferencial de la población víctima del conflicto armado a los procesos de planificación territorial en salud.
- Monitorear y evaluar los resultados de las acciones diferenciales para la población víctima que se efectúen en el marco de la planificación territorial en salud y la implementación del presente capítulo.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

5. Líneas de acción

Este componente del capítulo traduce los planteamientos expuestos hasta ahora en insumos para la acción y concreción de la respuesta diferencial en salud hacia la población VCA.

Las líneas de acción corresponden a cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública y son orientaciones estratégicas con carácter instrumental e indicativo. Cada línea está definida con enfoque diferencial hacia la población VCA y plantea un objetivo general que desarrolla sus correspondientes objetivos específicos. Para estos últimos se propone un conjunto de estrategias seleccionadas por su pertinencia y capacidad para responder a las necesidades y prioridades de acción que fueron identificadas a lo largo del contexto y la situación de salud descrita en este capítulo.

Cada estrategia se describe de manera general en relación con las actividades, procedimientos e implicaciones para lograr los resultados esperados y al mismo tiempo se incorpora una propuesta de metas e indicadores para orientar el cumplimiento de los objetivos.

Los responsables y actores clave para contribuir al logro de objetivos y metas se identifican partir de sus competencias y de los acuerdos que resulten de los procesos de incidencia, articulación y coordinación que requieren las respuestas identificadas, tal como lo plantea la estrategia Pase a Equidad en Salud.

En este sentido, sectores como los ministerios, secretarías y entidades gubernamentales que ofrecen bienes y servicios para el desarrollo y el bienestar de la población, relacionados con la salud, vivienda, medio ambiente, infraestructura, educación, cultura, recreación y deporte, seguridad ciudadana, entre otros, cumplen un papel fundamental frente a las facultades y responsabilidades que establece el avanzar hacia mejores niveles de salud de la población VCA.

Se suman los actores de la sociedad civil, de la cooperación internacional y de la propia población VCA, quienes, representados a través de los miembros de las mesas nacionales y departamentales de participación de las víctimas, asumen importantes compromisos ante su contribución en los espacios de diálogo para la planeación integral territorial y en aquellos que se derivan del control ciudadano para las políticas de salud. De igual manera se convierten en impulsores de la implementación del capítulo en sus territorios y de la adopción de acciones y políticas diferenciales que aporten al mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida de esta población.

Es importante aclarar que esta propuesta se inscribe en un marco referencial, que deben ser analizada, adaptada e incluida en los próximos planes territoriales de salud, según la pertinencia, las necesidades y las realidades particulares de cada entidad territorial. Lo anterior como resultado de los procesos de participación y concertación que se realizarán con la población víctima del conflicto armado a partir la aplicación de la Estrategia Pase a la Equidad en Salud.

Si bien este planteamiento concreta el marco de acción diferencial para la población víctima del conflicto armado en materia de salud pública, es válido ratificar que este grupo poblacional ya es sujeto de derechos en relación con el conjunto de respuestas establecidas en el PDSP, por tanto, estas líneas de acción actúan como un complemento orientador de las medidas focalizadas que se integran al PDSP para contribuir al cierre de brechas de desigualdad y a la

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
creación de las condiciones que buscan garantizar el bienestar integral y el mejoramiento de la calidad de vida de toda la población colombiana.			
5.1. Dimensión Salud Ambiental (SA)			
5.1.1. Definición dimensión SA			
Constituye el conjunto de políticas que se planifican y desarrollan de manera sectorial y transitoria dirigidas a favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población víctima del conflicto armado en el marco del derecho a un ambiente sano.			
5.1.2. Objetivo general de la dimensión SA			
Mejorar la salud de la población VCA mediante la modificación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales y el fortalecimiento de la gestión intersectorial y la participación comunitaria para los temas de salud ambiental.			
5.1.3. Objetivos específicos SA			
Proteger la salud de la población VCA a través de la promoción de entornos saludables.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Gestión del conocimiento sobre las condiciones en las que habita la población VCA y su relación con la salud.	Esta estrategia está encaminada a la generación de información y conocimiento relacionado con el diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de las acciones que buscan mejorar las condiciones de habitabilidad de la población VCA. Busca fomentar la investigación y la realización de estudios que aporten evidencia sobre las problemáticas relacionadas con el medio ambiente y la salud de la población VCA, así como identificar las mejores estrategias de solución que permitirían responder de manera diferencial y efectiva a las necesidades de esta población. También implica establecer líneas de base sobre la situación de salud de las familias al beneficiarse de proyectos de vivienda, mejoramiento o intervenciones del entorno, con el propósito de medir el impacto de las acciones adelantadas en relación con esta temática.	A 2021, se tiene evidencia sobre las condiciones de habitabilidad de la población VCA	No. de estudios/publicaciones/investigaciones que evidencian las condiciones de habitabilidad de la población VCA

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Fortalecimiento de los espacios intersectoriales para la articulación de esfuerzos que conlleven a intervenciones integrales, dirigidas a la transformación de entornos saludables para la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia consiste en realizar acciones de coordinación intersectorial que permita articular planes / programas / proyectos / estrategias relacionadas con la promoción de entornos y en especial viviendas acorde con el contexto territorial y poblacional y que contribuyan a la afectación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales.	A 2021, al menos el 50% de las DTS han formulado planes de acción intersectoriales de entornos saludables dirigidos a la población VCA	No. de DTS con planes de acción intersectoriales para entornos saludables dirigidos a la población VCA/ Total de DTS
Promoción de intervenciones para la promoción de la salud, la gestión del riesgo y el avance hacia entornos saludables para la población víctima del conflicto armado.	Esta estrategia consiste en el desarrollo de programas y proyectos de carácter intersectorial, que permitan potenciar la salud de la población víctima del conflicto armado a través del control de los factores sanitarios y medioambientales que representan riesgos para la salud de población VCA y de la promoción de entornos protectores para la salud. Implica definir acciones articuladas y coordinadas entre las distintas políticas e iniciativas que se desarrollan a nivel nacional y territorial para este mismo objetivo como por ejemplo la "Estrategia de Entornos Saludables", liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la cual se busca implementar acciones de promoción, prevención y protección que contribuyen al mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones en su entorno (hogar, educativo, laboral con énfasis en la informalidad, comunitario). También señala la puesta en marcha de iniciativas como la de vivienda saludable y de estrategias que promuevan condiciones y estilos de vida saludables, que hagan de la vivienda y del entorno inmediato un lugar confortable, armónico y seguro para la salud y la sana convivencia.	A 2021, al menos el 30% de las DTS han formulado planes de acción intersectoriales de entornos saludables dirigidos a la población VCA	No. de ET con la caracterización de las zonas de asentamiento de población VCA afectadas por riesgos ambientales y por la existencia de entornos inadecuados.
		A 2020, al menos el 20% de las ET han identificado los entornos inadecuados (rurales y urbanos) para la población VCA, afectados por riesgos sanitarios y ambientales.	No. de ET con identificación de entornos inadecuados (rurales y urbanos) para la población VCA, afectados por riesgos sanitarios y ambientales.
		A 2021, al menos el 20% de ET están ejecutando programas y proyectos para el mejoramiento de los entornos/lugares de asentamiento de la población VCA	No. de ET ejecutando programas y proyectos para el mejoramiento de los entornos/lugares de asentamiento de la población VCA/ Total de Et

- Promover hábitos de vida saludables en la población VCA a través de la gestión de la salud y el medio ambiente.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Información, Educación y Comunicación para la cultura del autocuidado en lo relacionado con los componentes de salud ambiental	Esta estrategia está orientada a fortalecer o desarrollar las capacidades que permitan a la población víctima del conflicto armado apropiarse del conocimiento, tomar decisiones y acciones favorables para el cuidado de sí, del otro y del ambiente.	A 2021, las ET han implementado iniciativas para la información y educación ambiental con la población VCA.	No. de ET que han implementado iniciativas de educación ambiental dirigidas a la población víctima del conflicto armado/ total de ET
Incorporación del componente de tenencia responsable de animales en proyectos productivos para población VCA.	Consiste en promover que los proyectos productivos que benefician a la población VCA relacionados con el sector pecuario (aves de corral, cerdos, ganado entre otros animales), tengan en cuenta las recomendaciones de las autoridades pecuarias y ambientales. El propósito es garantizar la tenencia de animales bajo criterios de sostenibilidad y seguridad, que evite los problemas de salud pública por la emisión de olores ofensivos y vertimientos sin control, que además de afectar los entornos, afectan los acuíferos, las fuentes de abastecimiento de agua y son generadores de enfermedades respiratorias, diarreicas y dérmicas en la comunidad.	A 2020, los Consejos Territoriales de Zoonosis incluirán en sus planes de trabajo la estrategia para desarrollar el componente de tenencia responsable de animales en proyectos productivos para población VCA.	No. de Consejos Territoriales de Zoonosis que incluyen en sus planes de trabajo la estrategia para desarrollar el componente de tenencia responsable de animales en proyectos productivos para población VCA/Total de Consejos Territoriales de Zoonosis.
Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial hacia la población VCA en lo relacionado con la salud ambiental.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Incidencia y participación de la población víctima para el reconocimiento de problemáticas que afectan su salud y la búsqueda de soluciones en los temas relacionados con los componentes de salud ambiental.	Busca fortalecer las capacidades de la población víctima en lo relacionado con la participación social en los espacios y mecanismos establecidos, de tal forma que puedan influenciar y participar en las decisiones y construcción de las políticas, programas y proyectos de gestión ambiental y en la defensa del goce efectivo del derecho a la salud y a un ambiente sano.	A 2021, cada entidad territorial cuenta con líderes y lideresas víctimas del conflicto armado con reconocida incidencia en temas de gestión ambiental	No. de ET con líderes y lideresas víctimas del conflicto armado con reconocida incidencia en temas de gestión ambiental

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Planificación territorial en salud para la dimensión salud ambiental con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia está encaminada a posicionar la importancia de incorporar respuestas focalizadas y diferenciales hacia la población VCA en la dimensión salud ambiental en el marco de la planeación territorial en salud. Busca que las propuestas en este tema reconozcan a esta población como un grupo prioritario de atención, que demanda acciones específicas y efectivas en el marco de la reparación y protección integral de sus derechos. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud y de las personas VCA en los escenarios de planificación territorial. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de la realidad de la población VCA en relación con los factores medioambientales que impactan su salud y condiciones de vida, de tal forma que se incorporen en los PTS metas y estrategias relacionadas con este tema y se avance en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora la capacidad de las VCA para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las acciones que en materia de salud y ambiente se programen para la población VCA. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para la planificación territorial en salud con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en el área de salud ambiental	A 2020, El capítulo de víctimas y su componente de salud ambiental, es reconocido por los actores del ámbito institucional y comunitario que participan en la definición de políticas para la población VCA.	No. de espacios convocados para la divulgación del capítulo y su dimensión SA/ total de espacios a convocar
		A 2020, los PTS incorporan acciones diferenciales en salud ambiental dirigidas a la población VCA.	No. de PTS que incorporan acciones diferenciales en salud ambiental para la población VCA/Total de PTS
		A 2021, las personas VCA han participado en procesos de planeación, veeduría y control social de las acciones que se adelantan para la gestión de la salud ambiental	No. de personas VCA que han participado en procesos de planeación, vigilancia y control de las acciones que se adelantan para la gestión de la salud ambiental
5.2. Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles (VSCNT)			
5.2.1. Definición dimensión VSCNT			

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Integra el conjunto de intervenciones que contribuyen a la adopción de estilos de vida saludables en la población VCA y al fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitarias para identificar y responder de manera oportuna, integral y diferencial a aquellas condiciones que, en relación con las ECNT, pueden estar generando una mayor afectación en esta población como consecuencia del conflicto armado. 5.2.2. Objetivo general de la dimensión VSCNT Contribuir al mejoramiento de la salud y el bienestar de la población VCA mediante la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles y de sus factores de riesgo a lo largo de todo el curso de vida. 5.2.3. Objetivos específicos VSCNT • Desarrollar capacidades institucionales y comunitarias para transformar modos, condiciones y estilos de vida que favorecen la salud y bienestar de la población VCA.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Información, Educación y Comunicación - IEC- para promover intervenciones que permitan la transformación de entornos y la toma de decisiones positivas sobre estilos de vida.	Procesos dirigidos a la población VCA para que incremente sus conocimientos e información en relación con las ECNT de tal forma que se puedan desarrollar en ellos las capacidades, motivaciones y habilidades para la toma de decisiones con respecto a modificaciones de los entornos y la toma de decisiones para transformar estilos de vida saludables en la vida cotidiana. Señala especialmente la promoción de la alimentación saludable, el fomento de la actividad física incluido entre otros el aprovechamiento del tiempo libre, el control del consumo de tabaco y del consumo abusivo de alcohol.	A 2021, los entornos donde se concentra la población víctima del conflicto armado han recibido campañas de IEC para la promoción de una vida saludable libre de ECNT.	No. de ET que han focalizado campañas de IEC para la prevención y atención oportuna de las ECNT hacia la población VCA/ Total de ET.
Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable (gestión con participación de varios sectores e instituciones)	Se refiere a la identificación y gestión intersectorial y transectorial para la generación de infraestructuras, espacios, bienes y servicios sostenibles, orientados a mejorar la oferta y facilitar el acceso a programas de recreación, cultura y actividad física; el fortalecimiento del transporte activo no motorizado; el acceso a una alimentación saludable; la disminución en la exposición y el consumo de tabaco y del consumo nocivo de alcohol; y que se generen condiciones que garanticen la autonomía e independencia en la población con limitaciones motoras, visuales y auditivas.	A 2021, contar con organizaciones, sectores e instituciones aliadas que trabajan transformando infraestructuras, espacios, bienes y servicios sostenibles que favorezcan directa o indirectamente a la población VCA.	No de organizaciones, sectores e instituciones aliadas que trabajan transformando infraestructuras, espacios, bienes y servicios sostenibles que favorezcan directa o indirectamente a la población VCA.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Entornos saludables para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable en la población VCA	Hace referencia a la adaptación e implementación de lineamientos y acciones para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida en los entornos laborales, educativos, comunitarios, hogar e instituciones en donde predomina población VCA para lograr la transformación de dichos entornos, con miras a lograr el desarrollo de factores protectores y la mejora y sostenibilidad de condiciones de salud y calidad de vida de esta población. Esta adaptación e implementación se despliega con la participación de diversos actores y con la movilización social haciendo uso de estrategias disponibles en los territorios que integren sus gestiones.	A 2021, al menos el 50% de los municipios ZOMAC (Zonas Más Afectadas por el Conflicto) cuentan con al menos un entorno laboral, o educativo o institucional o comunitario con transformaciones en sus condiciones que favorecen los estilos de vida saludable de la población VCA.	No. de municipios ZOMAC con al menos un entorno con transformaciones en sus condiciones que favorecen los estilos de vida saludable de
Mejorar la respuesta en salud dirigida a la población VCA en relación con las ECNT.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Detección temprana y protección específica para las ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual.	Señala las acciones encaminadas a realizar la detección temprana de las principales ENT, de la morbilidad bucal y visual para atender lo más anticipatoriamente posible las afecciones y reducir complicaciones, mortalidad y discapacidad relacionadas con estos eventos en la población VCA.	A 2020, se implementan las intervenciones relacionadas con la detección temprana y protección específica de las ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva contenidas en la Ruta Integral de Protección y Mantenimiento.	Proporción de la población VCA con acciones de detección temprana y protección específica de las ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva contenidas en la RIA de P y M.
Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial hacia la población VCA en lo relacionado con las ECNT.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Planificación territorial en salud para la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles con enfoque	Esta estrategia está encaminada a posicionar la importancia de incorporar respuestas focalizadas y diferenciales hacia la población VCA en el marco de la planeación territorial en salud. Busca que las propuestas en este tema reconozcan a esta población como un grupo prioritario de atención, que demanda acciones	A 2020, El capítulo de víctimas y su componente de VSCNT, es reconocido por los actores del ámbito institucional y comunitario que participan en la definición de políticas para la población VCA.	No. de espacios convocados para la divulgación del capítulo y su dimensión VSCNT/ total de espacios a convocar.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
diferencial hacia la población víctima del conflicto armado.	específicas y efectivas en el marco de la reparación y protección integral de sus derechos. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud y de las personas VCA en los escenarios de planificación territorial. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de la realidad de la población VCA en relación con las ECNT, de tal forma que se incorporen en los PTS metas y estrategias relacionadas con este tema y se avance en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora la capacidad de las VCA para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las acciones que en materia de ECNT se programen para la población VCA. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para la planificación territorial en salud con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en el área de las crónicas no transmisibles.	A 2020, los PTS incorporan acciones diferenciales en VSCNT dirigidas a la población VCA.	No. de PTS que incorporan acciones diferenciales en VSCNT para la población VCA/Total de PTS.
		A 2021, las personas VCA han participado en procesos de planeación, veeduría y control social de las acciones que se adelantan para la gestión de las ECNT	No. de personas VCA que han participado en procesos de planeación, vigilancia y control de las acciones que se adelantan para la gestión de las ECNT.

5.3. Convivencia Social y Salud Mental (CSSM)

5.3.1. Definición dimensión CSSM

Constituye el conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que se integran a la planificación nacional y territorial en salud para impulsar y mejorar la efectividad de la respuesta frente a las necesidades de salud mental y convivencia de la población VCA.

Esta dimensión se suma a un marco explícito de instrumentos normativos y políticos orientados a la atención y reparación de las personas VCA desde un enfoque de salud integral y psicosocial, por tanto, supone importantes retos de coordinación y articulación para el fortalecimiento de las iniciativas ya existentes o el impulso de nuevas actuaciones que se derivan de los vacíos y oportunidades de mejora identificadas.

5.3.2. Objetivo general de la dimensión CSSM

Fortalecer la gestión para la atención integral e integrada en salud mental de la población VCA., potencializando las capacidades individuales y colectivas para afrontar y superar las afectaciones provocadas por el conflicto armado y generar las transformaciones que facilitan relaciones interpersonales, familiares y comunitarias basadas en una sana convivencia.

5.3.3. Objetivos específicos de la dimensión CSSM

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Fortalecer la respuesta integral e integrada de los actores del SGSSS frente a las necesidades de salud mental y convivencia de la población VCA en el marco de la Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Desarrollo del enfoque psicosocial para la atención en la población VCA en el plan de implementación de la Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.	Esta estrategia consiste en desarrollar en el plan de implementación de las políticas el enfoque de desarrollo basado en derechos humanos, enfoque de curso de vida, de género, diferencial poblacional-territorial y enfoque psicosocial. Además bajo los principios de la salud mental como parte integral del derecho a la salud; de participación social y de política pública basada en la evidencia científica, para una atención integral e integrada y el involucramiento de todos los actores del SGSSS.	A 2021, el plan de implementación de la Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas incorpora el enfoque el enfoque psicosocial para la atención en la población VCA	El enfoque psicosocial para la atención en la población VCA está incorporado en el plan de implementación de la Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas incorpora
Gestión de información y conocimiento sobre la salud mental y convivencia en población VCA	Esta estrategia consiste en diseñar e implementar las acciones que permitan estudiar con mayor profundidad las situación de salud mental de las personas víctimas del conflicto armado. Busca integrar, captar, organizar, procesar y difundir datos e información relevante, pertinente y actualizada sobre esta temática y favorecer los espacios para el intercambio a nivel nacional e internacional de experiencias y buenas prácticas frente al abordaje de la problemáticas relacionadas con los temas de salud mental y convivencia en poblaciones que han sido afectadas por conflictos armados.	A 2021, se cuenta con una estrategia nacional para la gestión de información y conocimiento sobre salud mental y convivencia en población VCA	Estrategia nacional para la gestión de información y conocimiento sobre salud mental y convivencia en población VCA adoptada y divulgada por el Observatorio Nacional de Salud Mental
Fortalecer la respuesta actual frente a las necesidades de atención psicosocial de las víctimas en el marco de la Ley 1448 de 2011.			

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Implementación del componente de atención psicosocial del PAPSIVI	La atención Psicosocial pretende: Favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario. En donde es importante destacar: el papel de la recuperación o mitigación, en donde se trata de disminuir las afectaciones y daños ocasionados por los hechos victimizantes. La estrategia pretende elaborar, darle otro significado al sufrimiento; reconstruir vínculos y fortalecer recursos, entendiendo que las víctimas poseen capacidades, recursos que han empleado para enfrentar lo ocurrido que merecen destacar y fortalecer. La atención psicosocial se realiza mediante las modalidades individuales, familiares, comunitarias y colectiva étnica.	A 2020, se habrá logrado una cobertura del 25% del total de víctimas que requieren atención psicosocial, de acuerdo con el CONPES 3726 de 2012.	Número de personas víctimas con atención psicosocial a 2020/total de víctimas que requieren atención psicosocial, de acuerdo con el CONPES 3726 de 2012
Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial hacia la población VCA en la dimensión convivencia social y salud mental.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Planificación territorial en salud para la dimensión convivencia social y salud mental con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia está encaminada a posicionar la importancia de incorporar respuestas focalizadas y diferenciales hacia la población VCA en el marco de la planeación territorial en salud. Busca que las propuestas en este tema reconozcan a esta población como un grupo prioritario de atención, que demanda acciones específicas y efectivas en el marco de la reparación y protección integral de sus derechos. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud y de las personas VCA en los escenarios de planificación territorial. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de la realidad de la población VCA en relación a las condiciones de salud mental y convivencia social, de tal forma que se incorporen en los PTS metas y estrategias relacionadas con este tema y se avance en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora la capacidad de las VCA para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las acciones que en materia de	A 2020, El capítulo de víctimas y su componente de CSSM, es reconocido por los actores del ámbito institucional y comunitario que participan en la definición de políticas para la población VCA.	No. de espacios convocados para la divulgación del capítulo y su dimensión CSSM/ total de espacios a convocar
		A 2020, los PTS incorporan acciones diferenciales en CSSM dirigidas a la población VCA.	No. de PTS que incorporan acciones diferenciales en CSSM para la población VCA/Total de PTS

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
	salud mental y convivencia social se programen para la población VCA. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para la planificación territorial en salud con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en el área salud mental y convivencia social.	A 2021, las personas VCA han participado en procesos de planeación, veeduría y control social de las acciones que se adelantan para la gestión de la salud mental y la convivencia social	No. de personas VCA que han participado en procesos de planeación, vigilancia y control de las acciones que se adelantan para la gestión de la salud mental y la convivencia social
5.4.Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos (SDSR)			
5.4.1. Definición de la dimensión SDSR			
Constituye el conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que se articulan con las distintas políticas de atención integral a la población víctima del conflicto armado y que contribuyen a avanzar hacia la garantía del derecho de esta población a acceder a una respuesta oportuna, efectiva y humanizada frente a la salud sexual y reproductiva.			
5.4.2. Objetivo general de la dimensión SDSR			
Avanzar hacia la garantía y promoción del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población víctima del conflicto armado y contribuir a la reparación integral de las personas que han sufrido vulneraciones frente a este tema.			
5.4.3. Objetivos específicos de la dimensión SDSR			
Mejorar la salud reproductiva de la población víctima del conflicto armado y disminuir las brechas de desigualdad frente a los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.			

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
conflicto armado.	los daños específicos que ha causado la violencia sexual a las mujeres VCA. Implica un abordaje intersectorial basado en el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, de tal forma que se avance hacia la reconstrucción de los proyectos de vida de las mujeres y al empoderamiento que les permita autonomía frente a sus cuerpos y su sexualidad. Para esta estrategia se hace fundamental la articulación de las respuestas a través de distintos instrumentos como la Resolución 459 de 2012 que adopta el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual (https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF) y la Ley 1719 de 2014 (capítulo V) que establece acciones para la atención en salud de las víctimas de violencia sexual, en especial de la violencia sexual asociada al conflicto armado interno y con prioridad en las necesidades de las mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas. (http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1719_2014.html) Se debe reconocer por el sector salud, el programa de reparación integral realizado en el marco de las mujeres víctimas de violencias sexuales de los diferentes autos emitidos por la corte y anexos reservados que en este momento se encuentra en curso. El sector salud también debe reconocer que las víctimas violencia sexual tienen graves afectaciones a su salud física y mental porque sus violencias sexuales al ocurrir en el marco del conflicto armado se registran de forma sistemática y reiterativa como una forma de control y poder sobre la población. El ser víctimas de conflicto armado presenta un mayor riesgo para ser víctima de otras formas de violencias de género.	A 2020, se ha diseñado e implementado un mecanismo para identificar a la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado que tiene demanda insatisfecha frente a la atención y reparación integral. A 2022, se ha incrementado el acceso de la población víctima de delitos contra la libertad e integridad sexual tienen acceso efectivo a la atención a través de rutas y protocolos de atención para las víctimas de violencia sexual (Res. 459/2012 y Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial para víctimas del conflicto armado)	Documento con información sobre porcentaje de población VCA con demanda insatisfecha frente a la atención y reparación integral. Programa para la atención integral de víctimas de violencia sexual en el marco del Auto 009 en el abordaje integral de la Salud Sexual y reproductiva. No. de personas víctimas de delitos contra la libertad e integridad sexual que han accedido a la atención a través de rutas y protocolos de atención para las víctimas de violencia sexual/ Total de personas víctimas de delitos contra la libertad e integridad sexual
Atención integral en salud a víctimas de violencias en el conflicto armado, incluido el	A través de esta estrategia se garantizan las condiciones que aseguran la integralidad en la atención de las personas víctimas de violencia por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros	A 2020, se cuenta con la ruta integral de atención en salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales.	Acto administrativo que adopta la ruta integral de atención en salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo por tres causales.	sectores en articulación con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Establece la coordinación Nación-Territorio y el desarrollo de acciones que se integran a la implementación de modelos de atención integral, con el fin de generar los esquemas de atención en salud que optimicen los resultados esperados frente a las necesidades de la población víctima de violencias en el conflicto armado.		conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales. Documento con lineamientos para la atención psicosocial para víctimas de violencias de género en el marco del conflicto armado.
Fortalecimiento del talento humano para la atención en SSR	Esta estrategia se integra a la implementación de la Resolución 1166 de 2018 y a una de las metas definidas en este capítulo para la dimensión "Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria". Busca enfatizar en el fortalecimiento de las capacidades y competencias de los formadores y prestadores de servicios de salud frente a la atención con enfoque psicosocial que requiere la atención de personas víctimas en temas de Salud Sexual y Salud Reproductiva, de tal forma que se reduzca al máximo el riesgo de que se produzcan acciones de revictimización en esta población.	A 2020 , el 50% de las ET han implementado la Resolución 1166 de 2018	No. de ET han implementado la Resolución 1166 de 2018/Total de ET
		A 2021, el SENA oferta capacitación sobre el abordaje integral de las violencias de género, con énfasis en violencia sexual para la atención integral en salud.	Convocatoria a capacitación sobre el abordaje integral de las violencias de género, con énfasis en violencia sexual para la atención integral en salud realizada
Proteger la salud sexual de los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado.			
Estrategias	Definición de las estrategias.	Metas	Indicador
Seguimiento a las acciones de prevención y atención del embarazo adolescente en la población VCA	Esta estrategia parte de las respuestas institucionales que han sido diseñadas para la prevención y atención del embarazo adolescente que incorporan un enfoque diferencial hacia la población VCA. Por lo anterior, establece la necesidad de hacer seguimiento a los avances y retos frente a los resultados en salud que se evidencian en relación con la implementación de las rutas de atención integral e intersectorial para el restablecimiento de derechos en niñas y adolescentes embarazadas (CONPES SOCIAL 147/2012) ; del Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años que incluye en su capítulo 3 las consideraciones especiales para la atención de las embarazadas adolescentes pertenecientes a grupos especiales, dentro de los cuales se encuentra la población VCA y demás oferta institucional que encamina esfuerzos hacia esta temática como el ICBF a través de la " Estrategia de Atención Integral para niños, niñas y adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo en la Adolescencia" Recursos: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigi tal/RIDE/VS/PP/AJ-Ruta-Atencion-Integral-EA.pdf https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigi	A 2020, se han implementado las diferentes estrategias de servicios amigables que permitan la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención y atención integral del embarazo en la adolescencia.	Documento con el informe de avances y retos frente a la respuesta institucional para prevención y atención del embarazo en adolescente s VCA.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

tal/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf
<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortafolioICBF/all/prevencion-embarazo-adolescente>

- **Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial hacia la población VCA en la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.**

Estrategias	Definición de las estrategias.	Metas	Indicador
Planificación territorial en salud con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en SDSR	Esta estrategia está encaminada a posicionar la importancia de incorporar respuestas focalizadas y diferenciales hacia la población VCA en la dimensión SDSR en el marco de la planeación territorial en salud. Busca que las propuestas en este tema reconozcan a esta población como un grupo prioritario de atención, que demanda acciones específicas y efectivas en el marco de la reparación y protección integral de sus derechos. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud y de las personas VCA en los escenarios de planificación territorial. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de la realidad de la población VCA en relación con la salud y derechos sexuales y reproductivos, de tal forma que se incorporen en los PTS metas y estrategias relacionadas con este tema y se avance en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora la capacidad de las VCA para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las acciones que en materia de salud sexual y reproductiva se programen para la población VCA. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para la planificación territorial en salud con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en el área sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	A 2020, El capítulo de víctimas y su componente de SDSR, es reconocido por los actores del ámbito institucional y comunitario que participan en la definición de políticas para la población VCA.	No. de espacios convocados para la divulgación del capítulo y su dimensión SDSR/ total de espacios a convocar
		A 2020, los PTS incorporan acciones diferenciales en SDSR dirigidas a la población VCA.	No. de PTS que incorporan acciones diferenciales en SDSR para la población VCA/Total de PTS
		A 2021, las personas VCA han participado en procesos de planeación, veeduría y control social de las acciones que se adelantan para la gestión de SDSR	No. de personas VCA que han participado en procesos de planeación, vigilancia y control de las acciones que se adelantan para la gestión de la SDSR

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
5.5. Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)			
5.5.1. Definición de la dimensión SAN			
Constituye el conjunto de estrategias que se desarrollan con el propósito de asegurar la seguridad alimentaria y nutricional en la población víctima del conflicto armado, mediante la prevención de la malnutrición y la promoción de capacidades institucionales y comunitarias para el abordaje de esta temática.			
5.5.2. Objetivo general de la dimensión SAN			
Contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional de la población víctima del conflicto armado a través de la articulación intersectorial y el desarrollo de acciones dirigidas a la prevención de la malnutrición y la promoción de una alimentación saludable.			
5.5.3. Objetivos específicos de la dimensión SAN			
Mejorar la situación nutricional de la población víctima del conflicto armado con prioridad en la población más vulnerable.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Vigilancia en salud pública del estado nutricional de la población víctima del conflicto armado, con prioridad en la población más vulnerable.	Consiste en identificar y hacer seguimiento a la población víctima que presenta o está en riesgo de malnutrición. Supone el fortalecimiento de la vigilancia del estado nutricional incluyendo las variables que caracterizan esta población.	A 2020, se cuenta con la vigilancia del estado nutricional incluyendo las variables que caracterizan a la población víctima.	Vigilancia del estado nutricional a partir de variables que caracterizan a la población víctima
		A 2021, los territorios cuentan con información del estado nutricional de la población víctima para tomar decisiones frente a la inversión de recursos en esta población	Territorios que cuenta con información del estado nutricional de la población víctima
Atención a la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años con priorización en población víctimas del conflicto armado	Establece la priorización de la población menor de 5 años con desnutrición-DNT aguda moderada y severa en la implementación de la ruta de atención a la desnutrición, que incluya la búsqueda activa, el inicio oportuno del tratamiento de esta patología, y el seguimiento a los casos.	A 2021, los menores de 5 años con DNT aguda moderada o severa de la población víctima ha sido priorizada en la ruta de atención a la desnutrición	Número de menores de 5 años con DNT aguda moderada o severa de la población víctima han sido priorizados en la ruta de atención a la desnutrición
Promoción de estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) en alimentación saludable	La estrategia IEC en alimentación saludable pretende generar un cambio de comportamiento en la población VÍCTIMA para que ésta adquiera prácticas alimentarias saludables, a través de un proceso participativo	Al 2021, los territorios ha adaptado y/o adoptado la estrategia IEC en alimentación saludable para población víctima de acuerdo al contexto local	No. de territorios que ha adaptado y/o adoptado la estrategia IEC en alimentación saludable

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Articulación intersectorial	Fortalecer los espacios de articulación intersectorial encaminados a aunar esfuerzos entre entidades gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, ONG, Organismos de Cooperación Internacional, sector privado, academia y demás instituciones interesadas en el mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional de la población víctima del conflicto armado.	A 2020, las ET cuentan con espacios de articulación intersectorial donde se prioriza el tema de SAN para la población víctima.	No. de entidades territoriales departamentales y distritales con espacios de articulación intersectorial donde se prioriza el tema de SAN para la población víctima/ Total de entidades territoriales departamentales y distritales.
Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial hacia la población VCA en la dimensión seguridad alimentaria y nutricional.			
Estrategias	Definición de las estrategias.	Metas	Indicador
Planificación territorial en salud para la dimensión SAN con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado.	Esta estrategia está encaminada a posicionar la importancia de avanzar hacia la seguridad alimentaria y nutricional en la población VCA. Busca que las propuestas en este tema reconozcan a esta población como un grupo prioritario de atención, que demanda acciones específicas y efectivas en el marco de la reparación y protección integral de sus derechos. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud y de la personas VCA en los escenarios de planificación territorial. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar en la identificación y comprensión de las situación de salud de la población víctima respecto a la SAN, en la definición de metas y estrategias como respuesta a dicha situación y en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora la capacidad de las VCA para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las acciones que en materia de seguridad alimentaria y nutricional se programen para la población VCA. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para el fortalecimiento de las capacidades de planeación en SAN con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto.	A 2020, El capítulo de víctimas y su componente para la gestión de la SAN, es reconocido por los actores del ámbito institucional y comunitario que participan en la definición de políticas para la PVCA.	No. de espacios convocados para la divulgación del capítulo y su dimensión SAN/ total de espacios a convocar
		A 2021, los PTS incorporan acciones diferenciales en SAN dirigidas a la población VCA	No. de PTS que incorporan acciones diferenciales en SAN para la población VCA/Total de PTS
		A 2021, las personas VCA han participado en procesos de planeación, veeduría y control social de las acciones que se adelantan para la gestión de la SAN	No. de personas VCA que han participado en procesos de planeación, vigilancia y control de las acciones que se adelantan para la gestión de la SAN

Continuación resolución "Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública"			
5.6.Vida Saludable y Enfermedades transmisibles (VSET)			
5.6.1. Definición de la dimensión VSET			
Conjunto de intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias con enfoque diferencial hacia las personas, familias y comunidades víctimas del conflicto armado que buscan contribuir a una vida sana, reducir el impacto sobre la salud y el bienestar social y económico y mejorar el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles.			
5.6.2. Objetivo general de la dimensión VSET			
Garantizar el derecho de la población víctima del conflicto armado a una vida libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del curso de vida, con enfoque diferencial y de equidad, que reduzcan el riesgo a las exposiciones y vulnerabilidades a situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes, reemergentes y desatendidas.			
5.6.3. Objetivos específicos de la dimensión VSET			
• Reducir los riesgos de enfermar y morir por enfermedades prevenibles por las vacunas, en la población VCA, mediante estrategias que permitan acceder a esquemas completos de vacunación, sin barreras.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Fortalecimiento de la inducción a la demanda y la vacunación sin barreras de la población VCA	Define orientaciones dirigidas a los actores que lideran los programas de vacunación y al personal asistencial de salud sobre la necesidad de fortalecer las acciones para aumentar la inducción a la demanda de la población víctima, aprovechando todas las oportunidades de contacto de esta población. También considera acciones de sensibilización, información y educación dirigidas concienciar a las personas víctimas sobre la necesidad de acudir a los puntos de vacunación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; así como, participar de las estrategias en vacunación permanente, intensiva, por jornada y emergente y las tácticas, tales como vacunación institucional, vacuna casa a casa, por micro concentración, brigadas, canalización, entre otras, de acuerdo a las características geográficas y culturales de cada territorio, de tal forma que se adopten actitudes y practicas responsables frente al cuidado de la salud de la población infantil, familia y de la comunidad en general. Lo anterior, busca intensificar las acciones de programación, gestión y operación y de las estrategias y tácticas de vacunación, de tal forma que se	A 2020, los "Lineamientos para la Gestión y Administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones" incluyen dentro de las acciones y responsabilidades, la inducción a la demanda y cumplimiento de metas para la vacunación de la población víctima del conflicto armado.	Documento con lineamientos publicados y divulgados con las Entidades Territoriales EAPB, IPS.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

	maximice la captación de la población VCA en zonas rurales, dispersas, asentamientos y demás entornos de difícil acceso, donde se identifique concentración de población VCA. Se propone la vinculación y participación activa de los líderes y lideresas de la población VCA como factor clave para el desarrollo exitoso de las estrategias y tácticas de vacunación.		
Monitoreo de vacunación en la población VCA	Esta estrategia consiste en adelantar las acciones que permitan tener información territorial relacionada con el estado vacunal en la población infantil víctima. Esta información puede ser tomada a través del análisis de cada territorio de la evaluación de cobertura de vacunación y monitoreos (Xunta de Galicia, Epidad 4. Análisis epidemiológico de datos. Versión 4.2., 2016) rápidos intencionales en población VCA, que se realicen en cada territorio.	A 2021, el Sistema de Información nominal PAI Web generan información sobre coberturas de vacunación en la población víctima del conflicto armado.	Sistema de Información nominal PAI Web con indicadores de coberturas de vacunación desagregados para la población víctima del conflicto armado
		A 2021, el Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI- dispone de un tablero de control para el monitoreo de metas de cobertura en la vacunación de la población VCA	Tablero de control implementado como herramienta para el monitoreo de metas de cobertura en la vacunación de la población VCA.

- Reducir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto, las re-emergentes y desatendidas; las infecciones asociadas a la atención en salud IAAS, a la contención de antimicrobianos y las trasmitidas por vectores y por animales vertebrados en la población VCA, fortaleciendo las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones diferenciales para una vida saludable libre de enfermedades transmisibles.

Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
-------------	-------------------------------	-------	-----------

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Información, educación y comunicación para la promoción de una vida saludable libre de enfermedades transmisibles	Implica un proceso de concertación y construcción con la población VCA de los mensajes informativos de las temáticas en la cuales se quiere promocionar, diseñando propuestas comunicativas y las formas propias para su divulgación; generar espacios de formación de educación para la salud de acuerdo a los diferentes entornos donde se concentra la población víctima del conflicto armado, de tal forma que a nivel individual, familiar y comunitario se logren adoptar las prácticas y medidas que permiten prevenir al máximo la aparición de enfermedades transmisibles y acudir a diagnósticos y tratamientos oportunos en caso de que se presenten. En concordancia con los lineamientos de la RMPS para la implementación en cuanto a las intervenciones colectivas y las orientaciones técnicas y operativas de adaptabilidad de la RMPS a las poblaciones VCA de acuerdo a las condiciones geográficas, culturales, históricas y sociales.	No. de ET que han desarrollado acciones e Información en salud y procesos de educación y comunicación para la salud concertados con las poblaciones VCA para la prevención y atención oportuna de la enfermedad transmisible.	No. de ET que han generado acciones de Información para la salud y estrategias, procesos de educación y comunicación para la salud para la prevención y atención oportuna de la enfermedades transmisibles hacia la población VCA/ Total de ET
Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial hacia la población VCA en la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Planificación territorial en salud para la dimensión VSET con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia está encaminada a incorporar respuestas focalizadas y diferenciales hacia la población VCA en la dimensión salud y enfermedades transmisibles en el marco de los procesos de planeación territorial en salud. Busca que las propuestas en este tema reconozcan las vulnerabilidades y desigualdades que enfrenta esta población con el fin de planear acciones específicas y efectivas de manera articulada con las medidas de reparación y protección integral de sus derechos. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud, de los demás sectores y de las personas VCA en los escenarios de planeación territorial en salud del territorio. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de la realidad de la población VCA en relación con las enfermedades transmisibles y sus factores de riesgo, de tal forma que se	A 2020, El capítulo de víctimas y su componente de vida saludable y enfermedades transmisibles, es reconocido por los actores del ámbito institucional y comunitario que participan en la definición de políticas para la población VCA.	No. de espacios convocados para la divulgación del capítulo y su dimensión VSET/ total de espacios a convocar
		A 2020, los PTS incorporan acciones diferenciales en VSET dirigidas a la población VCA	No. de PTS que incorporan acciones diferenciales en VSET para la población VCA/Total de PTS

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
	incorporen en los PTS metas y estrategias relacionadas con este tema y se avance en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora la capacidad de las VCA para lograr empoderamiento para ejercer el derecho a la participación, información para tomar decisiones y educación para comprender las lógicas y políticas institucionales, a través de procesos de veeduría y control social a la ejecución de las acciones que se adelanten para el mejoramiento de las situaciones, condiciones y eventos transmisibles que se programen para la población VCA. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para el fortalecimiento de las capacidades de planeación en VSET con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto.	A 2021, las personas VCA han participado en procesos de veeduría y control social de las acciones que se adelantan para la gestión de una vida saludable libre de enfermedades transmisibles	No. de personas VCA que han participado en procesos de vigilancia y control de las acciones relacionadas con la gestión de las enfermedades transmisibles
5.7.Salud y Ámbito Laboral (SAL) 5.7.1. Definición de la dimensión SAL Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de dichas personas en todas sus ocupaciones y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para su salud en el trabajo. 5.7.2. Objetivo general de la dimensión SAL Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo de la población trabajadora informal en calidad de Víctima del Conflicto Armado, mediante la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales, que puedan afectar negativamente su estado de bienestar y salud. 5.7.3. Objetivos específicos de la dimensión SAL • Promover la salud en el trabajo de los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado.			

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Caracterización demográfica y epidemiológica de los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado, por actividad económica y territorio.	Aplicar la metodología que identifique y analice los atributos demográficos y epidemiológicos de los trabajadores informales en calidad de víctimas del conflicto armado.	A 2020 se iniciará la aplicación de la metodología para identificar y analizar la caracterización demográfica y epidemiológica de los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado, por actividad económica y territorio.	% de Entidades Territoriales de Salud con caracterización demográfica y epidemiológica de los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado, por actividad económica y territorio iniciada.
Diagnóstico de las condiciones de trabajo y de las condiciones de salud de los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado caracterizados.	Desarrollar actividades diagnósticas de higiene, seguridad ocupacional, medicina preventiva y medicina del trabajo al ámbito laboral y a los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado caracterizados.	A 2021 se iniciará el diagnóstico de las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado caracterizados.	% de Entidades Territoriales de Salud con diagnóstico de las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado iniciado.
Elaboración, implementación y evaluación de planes de respuesta integral para mejorar las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado.	Diseñar las intervenciones en la fuente, el medio y las personas, de los peligros identificados en los diagnósticos de las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado.	A 2022 se iniciarán la ejecución de los planes de respuesta integral para mejorar las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado.	% de Entidades Territoriales de Salud con planes de respuesta integral para mejorar las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado iniciados.
Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión intersectorial y la participación social en el nivel departamental, distrital y municipal, para la promoción de la salud en el trabajo y la prevención del accidente de trabajo y la enfermedad laboral en los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado.			
Estrategias	Definición de las estrategias.	Metas	Indicador
Fortalecimiento y promoción de instancias organizativas de grupos de trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado.	Mantener o fundamentar espacios que faciliten la organización por grupos de trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado, para facilitar su intervención y las construcciones participativas.	A 2020 se iniciará la conformación de instancias organizativas de grupos de trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado.	% de Entidades Territoriales de Salud con instancias organizativas de grupos de trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado conformadas.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Promoción de la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de trabajadores informales en calidad de Víctimas del Conflicto Armado.	Capacitar en la normatividad vigente del Sistema General de Riesgos Laborales, para conocer los derechos y deberes de los trabajadores, buscando estimular la afiliación.	A 2020 se iniciará la capacitación en la normatividad vigente del Sistema General de Riesgos Laborales, para conocer los derechos y deberes de los trabajadores, buscando estimular la afiliación.	% de Entidades Territoriales de Salud con programas de capacitación en la normatividad vigente del Sistema General de Riesgos Laborales dirigida a los trabajadores informales de la Población Víctima del Conflicto Armado.
Alianzas estratégicas con las instancias públicas y privadas pertinentes para apoyar el logro del objetivo general de la dimensión salud y ámbito laboral para la Población Víctima del Conflicto Armado.	Gestionar alianzas intersectoriales e intersectoriales que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo de la población trabajadora informal en calidad de Víctima del Conflicto Armado.	A 2020 se gestionarán alianzas estratégicas con instancias públicas y privadas para apoyar el logro del objetivo general de la dimensión salud y ámbito laboral para la Población Víctima del Conflicto Armado.	% de Entidades Territoriales de Salud con alianzas estratégicas para apoyar el logro del objetivo general de la dimensión salud y ámbito laboral para la Población Víctima del Conflicto Armado.
Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial hacia la población VCA en la dimensión salud y ámbito laboral.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Planificación territorial en salud para la dimensión salud y ámbito laboral con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia está encaminada a incorporar respuestas focalizadas y diferenciales hacia la población VCA en la dimensión salud y ámbito laboral en el marco de los procesos de planeación territorial en salud. Busca que las propuestas en este tema reconozcan las vulnerabilidades y desigualdades que enfrenta esta población con el fin de planear acciones específicas y efectivas de manera articulada con las medidas de reparación y protección integral de sus derechos. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud, de los demás sectores y de las personas VCA en los escenarios de planeación territorial en salud del territorio. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de la realidad de la población VCA en relación con el entorno laboral y sus factores de riesgo, de tal forma que se incorporen en los PTS metas y estrategias relacionadas con este tema y se avance en el monitoreo y seguimiento	A 2020, El capítulo de víctimas y su componente para la gestión de la SAL, es reconocido por los actores del ámbito institucional y comunitario que participan en la definición de políticas para la PVCA.	No. de espacios convocados para la divulgación del capítulo y su dimensión SAL/ total de espacios a convocar
		A 2020, los PTS incorporan acciones diferenciales en SAL dirigidas a la población VCA	No. de personas VCA que han participado en procesos de vigilancia y control de las acciones relacionadas con temas de SAL

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
	de las acciones propuestas. Igualmente incorpora la capacidad de las VCA para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las acciones que en materia de salud y ámbito laboral se programen para la población VCA. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para el fortalecimiento de las capacidades de planeación en SAL con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto.	A 2021, las personas VCA han participado en procesos de planeación, veeduría y control social de las acciones que se adelantan para la gestión de la salud y ámbito laboral.	No. de personas VCA que han participado en procesos de planeación, vigilancia y control de las acciones que se adelantan para la gestión de la salud y ámbito laboral.
5.8. Salud Pública en Emergencias y Desastres (SPED)			
5.8.1. Definición de la dimensión SPED			
Constituye el conjunto de acciones e intervenciones sectoriales y transectoriales dirigidas a fortalecer la respuesta y la protección de la población VCA ante las emergencias y desastres. Establece la ejecución de estrategias enmarcadas en el Plan Decenal de Salud Pública, en articulación y coordinación con el conjunto de políticas y acciones que desarrollan las instituciones nacionales y territoriales encargadas de la implementación de acciones relacionadas con la prevención y atención de emergencias y desastres.			
5.8.2. Objetivo general de la dimensión SPED			
Contribuir a la protección de la vida y la salud de población VCA en situaciones de emergencias y desastres.			
5.8.3. Objetivos específicos de la dimensión SPED			
• Reducir el riesgo de afectaciones a la salud que enfrenta la población VCA por situaciones de emergencias y desastres.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Identificación de las vulnerabilidades y escenarios de riesgo ante las emergencias y desastres que enfrenta de manera diferencial la población VCA	Implica identificar los riesgos y vulnerabilidades de la población VCA en las zonas en las cuales se han concentrado (asentamientos, bordes de ríos, zonas marginales de alto riesgo y amenaza), principalmente como resultado de los desplazamientos forzados. Lo anterior con el propósito de planear las medidas preventivas y correctivas que permitan proteger la vida y la salud de este grupo poblacional.	A 2021, al menos el 50% de los planes sectoriales de gestión del riesgo de desastres de las ET incorporan los riesgos por factores naturales, ambientales y antrópicos que afectan a la población víctima	No. de ET con Planes sectoriales de gestión del riesgo de desastres que incorporan los riesgos por factores naturales, ambientales y antrópicos que afectan a la población víctima / Total de ET

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Aumentar la capacidad de respuesta de la población VCA frente a las emergencias y desastres.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Información, educación y comunicación para la autoprotección y cuidado de la salud de la población VCA frente a las emergencias y desastres	Constituye el conjunto de medidas orientadas a lograr que la población VCA reconozca sus condiciones de vulnerabilidad y los riesgos que enfrenta con el fin que adopte actitudes y prácticas seguras y preventivas que le permitan tomar decisiones y acciones oportunas y efectivas para proteger su propia salud, la de sus familias y la de sus comunidades. Como resultado la población VCA debe aumentar la capacidad para responder antes, durante y después a situaciones adversas relacionadas con las emergencias y desastres.	A 2021, al menos el 50% de ET ejecutan estrategias de información, educación y comunicación con enfoque diferencial hacia la población VCA en temas de mitigación, prevención y mecanismos de acción y respuesta frente a las emergencias y desastres	No. de ET que ejecutan estrategias de información, educación y comunicación con enfoque diferencial hacia la población VCA en temas de mitigación, prevención y mecanismos de acción y respuesta frente a las emergencias y desastres /Total de ET
Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones diferenciales en el ámbito de la gestión de la salud pública en emergencias y desastres.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Planificación territorial en salud para la dimensión salud pública en emergencias y desastres con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado.	Esta estrategia está encaminada a posicionar la importancia de incorporar respuestas focalizadas y diferenciales hacia la población VCA en la dimensión salud pública en emergencias y desastres en el marco de la planeación territorial en salud. Busca que las propuestas en este tema reconozcan las vulnerabilidades y amenazas que enfrenta esta población con el fin de planear acciones específicas y efectivas de manera articulada con las medidas de reparación y protección integral de sus derechos. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud y de las personas VCA en los escenarios de planificación territorial. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir	A 2020, El capítulo de víctimas y su componente de SED, es reconocido por los actores del ámbito institucional y comunitario que participan en la definición de políticas para la PVCA.	No. de espacios convocados para la divulgación del capítulo y su dimensión SPED/ total de espacios a convocar
		A 2020, los PTS incorporan acciones diferenciales en SED dirigidas a la población VCA.	No. de PTS que incorporan acciones diferenciales en SED para la población VCA/Total de PTS

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

	en la identificación y comprensión de la realidad de la población VCA en relación con las vulnerabilidades, y escenarios de riesgo y los mecanismos de respuesta, de tal forma que se incorporen en los PTS metas y estrategias relacionadas con este tema y se avance en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora la capacidad de las VCA para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las acciones que en materia de emergencias y desastres se programen para la población VCA. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para el fortalecimiento de las capacidades de planeación en la SPED con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto.	A 2021, las personas VCA han participado en procesos de planeación, veeduría y control social de las acciones que se adelantan para la gestión de las emergencias y desastres	No. de personas VCA que han participado en procesos de planeación, vigilancia y control de las acciones que se adelantan para la gestión de las emergencias y desastres
--	--	---	---

5.9.Gestión diferencial de poblaciones vulnerables (GDPV)

5.9.1. Definición de la dimensión GDPV

Conjunto de estrategias y acciones institucionales e intersectoriales dirigidas a impactar los determinantes sociales de la salud asociados con inequidades injustas y evitables, que inciden negativamente en las condiciones de salud y de vida de la población víctima del conflicto armado, desde las perspectivas de niñez, adolescencia, vejez, género, discapacidad, pertenencia étnica, que requieren respuestas acordes con sus características asociadas a la diversidad, asimetrías o desequilibrios en derechos respecto de otros, barreras de acceso a bienes y servicios y vulneraciones o vulnerabilidades específicas.

5.9.2. Objetivo general de la dimensión GDPV

Mejorar las condiciones de vida y de salud de la población VCA, teniendo en cuenta las características y necesidades particulares de los grupos específicos de población: niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, por género, situación de discapacidad, y pertenencia étnica como indígenas, negros, afrocolombianos, palenqueros, raizales y Rrom.

5.9.3. Objetivos específicos de la dimensión GDPV

- **Garantizar el acceso de niños, niñas y adolescentes VCA a los planes, programas y proyectos con enfoque diferencial que propendan por la restauración de sus derechos fundamentales, por mejorar sus condiciones de vida y superar las inequidades injustas y evitables en salud.**

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Estrategias	Definición de la estrategia	Metas	Indicador
Gestión de conocimiento específico y diferencial sobre las condiciones de salud de los niños, niñas y adolescentes VCA	Hace referencia a la identificación y comprensión de la situación de salud de la niñez y adolescencia VCA, de sus necesidades y requerimientos, desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud y de las afectaciones en el marco de lo establecido en el artículo 204 de la Ley 1098 del 2006.	A 2020, se cuenta con diagnósticos sobre la situación de salud de la niñez y adolescencia VCA a nivel territorial, a partir de la plena identificación de esta población mediante el cruce de base de datos poblacionales con el Registro único de víctimas (RUV. Ver comunicado conjunto No. 4, MSPS-UARIV, 2018)	No. de ET con diagnósticos sobre la situación de salud de la niñez y adolescencia VCA / Total de ET
Gestión y fortalecimiento de políticas públicas en salud diferenciales para la infancia y adolescencia VCA	En el proceso de ejecución de los planes de desarrollo y de las políticas de infancia y adolescencia, formulados para el periodo 2020-2024, las entidades territoriales, estarán ejecutando programas con enfoque diferencial en salud y desarrollo integral según afectaciones a la salud (incluidos hechos producto de violencia física, sexual, psicológica, entre otros) dirigidos a atender y restituir derechos de la población de niños, niñas y adolescentes VCA.	A 2021, los departamentos, distritos y municipios, habrán incrementado las coberturas de la población de niños, niñas y adolescentes VCA en programas de SAN.	No. de departamentos, distritos y municipios ejecutando programas de SAN que aumentaron las coberturas a niños, niñas y adolescentes VCA / Total de ET
		A 2021, los departamentos, distritos y municipios, contarán con procesos participativos con niños, niñas y adolescentes VCA para la definición de prioridades de acción dirigidas a fortalecer su desarrollo, bienestar integral, eliminación de formas de discriminación y/o estigmatización, superación de afectaciones específicas a nivel físico, sexual y psicológico, y fortalecimiento familiar y sociocultural.	No. de departamentos, distritos y municipios que desarrollan procesos participativos con niños, niñas y adolescentes VCA / Total de ET
		A 2020, las entidades territoriales contarán con programas de salud diferenciales, integrales y con enfoque psicosocial, dentro del PAPSIVI, para la asistencia, atención y rehabilitación en salud a la niñez y la adolescencia VCA.	No. de departamentos, distritos y municipios que cuentan con programas de salud diferenciales, con enfoque psicosocial para la asistencia, atención y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes VCA / Total de ET

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Implementación del artículo 204 de la Ley 1098 de 2006	El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con las demás entidades públicas nacionales responsables, revisarán, ajustarán y socializarán ante los mandatarios territoriales los lineamientos técnicos para la inclusión de la infancia y la adolescencia en los planes territoriales de desarrollo, incluyendo a las poblaciones de niños, niñas y adolescentes VCA, con los debidos enfoques: diferencial y de acción afirmativa, en concordancia con lo establecido en la Ley 1448 de 2011 y sus desarrollos.	A 2020 se habrán revisado y socializado los lineamientos técnicos para la inclusión de la infancia y la adolescencia en los planes territoriales de desarrollo y de salud, incluyendo lo concerniente a la niñez y adolescencia VCA.	Documento con los lineamientos técnicos para la inclusión de la infancia y la adolescencia en los planes territoriales de desarrollo y de salud, incluyendo lo concerniente a la niñez y adolescencia VCA, revisados y socializados con actores involucrados de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.
Estrategia de coordinación y articulación nación - territorio	Hace referencia al desarrollo de procesos de coordinación y articulación entre los actores y sectores involucrados, para que en el marco de las políticas públicas territoriales que deben formular para la niñez y la adolescencia, según lo establecido en los artículos 201 a 204 de la Ley 1098 de 2006 y en correspondencia con las necesidades y requerimientos identificados en los diagnósticos hechos para población de niños, niñas y adolescentes VCA, incluyan, a nivel sectorial, programas específicos que contribuyan a la realización de derechos señalados en el Capítulo II de la Ley 1098 de 2006, los cuales se relacionan con: alimentación, salud, educación, desarrollo integral, recreación, participación y atención a la discapacidad, entre otros. Los anteriores, con la debida participación de las poblaciones concernidas y con enfoque diferencial.	Desarrollar e implementar a nivel territorial programas específicos con enfoque diferencial para garantizar los derechos a niños, niñas y adolescentes VCA, en el marco de las políticas públicas previstas para la niñez y adolescencia.	No. De entidades territoriales con programas específicos para niños, niñas y adolescentes VCA/ Total de ET
Garantizar la atención y reparación integral con enfoque diferencial para las distintas poblaciones que, por discriminación de género, han sufrido afectaciones a la salud y vulneradas en sus derechos en el marco del conflicto armado.			

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Estrategias	Definición de la estrategia	Metas	Indicador
Gestión de conocimiento sobre la situación de vulneración de los derechos, afectaciones a la salud y discriminación desde un enfoque de género	Comprende las acciones para identificar y comprender las condiciones y afectaciones específicas en salud, así como los determinantes asociados de la población VCA en relación con las identidades de género, con el propósito de generar e implementar lineamientos de acción que conduzcan a superar barreras, inequidades y actos de discriminación en el acceso a los servicios de salud.	A 2020 se cuenta con los lineamientos para caracterizar las condiciones de salud de la población VCA con enfoque de género, identificando determinantes asociados y barreras en el acceso a los servicios de salud.	Documento con los lineamientos para caracterizar las condiciones de salud de la población VCA con enfoque de género, identificando determinantes asociados y barreras en el acceso a los servicios de salud.
Desarrollo de programas diferenciales con perspectiva de género	Hace referencia al desarrollo y ejecución de estrategias con enfoque diferencial y psicosocial, para la atención y rehabilitación de la población con identidades LGBTI, con el fin de superar barreras de acceso a la atención en salud y prestar servicios adecuados y pertinentes en razón a la diversidad de géneros y según afectaciones y condiciones particulares para las personas VCA.	A 2020, Desarrollar e implementar programas de atención en salud con estrategias diferenciales y con perspectiva de género, dirigidos a las VCA con identidades LGBTI	No. de entidades territoriales que implementan programas de salud diferenciales, con enfoque psicosocial para la asistencia, atención y rehabilitación de poblaciones VCA según identidades de género.
Fortalecimiento del talento humano para la atención en salud con enfoque de género	Consiste en el desarrollo de capacidades en el talento humano en salud del nivel nacional y territorial en temas relacionados con la atención psicosocial y la atención integral en salud con enfoque de género. Implica la capacitación en conceptos y acciones que contemplen la apropiación del enfoque diferencial y el trato digno y humanizado a personas con identidades de género no hegemónicas.	A 2020, el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial para las Víctimas del Conflicto Armado incorpora las orientaciones para la atención digna y humanizada con perspectiva de género	Documento con el anexo que orienta la atención digna y humanizada con perspectiva de género
• Garantizar el acceso de la población indígena, gitana, negra, afrocolombiana, palanquera y raizal VCA, a planes, programas y proyectos con enfoque diferencial para el mejoramiento de sus condiciones de vida y salud.			
Estrategias	Definición de la estrategia	Metas	Indicador
Consolidación y fortalecimiento de la implementación de componente étnico en el PAPSIVI	Dadas las particularidades socioculturales de la población VCA perteneciente los pueblos y comunidades indígenas, el Pueblo Rrom o Gitano, las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras, esta estrategia persigue la concreción del enfoque diferencial en salud con estas personas y colectivos a través del PAPSIVI. Previa concertación con los grupos étnicos se desarrollarán e incorporarán las rutas de atención diferenciales que sean adecuadas social y culturalmente	A 2020, en el marco de la implementación del PAPSIVI se tendrá concertada la ruta diferencial de atención a VCA pertenecientes a los pueblos indígenas.	Ruta de atención diferencial para población VCA perteneciente a pueblos indígenas adoptada mediante acto administrativo como componente integral del PAPSIVI
		A 2020, en el marco del PAPSIVI, se estará implementando la ruta diferencial de atención a VCA pertenecientes a los pueblos indígenas.	No de ET que están implementando la ruta diferencial de atención a VCA pertenecientes a los pueblos indígenas/ Total de ET

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
	a las expectativas de cada grupo, con el propósito de mejorar sus condiciones de vida y salud y contribuir a la atención integral y restablecimiento de sus derechos.	A 2020, en el marco de la implementación del PAPSIVI se tendrá concertada la ruta diferencial de atención a VCA pertenecientes a las Comunidades Negras, Afrocolombianas y Palenqueras	Ruta de atención diferencial para población VCA perteneciente a las Comunidades Negras, Afrocolombianas y Palenqueras adoptada mediante acto administrativo como componente integral del PAPSIVI
		A 2020, en el marco del PAPSIVI, se estará implementando la ruta diferencial de atención a VCA pertenecientes a las Comunidades Negras, Afrocolombianas y Palenqueras	No de ET que están implementando la ruta diferencial de atención a VCA pertenecientes a las Comunidades Negras, Afrocolombianas y Palenqueras / Total de ET
		A 2020, en el marco de la implementación del PAPSIVI se tendrá concertada la ruta diferencial de atención a VCA pertenecientes al Pueblo Rrom	Ruta de atención diferencial para población VCA perteneciente al Pueblo Rrom adoptada mediante acto administrativo como componente integral del PAPSIVI
		A 2020, en el marco del PAPSIVI, se estará implementando la ruta diferencial de atención a VCA pertenecientes al Pueblo Rrom	No de ET que están implementando la ruta diferencial de atención a VCA pertenecientes al Pueblo Rrom/ Total de ET
Coordinación de acciones intersectoriales para la atención integral de la población étnica VCA	Consiste en la gestión que desde el sector salud se realiza para lograr la implementación de las acciones sectoriales e intersectoriales en favor del mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de los pueblos y comunidades indígenas, del Pueblo ROM o Gitano y de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. El propósito es contribuir a la protección de sus derechos teniendo en cuenta las afectaciones y necesidades desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud y bajo las condiciones de respeto por la identidad cultural y	A 2020, los Planes Territoriales de Salud incorporan metas de acción sectoriales e intersectoriales para la respuesta integral a víctimas pertenecientes a pueblos indígenas.	No. de entidades territoriales con PTS que tienen metas de acción sectoriales e intersectoriales para la respuesta integral a víctimas pertenecientes a pueblos indígenas/ Total de ET
		A 2020, los Planes Territoriales de Salud incorporan metas de acción sectoriales e intersectoriales para la respuesta integral a víctimas pertenecientes al Pueblo Rrom o Gitano	No. de entidades territoriales con PTS que tienen metas de acción sectoriales e intersectoriales para la respuesta integral a víctimas pertenecientes al Pueblo Rrom o Gitano / Total de ET

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
	la autonomía y gobierno propio a partir de la implementación de los Decretos Ley 4633, 4634 y 4635 de 2011.	A 2020, los Planes Territoriales de Salud incorporan metas de acción sectoriales e intersectoriales para la respuesta integral a víctimas pertenecientes a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras	No. de entidades territoriales con PTS que tienen metas de acción sectoriales e intersectoriales para la respuesta integral a víctimas pertenecientes a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras/ Total de ET
Mejorar el acceso y la respuesta a las necesidades de salud de la población VCA en condición de discapacidad con el fin de contribuir a la garantía del goce efectivo de los derechos de esta población.			
Estrategias	Definición de la estrategia	Metas	Indicador
Atención integral en salud para la población VCA en condición de discapacidad	Esta estrategia define todas la acciones que contribuyan a mejorar y adecuar la prestación de servicios de salud a las demandas, necesidades y circunstancias específicas que representa la situación de las personas VCA en condición de discapacidad, de tal forma que se avance hacia la garantía de acciones de prevención y paliación frente a aquellos procesos derivados de la discapacidad a través de tratamientos y tecnologías apropiadas para que sus vidas se desarrollen con la mayor calidad posible. Señala la implementación efectiva y el seguimiento a las medidas ya definidas para esta población como la Ruta Integral de Atención en Salud y de Rehabilitación Funcional de las personas víctimas de Minas Antipersonal –MAP y Municiones sin Explotar –MUSE- y de las demás que han sido definidas para la atención integral en salud como las RIAS que define la Política de Atención Integral en Salud.	A 2020, se cuenta con un informe sobre los avances y retos en la atención integral en salud de la población VCA en situación de discapacidad y las orientaciones para el mejoramiento de dicha respuesta divulgados con los distintos actores del SGSSS	Informe divulgado con distintos actores del SGSSS que contiene los avances y retos en la atención integral en salud de la población VCA en situación de discapacidad y las orientaciones para el mejoramiento de dicha respuesta

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Articulación y acción intersectorial para la población VCA en condición de discapacidad	Constituye el conjunto de acciones con abordaje diferencial y bajo un enfoque de corresponsabilidad que se desarrollan desde el sector salud en articulación con otros sectores para promover el desarrollo humano y la inclusión social y efectiva de la población VCA en condición de discapacidad a los distintos escenarios y ámbitos de interacción y socialización del ser humano, en condiciones de dignidad y oportunidad iguales a las que se garantizan para la población que no tiene esta condición diferencial.	A 2021, las Direcciones territoriales de salud cuentan con iniciativas intersectoriales para la respuesta integral de las necesidades de la población VCA en condición de discapacidad	No. De ET que desde el sector salud desarrollan programas intersectoriales dirigidos a la población VCA en condición de discapacidad
Fortalecimiento de la incidencia y participación de personas VCA en las políticas de discapacidad.	Establece el conjunto de acciones que en el marco de las estrategias desarrolladas por el MSPS para mejorar la participación de las organizaciones de personas con discapacidad (PcD) en cada uno de los niveles del Sistema Nacional de Discapacidad (SND) y en los demás espacios de socialización e incidencia , promueven y favorecen la participación de representantes de las víctimas para contribuir en la concertación, asesoría, consolidación, seguimiento y verificación de las política públicas para la población con discapacidad.	A 2020, se implementan procesos de formación/capacitación dirigidos a personas y líderes VCA interesados en la gestión, incidencia y participación en temas de discapacidad.	No. de personas y líderes VCA capacitadas en gestión, incidencia y participación para los temas de discapacidad.
		A 2021, representantes de la población VCA participan en espacios de concertación, asesoría, consolidación, seguimiento y verificación de las política públicas para la población con discapacidad.	No. de personas VCA que participan en espacios de concertación, asesoría, consolidación, seguimiento y verificación de las política públicas para la población con discapacidad.
Contribuir en el avance hacia la garantía del goce efectivo de los derechos de las personas adultas mayores VCA, superando las desigualdades e inequidades en términos de salud y promoviendo medidas intersectoriales que mejoren la capacidad, calidad y cobertura de los programas de asistencia y apoyo social para favorecer las condiciones sociales, económicas y culturales que le permiten a esta población llevar una vida digna.			
Estrategias	Definición de la estrategia	Metas	Indicador
Gestión de información y conocimiento sobre vejez y envejecimiento	Esta estrategia consiste en avanzar desde el sector salud y protección social en la gestión y análisis de la información que permita el reconocimiento y comprensión de las necesidades en salud específicas de la población adulta mayor VCA y de los retos asociados al envejecimiento humano	A 2021, se cuenta con un informe que dé cuenta de la situación de salud y condiciones de vida de las personas adultas mayores VCA	Documento de divulgación que da cuenta de la situación de salud y condiciones de vida de las personas adultas mayores VCA

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Fortalecimiento del enfoque diferencial en la atención integral a las personas adultas mayores VCA	Se busca promover el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores VCA y avanzar hacia la disminución de las desigualdades sociales en salud y eliminación de cualquier tipo de discriminación y abuso hacia esta población.	A 2021, se han implementado acciones diferenciales en la atención integral al adulto mayor VCA, por parte de entidades del orden nacional y territorial	Documento con los lineamientos técnicos socializados a entidades del orden nacional y territorial para la incorporación del enfoque diferencial de las personas VCA a las políticas públicas de salud, vejez y envejecimiento
Articulación e intersectorialidad para la protección del adulto mayor VCA	Está orientada al análisis y la identificación de sinergias entre los distintos actores y sectores que destinan esfuerzos y recursos para la protección y atención de las personas adultas mayores. Implica que desde las organizaciones del orden nacional, territorial y de la sociedad civil se reconozcan las iniciativas que apuntan al mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de las personas adultas mayores víctimas y se propicien los espacios para planear y proyectar respuestas articuladas y en concordancia con las medidas que desde el nivel gubernamental se han dispuesto para la atención, asistencia y reparación integral y diferencial de esta población.	A 2021, al menos el 20% de las Entidades territoriales incorporan metas intersectoriales para la salud, vejez y envejecimiento de las personas VCA, en los instrumentos de planificación Territorial	No. de Entidades territoriales que incorporan metas intersectoriales de salud, vejez y envejecimiento para las personas VCA en los instrumentos de planificación territorial/ Total de Entidades Territoriales
Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial y subdiferencial dirigidas a la población VCA			
Estrategias	Definición de la estrategia	Metas	Indicador
Planificación territorial en salud con enfoque diferencial y sub-diferencial hacia la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia busca que dentro de la situación diferencial que de por sí representa la población VCA, se reconozcan y planeen respuestas en salud a partir de los sub-diferenciales de infancia y adolescencia, vejez y envejecimiento, género, discapacidad y etnicidad. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud y de las personas VCA que se consideran pertenecientes a algún grupo sub-diferencial en los escenarios de planificación territorial. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de las situación de salud de la población víctima en relación a cada situación particular (sub-diferencial), en la definición de metas y estrategias como respuesta a dichas situaciones y en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas.	A 2020, El capítulo de víctimas y su componente para la gestión diferencial de poblaciones vulnerables, es reconocido por los actores del ámbito institucional y comunitario que participan en la definición de políticas para la PVCA.	No. De personas que participaron en el proceso de divulgación del componente para la gestión diferencial de poblaciones vulnerables del capítulo de víctimas/ total de personas a convocar
		A 2020, los PTS para la dimensión Gestión Diferencial de poblaciones vulnerables son el resultado de un proceso participativo con las instancias de representación de la población VCA y en particular con los	No. de PTS que fueron formulados en la dimensión GDPV con participación de la población VCA y representantes de los sub-diferenciales de infancia y adolescencia, vejez y envejecimiento, género, discapacidad

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
	Igualmente incorpora la capacidad de las VCA para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las políticas en salud dirigidas a las personas VCA que pertenecen a algún grupo sub- diferencial. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para el fortalecimiento de las capacidades de planeación en la GDPV con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto.	representantes de los sub-diferenciales de infancia y adolescencia, vejez y envejecimiento, género, discapacidad y etnicidad.	y etnicidad/Total de PTS
		A 2021, los PTS incorporan acciones diferenciales en salud para las personas VCA a partir de los sub-diferenciales de infancia y adolescencia, vejez y envejecimiento, género, discapacidad y etnicidad (A partir de la plena identificación de esta población mediante el cruce de base de datos poblacionales con el Registro único de víctimas-RUV. Ver comunicado conjunto No. 4, MSPS-UARIV, 2018)	No. de PTS que incorporan acciones diferenciales en salud para las personas VCA a partir de los sub-diferenciales de infancia y adolescencia, vejez y envejecimiento, género, discapacidad y etnicidad/Total de PTS
		A 2021, las personas VCA, en particular los representantes de los sub-diferenciales de infancia y adolescencia, vejez y envejecimiento, género, discapacidad y etnicidad, han participado en procesos de planeación, veeduría y control social de las acciones que se adelantan para la gestión de la salud con enfoque diferencial	No. de personas VCA representantes de los sub-diferenciales de infancia y adolescencia, vejez y envejecimiento, género, discapacidad y etnicidad, que han participado en procesos de planeación, vigilancia y control de las acciones que se adelantan para la gestión de la salud con enfoque diferencial
5.10. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria (FASN)			
5.10.1. Definición de la dimensión FASN			
Conjunto de acciones que enmarcan la planificación y respuesta desde la función rectora del sistema de salud en términos de regulación, participación, fiscalización, aseguramiento y provisión adecuada de servicios para la atención a la población víctima del conflicto armado.			

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
5.10.2. Objetivo general de la dimensión FASN			
Avanzar de manera progresiva y sostenible hacia la garantía del goce efectivo del derecho fundamental de la población VCA a través del fortalecimiento de la adopción de medidas debidamente planeadas y articuladas para una respuesta diferencial y efectiva a las necesidades de salud de esta población.			
5.10.3. Objetivos específicos de la dimensión FASN			
Mejorar la efectividad y oportunidad de las respuestas a las necesidades de salud de la población víctima del conflicto armado, mediante el cumplimiento de los mandatos que ordenan la atención integral en salud a esta población en articulación con la normatividad estipulada en la Ley 1448 de 2011.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Aseguramiento de la población víctima del conflicto armado	De acuerdo a la información suministrada por la UARIV el Ministerio de Salud y Protección Social determina las personas plenamente identificadas pendientes por asegurar. Las entidades territoriales deberán gestionar la afiliación al SGSSS de esta afiliación.	A 2020, el 100% de las ET aplican los lineamientos para la afiliación de personas VCA	No. ET que aplican los lineamientos para la afiliación de personas VCA/ total de ET
Fortalecimiento y consolidación del PAPSIVI para la atención integral en salud a la población VCA	Esta estrategia consiste en desarrollar e implementar las acciones que permitan consolidar el PAPSIVI como la principal política que en materia de salud, que contribuye a la atención, asistencia y reparación integral de la población víctima del conflicto armado. Por lo anterior, implica un incremento de manera gradual en las coberturas del componente psicosocial del programa con especial énfasis hacia las zonas rurales y dispersas. e integrarse de manera efectiva y complementaria con el componente de salud integral que opera en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con sus Rutas de Atención Integral que definen un enfoque territorial, diferencial y psicosocial hacia este tipo de población. Con lo anterior, se busca articular la atención en salud en el marco de las medidas de asistencia y rehabilitación de la población	A 2020, se cuenta con estrategias operativas para la territorialización de la medida de rehabilitación, y el mejoramiento de la implementación del programa PAPSIVI, en articulación con las políticas y respuestas del SGSSS y con énfasis en población rural y dispersa	A 2020 las E.T cuentan con Planes Operativos de los Subcomités de la medida Rehabilitación
		A 2020, el 80% de los ET han formulado planes para la gestión del Protocolo de Atención Integral en Salud, con base en la identificación plena de la población víctima (Según indicaciones del comunicado conjunto No. 4 MSPS-UARIV, 2018) y la caracterización de su situación de salud.	No. de ET con el plan de gestión del protocolo de atención en salud integral con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado/Total de ET
		A 2021, el 50% de las IPS cuentan con: referentes institucionales de víctimas del conflicto armado y acceso a la plataforma VIVANTO (RNI-UARIV) para la identificación de las VCA en los servicios	No. de IPS con referentes institucionales de víctimas del conflicto armado y acceso a la plataforma VIVANTO (RNI-UARIV) /Total de

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

	víctima del conflicto armado a través de la implementación de: 1. El Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (MSPS-IETS, 2017), 2. Los lineamientos para la construcción departamental de planes para la gestión e implementación del protocolo (MSPS, 2018), 3. La Guía para la territorialización de la medida de Rehabilitación (MSPS, 2018) y 4. Lo establecido en la Res. 1166/2018 para el talento humano que orienta y atiende a las víctimas del conflicto armado.	de salud, como parte del proceso de aplicación del "Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado"	IPS objeto de esta meta
		A 2021 el 80% de las EAPB cuentan con: identificación plena de sus afiliados que son VCA (de acuerdo a instrucciones del Comunicado conjunto No. 4 MSPS-UARIV, 2018) referentes institucionales de víctimas del conflicto armado, y acceso a la plataforma VIVANTO (RNI-UARIV), como parte del proceso de aplicación del "Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado"	No. de EAPB con identificación plena de sus afiliados que son VCA (de acuerdo a instrucciones del Comunicado conjunto No. 4 MSPS-UARIV, 2018) referentes institucionales de víctimas del conflicto armado y acceso a la plataforma VIVANTO (RNI-UARIV)
		A partir del año 2020, el componente psicosocial del PAPSIVI registra un aumento anual progresivo de la cobertura con énfasis en zonas rurales y dispersas	Porcentaje de incremento anual de cobertura del componente psicosocial del PAPSIVI desagregado por población urbana y rural/dispersa
		A 2021, se tiene un primer informe de desempeño sobre la adopción de los lineamiento definidos por la Resolución - 1166 de 2018	Documento con el informe de desempeño sobre la adopción de los lineamientos definidos por la Resolución 1166 de 2018 publicado y divulgado.
Gestión de información, conocimiento, monitoreo, seguimiento y evaluación.	Esta estrategia consiste en el fortalecimiento de las capacidades y recursos para mejorar la información y el conocimiento que sustenta los procesos de toma de decisiones para la salud de la población víctima del conflicto armado. La evidencia generada debe permitir orientar, ajustar e incidir en las mejores formas de abordar los retos y desafíos que significa los nuevos escenarios de paz y reconciliación. Implica también consolidar los mecanismos de monitoreo, seguimiento y evaluación de las	Al 2020, se cuenta con el documento de necesidades de información en salud para las víctimas y los planes de mejoramiento requeridos para responder a los retos frente a la gestión de información y conocimiento. A 2020, se cuenta con un plan de mejoramiento de la información en salud para las víctimas del conflicto armado.	Documento de necesidades de información para la gestión de conocimiento en salud para la población víctima Documento con el plan integral de mejoramiento de la información en salud para las víctimas del conflicto armado.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
	políticas y respuestas en salud dirigidas a la población víctima del conflicto armado. Define la necesidad de fortalecer el sistema de seguimiento y monitoreo a las atenciones de las víctimas de tal forma que pueda integrarse al Sistema de Gestión de Datos (Bodega de Datos de SISPRO) y al sistema de seguimiento y monitoreo del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. En la actualidad el MSPS se cuenta con un instrumento vía Web en donde se registran las atenciones psicosociales brindadas a través de la modalidad psicosocial del Pasiva y se encuentra integrada al SISPRO y alimenta el Cubo de Víctimas.	A 2021, el Observatorio de Víctimas ha divulgado al menos 1 documento que informa sobre la salud y calidad de vida de la población víctima del conflicto armado y sobre los resultados y avances en las respuestas de salud que se lideran desde el sector salud.	No. Documentos divulgados (Boletines informativos/informes) que consolidan información sobre la salud y calidad de vida de la población víctima del conflicto armado
		A 2021, el sector salud dispone de un tablero de control con indicadores trazadores que permite generar y analizar continuamente información sobre la salud de la población víctima del conflicto armado.(Metas sectoriales e intersectoriales)	Tablero de control con indicadores trazadores sobre la salud de la población víctima del conflicto armado.
		A 2020, Se cuenta con la evaluación institucional y de resultados del PAPSIVI como la principal política/programa de salud dirigida a la población víctima del conflicto armado.	Resumen de política (Policy Brief) con el resumen de la evaluación del PAPSIVI divulgado a todos los actores interesados en la gestión de políticas para población VCA
Aumentar los niveles de salud y calidad de vida de la población víctima del conflicto armado a través de la promoción y fortalecimiento de los procesos de participación social y gobernanza en salud.			
Estrategias	Definición de las estrategias	Metas	Indicador
Implementación de la Política de Participación Social en Salud (Resolución No. 2063 de 2017) con enfoque diferencial hacia la población Víctima del Conflicto Armado	Esta estrategia consiste en asegurar que las acciones que se vayan planeando y ejecutando para lograr la implementación progresiva de la Política de Participación Social en Salud (PPSS), garanticen la inclusión y visibilidad de la población víctima del conflicto armado.	A 2021, el 100% de las ET cuentan con planes de acción que desarrollan actividades de implementación de la PPSS dirigidas a población víctima del conflicto armado.	No. de ET cuentan con planes de acción que desarrollan actividades de implementación de la PPSS dirigidas a población víctima del conflicto armado/Total de ET
Promoción de la corresponsabilidad de la población víctima del conflicto armado frente al mejoramiento de sus condiciones de vida y salud.	Esta estrategia consiste en posicionar la participación de las personas y la comunidad frente a las acciones de autogestión y autocuidado de la salud. Establece la necesidad de proveer a la gente información suficiente, pertinente y objetiva sobre la salud y la gestión de la misma. Como resultado se espera generar una mayor comprensión de los problemas, los retos y las oportunidades que se tienen para	A 2020, se tendrá institucionalizado un espacio bianual para el intercambio de experiencias saludables derivadas de acciones participativas para la autogestión y autocuidado de la salud de la población víctima del conflicto armado.	Acta con el acuerdo para la adopción de los espacios bianuales de intercambio de experiencias saludables para la autogestión y autocuidado de la salud de la población víctima del conflicto armado.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
	mejorar la salud. Señala la necesidad de implementar una agenda que permita mejorar continuamente el acceso de las personas víctimas a la información sobre sus derechos y deberes en salud y sobre los mecanismos para acceder a las distintas rutas de atención diseñadas para los casos particulares que les concierne. Lo anterior deberá traducirse en mejores decisiones a nivel individual y comunitario y en soluciones e iniciativas que logren incidir en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población víctima del conflicto armado.	A 2020, se ha realizado el primer espacio para el intercambio de experiencias saludables para la autogestión y autocuidado de la salud de la población víctima del conflicto armado. A 2020, el 100% de los PTS evidencian acciones para mejorar la orientación y el acceso de las víctimas del conflicto armado a información sobre sus derechos y deberes y mecanismos de participación en salud.	Documento con las memorias del primer espacio para el intercambio de experiencias saludables para la autogestión y autocuidado de la salud de la población víctima del conflicto armado. No. de PTS que incorporan acciones para mejorar la orientación y el acceso de las víctimas del conflicto armado a información sobre sus derechos y deberes y mecanismos de participación en salud.
Fortalecimiento de la gobernanza para la planificación territorial en salud con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado	Consiste en fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias frente a la formulación participativa de los planes territoriales de salud. Busca desarrollar las capacidades para identificar y priorizar bajo la metodología Pase a la Equidad en Salud las necesidades de la población víctima del conflicto armado de tal forma que los próximos PTS incorporen respuestas diferenciales y efectivas para esta población. Establece la ejecución de un proceso de asistencia técnica dirigido a las entidades nacionales y territoriales para la incorporación del enfoque diferencial de la población víctima del conflicto armado en los planes territoriales de salud y en lo demás instrumentos de planeación que incorporan acciones que impactan en la salud y el bienestar de la población. Igualmente, en el marco de la implementación del PAPSIVI y otras estrategias psicosociales lideradas por el MSPS, señala el fomento de la participación de distintos actores institucionales y comunitarios en los espacios pedagógicos diseñados para orientar la implementación de las diversas estrategias del Programa de Atención a Víctimas (Ej. Curso Virtual en Enfoque Psicosocial; Curso presencial o virtual en atención en salud con enfoque psicosocial; cursos)	A 2020, el 100% de las ET han recibido asistencia técnica para la implementación del capítulo diferencial para la población VCA como anexo al PDSP 2012-2021.	No. de ET que recibieron asistencia técnica para la implementación del capítulo diferencial para la población VCA/ Total de ET
		A 2020, los funcionarios asistenciales y administrativos del SGSSS habrán participado en al menos uno de los cursos presenciales o virtuales para la implementación del PAPSIVI	No. de funcionarios asistenciales y administrativos del SGSSS que han participado de los cursos presenciales y virtuales /Total de funcionarios a convocar
		A 2020, los PTS incorporan acciones diferenciales en salud dirigidos a la población VCA.	No. de PTS que incorporan acciones diferenciales hacia la población VCA en salud/Total de PTS

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”			
Generación de espacios para la rendición de cuentas y transparencia en salud con la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia se concibe desde dos perspectivas, una consiste en crear los espacios y mecanismos para que los actores institucionales del sistema de salud puedan informar sobre las acciones, recursos, resultados y demás aspectos relacionados con la gestión de la salud para la población víctima del conflicto armado, la otra implica definir e implementar los mecanismos a través de los cuales los representantes de la población víctima del conflicto armado también informan a la población que representan sobre las gestiones y la participación realizada para incidir en las políticas que impactan en la salud y la calidad de vida de esta población.	Al 2020, al menos el 50% de las ET cuentan con mínimo un espacio oficializado para la rendición de cuentas y transparencia en salud de la población víctima del conflicto armado.	No. de ET con mínimo un espacio oficializado para la rendición de cuentas y transparencia en salud de la población víctima del conflicto armado/ Total de ET
		Al 2020, al menos el 50% de las Mesas Departamentales de Participación Efectiva de Víctimas cuentan con espacios de socialización y difusión de las acciones adelantadas para contribuir e incidir en las políticas y gestión de la salud.	No. de Mesas Departamentales de Participación Efectiva de Víctimas con espacios de socialización y difusión de las acciones adelantadas para contribuir e incidir en las políticas y gestión de la salud/Total de Mesas Departamentales de Participación Efectiva de Víctimas

6. Incorporación del enfoque diferencial para la población víctima del conflicto armado en la planeación territorial en salud.

Le corresponde a las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, en cumplimiento de las competencias asignadas en materia social y de las responsabilidades derivadas de la normatividad expedida para la garantía de los derechos de la población VCA, la incorporación de este capítulo diferencial en sus Planes Territoriales de Salud -PTS- y en consecuencia, su ejecución con la participación de los diferentes actores implicados en las respuestas que buscan el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de esta población.

6.1. Competencias

Las competencias territoriales, respecto del sector salud, definen el deber de las entidades territoriales en cuanto al Plan Decenal de Salud Pública –PDSP- en los PTS. Al respecto, se tienen, principalmente, como normas guía, la Constitución Política, artículos 49, 298, 311, 356 y 357; las Leyes 152 de 1994, 715 de 2001, artículos 43, 44 y 46; 1438 de 2011, 1448 de 2011, artículos 135 a 138 y 174 y la Resolución 1841 de 2013 de este Ministerio.

6.2.Lineamientos

La incorporación del capítulo diferencial para la población VCA en los PTS es esencial para que a nivel de los departamentos, distritos y municipios se contribuya a la superación de las afectaciones que el conflicto armado ha dejado sobre las condiciones de vida y bienestar de esta población.

Así, los PTS deberán reflejar las necesidades, desigualdades e inequidades en salud que enmarcan la realidad de este colectivo en cada territorio. Por tanto, la ruta de incorporación considera elementos transversales desde la perspectiva conceptual haciendo especial énfasis en el enfoque diferencial y de acciones afirmativas. Desde la perspectiva metodológica define los componentes de participación, concertación y coordinación interinstitucional e intersectorial,

Continuación resolución “*Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública*”

como pilares para la incidencia en los determinantes sociales que requieren ser transformados para responder de manera efectiva a las demandas de la población VCA.

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud está definida en la Resolución 1536 de 2015 y constituye la herramienta de planeación en el proceso de formulación de los PTS. Por tanto, su aplicación se convierte en el instrumento operativo que permite llevar a la acción los objetivos definidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y en su capítulo diferencial para la población VCA.

De lo anterior, se asume que los contenidos y orientaciones de este capítulo constituyen un insumo para los procesos de planeación territorial y en salud que se adelantarán en los próximos periodos de gobierno.

Bajo este escenario, las respuestas en salud parten de diagnósticos situacionales que se traducen en la incorporación de acciones con abordaje individual, familiar y comunitario dirigidas a la población VCA de acuerdo a la realidad de cada territorio. Esto exige la coordinación y articulación con mecanismos de planeación existentes y estrategias o iniciativas que provienen de distintos ámbitos institucionales para atender y reparar a las personas afectadas por el conflicto armado. Como referente fundamental de este proceso se deben tener en cuenta los Planes de Acción Territorial como el principal instrumento para operativizar las medidas de prevención, protección, asistencia, atención y reparación integral de las víctimas, según lo previsto en la Ley 1448 de 2011 y según el reconocimiento que las propias representantes de las víctimas le han otorgado.

Ahora bien, bajo el marco de aplicación de la Estrategia PASE, es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones a partir de los procesos definidos:

Primer Proceso, Alistamiento institucional: Se debe contar con la presencia y tener interlocución con los representantes de la población VCA en territorio y fomentar las condiciones institucionales para la incorporación de insumos de planeación y metodológicos específicos para esta población.

Segundo proceso, Ruta Lógica para la Formulación de Planes Territoriales de Salud. Se deben surtir los momentos que permiten identificar, comprender y responder con enfoque diferencial a las situaciones de la población VCA existentes en el territorio, contando con la participación de sus representantes. Implica identificar, explicar y comprender las situaciones específicas de esta población para plantear la respuesta según las particularidades y los derechos inherentes.

Como parte de este proceso, los análisis de situación de salud y caracterización de la población víctima del conflicto armado se integran a los lineamientos y metodologías dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social que determinen un abordaje diferencial para la población VCA y adicional, se promueve la gestión de información y conocimiento sobre las condiciones de vida y salud de esta población, de tal forma que se logre definir o adaptar, a partir de la evidencia y comprensión de las dinámicas de salud-enfermedad de las personas VCA en los territorios, respuestas o rutas específicas de atención para avanzar en la garantía del derecho a la salud de esta población.

Como insumo fundamental para este proceso se cuenta con el Comunicado Conjunto No. 4 del Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado (UARIV) vigente a partir del 14 de septiembre del año 2018, el cual provee instrucciones a los actores del SGSSS para cruzar sus bases de datos con el

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Registro Único de Víctimas-RUV y así lograr identificar plenamente a las personas víctimas que viven en sus territorios. Como resultado se podrá hacer una caracterización real de la situación de salud de esta población y así fortalecer los análisis de situación de salud y los procesos de plantificación territorial con enfoque diferencial.

Otro insumo fundamental en este proceso corresponde al diagnóstico y a las líneas de acción propuestas en este capítulo, las cuales deben ser revisadas y analizadas a la luz de la realidad y necesidades de cada territorio, para definir su adaptación e incorporación en los próximos PTS a partir de los procesos participativos y de concertación que define la Estrategia Pase a la Equidad.

Tercer Proceso, Gestión Operativa: Está integrado por dos pasos: 1) Elaboración del Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI) y 2) Elaboración del Plan de Acción en Salud (PAS), en los cuales se deben garantizar recursos del sector y de otros sectores, con responsabilidades asociadas a los objetivos y metas proyectadas para la población VCA del territorio.

Es fundamental que los objetivos, metas, programas y subprogramas que se hayan definido para las poblaciones de víctimas, estén debidamente armonizadas con lo determinado en otros instrumentos de planeación existentes y normados para responder a la garantía del goce efectivo de derechos de las VCA. Igualmente, como parte del proceso para la materialización de lo definido, se debe involucrar estos aspectos en los proyectos inscritos o a inscribir en el Banco de Proyectos de Inversión.

Así mismo, lo formulado en los objetivos y metas se debe tener en cuenta como insumo de los posteriores procesos de Monitoreo y Evaluación y de Rendición de Cuentas.

El Ministerio de Salud y Protección Social realizará seguimiento a la implementación de las líneas de acción que hacen parte integral del presente capítulo a través de lo incorporado en los Planes Territoriales de Salud de las Entidades Territoriales. Así, el principal indicador de seguimiento e implementación de este capítulo se refiere a los PTS que incorporan e implementan acciones diferenciales dirigidas a la población VCA de manera concertada con sus representantes.

7. Responsabilidades de los actores

7.1.Ministerio de Salud y Protección Social:

- a) Formular e implementar políticas con enfoque diferencial, que garanticen el goce efectivo del derecho a la salud de la población víctima del conflicto armado.
- b) Fomentar la realización de los espacios de participación para la población víctima del conflicto armado acorde con lo previsto por la ley, y promover la participación en el proceso de planeación en salud, de las organizaciones que los representen.
- c) Disponer sistemas de información e indicadores que den cuenta de variables, con enfoque diferencial, que permitan conocer el estado de salud de la población víctima del conflicto armado.
- d) Brindar asesoría y asistencia técnica a las entidades territoriales departamentales y distritales para el desarrollo de procesos participativos y la debida inclusión del enfoque diferencial en la planeación territorial y en la ejecución de planes, proyectos y acciones dirigidos a la atención en salud de la población víctima del conflicto armado.

Continuación resolución "Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública"

- e) Hacer el seguimiento y monitoreo a la implementación del capítulo diferencial para población víctima del conflicto armado y generar mecanismos de ajuste o recomendaciones cuando se considere pertinente.

7.2. Responsabilidades de los Departamentos, Distritos y Municipios

- a) Formulación del Plan Territorial de Salud, con enfoque diferencial, proponiendo orientaciones de carácter estratégico tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población víctima del conflicto armado, adoptando los lineamientos del PDSP y su capítulo de víctimas.
- b) Seguimiento y evaluación de las metas de continuidad, cobertura y calidad establecidas para la población víctima del conflicto armado como instrumento gerencial de programación y control de ejecución anual.
- c) Asegurar la adecuada representación de todos los actores en el proceso de planeación, garantizando la participación de la población víctima del conflicto armado.
- d) Adelantar las acciones necesarias para la coordinación entre las instituciones de la entidad territorial y la población víctima del conflicto armado relacionadas con temáticas de salud con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de esta población.
- e) En el caso de los departamentos, apoyar con asesoría técnica a los municipios, para el desarrollo de procesos participativos y la debida inclusión del enfoque diferencial en la planeación territorial y en la ejecución de planes, proyectos y acciones dirigidos a la atención en salud la población víctima del conflicto armado.
- f) Implementar y mantener sistemas de información e indicadores de gestión, con enfoque diferencial, como soporte a la toma de decisiones.
- g) Elaborar el Análisis de Situación de Salud bajo el modelo de determinantes de la salud y con enfoque diferencial, a partir de los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio para que sirva de insumo al proceso de planeación territorial.

7.3. Responsabilidades de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios:

- d) Organizar la forma y mecanismos que permitan el acceso de la población víctima del conflicto armado a los servicios de salud a nivel nacional.
- e) Instaurar procedimientos que garanticen el acceso de la población víctima del conflicto armado a las IPS en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional.
- f) Implementar los protocolos y orientaciones otorgadas desde el Ministerio de Salud y Protección Social para identificar y gestionar el riesgo y la atención en salud de la población VCA.

7.4. Responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

- a) Diseñar y ejecutar las estrategias de demanda inducida para garantizar la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública, ajustadas a las prioridades territoriales en materia de salud pública.
- b) Implementar los protocolos y orientaciones otorgadas desde el Ministerio de Salud y Protección Social para identificar y gestionar el riesgo y la atención en salud de la población VCA.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

7.5.Responsabilidades de los Comités Territoriales de Justicia

- a) Promover a nivel territorial la articulación y coordinación requerida para lograr que políticas públicas en el marco de la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas, incluyan acciones para la salud de la población VCA en consecuencia con el PTS.
- b) Incorporar en los Planes de Acción Territorial (PAT) los compromisos relacionados con la salud pública que se acuerden con la población víctima del conflicto armado en su respectivo contexto territorial.
- c) Gestionar la asignación o consecución de los recursos financieros para asegurar la ejecución de los proyectos dirigidos al mejoramiento de la salud de la población VCA.

7.6. Responsabilidades de la población víctima del conflicto armado

- a) Participar en los espacios para la concertación de las acciones en salud que se incluirán en el Plan territorial de salud.
- b) Fomentar la participación y coordinación de actores comunitarios en la ejecución de proyectos dirigidos a mejorar condiciones de vida de población víctima del conflicto armado e incidir en determinantes sociales de la salud.
- c) Participar en escenarios de control social rendición de cuentas frente a la ejecución de los planes territoriales de salud.

7.7. Responsabilidades de los miembros de la Mesa Nacional y Departamentales de Participación Efectiva de la Población Víctima del Conflicto Armado

- a) Incidir, promover y participar en los procesos de divulgación, implementación y seguimiento a la adopción de los contenidos del capítulo en los distintos instrumentos de planificación territorial.
- b) Participar en espacios de control social y rendición de cuentas frente a los compromisos establecidos en relación con la implementación de este capítulo.
- c) Promover la movilización de esfuerzos y recursos sectoriales, intersectoriales y comunitarios para la implementación del capítulo de víctimas.

7.8. Responsabilidades de las Organizaciones Defensoras de Víctimas y de Derechos Humanos

- a) Contribuir en la generación de mecanismos para la divulgación del capítulo de víctimas.
- b) Fomentar la participación de la población VCA en los escenarios de planeación para la salud pública.

7.9. Responsabilidades del Subcomité Técnico de Medidas de rehabilitación

- a) Contribuir con la incorporación de los conceptos y elementos del capítulo de víctimas en los lineamientos que se desarrollan para orientar a las entidades territoriales en la formulación de los planes de acción dirigidos a garantizar la aplicación y efectividad de las medidas de prevención, asistencia, atención y reparación integral a las víctimas.
- b) Propiciar los espacios de interlocución con las entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación a Víctimas –SNARIV- para socializar y divulgar el capítulo de

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

víctimas y su incorporación, según pertinencia, en los programas de atención a esta población.

8. Financiación

Por ser este un capítulo que forma parte del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, las fuentes de financiación corresponden a las definidas en dicha política, a las estipuladas en la Resolución 1536 de 2015 referidas al componente de inversión plurianual de salud del plan territorial de salud, y a las demás que se encuentran vigentes o se adicionen para la gestión de la salud pública a partir de la normatividad nacional.

No obstante, los recursos financieros nacionales departamentales y municipales establecidos para el cumplimiento de la atención y reparación integral de la población víctima del conflicto armado establecen una alternativa de financiación adicional, en la medida en que sea viable su vinculación a las acciones de salud y protección social que se definan como resultado de la planificación territorial en salud.

Es importante reconocer en este componente la necesidad de coordinación y articulación de las respuestas en salud de la población víctima con las diferentes entidades, planes e instrumentos que ha dispuesto el Gobierno Nacional y que se integran al Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas y, más aún, entre la nación y las entidades territoriales.

Por tal razón, la asignación financiera para el cumplimiento de las metas en salud que se definan en los planes territoriales de salud dirigidas hacia la población VCA, deberán estar respaldadas por un análisis previo frente a las fuentes de financiación y proyectos que se tienen previstos o se adelantan a nivel nacional, departamental, distrital y municipal para esta población. También es importante identificar los recursos que provienen de organismos de cooperación internacional y así lograr optimizar y establecer las sinergias que permitan contribuir a la reparación integral y transformadora de las víctimas del conflicto armado.

9. Monitoreo y evaluación

El capítulo para la población VCA, como documento anexo del PDSP 2012-2021, se integra al sistema de monitoreo y evaluación definido por el MSPS, con el fin de establecer los avances y logros de los objetivos y las metas sanitarias definidas para diferentes grupos diferenciales y su contribución a los objetivos estratégicos del PDSP.

La metodología para el monitoreo y evaluación de los PTS inscrita en el proceso de planeación integral en salud y desarrollada a través de la metodología PASE a la Equidad en Salud, permitirá establecer las contribuciones de las entidades territoriales objetivo general del capítulo. Así, el componente de víctimas del PDSP, adopta la metodología para realizar la medición del monitoreo y evaluación de los PTS denominada "Medición del desempeño de la gestión integral en salud en las Entidades Territoriales", la cual se desarrolla a través del análisis de cuatro componentes que se integran en un indicador sintético denominado Índice de Gestión Integral en Salud (IGIS). Dichos componentes son: Gestión institucional, Eficacia Técnica, Eficacia Financiera, Eficiencia.

En concordancia con la metodología de medición del desempeño de la gestión integral en salud en las entidades territoriales, para el monitoreo y evaluación del contenido del capítulo de

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

víctimas, se adoptan los momentos de medición definidos así: Monitoreo a la gestión operativa del PTS y Evaluación del PTS.

Ahora bien, teniendo en cuenta que las líneas de acción tienen un carácter orientador, tanto las entidades territoriales como las entidades del orden nacional, de acuerdo a las metas seleccionadas e incorporadas a planes de acción del nivel nacional o territorial, podrán definir los mecanismos de monitoreo y evaluación y su integración con los instrumentos ya existentes en el marco de la gestión de la salud pública, la cual se hace a partir de los objetivos y metas establecidas para cada una de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública o de las demás políticas que incorporan respuestas diferenciales dirigidas a la población víctima del conflicto armado.

Igualmente, las futuras evaluaciones de procesos y resultados que se realicen al PDSP, deberán incorporar los métodos y estrategias adecuadas para generar información frente a los resultados de la implementación de capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado.

10. Bibliografía

A, Z., Blumenfeld O, N, S., Gottfried, D., Y, T. R., & E, H. (2012). Increase in the incidence of type 1 diabetes in Israeli children following the Second. *Pediatr Diabetes*, 13(4), 326-33.

Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de salud mental* (21), 39 - 52.

Agudelo, L., Gallo, N., & Martínez, M. (2011). Situación de salud y derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes, bajo abuso y explotación sexual comercial, en situación de calle e institucionalizados. Medellín 2010. *Revista de Salud Pública de Medellín*, 1-10.

Arcos, P., Castro, R., & Busto, F. d. (2002). Desastres y salud pública: un abordaje desde el marco teórico de la epidemiología. *Rev. Esp. Salud Publica*.

Arias, M., Camacho, A., Ibáñez, A., Mejía, D., & Rodríguez, C. (2009). El desplazamiento forzoso en Colombia: un camino sin retorno hacia la pobreza. *Universidad de los Andes*.

Auto 006/09, Personas Desplazadas con Discapacidad (Corte Constitucional 2009).
Bautista, A., Capacho, B., & Martínez, M. (2018). Posconflicto y violencia sexual.

Bello Albarracín, M. N., & Chaparro Pacheco, R. (2011). El daño desde el enfoque psicosocial. M9. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz (PIUPC).

Camacho, A., & Mejía, D. (2014). Consecuencias de la aspersión aérea en la salud: evidencia desde el caso colombiano. En U. d. Andes, *Costos económicos y sociales del conflicto en Colombia ¿cómo construir un posconflicto sostenible?* (pág. 270).

Castaño, Y. (2015). Condiciones habitacionales, satisfacción residencial y morbilidad percibida de las víctimas de desplazamiento forzado que residen en Viviendas de Interés Social (VIS), Turbo, Antioquia, 2014-2015.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Castillo, S. D., Garzón, M., & Gordillo, Á. (2007). Caracterización de la situación de seguridad alimentaria de la población en condición de desplazamiento: Una mirada a través de las familias. Estudio de caso Bogotá. Revista de la Facultad de Medicina, 55(3), 181-190.

Ceballos, O., Vega, R., Fernández, A., Martínez, J., & Ferney, R. (2015). La habitabilidad y la salud en Colombia: Una propuesta metodológica para su análisis. Bitácora 25, 31-41.

CELADE. (2011). Envejecimiento poblacional.

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2011). Mujeres y guerra: Víctimas y resistentes en el Caribe colombiano. Bogotá: Imprenta Nacional.

Centro Nacional de memoria Histórica. (2013). Basta Ya. Bogotá D.C.

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). Informe General.

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2017). Una guerra sin edad: Informe nacional de reclutamiento y utilización de niños, niñas y adolescentes en el conflicto armado colombiano. Bogotá: Panamericana Formas e Impresos S.A.

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2015). Aniquilar la diferencia: Lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en el marco del conflicto armado colombiano, Bogotá D.C. Procesos Digitales S.A.S. Bogotá.

CEPAL, C. E. (2012). Atlas sociodemográfico de los pueblos indígenas y afrodescendientes en Colombia. Santiago de Chile.

CEPAL, C. E. (2012). Atlas sociodemográfico de los pueblos indígenas de Chile. Santiago de Chile.

CEPAL, C. L. (s/f). Los censos y los pueblos indígenas en América Latina: Una metodología regional.

Chile, M. d. (2012). Perfil epidemiológico básico de la Población Mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Osorno. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile No 009, 102.

CICR. (2016). La violencia sexual en los conflictos armados: preguntas y respuestas. Obtenido de <https://www.icrc.org/es/document/la-violencia-sexual-en-los-conflictos-armados-preguntas-y-respuestas>

CIDH. (2006). Las mujeres frente a la violencia y la discriminación derivadas del conflicto armado en Colombia. Obtenido de <http://www.cidh.org/countryrep/ColombiaMujeres06sp/resumenejecutivo.html>

Colombia Corporación Casa de la Mujer Trabajadora, Alianza Iniciativa de Mujeres Colombianas por la Paz. (2007). Análisis sociodemográfico de las víctimas del conflicto armado: Brechas de género. Bogotá D. C.

Continuación resolución "Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública"

Colombia. Centro Nacional del Memoria Histórica. (2014). Aportes teóricos y metodológicos para la valoración de los daños causados por la violencia. (M. Bello, Ed.) Bogotá, D.C., Colombia.

Comisión de Seguimiento a la Política Pública Sobre Desplazamiento. (2009). El reto ante la tragedia humanitaria del desplazamiento forzado: reparar de manera integral el despojo de tierras y bienes.

Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013.

Congreso de la República. (2014). Ley 1719 de 2014.

Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. (2018) Shuvila: Aportes sobre la situación de las mujeres Rom en Colombia. Bogotá.

Contraloría General de la República. (2015). Primera Encuesta Nacional de Víctimas. Construcción de la línea base para el seguimiento y el monitoreo al cumplimiento de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras en Colombia. Bogotá.

Correa, L., Martínez, S., Enríquez, É., Pertuz, M., Montoya, S., & Acevedo, M. (2015). Las personas mayores víctimas del conflicto armado. Bogotá.

Corte Constitucional. (2008). Auto 092: Protección de los derechos fundamentales de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado por causa del conflicto armado, en el marco de la superación del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T.

Corte Constitucional. (2009). Auto 006 de 2009.

Corte Constitucional. (2009). Auto N° 005 Protección de los derechos fundamentales de la población afrodescendiente víctima del desplazamiento forzado, en el marco del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025. Bogotá D.C.

COSUDE. (09 de 09 de 2014). Gestión de programas con enfoque sensible al conflicto. Obtenido de <https://www.eda.admin.ch/countries/colombia/es/home/cooperacion/temas/cosude/asd.html>

DANE. (2005). La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos.

DANE. (12 de 12 de 2005). Proyecciones de población DANE. Obtenido de <http://www.dane.gov.co/reloj/>

DANE. (2015). Boletín técnico: Encuesta de goce efectivo de derechos 2013 - 2014.

De Castro, F. L. (2003). Planificación sanitaria (I).. SEMERGEN-Medicina de Familia, 29(5), 244-254.

Debarati, G.-S., & Olivia, D. (2010). Demographic and health consequences of civil conflict. Washington. DC: World Development Report background papers.

Defensoría del Pueblo. (22 de agosto de 2017). Persiste el incumplimiento en la implementación de la Ley y los Decretos Leyes de Víctimas y Restitución de Tierras. Obtenido de

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

<http://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/6548/Persiste-el-incumplimiento-en-la-implementaci%C3%B3n-de-la-Ley-y-los-Decretos-Leyes-de-V%C3%ADctimas-y-Restituci%C3%B3n-de-Tierras-V%C3%ADctimas-Reparaci%C3%B3n-Implementaci%C3%B3n-Decretos-Presupuesto-P>

Defensoría del Pueblo. (2014). Informe Defensoría: Prevención del reclutamiento de niños, niñas y adolescentes. Análisis de la política pública con enfoque étnico. B. Bogotá D.C.: Dígitos y Diseño Industria Gráfica.

DNP. (2010). Documento CONPES 3660: Política para promover la igualdad de oportunidades para la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal. Bogotá: DNP.

DNP. (2010). Pueblo Rrom –Gitano– de Colombia: haciendo camino al andar.

DNP. (2016). Infografía El impacto de la guerra en el medio ambiente.

El País. (2012). Medio ambiente, otra víctima del conflicto armado en el país. Obtenido de <https://www.elpais.com.co/judicial/medio-ambiente-otra-victima-del-conflicto-armado-en-colombia.html>

El Tiempo. (01 de junio de 2017). Las enfermedades del conflicto: Urge respuesta a las enfermedades es aquellas zonas más aisladas donde ha imperado la guerra. Obtenido de <http://www.eltiempo.com/opinion/editorial/las-enfermedades-del-conflicto-94198>

ENCV. (2013). FAO. (2002). Alimentos, seguridad, justicia y paz.

Franco, s. (1997). Violencia y salud en Colombia. Rev. Panam. Salud Pública, 94-103.

Frenk, J. (1992). La salud de la población.: Hacia una nueva salud pública.

Gallo, N., Meneses, Y., & Minotta, C. (2014). Percepciones del proceso salud-enfermedad de las comunidades afrodescendientes de Medellín 2009-2010. Archivos de Medicina, 14(2), 210-2018.

Gómez Baos, A. D. (2010). Haciendo camino al andar. Bogotá.

Gómez, C., Rincón, C., & Medina, M. (2015). Enfermedades crónicas en población afectada por el conflicto armado en Colombia. Rev. Panam Salud Publica.

González, A., & De la Espriella, A. (2002). Aproximación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres desplazadas en Colombia. Bogotá.

Grupo Memoria Histórica. (2013). Basta Ya. Memorias de guerra y dignidad. Informe general Grupo Memoria Histórica. Bogotá: Imprenta Nacional.

Gutiérrez., A. (2016). La geografía del conflicto armado interno y los recursos naturales en Colombia. Pontificia Universidad Javeriana.

Heeke, C., Stammel, N., Heinrich, M., & Knaevelsrud, C. (2017). Conflict-related trauma and bereavement: exploring differential symptom profiles of prolonged grief and posttraumatic stress disorder. BMJ Psychiatry, 17(188), 1-10.

Continuación resolución "Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública"

Hewitt Ramírez, N., Juárez, F., Parada Baños, A. J., Guerrero Luzardo, J., Romero Chávez, Y. M., Salgado Castilla, A. M., & Vargas Amaya, M. V. (2016). Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia*. Revista Colombiana e Psicología, 25(1), 125 - 140.

Hewitt, N., Juárez, F., & Parada, A. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. Revista Colombiana de Psicología, 125-140.

Ibañez, A., & Velásquez, A. (2008). El Impacto del desplazamiento forzoso en Colombia: condiciones socioeconómicas de la población desplazada, vinculación a los mercados laborales y política públicas. CEPAL.

INDEPAZ, I. (2009). Situación de los pueblos indígenas de Colombia. Bogotá D.C.: KAS- Konrad Adenauer Stiftung.

INS. (2017). Consecuencias del Conflicto armado en la Salud en Colombia. Bogotá.

INS. (2017). Informe Técnico 9/2017. Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Bogotá. Instituto Nacional de Salud -INS-. Observatorio Nacional de Salud., Bogotá D.C.

Instituto Nacional de Medicina Legal. (1998). Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Comportamiento de lesiones de causa externa. Bogotá.

ISTAS. (10 de 11 de 2017). Obtenido de <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=2633>: <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=2633>

Itziar Larizgoitia. (2006). La violencia también es un problema de salud pública. Gaceta Sanitaria, 20(1), 63-70.

Klevens, J., & Montoya, E. M. (2003). Un Abordaje de la Violencia desde la Salud Pública: el Proyecto de Prevención Temprana en Medellín. 5(1), 24 -39.

Larizgoitia, I. I. (2011). ¿Cómo influye la violencia colectiva en la salud? Modelo conceptual y diseño del estudio ISAVIC. Gaceta Sanitaria, 25(3), 246-253.

Londoño, M., & Martínez, J. (2015). El medio ambiente, otra víctima del conflicto armado colombiano actual. Obtenido de <http://www.elpais.com.co/judicial/medio-ambiente-otra-victima-del-conflicto-armado-en-colombia.html>

Méndez Méndez, N. (2015). INSTITUCIONALISMO COGNITIVO, CAPITAL SOCIAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA PAZ EN COLOMBIA. Economía & Región, 9(1), 67 - 90.

Ministerio de Salud. (1994). Carga de la Enfermedad en Colombia. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (27 de 07 de 2016). ¿Qué trae el Acuerdo Final para la salud de los colombianos? Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Qu%C3%A9-trae-el-Acuerdo-Final-para-la-salud-de-los-colombianos.aspx>:

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Qu%C3%A9-trae-el-Acuerdo-Final-para-la-salud-de-los-colombianos.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. 2015. Bogotá, Colombia: Javegraf.

Ministerio del Interior. (2014). GAPV. Obtenido de <http://gapv.mininterior.gov.co/estrategia-de-corresponsabilidad/planteamiento-del-problema>

Mintrabajo. (2017). Informe de Gestión Vigencia 2017. Grupo Interno de Trabajo para la Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado. Bogotá.

Mock, N., Duale, S., Brown, L., Mathys, E., O'Maonaigh, H. C., Abul-Husn, N., & Elliott, S. (2004). Conflict and HIV: A framework for risk assessment to prevent HIV in conflict-affected settings in Africa. *Emerging Themes in Epidemiology*.

Mogollón Pérez, A. S. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Revista Española de Salud Pública*, 77(2), 257-266.

Mogollón, A., Vázquez, M., & García, M. d. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Rev. Esp. Salud Publica*, 77, 257-266.

Moiso, A., Mestorino, M., & Ojeda, O. (2007). Enfermedades crónicas no transmisibles: el desafío del siglo XXI. En: *Fundamentos de salud pública*.

MSPS. (2013). Lineamientos para el desarrollo del talento humano en la atención a personas víctimas del conflicto armado.

MSPS. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. Bogotá.

MSPS. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La Salud en Colombia la Construyes Tú. Bogotá: Imprenta Nacional.

MSPS. (2016). Estrategia de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral- PAPSIVI. Bogotá.

MSPS. (2016). Estrategia atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en el marco del programa de atención psicosocial y salud integral -PAPSIVI_. Bogotá.

MSPS. (2017). Documento interno de trabajo: Sala situacional de la población víctima del conflicto armado en Colombia.

MSPS. (2017). Documento interno de trabajo: Sala situacional de la población víctima del conflicto armado en Colombia.

MSPS. (2017). Ficha de caracterización población víctima del conflicto armado. Documento interno de trabajo.

MSPS. (2018). Lineamientos para el talento humano que orienta y atiende víctimas del conflicto armado. Resolución 1166 de 2018.

Continuación resolución "Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública"

MSPS, UNFPA, & UEC. (2014). Estrategia PASE a la Equidad en Salud: Lineamientos conceptuales. Bogotá.

MSPS, UNFPA, & UEC. (2015). Estrategia PASE a la Equidad en Salud: Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos.

MSPS; IETS. (2016). ¿Cuáles son las afectaciones o impactos en la salud física y mental de las víctimas como consecuencia de los hechos victimizantes en el marco del conflicto armado?". Bogotá.

MSPS; OPS; UTP. (2009). Enfoque psicosocial en la atención a la población desplazada, confinada o en riesgo. Guía práctica para alcaldes y alcaldesas.

Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (2005). Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. Obtenido de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/RemedyAndReparation.aspx>

OMS. (2002). Prevención de la violencia y los traumatismos. Obtenido de Campaña Mundial de Prevención de la Violencia: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/es/

OMS. (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D.C.: Publicación Científica y Técnica No. 588. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica No. 588. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

OMS. (01 de 06 de 2018). Enfermedades no transmisibles. Recuperado el 30 de 08 de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

OMS/OPS. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.

ONS. (2017). Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Bogotá.

ONS, O. N. (2015). Desigualdades sociales de salud en Colombia.

ONU. (04 de 09 de 2016). El medio ambiente otra víctima de la guerra por reparar. El colombiano.

ONU. (2017). Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en Colombia (A/HRC/34/3/Add.3) (Unofficial Spanish translation). Obtenido de <https://reliefweb.int/report/colombia/informe-anual-del-alto-comisionado-de-las-naciones-unidas-para-los-derechos-0>

ONU-PMA. (2018). Seguridad de la ONU por abordar la relación entre conflicto y hambre. Obtenido de <https://es1.wfp.org/noticias/el-programa-mundial-de-alimentos-aplaude-al-consejo-de-seguridad-de-la-onu-por-abordar-la>

Continuación resolución “*Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública*”

OPS, O. P. (2011). Módulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades: Medición de las condiciones de salud y enfermedad en la población.

OPS/OMS. (2003). Acciones afirmativas para lograr la equidad de salud de grupos étnico/raciales. Montevideo.

OPS/OMS. (2006). Marco conceptual de la prevención de la violencia en el contexto colombiano. Bogotá.

Organización Panamericana de la Salud; Universidad de Antioquia. (2005). Salud y Desplazamiento en Colombia. Modulo 1. Comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento y receptora, en seis ciudades 2002-2003. Universidad de Antioquia.

Paternina, H. (2013). De la auto-invisibilidad como estrategia de resistencia étnica y cultural, a la visibilización como mecanismo del reconocimiento de derechos económicos, sociales, políticos y culturales. Madrid.

Patricia Schetinni, I. C. (s/f). Análisis de datos cualitativos en la investigación social: Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa.

Pellegrini Filho, A. (1999). La violencia y la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública, 219-221.

Pellegrini, A. (1999). La violencia y la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública, 5(4-5), 219-221.

Peters, B. (1995). Modelos alternativos del proceso de la política pública: de abajo hacia arriba o de arriba hacia abajo. 270-272.

PNUD. (s.f.).

PNUD. (2012). Afrocolombianos: sus territorios y condiciones de vida. Cuaderno del Informe de Desarrollo Humano en Colombia 2011. Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD-.

PNUD. (2012). Pueblos indígenas: Diálogo entre culturas. Cuaderno del Informe de Desarrollo Humano en Colombia 2011. Bogotá.

PNUD. (2013). Pueblos indígenas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Documento de trabajo y análisis. Bogotá.

PNUD. (2014). Perfil productivo de la Zona Bananera.

PNUD. (s/f). Pueblos indígenas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio - Guía de lectura.

Porto, J. (2014). Afrodescendientes en Colombia: una revisión de los últimos seis años. Jangwa Pana, 131-139.

Presidencia de la República de Colombia. (2011). Decreto 4800 de 2011.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Ramírez, L., Veloza, M., & López, A. (2016). Acceso a servicios de salud por parte de desplazados. Nuevo Derecho, 71-88.

Restrepo, & et.al. (2017). Seguridad alimentaria y derecho a la alimentación en escenarios de posconflicto: Análisis, para determinar estándares de política pública, del acuerdo “Política de desarrollo agrario integral”, logrado entre Gobierno nacional. Bogotá, D.C.

Rettberg, A. (2008). Reparación en Colombia ¿Qué quieren las víctimas? Bogotá.

Ridocci, E. (2012). Incidencia de las enfermedades transmisibles en situaciones de emergencia compleja y factores de riesgo.

RNI, UARIV. (20 de 06 de 2019). RUV. Obtenido de <https://rni.unidadvictimas.gov.co/RUV>

Rodríguez, Alfonso, & Cavelier. (2009). El desplazamiento afro: tierra violencia y derechos de las comunidades negras en Colombi. Bogotá.

Rodríguez, C., & Sanchez, F. (2009). Armed Conflict Exposure, Human Capital Investments and Child Labor: Evidence from Colombia.

Rodríguez, J. G. (11 de 10 de 2015). El derecho de las víctimas al trabajo, formación y generación de ingresos. Obtenido de Corporación Viva la Ciudadanía: http://viva.org.co/cajavirtual/svc0387/articulo03.html#_ftnref6

Romero, T., & Castañeda, E. (2009). El conflicto armado colombiano y la primera infancia. Save the Children Canadá y Organización de Estados Iberoamericanos -OEI- Panamericana, 31 a 49.

Ruscheinsky, A., & Nina, E. (2013). Los desplazamientos forzados como riesgos sociales asociados a las condiciones de la violencia política en Colombia. Sociologías, 156-184.

RUV. (1 de junio de 2019). Obtenido de <http://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Intensidad?vvg=1>

Sánchez, & et.al. (2017). Encuesta de prevalencia de violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano 2010-2015.

Sánchez, F., & Díaz., A. M. (2005). Los efectos del conflicto en el desarrollo social colombiano, 1990-2002. Documento CEDE. Universidad de los Andes.

Say, L., Souza, J., & Pattinson. (2009). Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Clinical Obstetrics & Gynaecology, 287-296.

SENA. (2016). Caracterización de la población víctima en Colombia.

The Sphere Project. (2011). Humanitarian charter and minimum standards in disaster. Obtenido de <http://www.who.int/hac/techguidance/esfera.pdf>

Torrado, M., Camargo, M., Pineda, N., & Bejarano, D. (2009). Estado del arte sobre primera infancia en el conflicto. En Save the Children Canadá y Organización de Estados Iberoamericanos -OEI- Panamericana Formas e Impresos, S.A. (págs. 53-142).

Continuación resolución "Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública"

Torres, F., & Diaz, A. M. (2005). Los efectos del conflicto armado en el desarrollo social colombiano, 1990-2002. Bogotá: Universidad de los Andes.

UARIV. (2014). Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas. Bogotá.

UARIV. (2014). Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas. Bogotá. Bogotá.

UARIV 2014. (2014). Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas. Bogotá D.C.: Procesos digitales.

UARIV. (2015). Índice de riesgo de victimización.

UARIV. (2016). Estrategia psicosocial con víctimas de violencia sexual da nuevo sentido a la mansión Montecasino. Obtenido de <http://www.unidadvictimas.gov.co/es/enfoques-diferenciales/estrategia-psicosocial-con-v%C3%ADctimas-de-violencia-sexual-da-nuevo-sentido-la>

UARIV. (2018). <http://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Intensidad?vvg=1>.

UARIV, U. p. (2014). Informe sobre el goce efectivo de derechos de la población víctima del desplazamiento forzado.

UNFPA. (2017). Día por la Dignidad de las Víctimas de Violencia Sexual en el marco del conflicto armado. Obtenido de (UNFPA)

UNFPA-UEC. (2009). Guía para análisis demográfico local.

Unidad de Restitución de Tierras. (2013). Restitución de derechos territoriales étnicos: Decretos Ley 4633 y 4635 de 2011. Bogotá. Obtenido de <https://www.minagricultura.gov.co/.../Decretos/Decreto%204635%20de%202011.pd>

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2014). Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas. Bogotá.

Unidad para las víctimas. (2011). Orientaciones generales para las víctimas Rrom o Gitanos. Bogotá.

USAID. (2005). Salud sexual y reproductiva en zonas marginales: situación de las mujeres desplazadas.

Wallace, A. (2014). Lo que el conflicto les hizo a los gitanos colombianos. BBC.

Bedregal G, P. Q. (2002). Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. Revista médica de Chile, 127-129.

Benavides, A. O., & Gómez-Restrepo, C. (Jan./Mar. de 2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. rev.colomb.psiquiatr, 34(1).

Bradshaw, J. (1972). A taxonomy of social need in New Society. Harvard University.

Continuación resolución “Por la cual se establecen las directrices y se adopta el capítulo para la población víctima del conflicto armado en Colombia como parte del Plan Decenal de Salud Pública”

Castro, F. R. (2004). Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. SEMERGEN, 30(4), 180-9.

Donabedian, A. (1988). Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, D. F: Fondo de Cultura Económica.

Durante, S. J. (18 de 05 de 2010). Concepto de necesidad y problema. Obtenido de Metodología de la EpS I : <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/metodologia-de-la-eps-i>

Giraudó, N., & Chiarpenello, J. (2012). Actualización: Educación para la salud basada en la comunidad (segunda entrega). EVIDENCIA - Actualización en la Práctica Ambulatoria, 21-25.

Nicholas, M., & Catherine, P. (2000). Assesing quality in cualitative research. BMJ, 320(50).

Rodríguez Sabiote, C. P. (2006). La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior. RELIEVE, 12(2).