



INFORME DE APLICACIÓN DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE ACCIÓN DE MAPUTO EN MATERIA DE ASISTENCIA A VICTIMAS- CONVENCIÓN DE OTTAWA

Durante la III Conferencia de Examen de la Convención sobre la Prohibición de Minas Antipersonal (Convención de Ottawa), desarrollada en el año 2014, los Estados parte, dentro de los cuales se encuentra Colombia, adoptaron en Maputo, Mozambique, un Plan de Acción que establecía acciones concretas para facilitar el cumplimiento de Convención en los próximo cinco años, en el marco de la asistencia a las víctimas de mina antipersonal (MAP) y Munición Sin Explotar (MUSE).

En este sentido, durante los últimos años, Colombia ha tenido avances significativos en el ámbito de la Asistencia a las Víctimas, que se reflejan en el mejoramiento frente al acceso y garantía de los derechos contemplados en las primeras etapas de la asistencia a las víctimas de MAP y MUSE, tal y como se evidencia en la evaluación de la Política Pública de Acción Integral contra Minas Antipersonal.

En virtud de lo anterior, es pertinente reflejar los resultados de la gestión adelantada por el estado colombiano frente a la temática, rescatando las fortalezas, las debilidades, oportunidades y retos, que permitan consolidar los desafíos y los planes de mejoramiento, en virtud de garantizar el disfrute pleno de los derechos por parte de las víctimas, lo que posibilite procesos de reparación efectivos, así como el mejoramiento de sus condiciones de vida y finalmente, la inclusión y participación en los entorno familiar, social, económico, como sujetos transformadores de sus realidades.

Desde ésta perspectiva, y en referencia a la recomendación emitida por el Presidente del Comité de Asistencia a Víctimas de la Convención sobre la Prohibición de Minas Antipersonal, el estado colombiano genera y consolida el presente informe, el cual fue construido de forma coordinada con las diferentes entidades nacionales que tienen competencia en los diferentes ámbitos de la política relacionada con víctimas de MAP y MUSE (política de atención y reparación a las víctimas, salud, educación y trabajo) y teniendo en cuenta las consideraciones abordadas en los diferentes instrumentos internacionales y nacionales tales como el Protocolo II y V, así como en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y las políticas nacionales y normatividad vinculados con la asistencia a las víctimas.

En referencia a lo anterior, la estructura del informe se propone, tomando como base las recomendaciones 12, 13, 14 y 15 del Plan de acción de Maputo y a partir de ellas se reflejan los avances por cada uno de los sectores de la política pública nacional (asistencia y reparación a víctimas, salud, educación y trabajo), lo cual estará complementado por un contexto general de la situación de las víctimas en Colombiano. En este sentido, el propósito del informe, permitirá establecer el panorama de asistencia a víctimas en Colombia.

PARTE I: CONTEXTO GENERAL DE AFECTACIÓN A VÍCTIMAS DE MAP Y MUSE

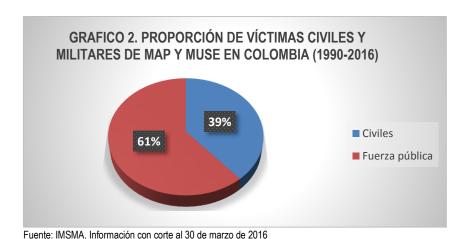






Fuente: Sistema de Información de la Dirección para la Acción contra Minas. Información con corte al 30 de marzo de 2016

Colombia presenta un total de 7.999.6631 víctimas del conflicto armado, de este consolidado 11.405 son víctimas de MAP y MUSE durante el periodo comprendido entre 1990 y lo que va corrido del 2016. El panorama de afectación a víctimas de MAP y MUSE en su primera etapa, se había caracterizado por una tendencia creciente de accidentes, presentándose el mayor pico hace durante el año 2007. En este contexto, y como se evidencia el gráfico 1, el panorama durante los últimos 5 años, ha cambiado en virtud de la tendencia decreciente del número de víctimas de MAP y MUSE, esto en respuesta probablemente del cambio en la dinámica de conflicto que ha presentado el país y de las estrategias que han apropiado las comunidad en torno a la prevención y el autocuidado frente a los efectos de los artefactos explosivos. Desde ésta perspectiva se puede evidenciar que durante el 2010 y el 2015 se presentó una reducción del 68% de víctimas civiles y militares de MAP y MUSE,



¹ Unidad para la Atención y Reparación Integral para las Víctimas

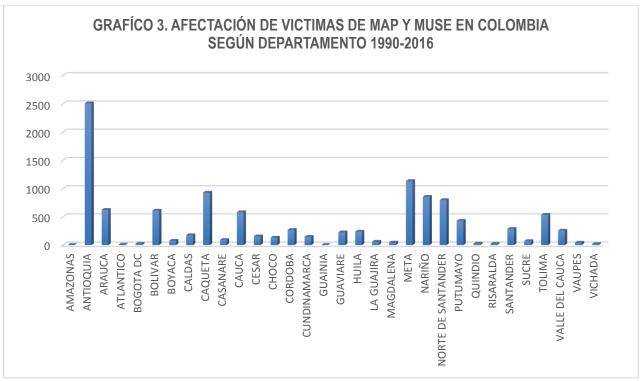
Página 2 de 86

Calle 12 C No. 7-19 Piso 3. Bogotá - Colombia





Como se puede evidenciar en el gráfico 2, del consolidado de víctimas de MAP y MUSE, es decir 11.405 personas que resultaron afectadas, 6.985 pertenecen a la fuerza pública y 4420 han sido civiles. En este sentido, del consolidado de víctimas civiles, se ha identificado que el 74% ha sido población mayor de edad y 26% han sido niñas, niños y adolescentes. En referencia a la afectación de la población por género, se puede identificar que total de víctimas civiles el 95% han sido hombres, mientras que el 5% han sido mujeres. Y finalmente, el 3% de la población afectada ha pertenece a una comunidad étnica.



Fuente: IMSMA. Información con corte al 30 de marzo de 2016

Con relación a la afectación de víctimas, según el lugar del accidente, se puede identificar que de los 32 departamentos, 31 presentan afectación. Así mismo, de los 1.132 municipios, 693, es decir más del 61 presenta afectación. De esta forma, y como se puede identificar en el gráfico 3, dentro de los departamentos que más afectación presenta en el acumulado desde1990 a 2016, se encuentra Antioquia, Caquetá, Meta, Nariño, Norte de Santander, Arauca, Bolívar, Cauca, Tolima y Putumayo. En este mismo, sentido los cinco municipios con mayor afectación entre víctimas civiles y militares se encuentran en Vista hermosa (Meta), Tame (Arauca), Taraza e Ituango (Antioquia), San Vicente del Caguan, la Montañita (Caguetá).

PARTE II: INFORME DEL ESTADO COLOMBIANO FRENTE A LA ASISTENCIA A VICTIMAS 2016

En referencia al panorama de la asistencia a las víctimas de MAP y MUSE, en términos de los requerimientos que actualmente presentan los sobrevivientes y las estrategias que el estado Colombiano viene adelantando en el marco de la corresponsabilidad frente a la respuesta como garante de derechos de las víctimas, se plantean los siguientes avances tomando como ejes de política los siguientes:





Plan de Acción de Maputo 2014:

Acción #12: "Los Estados partes con víctimas de las minas en zonas situadas bajo su jurisdicción o control harán todo lo posible, de manera que se tengan en cuenta datos desglosados por sexo y por edad, para evaluar las necesidades de las víctimas de las minas, los servicios y el apoyo existentes, así como las posibles deficiencias de los mismos, y las exigencias existentes o nuevas de las actividades relacionadas con la discapacidad, la salud, la educación, el empleo, el desarrollo y la reducción de la pobreza necesarias para atender las necesidades de las víctimas de las minas, y para derivar a las víctimas a los servicios existentes, cuando sea posible".

POLÍTICA DE ATENCIÓN Y REPARACIÓN A VICTIMAS DEL CONFLICTO

UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL PARA LAS VICTIMAS

Colombia y en concordancia con su misionalidad <u>LA UNIDAD PARA LAS VICTIMAS</u> ha integrado todas las acciones que en materia de Asistencia a víctimas se han dado desde la convención de Ottawa, el plan de Cartagena y de Maputo.

Un escenario ideal para la conjunción de estas acciones está dado en el marco de la Ley 1448 de 2011, donde se dicta la política de Atención, Asistencia y Reparación de las víctimas del conflicto armado.

La Ley 1448 de 2011, fue creada para el reconocimiento de las víctimas, sin importar quién fue su victimario, les reconoce derechos, otorga prioridades en el acceso a servicios del Estado y las convierte a ellas y sus familiares, en beneficiarios de una reparación integral.

Para tal fin, se definió la ruta y orden de priorización de los hechos victimizantes incluidos en el Registro Único de Víctimas - RUV, de que trata la Resolución 0090 del 17 de febrero de 2015; para víctimas de MAP y MUSE, que fue definido en el artículo 4 ²de dicha resolución, aplicando igualmente lo contemplado en la Resolución 848³ del 30 de Diciembre de 2014.

De otro lado, de acuerdo con el parágrafo 1° del Artículo 3º de la Ley 1448 citada, se incluyen a los miembros de la Fuerza Pública, desde esta perspectiva, su reparación corresponderá por todo concepto al régimen

² Resolución 0090/2015, art. 4: Criterios de Priorización para la aplicación de la gradualidad, progresividad y sostenibilidad fiscal. La Dirección de Reparación a las Víctimas priorizará para el acceso a la medida de indemnización por vía administrativa a las víctimas que se encuentren en cualquiera de las siguientes circunstancias: 4º. Víctimas de hechos distintos al desplazamiento forzado, susceptibles de ser indemnizadas, que fueron incluidas en el RUV por lesiones con discapacidad o incapacidad permanente sufridas con ocasión de hechos causados por accidente con Mina Antipersonal (MAP), Munición sin Explotar (MUSE). Esta información deberá ser visible y/o actualizada en el RUV.

³ Resolución 848 de 2014, mediante la cual se establecen lineamientos, criterios y tablas de valoración diferenciales para el hecho victimizante de lesiones personales.





especial que les sea aplicable. De la misma forma, tendrán derecho a las medidas da satisfacción y garantías de no repetición señaladas en esta ley.

Así las cosas, La Ley 1448 de 2011, ha definido la asistencia como el conjunto integrado de medidas, programas y recursos de orden político, económico, social, fiscal, entre otros, a cargo del Estado, orientado a restablecer la vigencia efectiva de los derechos de las víctimas, brindarles condiciones para llevar una vida digna y garantizar su incorporación a la vida social, económica y política. Y La atención a víctimas, se relaciona con las acciones de brindar información, orientación y acompañamiento jurídico y psicosocial a la víctima, con miras a facilitar el acceso y cualificar el ejercicio de los derechos a la verdad, la justicia y la reparación.

En el marco de la Adopción del Protocolo de Atención, se construyó en conjunto con la Dirección de Registro y Gestión de la Información – Subdirección de Valoración y Registro de la Unidad para las Víctimas y con el apoyo de la Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal – DAICMA, el Protocolo de Ingreso MAP y MUSE, en Febrero de 2015. En dicho protocolo quedó establecido que la ruta se aplicaría a víctimas que por éste hecho, fuesen reportadas después del 20 de Diciembre de 2011; las personas que sufrieron afectaciones antes de la fecha señalada, serán ingresadas al RUV siguiendo el artículo 24 del Decreto 4800 de 2011, el cual precisa que una de las fuentes que alimentará el RUV será el sistema de información que maneja, cada entidad, en este caso el Sistema de Gestión de Información sobre Actividades relativas a Minas Antipersonal (IMSMA, por sus siglas en inglés), para lo cual serán incluidas en la Ruta Integral diseñada, para comenzar su proceso de ayudas a las que tengan derecho y al proceso de indemnización y demás medidas contempladas.

El Decreto 4800 de 2011 determina en el artículo 149, unos montos establecidos de indemnización. Para las víctimas de Homicidio por Minas hasta cuarenta (40) salarios mínimos mensuales legales, y de conformidad con los parágrafos 1 y 2, del mismo artículo, se hace claridad al monto máximo por lesiones que produzcan incapacidad permanente, hasta cuarenta (40) salarios mínimos mensuales legales; y por lesiones que no causen incapacidad permanente, hasta treinta (30) salarios mínimos mensuales legales.

Sobre el artículo 103 que estipula la Ayuda Humanitaria para hechos victimizantes diferentes al desplazamiento forzado, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas suministra, por una sola vez, la ayuda humanitaria a que se refiere el artículo 49 de la Ley 418 de 1997, y sus prórrogas correspondientes, de acuerdo a la afectación derivada del hecho victimizante y de las circunstancias de tiempo, modo y lugar del mismo. Sobre los montos de dicha ayuda, la Unidad destinará un monto teniendo en cuenta la afectación del hecho victimizante de la siguiente manera, y la tasación de que trata el artículo anterior: Para afectación de bienes se otorgara por una sola vez, hasta una suma máxima equivalente a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes al momento del pago. Para heridas leves que otorguen una incapacidad mínima de treinta (30) días: se otorgará por una sola vez, por persona, hasta una suma máxima equivalente a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes al momento del pago.

En el marco de lo que se establece en la Ley 1448 de 2011, es importante aclarar algunos términos que aclaran el contexto en el que se ha desarrollado la atención, asistencia y reparación de las víctimas del conflicto en Colombia:

 Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas: Unidad administrativa especial creada por la Ley 1448 de 2011, con personería jurídica y autonomía administrativa y patrimonial, adscrita al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (DPS) y perteneciente al sector





administrativo de inclusión social y reconciliación. Su estructura está regulada por el Decreto 4802 de 2011.

- Víctimas: Según la Ley 1448 de 2011, 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. Asimismo, son víctimas las demás personas señaladas en el artículo 3º de la citada
 Ley.
- Ruta Integral de Atención, Asistencia y Reparación: Es la estrategia institucional diseñada para realizar un proceso de atención integral articulada que permita realizar el acompañamiento a las víctimas y el seguimiento del acceso a las medidas de asistencia y reparación dispuestas por la normatividad vigente.
- Reparación Integral: De conformidad con el artículo 25 de la Ley 1448 de 2011, las víctimas tienen
 derecho a ser reparadas de manera adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño
 que han sufrido como consecuencia de las violaciones de que trata el artículo 3° de la misma Ley.
- Atención: Es la acción de dar información, Orientación y acompañamiento jurídico y psicosocial a la víctima, con miras a facilitar el acceso y cualificar el ejercicio de los derechos a la verdad, justicia y reparación (L-1448/11, art. 49 inciso 2º).
- Asistencia: El conjunto integrado de medidas, programas y recursos de orden político, económico, social, fiscal, entre otros, a cargo del Estado, orientado a restablecer la vigencia efectiva de los derechos de las Víctimas, brindarles condiciones para llevar una vida digna y garantizar su incorporación a la vida social, económica y política (L-1448/11, art. 49 inciso 1°).
- Atención Humanitaria a víctimas de desplazamiento forzado: Se reconoce a las víctimas de desplazamiento forzado en tres etapas o fases: (i) atención inmediata; (ii) atención humanitaria de emergencia; y (iii) atención humanitaria de transición (L-1448/11, art. 62).
- Ayuda humanitaria a víctimas de hechos diferentes a desplazamiento forzado: Se entrega de
 acuerdo a las necesidades inmediatas que guarden relación directa con el hecho victimizante, con el
 objetivo de socorrer, asistir, proteger y atender sus necesidades en el momento de la violación de los
 derechos o en el momento en el que las autoridades tengan conocimiento de la misma. Las víctimas
 de los delitos contra la libertad, integridad y formación sexual, recibirán asistencia médica y psicológica
 especializada de emergencia (L-1448/11, art. 47).

En el marco de la gestión que fue adelantada por parte de la Unidad de las Víctimas, durante los últimos dos años, a continuación se presentan las estrategias desarrolladas en el marco de las acciones encaminadas a la víctimas de MAP y MUSE:

I. ARTICULACIÓN ENTRE LA UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS Y DIRECCIÓN DE MINAS ANTIPERSONAL





A continuación se presenta las acciones que se han derivado de la estrategia de articulación entre la Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas y la Dirección para la Acción contra minas:

En el año 2014, mediante la definición de la Estrategia de acceso por oferta a la Ruta de Atención, Asistencia y Reparación Integral que ordena el Auto 173 de 2014, teniendo en cuenta la articulación adelantada por la Dirección de Acción Integral contra Minas Antipersonal DAICMA y la Unidad para las Víctimas frente a las rutas de acceso que funcionan al interior de cada entidad, se evidenció la necesidad de la incorporación de las acciones del DAICMA en la Ruta de atención, asistencia y reparación integral liderada desde la Unidad para las Víctimas. En este sentido, a continuación se relacionan los avances en la puesta en marcha de la ruta de acceso por oferta:

- En la etapa de inmediatez (periodo entre la ocurrencia del accidente y la inclusión en el RUV). actualmente se encuentra funcionando el "Protocolo de acceso al registro para víctimas de MAP y MUSE", el cual establece el ingreso al RUV de manera prioritaria para estas víctimas mediante un procedimiento de valoración en urgencia (10 días hábiles, dado que la Ley 1448 de 2011 establece 60 días hábiles para este proceso), adicionalmente, se creó un grupo especializado en la Dirección de Registro y Gestión de la Información de la Unidad para las Víctimas, que realiza seguimiento con el Ministerio Público a la toma de la declaración y a la orientación brindada a la víctima y sus acompañantes una vez ocurre el accidente.
- En la fase de asistencia, una vez la víctima se encuentra debidamente registrada en el RUV, accede de manera preferente a la aplicación del Plan de Atención, Asistencia y Reparación Integral –PAARI, mediante el cual se identifican necesidades en relación con las medidas de asistencia y reparación establecidas por la Ley 1448 de 2011.

Así mismo, mediante la expedición de la Resolución 0848 del 30 de diciembre de 20144, la Unidad para las Víctimas, estableció los criterios para la priorización de esta medida a las víctimas cuyo accidente por MAP y MUSE les haya generado lesiones personales.

Por otra parte, y en este sentido, se construyó una estrategia denominada Estrategia de Recuperación Emocional a Nivel Grupal –EREG-, la cual tiene como objetivo facilitar herramientas a las Víctimas del conflicto armado para su recuperación emocional a través del desarrollo de nueve encuentros grupales. En este proceso, las víctimas a partir de su autonomía y autodeterminación desarrollan las acciones que han sido cuidadosamente construidas, bajo las premisas del enfoque psicosocial. Como parte de este proceso también se busca que la persona que ha vivido hechos de violencia ya no se perciba a sí misma ni por los demás, sólo como un sujeto pasivo de la asistencia del Estado sino como un agente activo de su reparación y de su recuperación, que a través de cada Encuentro desarrolla herramientas que permiten su empoderamiento y orienta su actuación tanto a la exigibilidad de sus derechos, como a su recuperación emocional.

En este sentido, con la EREG se busca dar una resignificación a la noción de víctima desde el concepto de sobreviviente, entendiéndolo como agente de cambio que facilita el desarrollo armónico y transformador del grupo colaborativo desde las diferentes formas de experimentar y expresar el sufrimiento, ya que a través de representaciones de lo vivido dota de nuevos sentidos la vida de quienes hacen parte del mismo, construyéndose una relación de "ayudar y ser ayudado".

Calle 12 C No. 7-19 Piso 3. Bogotá - Colombia

Página 7 de 86

⁴ "Mediante la cual se establecen lineamientos, criterios y tablas de valoración diferenciales para el hecho victimizante de lesiones personales".





La Estrategia ha buscado constituir grupos diferenciales por hechos victimizantes, sin embargo, se ha encontrado que la posibilidad de reconocer el sufrimiento del otro desde la diferencia, facilita los procesos de recuperación emocional individual. Es por esto, que son las víctimas quienes deciden hacer parte de un grupo particular o vincularse al grupo en el que participan personas víctimas de diferentes hechos.

Durante el año 2014, fueron atendidas en el marco de la Estrategia, 47 personas víctimas de MAP y MUSE, como se muestra en la siguiente tabla:

GENER)	ETNIA		TIPO POBLACION		
				Civil		29
HOMBRES	45	INDIGENA	3	FF.MM.		18
MUJERES	2	NEGRO O AFROCOLOMBIANO NINGUNA	3	Fuerzas militares Policía	16	
		MINOONA	-	1 Olicia	2	
Total general	47	Total general	47	Total general		47

Adicionalmente, tuvieron lugar procesos relacionados con la actualización de la Ruta de Asistencia en la ciudad de Bogotá, cuyos resultados tienen incidencia en el nivel nacional. Algunos de estos procesos se dieron en el marco de la participación de la Dirección para la AlCMA en la elaboración de las respuestas al Auto 173 de 2014 emitido por la Corte Constitucional, y específicamente en el cumplimiento de la de la orden 6, relacionada con la construcción de la Ruta de Atención, Asistencia y Reparación para Víctimas de MAP y MUSE, el documento de retroalimentación para las entidades nacionales y territoriales para la implementación de la ruta y los protocolos de la Ruta de Asistencia, Atención y Reparación a las Víctimas, según las etapas de la Ruta.

Así mismo, con el fin de incorporar acciones concretas en los Planes de Acción Territorial -PAT que estén articuladas con las entidades territoriales, la Dirección para la Acción Integral Contra Minas Antipersonal ha desarrollado unos lineamientos técnicos que surgieron con posterioridad a un análisis sobre el proceso de la ruta de atención, asistencia y reparación a las víctima de MAP y MUSE, en la cual se han identificado posibilidades de mejora frente al goce efectivo de los derechos de estas víctimas. Estos progresos pueden convertirse en fortalezas frente a los diferentes niveles de toma de decisiones, que permitan hacer las adecuaciones y los ajustes en la implementación de la política en términos oferta para todos los hechos victimizantes. La incorporación de estas recomendaciones en los PAT fue trabajada a través de un plan de trabajo al interior de la Unidad para las Víctimas con la Subdirección de Coordinación Nación Territorio, quienes trabajan al respecto con las entidades territoriales.

De esta forma, el documento técnico señalado se constituye en un complemento a la ruta y a los protocolos de la misma, que a su vez son carta de navegación para las entidades territoriales. De esta manera, se pretende brindar herramientas dirigidas a la identificación de la población en sus territorios, la flexibilización de su oferta para el acceso efectivo a la misma y el seguimiento institucional a través del Comité de Justicia Transicional.





Finalmente, el señalado documento técnico se constituye como un insumo a tener en cuenta en la línea de acción dirigida a la divulgación propuesta en la presente estrategia, mediante los cuales se brinda información relevante frente a las particularidades de las víctimas de MAP y MUSE en el marco de la ruta única de atención, asistencia y reparación integral.

Por otra parte, en el marco de la articulación entre las dos entidades (DAICMA y Unidad para las Víctimas), se han realizado los siguientes ajustes al interior de la Unidad en relación con la ruta de atención, asistencia y reparación para las víctimas de MAP y MUSE:

- * Protocolo para la valoración en emergencia de las víctimas de MAP y MUSE: de tal manera que estas víctimas acceden de manera prioritaria al proceso de valoración, siendo de menos de un mes el tiempo en el resultado de la misma (la Ley 1448 de 2011 establece un plazo de 60 días hábiles para este proceso).
- * Enlaces internos en los procesos misionales para atender de manera diferencial y realizar seguimiento a los casos reportados por accidente de MAP y MUSE.
- * Priorización del Plan de Atención, Asistencia y Reparación Integral –PAARI (módulos de asistencia y reparación) a las víctimas de MAP y MUSE, con el fin de identificar necesidades en esta materia y realizar gestión interinstitucional para el acceso efectivo a los diferentes servicios.

Cabe resaltar que este proceso de gestión al interior de la Unidad y a nivel interinstitucional con la DAICMA se realiza de manera permanente y requiere de la identificación de alertas y permanentes ajustes a los procesos con el fin de garantizar el goce efectivo de los derechos de las víctimas de MAP y MUSE.

Por parte de DAICMA se escalan los accidentes ocurridos durante el año y socializan información no solo por las Direcciones Territoriales sino a la Subdirección de Valoración y Registro, para que sea posible hacer el registro de las personas en el Registro Único de Víctimas – RUV. Igualmente, de requerirse información precisa de las personas víctimas como datos y/o documentos, están en la disposición de otorgarlas y adjuntarlos.

Así las cosas, La Unidad para las víctimas y el DAICMA han implementado conjuntamente mecanismos para el acceso por oferta a la ruta de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas de accidentes de MAP y/o MUSE a partir de dos líneas de acción principales que garanticen la identificación de sus necesidades para posterior conexión con la oferta institucional, así como la divulgación, socialización y capacitación a funcionarios con relación a las particularidades a tener en cuenta en la implementación de la ruta y la asesoría técnica a las entidades territoriales para facilitar la puesta en marcha de la misma.

1. Línea operativa de acceso por oferta a la ruta.

Esta línea de acción buscar facilitar la activación de la ruta de atención, asistencia y reparación integral sin que medie una solicitud previa por parte de la víctimas, en este sentido, se plantean dos mecanismos que se encuentran actualmente funcionando, y dan cuenta de los esfuerzos institucionales para la puesta en marcha de una ruta prioritaria a las víctimas de MAP y/o MUSE.

(i) Búsqueda activa para acceso por oferta a la ruta: a partir del proceso de búsqueda activa a personas con discapacidad, tanto la identificación como la actualización de los datos de contacto de las víctimas contribuye





a la disminución del subregistro de personas con discapacidad en el RUV y brinda mayor información sobre el universo de estas víctimas. En este sentido, partiendo de los procedimientos de: Construcción del Plan de Atención, Asistencia y Reparación –PAARI, Direccionamiento a Esquemas de Atención y Remisión a la Oferta Institucional, se definieron los siguientes mecanismos a desarrollar al interior de la Unidad para las Víctimas, y están diseñados como una campaña a desarrollar de manera sostenible en el tiempo, tal y como se describe a continuación:

- <u>Identificación:</u> en el marco de los mecanismos planteados para optimizar las necesidades de las víctimas de MAP y/o MUSE, este procedimiento garantiza la identificación de víctimas registradas en el RUV bajo las características ya mencionadas, desarrollándose un reporte de manera sistemática y periódica. En este sentido, la Red Nacional de Información genera un reporte que es remitido a la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria –SAAH con el fin de actualizar periódicamente este universo, previo proceso de verificación con la Tabla de ubicación, este proceso se realiza con el fin de contar con datos de contacto actualizados.
- <u>Localización:</u> una vez el reporte es recibido por la SAAH, se procede a contactar a las víctimas a través de los diferentes esquemas previstos para este fin. En esta fase, el objetivo está dirigido a la elaboración del Plan de Atención, Asistencia y Reparación Integral –PAARI- por oferta a las víctimas, el cual permite, a partir de un análisis del panorama de las condiciones de vida, identificar sus necesidades en cada una de las medidas descritas en el presente informe.
- <u>Remisión a la oferta institucional:</u> luego de identificadas las necesidades, la Unidad para las Víctimas procede a generar las solicitudes administrativas (de acuerdo con la particularidad de cada víctima) con cada una de las entidades del SNARIV competentes en las diferentes medidas, siendo remitidas hacia el grupo de OFERTA de la UARIV.
- Acceso priorizado a programas y/o servicios ofertados por las entidades: Con base en las remisiones generadas previamente, las entidades del orden nacional y territorial incluyen en sus criterios de priorización las variables que componen este universo de víctimas, garantizando el acceso a la oferta institucional de acuerdo con las necesidades identificadas en el PAARI. Para el cumplimiento de esta fase, se ha establecido un cronograma de actividades con las entidades territoriales a fin de que incluyan en los PAT mecanismos específicos para garantizar el acceso priorizado a este grupo población. La priorización de estos territorios se ha hecho según el cruce realizado por las zonas por desminar para el año en curso por el DAICMA y las zonas priorizadas para intervención por parte de la UARIV.
- <u>Seguimiento por parte de la entidad territorial</u>: además de los mecanismos previstos actualmente para el seguimiento al acceso efectivo a la oferta institucional, la presente estrategia prevé un reporte semestral remitido a la Red Nacional de Información por parte de las entidades territoriales, en el que se evidencie claramente la caracterización arrojada (mediante PAARI) de este grupo poblacional y la efectividad de los servicios brindados por parte de la entidad territorial. Con esta información se pretende hacer un seguimiento tanto en el orden nacional como en el territorial, de las respuestas institucionales como del acceso a los derechos por parte de las víctimas.
- (ii) Fuente recíproca de información para activación de la ruta en la inmediatez: la Unidad para las Víctimas y la Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal han acordado consolidar una fuente de información en doble vía que funciona desde el momento en el que alguna de estas dos entidades tiene conocimiento de la ocurrencia del evento (accidente por MAP y/o MUSE) y se la informa a la otra entidad, permitiendo así:





- Alimentar la bitácora de eventos, el cual es un instrumento construido al interior de la Unidad para las Víctimas que tiene por objetivo la identificación de fuentes de riesgo a través de un mapeo diario para activar el alistamiento para la emergencia previsto por la entidad territorial.
- Activar el plan de contingencia territorial (elaborado bajo la asesoría de la UARIV) junto con la ruta departamental y/o municipal de asistencia a víctimas de MAP y MUSE (elaborada bajo la asesoría del DAICMA) en cada uno de los territorios, facilitando la activación de la respuesta territorial, dando lugar, por una parte, a que la Dirección refuerce la acción territorial desde la articulación y coordinación interinstitucional, así como el monitoreo y seguimiento de la víctima o víctimas desde el momento en que se produce el evento, y, por otra parte, a la coordinación de la incorporación de las rutas departamentales y municipales que se vienen diseñando desde la entidad territorial (bajo la asesoría de la Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal) como un insumo para los planes de contingencia, en el marco de los planes integrales de prevención.

Lo anterior con el fin de no generar duplicidad de esfuerzos institucionales y, por el contrario, complementar las acciones desarrolladas por las dos entidades en el territorio.

- Fortalecer el proceso del cruce de información a nivel interinstitucional, que se está adelantando entre la Unidad de Víctimas y la Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal que está encaminado a cotejar la información entre las dos bases de datos, correspondiente a las víctimas incluidas en IMSMA, a fin de facilitar el proceso de inclusión en el RUV.
- Diseñar y poner en marcha el "Protocolo de Ingreso de víctimas al RUV, en el marco de la Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal", el cual permite optimizar los procedimientos realizados por el Ministerio Público como puerta de ingreso al proceso de registro, así como en el ámbito de la toma de declaración, en los casos en que no es posible el desplazamiento de las víctimas hasta el Ministerio para rendir declaración, por la complejidad de las condiciones de salud, lo que facilitará el acceso a la oferta que se plantea en la ruta, y se optimizarán los procedimientos relacionados con la valoración para la inclusión en el registro único de víctimas.

Línea de implementación territorial.

Dada la necesidad de trabajar junto con las entidades territoriales en la incorporación de las particularidades a tener en cuenta en la implementación de la ruta de atención, asistencia y reparación a víctimas de MAP y MUSE, se considera prioritario que dichas entidades cuenten con el resultado de la caracterización realizada mediante la respectiva aplicación de PAARI y así conocer con certeza qué personas con estas características residen en cada territorio así como sus necesidades específicas.

Mediante documento técnico dirigido a las entidades territoriales que contiene las recomendaciones y mecanismos específicos para la puesta en marcha de la ruta de atención, asistencia y reparación para víctimas de desplazamiento forzado y MAP y MUSE, se brindarán elementos concretos que deberán ser tenidos en cuenta por parte de la entidad territorial con el fin de que la línea operativa de acceso por oferta a la ruta funcione, específicamente con relación a:

- Identificación de oferta territorial dirigida a este grupo poblacional.
- Diseño e implementación del mecanismo que permita la identificación de los requerimientos de las víctimas en los territorios, en relación con la oferta existente en cada uno de ellos, que permita plantear





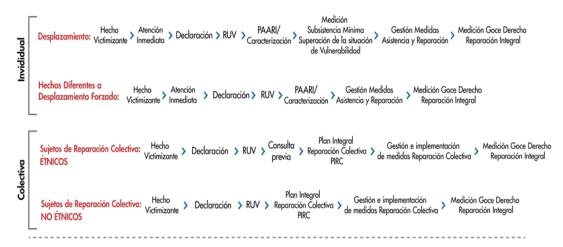
las acciones pertinentes, en el marco de la garantía del acceso a la oferta, a partir de direccionamiento hacia la flexibilización y ajuste de la oferta acorde con las demandas y necesidades de las víctimas.

- Desarrollo de las acciones pertinentes, que permitan la puesta en marcha de estrategias para garantizar el acceso a la oferta, aprovechando las instancia de coordinación y articulación de la Política Pública en el territorio
- Flexibilización de oferta territorial con el fin de responder a las necesidades identificadas en el proceso de caracterización de este grupo poblacional.
- Reporte semestral a la Unidad para las Víctimas en el cual se identificará el acceso tangible a la oferta institucional de este grupo poblacional.

En cuanto a la articulación con las entidades del SNARIV, durante el primer semestre de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social y DAICMA, desarrollaron en forma coordinada y concertada la ruta de atención desde las competencias de salud, para víctimas de minas antipersonal, la cual se condensó en una cartilla que está en proceso de edición, posterior divulgación e implementación.

II. MODELO Y RUTA DE ATENCIÓN, ASISTENCIA Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS

En el marco del modelo de la ruta de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas general se contemplan los accidentes por MAP y MUSE como uno de los hechos víctimizantes que se abordan en la Ley 1448 de 2016 y en este sentido, se presentan los siguientes esquemas y cuados que ilustran los lineamientos en el marco de las medidas asistencia, atención y reparación de las víctimas:







HECHOS SUSCEPTIBLES DE INDEMNIZACIÓN

Hecho Victimizante	Monto de Indemnización
Homicidio	40 SMLMV
Desaparición Forzada	40 SMLMV
Secuestro	40 SMLMV
Tortura, Tratos crueles inhumanos o degradantes	30 SMLMV
Delitos contra la libertad e integridad sexual	30 SMLMV
Reclutamiento ilícito	30 SMLMV
Lesiones con incapacidad permanente (discapacidad)	Hasta 40 SMLMV
Lesiones sin incapacidad permanente	Hasta 30 SMLMV
Desplazamiento forzado	17/27 SMLMV

Criterios de Priorización para víctimas de otros hechos diferentes al desplazamiento (Resolución 090/2015)

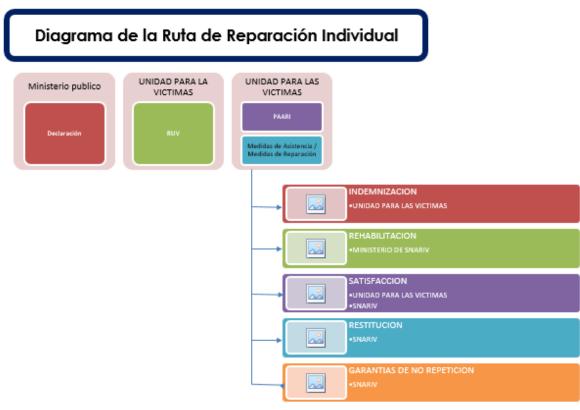
- 1. Víctimas que habían solicitado indemnización en los marcos normativos anteriores a la Ley 1448 de 2011 (Ley 418 de 1997 y Decreto 1290 de 2008).
- 2. Víctimas que sean diagnosticadas con enfermedades catastróficas, ruinosas o de alto costo.
- 3. Víctimas que tengan una discapacidad física, sensorial (auditiva, visual), mental cognitiva/intelectual, mental psicosocial o múltiple.
- 4. Víctimas incluidas en el Registro Único de Víctimas RUV por lesiones con discapacidad o incapacidad permanente sufridas por ocasión de hechos causados por accidente de Mina Antipersonal (MAP), Munición sin Explotar (MUSE),
- 5. Víctimas cuya jefatura del hogar sea asumida por una mujer madre de familia y tenga a su cargo una o más personas con discapacidad y/o enfermedad catastrófica, ruinosa o de alto costo.
- 6. Víctimas de violencia sexual, incluidos niños, niñas y adolescentes nacidos como consecuencia de una violación sexual.
- 7. Víctimas mayores de setenta (70) años.
- 8. Niños, niñas y adolescentes víctimas de reclutamiento y utilización ilícita.
- 9. Víctimas individuales que hagan parte de un sujeto colectivo que esté incluido en el RUV, que se encuentre adelantando la ruta del Programa de Reparación Colectiva y que cuente con un Plan formulado con acompañamiento de la Unidad para las Víctimas.
- 10. Víctimas que se encuentren auto-reconocidos en el RUV con orientación o identidad sexual no hegemónica (LGBTI).





- 11. Víctimas que se encuentren fuera del territorio nacional y que cuenten con una cuenta bancaria en el país donde estén domiciliadas o residenciadas, o una cuenta a su nombre en Colombia. Este criterio también se aplica para las víctimas de desplazamiento forzado.
- 12. Familiares de víctimas de desaparición forzada y de homicidio que participen en procesos de entregas de cuerpos o restos óseos.

MODELO DE ATENCIÓN, ASISTENCIA Y REPARACIÓN A LAS VÍCTIMAS



MEDIDAS DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE MAP y MUSE

- 1. Identificación
- 2. Libreta Militar
- 3. Salud
- 4. Reunificación Familiar
- 5. Asistencia Funeraria
- 6. Educación
- 7. Generación de Ingresos

MEDIDAS DE REPARACIÓN A VÍCTIMAS DE MAP y MUSE





- La reparación comprende cinco tipo de medidas: restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción
 y garantías de no repetición. Las víctimas accederán a una o varias de estas medidas dependiendo
 de los daños sufridos y el tipo de hecho victimizante.
- Las medidas de reparación pueden ser individuales, colectivas, materiales, morales o simbólicas.

PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PARA LA ADECUADA INVERSIÓN DE LOS RECURSOS

- El Programa busca orientar, asesorar e invitar a invertir adecuadamente la indemnización para que puedan mejorar las condiciones de vida, cumplir los sueños y transformar su realidad.
- Estos recursos se pueden convertir en un medio para transformar positivamente el proyecto de vida de las personas víctimas.

MEDIDAS QUE COMPONEN EL PROGRAMA

- **Vivienda:** Invertir en vivienda brinda la oportunidad de tener algo propio para vivir.
- **Educación:** Los recursos de la indemnización pueden ser la oportunidad para que la persona víctima o sus hijos paguen parte de sus estudios universitarios, técnicos o tecnológicos.
- Proyectos Productivos: Puede invertir la indemnización en el desarrollo de una idea de negocio o el fortalecimiento de un proyecto productivo que te permita generar ingresos, estabilidad económica y aumentar tu independencia.
- **Inmuebles Rurales:** Invertir en inmuebles rurales, permitirá dedicarse a distintas actividades productivas como aprovechar la tierra con cultivos agrícolas, cría de animales, entre otras.
- III. INFORMACIÓN DE VÍCTIMAS DE MINAS ANTIPERSONAL/MUNICIÓN SIN EXPLOTAR/ARTEFACTO EXPLOSIVO IMPROVISADO EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS RUV

De acuerdo con el reporte de la Red Nacional de Información – RNI, se cuenta con 10.694 personas víctimas de MAP y MUSE incluidas en el Registro Único de Víctimas – RUV⁵, caracterizadas de la siguiente manera:

GENERO	
HOMBRES	9581
MUJERES	1002
NO INFORMA	111
Total general	10694

CICLO VITAL	
entre 0 y 5	56
entre 6 y 11	199
entre 12 y 17	258
entre 18 y 28	1323
entre 29 y 60	5500
entre 61 y 100	395
ND	2963
Total general	10694

ETNIA	
GITANO ROM	5
INDIGENA	305
NEGRO O AFROCOLOMBIANO	330
PALENQUERO	2
RAIZAL	31
NINGUNA	10021
Total general	10694

TIPO POBLACION		
Civil		5338
FF.MM.		5356
Fuerzas militares	5180	
Policía	176	
Total general		10694

Calle 12 C No. 7-19 Piso 3. Bogotá - Colombia Teléfonos [+57 1] 562 93 00 Extensión 3539 – Fax: [+57 1] 596 11 25

Página 15 de 86

⁵ Fuente: Subdirección RNI con corte a 01 de febrero de 2016





1. Tipo de Víctima - Hecho Victimizante

TIPO DE VICTIMA		
DIRECTA	8706	
INDIRECTA	1988	
Total general	10694	

PROGRAMA REFERENTE		
PAICMA (HOY DAICMA)	3802	
LEY 418	5704	
LEY 1448	1188	
Total general	10694	

TIPO DE HECHO	
ACCIDENTE POR MAP	8303
ACCIDENTE POR MUSE	325
NO REGISTRA	2066
Total general	10694

ZONA DE OCURRENCIA		
RURAL	3771	
URBANA	33	
NO IDENTIFICA	6890	
Total general 10694		

Por otra parte, en lo corrido del año 2015, la Unidad ha recibido un total de 1616 declaraciones las cuales corresponden a accidentes por "MAP-MUSE ocurridos en el presente año:

DECLARACIONES 2015		
VALORADAS INCLUIDAS		74
FUERZA PUBLICA 14		
CIVILES 60		
EN VALORACION		48
PENDIENTES POR VALORAR		39
TOTAL DECLARACIONES		161

2. Ayuda humanitaria entregada a Víctimas de MAP y MUSE.

Del total de víctimas de MAP y MUSE identificadas a través del RUV, la Unidad cuenta con un reporte de 2086⁷ víctimas que han accedido a la medida de ayuda humanitaria por hechos diferentes al Desplazamiento Forzado.

Frente al seguimiento interno realizado desde el grupo de Habilidades y Capacidades Diversas, se estableció un canal de comunicación directo con la SPAE, con el fin de contar con retroalimentación permanente frente al acceso de ésta medida para las víctimas de MAP y MUSE partiendo del reporte generado por DAICMA al momento de ocurrencia del accidente.

3. Indemnización Administrativa para Víctimas de MAP y MUSE.

De acuerdo con el reporte de la RNI:

a. 515 personas víctimas directas⁸ han sido indemnizadas:

⁶ Fuente: Subdirección de Valoración y Registro. Corte 10 de diciembre de 2015

⁷ Fuente: Subdirección RNI. Corte 01 de diciembre de 2015

⁸ Fuente: Subdirección RNI. Corte 01/12/2015





INDEMNIZACION VICTIMAS DIRECTAS		
Por hecho victimizante de Lesiones	255	
Por otros hechos victimizantes		
TOTAL	515	

b. 26 personas víctimas indirectas que han sido indemnizadas, de conformidad con el reporte de la RNI:

INDEMNIZACION INDIRECTAS		VICTIMAS		
Por Lesio		victimizante	de	3
Por o	tros hech	os victimizant	es	23
TOTAL		26		

IV. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Desde el sector defensa se han impulsado Políticas de visibilicen y reconozcan las victimas militares, mediante la conmemoración anual del día de las víctimas, día del héroe y su familia y la sala de la memoria y la dignidad en el Museo Militar. Así mismo se da cumplimiento a la siguiente normatividad.

NORMATIVIDAD	CONTENIDO
CONPES 3591 DE 2009	Sistema de Rehabilitación Integral para la Fuerza Pública.
LEY 1346 DE 2009	Por medio del cual se aprueba la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
MODELO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL PARA EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES 2012.	Trata los lineamientos conceptuales para el diseño de estrategias que la inclusión de la población con discapacidad en los diversos entornos en los que se desempeña.
LEY 1618 DE 2013	Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno Ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.
DOCUMENTO CONPES 166 DE 2013	Por el cual se establece la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social (PPDIS).
POLÍTICA DE DISCAPACIDAD DEL SECTOR SEGURIDAD Y DEFENSA	Busca la inclusión social del personal militar víctima del conflicto armado a través sus dependencias.





Rehabilitación Integral de Víctimas Militares.

El Sector Defensa, como parte estratégica del Estado, en su compromiso por garantizar los derechos y deberes de las personas con discapacidad, reconoce el mandato de la Ley 1346/2009 mediante la cual se aprueba la "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, como también, la Ley Estatutaria 1618/2013 que asegura el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad en Colombia.

A nivel de cada una de las Fuerzas Militares se orientan a los miembros que han presentado accidentes con Minas Antipersonal (MAP), para que realicen la declaración y así, ser incluidos en el Registro Único de Victimas; siendo siempre beneficiarios del sistema de salud de las FFMM y otros programas institucionales vigentes.

Como respuesta a las tareas dadas por el Documento CONPES 3591, se expidió la Ley 1471 de Junio de 2011 "Por medio de la cual se dictan normas relacionadas con la Rehabilitación Integral de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de las escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional".

El objetivo central de la política de discapacidad del Sector Seguridad y Defensa es desplegar los objetivos del Documento CONPES 3591 y de la Ley 1471 de 2011 en objetivos puntuales para los diferentes actores del Sector Seguridad y Defensa quienes en su interacción, permitirán minimizar la probabilidad de accidentes o enfermedades que generen discapacidad en los miembros de la Fuerza Pública y si ella se presenta, disminuir las secuelas físicas y mentales así como desarrollar en ellos destrezas y capacidades que les permitan estructurar un nuevo proyecto de vida e incluirse sostenible y exitosamente en la sociedad.

Dentro de los proyectos que ha fomentado el Ministerio de Defensa para las personas con discapacidad de la Fuerza Pública se encuentra el Centro de Rehabilitación Inclusiva- CRI- proyecto que fue financiado a través de un Convenio de Cofinanciación con el Gobierno de Corea, y surge de la necesidad de establecer un sitio de pertenencia con un entorno diferencial al contexto de salud para los miembros de la Fuerza Pública con discapacidad,

Ofrecerá un espectro de servicios en formación para el personal uniformado activo y retirado con discapacidad motora, sensorial, cognitiva y múltiple, que hayan adquirido su condición ya sea por enfermedad general o profesional, por accidente o por acción directa de su desempeño en actos del servicio como el combate, y cuenta con una capacidad de atención a un promedio de 1.300 personas al año, con un periodo de aproximadamente 4 meses por persona.

Prestará sus servicios a través de cinco programas propuestos en el Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva (MRII) que surge aproximadamente hace ocho años, como una iniciativa de la Vicepresidencia de la República y del Ministerio de Defensa Nacional y se ha ido consolidando a través de los insumos del orden gubernamental y no gubernamental, la intención de este modelo es "constituir un mapa coherente que permita comprender y explicar el terreno de la inclusión social a través de la rehabilitación integral". En el MRII se establecen unos lineamientos que permitirán utilizar estrategias que conlleven a la inclusión de las personas con discapacidad (PcD) de la Fuerza Pública en los entornos humano, político, económico, cultural, social y laboral.

Programas:





El "Programa Vida Activa y Productiva", tiene como intención principal potencializar en
las personas con discapacidad una vida plena, activa y productiva no solamente en términos
económicos sino en términos de participación social y cultural. Una vida activa y productiva,
permitirá que los diferentes elementos construidos a lo largo de la vida de la persona, desde
sus emociones y sus creencias generen positivamente una potencialización de sus
habilidades, destrezas, talentos y competencias.

Se tendrán en cuenta cuatro componentes temáticos dentro del Programa: Formación para la Vida; Gestión de Proyectos de Vida e Inclusión social y socioeconómica; Componente cultural, simbólico, emprendimiento y empresarismo.

- El "Programa de Actividad Física y Movilidad", busca potenciar en las personas factores que le permitirán asumir nuevos retos, adquirir buenos hábitos y estilo de vida saludable a través del ejercicio y del deporte, establecer una sana competencia, superar obstáculos. Tiene como finalidad concentrarse en la promoción de la práctica de actividad física regular, con un propósito definido, para las personas con discapacidad de la Fuerza Pública, a través del desarrollo de planes y programas, para recreación, así como la adquisición, entrenamiento y potencialización de habilidades para la ejecución de sus nuevos roles. El programa se desarrolla en dos niveles: básico y avanzado.
- El "Programa de Interacción con el Entorno" busca desarrollar y aplicar herramientas que faciliten el empoderamiento, superar obstáculos, barreras actitudinales, físicas y sociales que permitan la participación autónoma de las PcD, en los entornos familiar, virtual, público y social, permitiendo la adecuada utilización de los espacios, objetos, comunicaciones, tecnologías y servicios, teniendo en cuenta las diferentes actividades de la vida cotidiana. Así, en la medida que las PcD tengan una interacción positiva con el entorno, podrán establecer relaciones positivas con el mismo, ejercer plenamente sus derechos y en consecuencia participar activamente en las decisiones relacionadas con su inclusión. En la medida que los usuarios logren niveles de desempeño con autonomía en los diferentes entornos, minimizarán barreras y potencializarán facilitadores o alternativas que permitirán satisfacer sus necesidades personales y sociales con oportunidad, equidad y participación trascendiendo los espacios del CRI a sus entornos reales en los cuales desarrollarán sus proyectos de vida.
- El "Programa de Habilidades Sociales" permitirá operativizar aquellos elementos necesarios para el desarrollo de los factores personales en la interacción con los otros, en consecuencia se busca impactar principalmente a la persona con discapacidad y transversalmente a su familia y/o red primaria de apoyo, desde una perspectiva integradora para que sean participantes e intérpretes de su proceso de cambio. El marco teórico de este programa involucra temas relacionados con habilidades sociales, su clasificación, tipos, características, aspectos generales de la comunicación, actitudes, comportamientos y factores a fortalecer, resiliencia, inteligencia emocional y sexualidad entre otros los cuales se realizaran en las diferentes aulas y talleres del CRI.





• El "Programa de Comunicación y Cognición" provee herramientas para la adquisición y/o fortalecimiento de habilidades comunicativas que facilitarán el libre desarrollo de los factores que permiten aprender de las situaciones y tomar elementos para la concertación, el dialogo, la participación y el liderazgo. Desde la perspectiva del MRII la comunicación y cognición tienen una estrecha relación y se configuran como dos procesos que deben ser potencializados en las PcD, para de esta manera contribuir a su desarrollo personal y social. Este desarrollo es posible en la medida en que se superen las dificultades de orden comunicativo que presenten los miembros de la Fuerza Pública que presenten discapacidad, así se proporcionarán herramientas que posibiliten el desarrollo de competencias comunicativas y con ello la optimización de procesos de pensamiento y construcción de conocimiento.

Hay que añadir, que el CRI presta asistencia psicológica y motriz que contribuye a la inclusión social de nuestros Héroes con discapacidad.

Educación:

Contamos con 21 convenios de educación técnica y superior que benefician a las reservistas de honor, viudas y huérfanos, a través de becas que van del 20 al 100% con cobertura a nivel nacional.

Semestralmente se cuenta con 300 becas disponibles para esta población.

No.	DEPARTAMENTO	ENTIDAD EDUCATIVA	% BECA	
UNI	UNIVERSIDADES			
1	Amazonas	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100	
2		Corporación Universitaria IDEAS	70	
		Universidad de Antioquia	100	
	Antioquia	Universidad de Medellín	100	
		Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100	
		Escuela Colombiana de Mercadotecnia	40	
3	Arauca	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100	
4	Atlántico	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100	
_	- ·	Universidad de Cartagena	100	
5	Bolívar	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100	
6	Boyacá	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100	
7	Caldas	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100	
8	Caquetá	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100	
9	Casanare	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100	
	Cauca	Corp. Universitaria Autónoma del Cauca	50	
10		Universidad del Cauca	100	
		Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100	
11	Cesar	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100	
12	Chocó	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100	
13	Córdoba	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100	
	Cundinamarca	Corporación Universitaria IDEAS	70	
		Universidad INCCA	20	
		Universidad Militar Nueva Granada	100	
14		Universidad Sergio Arboleda	70	
		Universidad Latina UNILATINA	25	
		U. Distrital fráncico jose de caldas	100	





		Esquela Superior de Administración Dublica	100
45	0	Escuela Superior de Administración Publica	100
15	Guainía	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
16	Guajira	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
17	Guaviare	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
18	Huila	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
19	Magdalena	Universidad del Magdalena	100
		Universidad Sergio Arboleda	70
		Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
		Corporación Universitaria del Meta	70
20	Meta	Corporación Universitaria IDEAS	70
	Moto	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
		Universidad de los Llanos	100
21	Nariño	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
22	Norte de Santander	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
23	Putumayo	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
0.4	Outin alfa	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
24	Quindío	Universidad del Quindío	100
25	Risaralda	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
26	San Andrés y Providencia	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
27	Santander	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
28	Sucre	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
29	Tolima	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
30	Valle del Cauca	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
31	Vaupés	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
32	Vichada	Universidad Militar Nueva Granada (A Distancia)	100
INS ⁻	TITUCIONES TECNOLÓGIC		
1	Cundinamarca	Fundación de Educación Superior San José	62
2	Santander	Fundación Autónoma de Santander	50
3		Instituto Tecnológico Metropolitano	100
	Antioquia	Escuela Colombiana de Mercadotecnia ESCOLME	100
EDU	ICACIÓN BÁSICA PRIMAR		
		Academia Militar Nacional Héroes Granadinos (aplica para	
1	Cundinamarca (Bogotá)	huérfanos e hijos de personas con discapacidad de la Fuerza	
	Cariamamarca (Bogota)	Pública)	
VAL	IDACIÓN BACHILLERATO		
		ato por ciclos Corporación Matamoros	100
, 1 141	TOT TACIONAL PACITIES	ato por ototo odiportation matamores	1.00

Deporte:

Promoción de la práctica recreo-deportiva y rehabilitación funcional orientada hacia el alto rendimiento deportivo de las personas con discapacidad. En la actualidad contamos con la Liga de Deportistas con Discapacidad de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional –LIDIFA, quiénes nos representan con honor y coraje en eventos deportivos a nivel nacional e internacional, los cuales otorgan cupos directos a Campeonatos Mundiales, Copas de Mundo y Juegos Olímpicos. Entre el 2012 y 2014 obtuvieron 20 medallas de oro, 23 de plata y 18 de bronce.

La Liga cuenta con 104deportistas activos y pensionados del Ejército Nacional, de la Armada Nacional de la Policía Nacional y algunos beneficiarios. Todos ellos compiten al más alto nivel en





ciclismo, natación, voleibol sentado, tenis de mesa, tiro, pesas, boccia, billar, atletismo, ajedrez.

Programas de Vivienda:

Caja Honor:

Contamos con el Fondo de Solidaridad de la Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía, para apoyar con vivienda propia a nuestro personal con discapacidad, viudas y huérfanos.

Ministerio de Agricultura:

Se realizó convenio con el Ministerio de Agricultura, para la construcción de 1.000 viviendas rurales a soldados, infantes y policías heridos en combate y/o por actos del servicio con discapacidad, que cuenten con un terreno rural suscrito a título personal o a nombre de algún miembro del núcleo familiar. Se encuentra en proceso de implementación.

Vivienda fiscal y alojamientos:

Por el impacto que esta tranquilidad tiene sobre el compromiso de todos los uniformados con el cumplimiento de su misión, el tema de vivienda fiscal se ha convertido en uno de los ejes principales de la estrategia de bienestar del Ministerio de Defensa Nacional.

Actualmente se está ejecutando la inversión más grande en los últimos 20 años, asignando más de 157.000 millones de pesos provenientes de los recursos extraordinarios aprobados para la vigencia 2011-2015, con lo que se construirán y adquirirán, además de 276 alojamientos para personal soltero, 514 nuevas viviendas fiscales, priorizando las obras en zonas donde hay mayor número de uniformados, como es el caso de Bogotá y Tolemaida, así como zonas de orden público o de baja oferta privada, como son Puerto Leguizamo, Puerto Carreño, Tres Esquinas y Yatí.

Empleabilidad:

Se desarrolló e implemento un programa piloto de inclusión laboral con 7 empresas del GSED, través de la Corporación Matamoros del cual se lograron beneficiar en el último año 30 personas.

Así mismo con la ANDI y el Consejo Gremial Nacional es una iniciativa vincular laboralmente y apoyar proyectos de emprendimiento sostenible para los miembros de la Fuerza Pública en retiro, especialmente los Soldados e Infantes de Marina Profesionales.

Ley de apoyo y Bienestar: Ley 1699 de 2013:

Tiene como objeto garantizar los derechos económicos, sociales y culturales de los miembros de la Fuerza Pública que quedaron discapacitados en cumplimiento de su misión constitucional y a los familiares de quienes fallecieron con ocasión del servicio activo, a través de la concesión de beneficios que les permita tener una mejor calidad de vida.

La población objeto de la Ley es el personal en condición de discapacidad que por ello les sea reconocida pensión, además de las viudas, huérfanos o padres de personal fallecido, únicamente en combate, acción del enemigo o actos del servicio.

Beneficios:

A nivel de fuerzas se ha realizado acompañamiento y difusión para que el personal militar y sus familias que se consideren víctimas del conflicto armado, conozcan la Ley 1448 de 2011 e inicien su proceso de inclusión en el Registro Único de Víctimas, así mismo, se adelantan campañas orientadas





al registro de localización y caracterización de personas con discapacidad como parte de la política del Ministerio de Salud y Protección Social.

<u> </u>	90% condonación	Financiación de estudios de pregrado o educación para el trabajo y desarrollo humano
	Descuento	Productos básicos de primera necesidad
₫\$o	50% descuento	Espectáculos culturales y deportivos
00	50% descuento	Exhibición cinematográfica
<u> </u>	30% descuento	Sitios de interés turísticos
□ ≥	15% descuento	Telefonía e internet fijo y móvil, tv por cable
	10% descuento	Alojamiento y hospedaje
7	10% descuento	Tiquetes aéreos nacionales
**	Acceso	Acceso a ventanilla preferencial en entidades públicas o privadas de servicios públicos
	Gratis	Museos

Recreación y Cultura:

Mediante oficio No. 110-0716-2011 del Ministerio de Cultura, se informó al Ministerio de Defensa Nacional – Grupo Veteranos, que en cumplimiento a la Ley 14 de 1990, los Reservistas de Honor, siempre y cuando acrediten esta calidad, ingresaran gratuitamente a los teatros Colon y Delia Zapata Olivella, Museo Nacional, Biblioteca Nacional.

Igualmente Ofrece **entrada gratuita** a los Reservistas de Honor de la Fuerza Pública sólo a los museos pertenecientes al Ministerio de Cultura incluyendo el Museo Nacional de Colombia. Así mismo se cuenta con el apoyo de otras entidades que ofrecen entrada gratuita a los Reservistas de Honor, viudas y huérfanos tales como:

- 1. Fundación Museo Naval del Caribe
- Sociedad de Mejoras Públicas de Cartagena, Castillo de San Felipe, Fortificaciones de Boca
- 3. Chica, Cordón amurallado y grandes baluartes

Aliados Estratégicos:





De otra parte, a través de la **Corporación Matamoros**, entidad de carácter privado sin ánimo de lucro, que trabaja en beneficio de los Soldados, Policías, Infantes de Marina heridos en combate y sus familias, a través de programas de educación, vinculación laboral, alojamiento en hogares de paso y rehabilitación a través del deporte, en los últimos seis años se ha logrado beneficiar:

- Programas de capacitación y educación formal.
- Oportunidad laboral.
- Ocupaciones en los Hogares de Paso.
- Donaciones en especie a sus beneficiarios.

Salud:

Con relación a la prestación del servicio de **Salud**, la Ley 352 de 1997 por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras Disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, establece en el **CAPÍTULO I. LA COMPOSICIÓN Y PRINCIPIOS DE ATENCION**

ARTÍCULO 1o. COMPOSICIÓN DEL SISTEMA. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, SSMP, está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y los afiliados y beneficiarios del Sistema. El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea y el Hospital Militar Central. El Subsistema de Salud de la Policía Nacional lo constituyen la Policía Nacional y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

ARTÍCULO 20. OBJETO. El objeto del SSMP es prestar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios y el servicio de sanidad inherentes a las operaciones militares y policiales.

ARTÍCULO 3o. DEFINICIÓN. Para los efectos de la presente Ley se define la sanidad como un servicio público esencial de la logística militar y policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada al servicio del personal activo, retirado, pensionado y beneficiarios.

ARTÍCULO 40. PRINCIPIOS. Además de los principios generales de ética, equidad, universalidad y eficiencia, serán orientadores de la actividad de los órganos que constituyen el SSMP, los siguientes:

- a) Racionalidad. El SSMP utilizará los recursos de manera racional a fin de que los servicios sean eficaces, eficientes y equitativos;
- b) Obligatoriedad. Es obligatoria la afiliación de todas las personas enunciadas en el artículo 19 de la presente Ley sin perjuicio de lo dispuesto en el literal a), numeral 7o. del mismo artículo;
- c) Equidad. El SSMP garantizará servicios de salud de igual calidad a todos sus afiliados y beneficiarios, independientemente de su ubicación geográfica, grado o condición de uniformado o no uniformado, activo, retirado o pensionado. Para evitar toda discriminación, el SSMP informará





periódicamente a los organismos de control, las actividades realizadas, detallando la ejecución por grados y condiciones de los anteriores usuarios;

- d) Protección integral. El SSMP brindará atención en salud integral a sus afiliados y beneficiarios en sus fases de educación, información y fomento de la salud, así como en los aspectos de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, en los términos y condiciones que se establezcan en el plan de servicios de sanidad militar y policial, y atenderá todas las actividades y suministros que en materia de salud operacional requieran las Fuerzas Militares y la Policía Nacional para el cumplimiento de su misión. En el SSMP no existirán restricciones a los servicios prestados a los afiliados y beneficiarios por concepto de preexistencias;
- e) Autonomía. El SSMP es autónomo y se regirá exclusivamente de conformidad con lo establecido en la presente Ley;
- f) Descentralización y desconcentración. El SSMP se administrará en forma descentralizada y desconcentrada en las Fuerzas Militares y en la Policía Nacional con sujeción a las políticas, reglas, directrices y orientaciones trazadas por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;
- g) Unidad. El SSMP tendrá unidad de gestión, de tal forma que aunque la prestación de servicios se realice en forma desconcentrada o contratada, siempre exista unidad de dirección y políticas así como la debida coordinación entre los subsistemas y entre las entidades y unidades de cada uno de ellos:
- h) Integración funcional. Las entidades que presten servicios de salud concurrirán armónicamente a la prestación de los mismos mediante la integración en sus funciones, acciones y recursos, de acuerdo con la regulación que para el efecto adopte el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;
- i) Independencia de los recursos. Los recursos que reciban las Fuerzas Militares y la Policía Nacional para la salud, deberán manejarse en fondos cuenta separada e independiente del resto de su presupuesto y sólo podrán destinarse a la ejecución de dichas funciones;
- j) Atención equitativa y preferencial. Todos los niveles del SSMP deberán atender equitativa y prioritariamente a los afiliados y beneficiarios del mismo. Por consiguiente, solamente podrán ofrecer servicios a terceros o a entidades promotoras de salud, una vez hayan sido satisfechas debidamente las necesidades de tales usuarios y previa autorización del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la policía Nacional.

La Fase de Rehabilitación Funcional para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) se plantea como un eslabón fundamental dentro del Sistema de Rehabilitación Integral del Ministerio de Defensa Nacional, el cual está conformado por un conjunto de entidades, actores, normas, principios, infraestructura, recursos y procedimientos, articulados entre sí, dicha fase está encaminada a brindar servicios interdisciplinarios de rehabilitación funcional de óptima calidad, con énfasis en AVD (Actividades de la Vida Diaria) en donde el usuario con discapacidad, potencie y desarrolle la máxima funcionalidad e independencia.

En relación con las mejoras que se han hecho, en su institución y acorde a sus competencias, a los actuales planes, políticas y marcos jurídicos en materia de discapacidad, salud, empleo, asistencia





social, educación y reducción de la pobreza establecidos para atender las necesidades de las víctimas militares de minas, se han realizado las siguientes acciones:

Política de Discapacidad para el sector Seguridad y Defensa: Mediante la Resolución N° 4584 del 30 de Mayo de 2014 se adoptó la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa y se dictaron otras disposiciones. La finalidad de esta Política es señalar los lineamientos para lograr una rehabilitación integral del uniformado tras sufrir un accidente. La meta que se ha trazado desde el Ministerio de Defensa Nacional, es ir más allá de la fase de rehabilitación funcional. Por eso, desde la Política de Discapacidad se incorpora un elemento innovador en Latinoamérica, que es la fase de rehabilitación familiar, social y laboral, para lograr la inclusión de nuestros héroes con discapacidad en la sociedad. Es así, como desde la política se da origen al Sistema de Gestión del Riesgo y Rehabilitación Integral – SGRRI, y se complementa la ruta de rehabilitación con la que cuenta el sector defensa actualmente, incluyendo esta tercera fase de rehabilitación inclusiva.

Igualmente esta política, despliega los objetivos del Documento CONPES 3591 y de la Ley 1471 de 2011 en objetivos específicos para los diferentes actores del Sector Seguridad y Defensa quienes, en su interacción, permitirán minimizar la probabilidad de accidentes o enfermedades que generen discapacidad en los miembros de la Fuerza Pública y, si ella se presenta, disminuir las secuelas físicas y mentales así como desarrollar en ellos destrezas y capacidades que les permitan estructurar un nuevo proyecto de vida e incluirse sostenible y exitosamente en la sociedad. En concordancia con el Documento CONPES, estos objetivos se alcanzarán mediante la implementación del Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral— SGRRI para la Fuerza Pública, el cual pretenderá articular los esfuerzos de las entidades del Sector Seguridad y Defensa así como la coordinación con las entidades externas, para mitigar la deuda social con los miembros de la Fuerza Pública que, en cumplimiento de la función constitucional o como consecuencia de ella, se ven en riesgo de adquirir una discapacidad o efectivamente terminan adquiriéndola: precisamente, en este documento se emiten los lineamientos de política para su diseño y puesta en marcha.

- b. <u>Circular N° 324 de 2014 del Ministerio de Defensa Nacional</u>: Por la cual se emiten lineamientos para la Promoción de la inscripción al Registro Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad de la Fuerza Pública. (RLCPcD). Así mismo se incluyeron en los planes de acción de los Subsistemas de salud de las Fuerzas Militares y Policía nacional unas metas de cumplimiento anual para aumentar progresivamente la inscripción de la Fuerza Pública en el RLCPcD.
- c. <u>Directiva Transitoria N°. DIR 2014-27 MDN del 11 de septiembre de 2014</u>: Por la cual se formulan los lineamientos generales para el cumplimiento de la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa e identifica las competencias requeridas por las áreas implicadas, garantizando el pleno ejercicio de los deberes y derechos de los miembros de la Fuerza Pública.
- d. <u>Diseño del Modelo de Rehabilitación funcional</u>. En este marco de referencia, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en su propósito misional por garantizar el aseguramiento para la cobertura de servicios en salud integral a todos los usuarios del Subsistema, expide en su Plan de Desarrollo institucional 2011-2014, cuatro objetivos estratégicos para el mejoramiento de los servicios de salud, dentro de los cuales se





encuentra la "consolidación de la salud Militar" encaminado a implementar una doctrina unificada en el ámbito de salud operacional, tomando como base las mejores experiencias y prácticas desarrolladas desde la caracterización operacional de cada Fuerza. A partir del despliegue de este objetivo estratégico se deriva la línea estratégica "Fortalecimiento de la fase de rehabilitación funcional", la cual busca fortalecer el proceso de rehabilitación mediante acciones desde la promoción de la salud, la prevención de la discapacidad, el fortalecimiento del abordaje asistencial, así como el mejoramiento de las condiciones de vida desde la perspectiva de salud de la población con discapacidad perteneciente al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, a través de los diferentes ciclos vitales.

El proyecto del fortalecimiento de la fase funcional del Sistema de Rehabilitación Integral contiene un componente importante con relación a la consolidación de la salud militar pero adicionalmente se complementa con la línea estratégica de ordenamiento de la red prestadora de servicios de salud, la cual está encaminada a la reorganización de los Establecimientos de Sanidad Militar acorde a los niveles de complejidad, cumpliendo las condiciones técnico-científicas y el trabajo en equipo, lo que permitirá garantizar la prestación de servicios de salud, específicamente de rehabilitación con calidad a toda la población de usuarios del Subsistema de Salud.

Todo lo planteado anteriormente con relación a la competencia de la Fase de Rehabilitación Funcional está liderado por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, y actualmente, cuenta con una infraestructura de 163 Establecimientos de Sanidad Militar, encargados de prestar servicios de salud a los segmentos poblacionales asignados a su jurisdicción, de acuerdo con los niveles de atención. De la totalidad de dichos establecimientos, en 6 de ellos se prestan servicios de rehabilitación funcional correspondientes al segundo nivel de atención y los establecimientos restantes enfocan su atención básica en promoción y prevención de la salud.

- e. <u>Diseño de las guías del Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva -MRII.</u> Este modelo tiene como objetivo principal el implementar un sistema de rehabilitación integral y sostenible para los miembros de la Fuerza Pública en situación de discapacidad que proporcione las herramientas necesarias para la autogestión de sus proyectos de vida y contiene cinco programas:
 - Vida activa y productiva
 - Habilidades sociales
 - Comunicación y cognición
 - Interacción con el entorno
 - Actividad física y movilidad.

Igualmente se aprobó el Acuerdo N° 059 de Marzo de 2015 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que trata sobre la "Política para la atención en salud de las Personas con Discapacidad afiliados y sus beneficiarios al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP)", el cual tiene como propósito promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad del derecho a la salud de las personas con discapacidad (PcD), afiliados y beneficiarios del SSMP, con un enfoque diferencial, psicosocial, en concordancia con el plan de beneficios del SSMP, norma que complementar y facilitar la adaptación de un modelo de rehabilitación integral participativo e incluyente basado en la gestión de caso, para la personas de la Fuerza Pública en situación de discapacidad y sus familias.





f. Proyecto de Decreto de Estructura y Planta que modifica al MDN para la creación de la Dirección del Centro de Rehabilitación Inclusiva - DICRI: Este proyecto crea la estructura administrativa y de planta de personal de esa dirección, como una dependencia del Viceministerio de Defensa para el GSED y Bienestar, la cual será la encargada del gerenciamiento del Centro de Rehabilitación Integral y del desarrollo y articulación del Sistema de Gestión del Riesgo y Rehabilitación Integral. Este proyecto se encuentra pendiente de aprobación por parte de la Presidencia de la República.

En relación con el presupuesto asignado para los planes existentes se refiere la siguiente información:

Recursos destinados a la Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad: Desde el Sector Defensa, se han iniciado importantes proyectos de infraestructura concebidos como parte del Sistema de Gestión del Riesgo y Rehabilitación Integral. Las siguientes inversiones se han hecho en pro de complementar y fortalecer las fases del sistema:

a. El Centro de Rehabilitación Inclusiva (CRI), facilitará el pleno ejercicio de los derechos, deberes y responsabilidades. El servicio será equitativo a toda la población usuaria concebida en la Ley 1471 del año 2011, sin importar su edad, género, raza, condiciones físicas, psíquicas y sensoriales, de tal manera que se forme al sujeto y se facilite la sana interacción social y el desarrollo de las aptitudes y potencialidades en las diversas esferas de la actividad cotidiana, para el libre uso y disfrute de los servicios que presta y ofrece la comunidad. El CRI tendrá una capacidad de atención hasta de 400 personas con discapacidad y también será el sitio desde el cual se desarrollarán los procesos de investigación para la rehabilitación en la Fuerza Pública.

La Construcción de este Centro tiene un costo de 33 mil millones de pesos, de los cuales el Gobierno de Corea contribuyó con más de 17.000 millones de pesos y el saldo restante fue aportado por la nación y su dotación de equipos y mobiliario se encuentra en desarrollo mediante recursos del MDN y Ejército Nacional por un valor aproximado de \$ 5.000 mil millones de pesos. Estará inaugurándose en Junio del 2016 y una vez entre en funcionamiento será el espacio físico donde nuestros Héroes podrán a través de la Rehabilitación Inclusiva y sus cinco programas, auto gestionar y contar con las herramientas necesarias para iniciar un nuevo proyecto de vida.

- b. Centro de Rehabilitación Funcional –CRF "HEROES DEL PARAMILLO", el cual contiene un área total de 5.500 M2 distribuidos en 6 niveles al interior de la Cuarta Brigada, contiguo al Hospital y tiene una capacidad de atender 160 uniformados. Su costo fue de \$10.580 millones de pesos, dineros que fueron aportados por el Ministerio de Defensa, el Ejército Nacional, la Gobernación de Antioquia, la Alcaldía de Medellín, y el sector privado.
- c. El Centro de Rehabilitación Funcional (CRF) nuevo BASAN, inicio su proceso de construcción en el primer semestre de 2015, con una inversión de 34 mil millones de pesos, el cual se concentrará en proveer los servicios de salud para alcanzar la máxima funcionalidad en la prestación del servicio de rehabilitación funcional de todas las personas con discapacidad afiliados al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Es importante informar que en concordancia con lo establecido en la Ley 1618 de 2013, Artículo 5°, numeral 10, los recursos presupuestales destinados a esta garantía de derechos se ha venido realizando de forma progresiva y acorde a las metas del marco fiscal a mediano plazo, las cuales a





la fecha se encuentran determinadas y relacionados al eje 1-Transformación de lo público en recursos de inversión y funcionamiento, así; 6.500 millones en el 2015 y 15.827 millones para el 2016.

En relación con el estado actual de las capacidades locales que garantizan el acceso y la disponibilidad de servicios integrales de rehabilitación, de oportunidades de inclusión económica y de medidas de protección social, el personal Militar, Policial y Civil perteneciente al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía cuenta con un Plan de Servicios de Sanidad que brinda una atención integral (áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación), en caso de presentar enfermedad general, de trabajo o accidente laboral; teniendo en cuenta el acuerdo 002 del Abril 27 de 2001, inician su atención médica en los hospitales regionales o en la red externa y si a causa de esto se presenta una discapacidad inician su proceso de rehabilitación funcional en los establecimientos de sanidad.

La Fuerza Pública viene trabajado el paradigma de la discapacidad enfatizando sobretodo en el componente de rehabilitación funcional, por lo cual las acciones adelantadas hasta el momento han ido encaminadas al logro del máximo de funcionalidad e independencia a nivel físico, psicológico y social. Con el Centro de Rehabilitación Integral se desarrollará el Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva, como un proceso paralelo al proceso de rehabilitación funcional para alcanzar la integración real de la persona con discapacidad a su entorno social.

El proyecto consta de un área de 17.000 m2, el cual incluye: áreas de simuladores de trasporte público, simulador de vehículo para interacción con el entorno, apartamento modelo simulador de vivienda, una piscina, muro de escalar, gimnasios con equipos en interiores y exteriores, paneles interactivos, aulas de educación y capacitación, espacios de talleres lúdicos y talleres de formación en competencias, un oratorio y el área administrativa.

Ofrece un espectro de servicios en formación para el personal uniformado activo y retirado con discapacidad motora, sensorial, cognitiva y múltiple, que hayan adquirido su condición ya sea por enfermedad general o profesional, por accidente o por acción directa de su desempeño en actos del servicio como el combate, y cuenta con una capacidad de atención de 400 usuarios /día para atender una población inicial de 1300 usuarios por año.

Estos programas se desarrollarán con el apoyo de un grupo interdisciplinario conformado por militares y civiles, con una planta de 130 funcionarios para el componente misional y administrativo, el personal misional estará conformado por profesionales de diferentes disciplinas en piscología, terapia ocupacional, fisioterapia, educador físico, trabajador social, auxiliar de servicios, quienes a través de una evaluación inicial por capacidades, competencias y de la decisión de la persona con discapacidad sobre su nuevo proyecto de vida establecerán un plan individualizo de trabajo, concentrado básicamente en las actividades de la vida diaria para lograr unos objetivos puntuales en términos de integración familiar, social y laboral, que van dirigidos al fortalecimiento de las habilidades y potencialidades del individuo mas no a sus carencias, también se visualizaran los factores facilitadores y las barreras en el proceso de autogestión, este proceso debe iniciar paralelo al proceso de rehabilitación funcional.

Adicional a este personal de atención, el CRI contará con un denominado programa de pares, conformado por personas de la Fuerza Pública en condición de discapacidad que han tenido una rehabilitación exitosa. Ellos realizaran el acompañamiento durante todo el proceso a otros compañeros que inician este camino, la atención prestada en el centro es de carácter ambulatorio, con objetivos reales acorde a las capacidades del usuario y con un tiempo definido (4 a 6 meses).





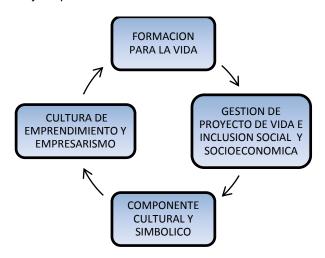
Si bien es cierto que los diferentes proyectos de vida de los usuarios pueden abarcar una amplia gama de posibilidades en la parte formativa y laboral, se buscará establecer las prioridades y mantener las coordinaciones necesarias con entidades públicas y privadas, y gobiernos locales para la implementación de programas en áreas tan diversas como la educación, el deporte, el trabajo, la cultura etc.

Ahora una breve descripción de los programas:

El "Programa Vida Activa y Productiva", tiene como intención principal potencializar en las personas con discapacidad una vida plena, activa y productiva no solamente en términos económicos sino en términos de participación social y cultural. Una vida activa y productiva, permitirá que los diferentes elementos construidos a lo largo de la vida de la persona, desde sus emociones y sus creencias generen positivamente una potencialización de sus habilidades, destrezas, talentos y competencias.

Se tendrán en cuenta cuatro componentes temáticos dentro del Programa:

- Formación para la Vida.
- Gestión de Proyectos de Vida e Inclusión social y socioeconómica.
- Componente cultural y simbólico
- Emprendimiento y empresarismo



Gráfica No.2. Componentes del Programa Vida Activa y Productiva Fuente: Grupo asesor en comisión a la Dirección de Bienestar Sectorial y Salud del Viceministerio de Defensa para el GSED y Bienestar. – PD .Maria Fernanda Figueroa. Jefatura de Familia y Bienestar del EJC.

<u>Formación Para la Vida</u>: los procesos contemplados en este componente tendrán estrecha relación con las Habilidades para la Vida y también con los procesos de formación por competencias, incluye elementos educativos con los cuales se transmitirán conocimientos, valores, costumbres, formas de actuar y pautas orientadas al logro de habilidades generales que faciliten un exitoso desempeño y el desarrollo de factores personales. Desde este proceso se espera que las personas que se encuentran en el CRI tengan espacios en los cuales desarrollen habilidades, destrezas y formas de comportamiento positivos, ⁹ que les conduzcan a una exitosa inclusión social.

_

⁹ Interconexión con el Programa de Habilidades Sociales





Gestión de proyecto de vida e inclusión social y socioeconómica: El sentido principal de este componente tiene que ver con posibilidades reales para que las PcD gestionen sus proyectos de vida y participen en actividades productivas en sus lugares de origen, dándole a sus vidas un giro de actividad y participación social, se realizarán talleres educativos de hábitos laborales o talleres ocupacionales que tengan en cuenta contenidos como: Que es el mundo del trabajo, Como buscar un trabajo, derechos y deberes laborales de las personas con discapacidad, talleres de orientación ocupacional (hábitos laborales, hoja de vida, entrevista de trabajo), relaciones interpersonales y resolución de conflictos aplicado al medio laboral productivo (articulado con habilidades sociales), cultura del trabajo, entre otros (teniendo en cuenta que los miembros de la Fuerza Pública vienen de un contexto laboral especifico) también articulado con habilidades sociales.

Componente cultural y simbólico: Las orientaciones que reúne este componente buscan cualificar las posibilidades de desarrollar capacidades, talentos y un sentido de identidad cultural de las PcD de la Fuerza Pública y sus familias; así como disminuir su discriminación y exclusión social a través de identificar y modificar los factores culturales que limitan la inclusión social de estas personas en su contexto social.

Este componente se desarrollará con fundaciones, universidades, ligas deportivas, organizaciones artísticas y culturales con las cuales se crearan capacitaciones a la medida para promover en los usuarios y sus familias procesos narrativos en torno a sus raíces culturales, y se generarán espacios reflexivos alrededor de la simbología y experiencias adquiridas en la vida militar, como elementos que contribuyen a la construcción de identidad cultural para exitosos procesos de inclusión social.

<u>Cultura de emprendimiento y empresarismo</u>: Este componente hace referencia a aspectos relacionados con *emprendimiento*, es decir, a la iniciativa, al deseo, a las ganas de realizar algo. En el MRII los usuarios son potenciales emprendedores, es decir, personas con capacidad de innovar, entendida esta como la "capacidad de generar bienes y servicios de una forma creativa, metódica, ética, responsable y efectiva, el *Empresarismo* está enfocado a las acciones que conllevan la formación de empresa, donde el emprendedor está al frente y a cargo de su proyecto, liderando decisiones y estableciendo obligaciones, siendo al mismo tiempo cabeza y motor de su empresa.

Teniendo en cuenta lo anterior, el emprendimiento es una opción de vida. Considerando los procesos previstos en el CRI y de acuerdo a los proyectos de vida individuales los usuarios pueden pensar en crear empresas o unidades productivas de carácter privado o solidario mediante la identificación de ideas de negocio y nichos de mercado específicos, viables y sostenibles mediante la formación en competencias básicas, competencias ciudadanas y empresariales dentro del sistema educativo formal y no formal y obviamente su articulación con el sector productivo.

La Vida Activa y Productiva se promoverá dependiendo del Proyecto de Vida de las personas y contempla las siguientes fases:

<u>Fase Inicial – Diagnóstica</u>: Esta fase abarca las dos (2) primeras semanas de permanencia en el CRI, en las cuales se busca además de orientar en el proceso de rehabilitación inclusiva, determinar autoconocimiento, énfasis en las habilidades para la vida y una evaluación que permita determinar metas de trabajo que posibiliten la construcción de nuevos proyectos de vida de los usuarios. Esta fase se trabajará sinérgicamente con los otros programas.

<u>Fase Intermedia:</u> Esta fase tendrá duración de diez semanas, en las cuales se dará inicio a procesos de formación por competencias articulado con el Plan Operativo SENA de acuerdo a los escenarios disponibles en diferentes áreas dentro del CRI (electricidad-electrónica, mecánica, alimentos y





bebidas y sistemas). Evidentemente, estos procesos de formación contarán módulos de habilidades para la vida, los cuales se trabajarán con ejercicios prácticos

Durante esta Fase se espera también realizar visitas en terreno a diferentes entornos de aprendizaje en entidades como el SENA y también en Universidades con las cuales el CRI tenga convenios de aprendizaje.

<u>Fase Alternativas de Inclusión Social</u>: Esta fase tendrá duración de cuatro (4) semanas en las cuales, la intención principal es contribuir al logro de los proyectos de vida en lo relacionado con actividad y productividad. De acuerdo al PIT (Plan Individualizado de Trabajo) se generara el trabajo de red requerido para tal fin en lo relacionado con:

- Necesidades de continuidad de procesos educativos formales (Ciclos propedéuticos).
- Redes de apoyo para gestión laboral en diferentes regiones del país en cabeza de las diferentes Fuerzas.
- De acuerdo al interés principal del usuario se generan énfasis en temas relacionados, por ejemplo, si desea lograr un empleo se trabajará en aspectos relacionados con: hoja de vida, entrevista laboral, simulaciones de entrevistas de trabajo, juegos de roles etc.
- Si el interés del usuario es generar un proyecto familiar emprendedor se determinarán puntos estratégicos en las diferentes regiones para que se realice acompañamiento a estas iniciativas.
- Grupos de apoyo de iniciativas emprendedoras.
- Conexión con redes de participación social y ciudadana, la idea principal es que los usuarios del CRI, al terminar su proceso asuman compromisos de participación ciudadana y ejerzan activamente sus derechos y deberes.

El "Programa de Actividad Física y Movilidad", busca potenciar en las personas factores que le permitirán asumir nuevos retos, adquirir buenos hábitos y estilo de vida saludable a través del ejercicio y del deporte, establecer una sana competencia, superar obstáculos. Tiene como finalidad concentrarse en la promoción de la práctica de actividad física regular, con un propósito definido, para las personas con discapacidad de la Fuerza Pública, a través del desarrollo de planes y programas, para recreación, así como la adquisición, entrenamiento y potencialización de habilidades para la ejecución de sus nuevos roles. El programa se desarrolla en dos niveles: básico y avanzado

<u>Nivel básico:</u> en este nivel se desarrollará actividad física con fines recreativos, tendrá una duración de 60 días en la que se busca realizar teniendo en cuenta el plan individualizado de trabajo, la prescripción del ejercicio y sus intereses programa personalizado de actividad física, con el fin de mejorar sus condiciones físicas adaptadas a su nueva vida.

<u>Nivel avanzado</u>: el nivel de actividad física específica, se realizara en 60 días, y busca potencializar al máximo los movimientos, las capacidades físicas y todas las habilidades necesarias para el correcto desempeño físico en su nuevo rol.

Durante todo el programa se realizaran actividades tendientes a la adquisición de la práctica de actividad física como habito saludable y se utilizaran los espacios de gimnasios interiores y exteriores, piscina, muro de escalar, los paneles interactivos, y técnicas como Pilates, yoga. Así mismo con el apoyo de la Liga deportistas con discapacidad para las Fuerza Militares (LIDIFA) se identificará al personal con discapacidad de la Fuerza que tenga las habilidades para desarrollar a través del deporte su inclusión social.





El "Programa de Interacción con el Entorno" busca desarrollar y aplicar herramientas que faciliten el empoderamiento, superar obstáculos, barreras actitudinales, físicas y sociales que permitan la participación autónoma de las PcD, en los entornos familiar, virtual, público y social, permitiendo la adecuada utilización de los espacios, objetos, comunicaciones, tecnologías y servicios, teniendo en cuenta las diferentes actividades de la vida cotidiana. Así, en la medida que las PcD tengan una interacción positiva con el entorno, podrán establecer relaciones positivas con el mismo, ejercer plenamente sus derechos y en consecuencia participar activamente en las decisiones relacionadas con su inclusión. En la medida que los usuarios logren niveles de desempeño con autonomía en los diferentes entornos, minimizarán barreras y potencializarán facilitadores o alternativas que permitirán satisfacer sus necesidades personales y sociales con oportunidad, equidad y participación trascendiendo los espacios del CRI a sus entornos reales en los cuales desarrollarán sus proyectos de vida.

El programa de interacción con el entorno se desarrollará en tres fases:

<u>Fase inicial o básica:</u> en la cual se potencializará la capacidad para realizar las diferentes actividades programadas, usando asertivamente los entornos familiar, virtual, público y social; permitiendo así la interacción satisfactoria en todos los programas a desarrollar en el CRI. (Dos Semanas)

<u>Fase intermedia o instrumental:</u> Se fortalecerá la interacción con el entorno con enfoque de Diseño universal en los contextos familiar, virtual, público y social, por medio del uso adecuado de espacios, objetos, dispositivos, comunicaciones, servicios y tecnologías. Se sensibilizará a través del conocimiento y práctica de competencias ciudadanas. Se darán indicaciones referentes al uso de dispositivos, órtesis, ayudas técnicas, de tecnología y la identificación de barreras y uso de facilitadores. Dirigida al usuario, familia, cuidador y compañeros. (Doce Semanas)

<u>Fase avanzada o de Participación:</u> Se fortalecerán patrones de comportamiento organizados que son característicos dentro de un sistema social. Se motivará a la interacción exitosa a nivel de la comunidad. Dirigido al usuario como ser social, cultural, con anhelos, necesidades y posibilidades, se desarrollará en los entornos dentro y fuera del CRI, empoderándolo en su proyecto de vida como líder y gestor. (Dos Semanas)

Tabla de organización de actividades teniendo en cuenta las fases del programa
Disponible en. MRII. Programa Interacción con el entorno. Zayra Buitrago Tamy. Terapeuta Ocupacional. CRH-BASAN.
2013

	ACTIVIDADES		
ENTORNO	FASE 1	FASE 2	FASE 3
FAMILIAR	Taller AVD. Baño, alimentación y vestido.	Preparación de comidas sencillas.	
	Técnicas para el cuidado de la ropa, referente a lavado, planchado y organización"	Limpiar zona y utensilios de cocina.	
	Técnicas para el uso de los elementos para la alimentación (utensilios).	Limpieza de vivienda (ordenar, quitar polvo, barrer, trapear cuarto- baño.	
	Taller de cuidado de dispositivos atención personal. Usar, limpiar	Utilización de aparatos domésticos.	





	y mantener aparatos auditivos,		
	gafas, ortésis, equipo adaptado.		
	Taller de higiene y arreglo	Almacenado de	
	personal. (Usuarios y	alimentos.	
	cuidadores)		
		Eliminación de	
		deshechos.	
VIRTUAL	Inducción uso de Tecnología;		
	informática y comunicaciones		
	dirigido al manejo de los		
	simuladores.		
	Sensibilización del uso	Utilización del	
	adecuado del transporte público.	trasporte público.	
PUBLICO	addodado del transporte publico.	trasporte publico.	
1 OBLIGO		Taller de conducción y	
		uso de adaptaciones	
		vehiculares.	
		verticulates.	
	Sensibilización sobre	Simulacros de	Participar en
	evacuación.	evacuación.	actividades de tiempo
SOCIAL	o racadionii	oracaasio	libre y ocio, salidas
0001/12			ecológicas, galerías de
			arte, juegos
	Lineamientos de vida	Administración del	arte, juegos
	comunitaria, social y cívica.	hogar y buen uso del	
		dinero.	
	Curso básico de urbanidad y	Cuidado y	
	etiqueta	mantenimiento de	
		jardines y mascotas.	
	Sensibilización con el personal	participación en	
	que visite el CRI, como	grupos, clubes o	
	familiares, colegios,	asociaciones	
	universidades		

Este programa utilizará los espacios del Centro como el entorno doméstico y tareas del hogar como el simulador de vivienda, el cual proporciona un ambiente real donde se desarrollaran tareas del diario vivir, actividades seguras para alcanzar mayor independencia, el entorno público con el simulador de trasporte público (Trasmilenio) y un posible simulador de vehículo liviano, evaluando las destrezas para conducir utilizando controles adaptados y la simulación virtual de conducción, ubicados en el primer piso del bloque interacción con el entorno.

El "Programa de Habilidades Sociales" permitirá operativizar aquellos elementos necesarios para el desarrollo de los factores personales en la interacción con los otros, en consecuencia se busca impactar principalmente a la persona con discapacidad y transversalmente a su familia y/o red primaria de apoyo, desde una perspectiva integradora para que sean participantes e intérpretes de su proceso de cambio. El marco teórico de este programa involucra temas relacionados con habilidades sociales, su clasificación, tipos, características, aspectos generales de la comunicación, actitudes, comportamientos y factores a fortalecer, resiliencia, inteligencia emocional y sexualidad entre otros los cuales se realizaran en las diferentes aulas y talleres del CRI.





Finalmente, el "*Programa de Comunicación y Cognición*" provee herramientas para la adquisición y/o fortalecimiento de habilidades comunicativas que facilitarán el libre desarrollo de los factores que permiten aprender de las situaciones y tomar elementos para la concertación, el dialogo, la participación y el liderazgo. Desde la perspectiva del MRII la comunicación y cognición tienen una estrecha relación y se configuran como dos procesos que deben ser potencializados en las PcD, para de esta manera contribuir a su desarrollo personal y social. Este desarrollo es posible en la medida en que se superen las dificultades de orden comunicativo que presenten los miembros de la Fuerza Pública que presenten discapacidad, así se proporcionarán herramientas que posibiliten el desarrollo de competencias comunicativas y con ello la optimización de procesos de pensamiento y construcción de conocimiento.

Para este último programa se encuentra en proceso de adquisición (4) cuatro unidades de entrenamiento para ejercitación mental, permitiendo habilitar escenarios virtuales para el entrenamiento de funciones cognitivas de las personas con discapacidad de la Fuerza Pública, este tipo de adiestramiento optimizará los procesos de aprendizaje de los usuarios del Centro de Rehabilitación Integral. En la medida en que se potencialicen las funciones cognitivas, los usuarios podrán mejorar sus habilidades de ejecución en diversos campos de la vida cotidiana, de esta manera tendrán herramientas y destrezas que les permitirán optimizar sus niveles de funcionamiento y un adecuado desempeño en los diferentes roles de la vida.

En síntesis, la ejecución de la obra se encuentra actualmente en un 75 % y se espera entrar en funcionamiento para el segundo semestre del año 2015, los costos de sostenibilidad anual están proyectados en \$15.827 millones de pesos, con un porcentaje de 60% en gasto de nómina y gastos administrativos y generales del 40%.

Por último, con este proyecto se espera contribuir a la inclusión social de los miembros de la Fuerza Pública que presentan alguna discapacidad, para que vuelvan a hacer parte del capital social, humano y productivo de nuestro país.

V. AVANCES TRABAJO CONJUNTO UARIV-DAICMA-MINDEFENSA VÍCTIMAS DE MINAS FUERZA PÚBLICA

La Unidad para las Víctimas en aras de construir una propuesta de reparación incluyente, adecuada y transformadora para las diferentes víctimas del conflicto interno armado en Colombia, y en particular con las víctimas que pertenecen a las Fuerzas Militares, estableció como objetivo primordial, lograr la articulación entre las estrategias de atención, asistencia y reparación integral diseñada para las víctimas en mención con el régimen especial al que pertenece la Fuerza Pública e identificar los vacíos existentes para la adecuada reparación a la que tienen derecho.

En consecuencia, la Unidad para las Víctimas y el Ministerio de Defensa crearon una estrategia de articulación interinstitucional, a través del cual estas dos entidades se reúnen de forma periódica para revisar y analizar la oferta existente en la materia y en efecto, detectar las falencias de la misma, para construir de forma conjunta las medidas a las que haya lugar y satisfacer los derechos de esta población y diseñar un modelo de operación y de gestión dentro de la alianza entre el Ministerio de Defensa-Fuerza Pública y la Unidad para las Víctimas que permita potenciar proponer lineamientos comunes el desarrollo de objetivos.

Así mismo, esta propuesta de construcción conjunta tiene el propósito de brindar herramientas para la apropiación de lineamientos y acciones que permitan fortalecer y favorecer la incorporación de acciones en





materia de atención y futura reparación a víctimas acogidas a través de sus diferentes oficinas. También apunta a fortalecer la gestión, la oferta institucional y la instrumentalización de medidas por parte de la Unidad para las Víctimas y las dependencias del Ministerio de Defensa.

Fases del Plan de Trabajo.

- 1. Revisión de la información:
- a. Marco legal
- b. Estructura de organización de las entidades frente a las asistencia, atención y reparación integral a víctimas
- c. Estándares nacionales e internacionales en materia de reparación a personas pertenecientes a la Fuerza Pública.
- 2. Selección de procesos programas, rutas y modelos de asistencia atención y reparación interinstitucional.

En esta etapa se propone realizar la construcción de un modelo de gestión y operación con identidad interinstitucional y diferencial de las diferentes fuerzas que componen la Fuerza Pública.

3. Socialización de la propuesta con los diferentes subcomités del SNARIV.

Para ejecutar esta metodología se tienen previstos siete momentos.

- El primero que corresponde al alistamiento, por medio del cual se convoca a todas las dependencias de las fuerzas que trabajan en asistencia, atención y reparación a víctimas directas e indirectas, civiles y de miembros de la Fuerza Pública, con el fin de recolectar las rutas existentes en la materia.
- El segundo momento, concierne a la conformación de mesas técnicas en las cuales se desarrollan temas jurídicos de registro, de atención, asistencia y prevención reparación y gestión interinstitucional. En cada una de estas mesas participan funcionarios tanto de la Unidad para las Víctimas, como del Ministerio de Defensa y delegados de las distintas fuerzas que tengan competencia.
- El tercer momento está relacionado con la construcción de lineamientos y propuestas de modelo de gestión y operación interinstitucional.
- El cuarto momento propone desarrollar grupos focales con víctimas de la Fuerza Pública en los hechos victimizantes más comunes para esta población que se convertirán en insumos cuantitativos para el documento de lineamientos.
- El quinto corresponde a la socialización, formación y apropiación del modelo de gestión y operación en los diferentes niveles de las dos entidades, en una etapa posterior se propone hacer esta misma socialización en los Subcomités en el marco del SNARIV.
- El sexto momento, se logra a través de la apropiación y aplicación del modelo de gestión y operación interinstitucional por parte de las entidades competentes.





• Finalmente, el momento séptimo se constituye en la evaluación y seguimiento de la ruta.

De esta forma el trabajo avanza en el siguiente sentido:

Agenda temática:

 Modelo de operación y de gestión dentro de la alianza estratégica entre el Ministerio de Defensa-Fuerza Pública y la Unidad de Victimas que permita potenciar el desarrollo de objetivos que impacten y redunden en los proyectos de vida de los miembros de la fuerza pública que han sido víctimas del conflicto Armado.

Contexto general:

- Parágrafo 1°. Cuando los miembros de la Fuerza Pública sean víctimas en los términos del presente artículo, su reparación económica corresponderá por todo concepto a la que tengan derecho de acuerdo al régimen especial que les sea aplicable. De la misma forma, tendrán derecho a las medidas de satisfacción y garantías de no repetición señaladas en la presente ley.
- Necesidad de establecer un régimen de atención, asistencia y reparación integral que reconozca los daños que han sufrido los Miembros de la Fuerza Pública y víctimas indirectas (familias y cuidadores)en el marco del conflicto armado y que sea compatible con sus condiciones especiales como integrantes de las fuerzas estatales o (Modificar la normatividad del sector defensa de acuerdo a las necesidades de los miembros de la fuerza pública víctimas del conflicto armado) con un enfoque psicosocial y enfoque diferencial.
- Retomar el enfoque transformador de los proyectos de vida de los Miembros de la Fuerza Pública víctimas del conflicto armado en el marco del modelo de rehabilitación inclusiva, ley 471 dl 2011, conpes 3591 del 2009 del proyecto centro de rehabilitación integral como un laboratorio de reparación integral y construcción de paz.

Prioridades implementación del proceso:

- Sensibilización y apropiación del tema Miembros de la Fuerza víctimas del conflicto armado al Interior del Sector Defensa.
- Interoperabilidad: Convenio Marco Acuerdos Intercambio de Información PONAL Ministerio de Defensa, actualmente se encuentra en proceso para revisión y firma.
- Oferta: Realizar los ajustes institucionales necesarios en el sector defensa para incorporar la atención, asistencia y reparación integral de los Miembros de la Fuerza Pública víctimas del conflicto armado, por lo anterior se requiere una revisión de las acciones que se desarrollan al interior del sector con el fin de establecer acciones de complementariedad con el SNARIV de acuerdo a las necesidades, intereses y propuestas para los Miembros de la Fuerza Pública víctimas del conflicto armado que permitan desarrollar un modelo de atención, asistencia y reparación.
- Política Pública: Desarrollar Política Sectorial para la atención, asistencia y reparación Integral de los Miembros de la Fuerza Pública víctimas del conflicto armado.
- Gestión del Conocimiento: Generar espacios que permitan la investigación y desarrollo de estrategias que favorezcan a los Miembros de la Fuerza Pública víctimas del conflicto armado.





Decisiones estratégicas

- Desarrollar Política Sectorial para la atención, asistencia y reparación Integral de los Miembros de la Fuerza Pública víctimas del conflicto armado.
- Diseñar Documento CONPES, que sea aprobado para la política sectorial para la atención, asistencia
 y reparación Integral de los Miembros de la Fuerza Pública víctimas del conflicto armado.
- Establecer un régimen de atención, asistencia y reparación integral que reconozca los daños que han sufrido los Miembros de la Fuerza Pública y víctimas indirectas (familias y cuidadores)en el marco del conflicto armado y que sea compatible con sus condiciones especiales como integrantes de las fuerzas estatales o (Modificar la normatividad del sector defensa de acuerdo a las necesidades de los miembros de la fuerza pública víctimas del conflicto armado) con un enfoque psicosocial y enfoque diferencial.
- Establecer una sinergia de todas las instituciones del Estado que se vea representada en oferta acorde a las necesidades y características de los Miembros de la Fuerza Pública víctimas del conflicto armado que permita la visibilización, reconocimiento y dignificación nacional e internacionalmente
- Cualificación de los Miembros de la Fuerza Pública víctimas del conflicto armado y víctimas indirectas (familias y cuidadores) que permita la participación efectiva e incidente en los procesos de Memoria Histórica, foros, conmemoraciones entre otros.
- Transversalizar el enfoque diferencial (niños, niñas, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, personas mayores, étnicos) sujetos de especial protección especial constitucional en todos los procesos, procedimientos, planes, programas para la atención, asistencia y reparación integral dirigidos a los Miembros de la Fuerza Pública víctimas del conflicto armado y víctimas indirectas (familias y cuidadores).
- Inclusión en el PEI (PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL) de la Universidad Militar con una línea de docencia, investigación y proyección social en el tema atención, asistencia y reparación integral de los Miembros de la Fuerza.
- Retomar el enfoque transformador de los proyectos de vida de los Miembros de la Fuerza Pública víctimas del conflicto armado en el marco del modelo de rehabilitación inclusiva, ley 471 de 2011, conpes 3591 del 2009 del proyecto centro de rehabilitación integral como un laboratorio de reparación integral y construcción de paz.

DIRECCION PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL

La Dirección para la acción Integral contra Minas Antipersonal como instancia coordinadora y reguladora de la Acción Integral contra Minas Antipersonal (AICMA) en Colombia, constituida por los pilares de desminado humanitario, educación en el riesgo y asistencia a víctimas, busca generar en las comunidades condiciones para construir paz territorial.

En el marco de los pilares que constituyen la Acción contra minas, se encuentra la asistencia integral a las víctimas, la cual a su vez responde a los lineamientos establecidos en la Convención sobre la Prohibición del Empleo, Almacenamiento, Producción y Transferencia de Minas Antipersonal y sobre su Destrucción (Ottawa, 1997). En su artículo 6, numeral 3, la Convención insta a los Estados Parte a prestar "[...] asistencia para el cuidado, la rehabilitación y la reintegración de las víctimas de las minas [...]", y el cual se establece como uno de los pilares de la Acción Integral contra Minas.





En este sentido, la Asistencia Integral a Víctimas (AIV), propende por la restitución efectiva de los derechos de las víctimas de MAP y MUSE, en referencia a las consecuencias que se derivan de los accidentes por estos artefactos. En este sentido, la asistencia a las víctimas centra sus ejes de acción, en la articulación y coordinación con la entidades gubernamentales y no gubernamentales que tienen competencia en la garantía de derechos de las víctimas de MAP y MUSE, en el marco de la ruta, la cual abarca las medidas de atención, asistencia y reparación de las víctimas, desde la perspectiva de sus requerimientos, sus condiciones y proyectos de vida. Lo anterior implica además, la visibilización de dicha población de víctimas y sus derechos, así como la necesidad de generar de nuevos espacios de participación para las víctimas y de nuevas perspectivas de oferta acorde a sus requerimientos.

Así mismo, sus acciones están desarrolladas en el marco del Enfoque Diferencial, el cual entiende la diversidad como una particularidad de la población víctima, y se tiene presente en cuenta al momento de diseñar estrategias encaminadas a su bienestar. Esto asume, el respeto por la cosmovisión indígena, y los temas de género, infancia y adolescencia, etnia, persona con discapacidad, entre otras. La asistencia a las víctimas durante el 2015, desarrolló las siguientes acciones:

En el marco de la gestión adelantada por la Dirección durante el 2015, se generó la coordinación del acceso a la Ruta de Atención orientado al ejercicio efectivo de los Derechos Humanos, en articulación con las entidades responsables en la asistencia a las víctimas y con las organizaciones y organismos internacionales que adelantan acciones en esta materia.

De esta forma, del total de 59 víctimas civiles registradas en 2015, se tomó contacto y fueron orientadas frente a sus derechos el 100% de las víctimas, generándose así simultáneamente, los procedimientos para la verificación de los hechos y el ingreso de los casos al Sistema de Información de la Dirección, asimismo, se adelantan las gestiones con la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas para ser incluidos en el Registro Único de Víctimas (RUV).

Así mismo, en el marco de la coordinación para la atención integral a las víctimas se alcanzaron los siguientes resultados:

• En el marco de la alianza estratégica generada entre la Organización Internacional de las Migraciones (OIM) y ésta Dirección, se viene desarrollando desde el año anterior, la formulación y puesta en marcha de protocolos y estrategias para la implementación de la guía para la Asistencia Integral de los niñas, niñas y adolescentes víctimas de MAP y MUSE, en el marco de los compromisos que tiene Colombia en el ejercicio de la Copresidencia del Comité Permanente de Asistencia a Víctimas de la Convención sobre la Prohibición del Empleo, Almacenamiento, Producción y Transferencia de Minas Antipersonal y sobre su Destrucción, en Ginebra, Suiza, en 2013.

Es así como en dicho proceso de implementación, se involucra a niños, niñas y adolescentes víctimas directas e indirectas de MAP y MUSE, sus familias, comunidades y autoridades de los municipios, con el fin de propiciar la producción, circulación, uso y apropiación del conocimiento sobre la asistencia a las víctimas, a través de la práctica y las formas específicas de acción generadas desde las responsabilidades y recursos de los actores. En este sentido, los municipios que han participado en las pruebas pilotos de este proyecto son: Medellín, Briceño, San Andres de Cuerquía (Antioquia); Popayán (Cauca); Samaniego, Tumaco, Roberto Payan Barbacoas (Nariño); Florencia, la Montañita





(Caquetá) y Tierra Alta (Córdoba). El énfasis del proceso girá en torno a procesos de participación, inclusión social, enfoque psicosocial y reparación.

- Durante el 2014 y 2015 en el marco del convenio de financiación suscrito por Colombia y la Unión Europea, denominado Fortalecimiento de la Acción contra Minas Antipersonal en Colombia, se diseña y se pone en marcha el proyecto denominado "Fortalecimiento de asociaciones de víctimas de minas antipersonal (MAP) y municiones sin explotar (MUSE) como un mecanismo participativo de inclusión", el cual se desarrolló en (10) Asociaciones de víctimas de MAP y MUSE, en los municipios y departamentos de: Arauca; Barrancabermeja (Santander); Cúcuta (Norte de Santander); Florencia (Caquetá); Meta (Villavicencio); Popayán (Cauca); Putumayo; Samaniego (Nariño); San Carlos (Antioquia) y Zambrano (Bolívar). En el marco del proceso de fortalecimiento, se abordaron temáticas en los ámbitos de desarrollo humano, estratégicos y temáticas técnicas
- Se logró la socialización en el nivel departamental y municipal la ruta de atención de víctimas de MAP y MUSE que incluye la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y la Ley Estatutaria 1618 de 2013 (en lo que aplique a dicha población), como parte esencial de la ruta de atención de víctimas de MAP y MUSE, con el fin de concientizar a dichas autoridades de su papel en la garantía de estos derechos. Lo anterior, se logró implementar en 20 municipios del país
 - Así mismo, en el marco de las acciones, se vienen desarrollando con el Ministerio de Salud y Protección Social, durante el 2015 se identifica como logro, la estructuración de la ruta de asistencia en salud para víctimas de MAP y MUSE, la cual se constituye en el instrumento para la identificación competentes en el sector, así como de los mecanismos para la garantía de los derechos en salud de las víctimas, lo cual permite la identificación de los nodos de articulación con el sistema de atención y reparación de víctimas del conflicto armado. El fin último es la garantía de los derechos, para lo cual la fase subsiguiente es la socialización y seguimiento-control por parte de las instancias competentes desde el nivel territorial y nacional, de los procedimientos por los cuales las víctimas hacen exigibles sus derechos en salud como ciudadanos.
- Se logró la localización y caracterización de (846) víctimas de MAP y MUSE en donde se puede identificar las condiciones demográficas, característica individuales, de acceso a la seguridad social, educación, empleo, componente socioeconómico y el ámbito cultural entre otros. El anterior avance se constituirá en un instrumento fundamental para la toma de decisiones frente a las acciones que se generarán en términos de las condiciones y requerimientos de las víctimas de MAP y MUSE. Se aplicó el instrumento de caracterización en 203 municipios del país, en donde se encontraron las víctimas.
 - Mediante la gestión adelantada por la Dirección para la Acción Integral contra Minas, 86 núcleos familiares de víctimas de Minas antipersonal localizadas en 13 departamentos del Colombia gozaran de un subsidio para vivienda de interés social rural por valor de \$42.333.795 con el objeto de construir en los próximos 2 años las viviendas con todas las características de accesibilidad para personas víctimas de MAP y MUSE condición de discapacidad. Para hacer





posible este logro, se generaron las gestiones y articulaciones entre el Ministerio de Agricultura, el Banco Agrario, la Unidad para la Atención y Reparación Integral para las Víctimas y la Dirección para Acción Integral contra Minas Antipersonal con el fin de generar estrategias específicas en referencia a soluciones de vivienda rural para la población de víctimas de minas antipersonal.

POLITICA DE SALUD

El Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección social han hecho público su compromiso con las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado a través de la promulgación e implementación de la Ley 1448 de 2011, que ordena al sector salud la asistencia en salud así como la rehabilitación, física, mental y la atención psicosocial a las víctimas, para garantizar su derecho a la Reparación Integral.

En este marco, y en armonía con lo contemplado en el decreto 4800/2011, el decreto 2973/2010, y la ley 752/2002 art. 13 es competencia específica del sector Salud la Atención Integral en Salud y Rehabilitación Funcional para las víctimas de Minas Antipersonal (MAP), Municiones Sin Explotar (MUSE), dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el PAPSIVI y la política de atención integral a víctimas.

En este sentido, se construyó en conjunto con El Comité de Rehabilitación y la Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal, la Ruta de Atención Integral en Salud y Rehabilitación Funcional para las víctimas de MAP y MUSE, tomando como base la Ley 1448 de 2011 y sus decretos reglamentarios, una revisión de la legislación existente en el marco del Sistema de Salud Colombiano, los lineamientos propuestos en el PAPSIVI y la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social.

Esta ruta se divide en 5 etapas principales dentro de las cuales se identifican las necesidades particulares de las víctimas, los servicios de apoyo existentes, las barreras de acceso y las recomendaciones para disminuir y/o eliminarlas; las cuales se presentan a continuación.

1° Atención Pre Hospitalaria:

Entendida como la etapa inmediatamente después del accidente por MAP y MUSE, donde las necesidades de la víctima incluyen primeros auxilios, rescate y evacuación, y el transporte al Puesto/Centro de salud más cercano.

Como servicio de apoyo el Gobierno Nacional tiene la línea telefónica de emergencias 123, el Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) el cual se articula con los CRUE Departamentales, y Centros/Puestos de Salud, entidades encargadas de tomar los datos de la víctima así como la información acerca del sitio de ocurrencia y gestionar el transporte hasta el puesto de salud más cercano. En casos donde no puedan llegar el ejército o personal de salud, contamos con el gran apoyo de la Cruz Roja quienes realizan el rescate y traslado. Es importante recalcar que cualquier civil puede declarar la ocurrencia, por lo que es responsabilidad de la comunidad reportar el hecho. El gasto de transporte y movilización de la persona víctima desde el sitio de ocurrencia del evento hasta la primera Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) es reconocido por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces. El reconocimiento corresponde a un valor de 10 salarios mínimos Legales Diarios Vigentes (At. 111, Ley 019/2012); y el plazo de reclamación es de 3 años.

En caso de fallecimiento de la víctima en el lugar del accidente, se realiza el levantamiento del cadáver y certificado de defunción; la familia procede a declarar el hecho victimizante, realiza la inscripción en el RUV, y procede a solicitar la indemnización por muerte y gastos funerarios (Dec. 056/2015). Para este proceso, la





familia cuenta con la atención psicosocial y la orientación pertinente sobre la reclamación y administración de los recursos económicos entregados como indemnización.

Dentro de las barreras de acceso en esta etapa, se evidencian: el difícil acceso a la zona del accidente dada la dispersión geográfica, mal estado o ausencia de vías en zonas montañosas y la lejanía con relación a los sitios de atención en salud. Así mismo, un factor determinante que ha restringido el rescate o traslado de la víctimas es la falta de seguridad por la presencia de grupos armados en la zona. Hay dificultad en la prestación de primeros auxilios por la poca presencia de personal médico en las zonas dispersas, donde generalmente se presentan los accidentes; y no se cuenta con dotación específica para atender este tipo de accidentes en la zona. Algunas comunidades han sido capacitadas en la atención de primeros auxilios por Educación en Riesgo de Minas (ERM) pero no cuentan con los implementos adecuados para llevarlos a cabo.

Para solventar estas barreras, se necesita, un apoyo conjunto de comunidad, Entidades del Gobierno y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). En primer lugar, se debe continuar haciendo capacitaciones a la comunidad en Educación en Riesgo de Minas (ERM), y en cómo activar la ruta a través de la línea telefónica de emergencias. Así mismo, hay que fortalecer procesos de formación con la comunidad frente a la intervención en primeros auxilios. Estos procesos se pueden apoyar en las estrategias de promoción y prevención implementadas en comunidad; así mismo, se debe dotar a la comunidad con materiales básicos para la implementación de primeros auxilios (botiquín); los cuales se pueden ubicar en sitios estratégicos de referencia. En segundo lugar, para solventar las barreras en rescate y evacuación, de debe mejorar el estado de las vías, y habilitar más ambulancias y/o puestos de salud en zonas dispersas, lo cual requiere un mayor compromiso de las Entidades Territoriales y/o Municipales.

En cuanto a las actividades que se desarrollan para direccionar a las víctimas (civiles) a los servicios existentes, se encuentra la formulación de la Cartilla de la Ruta, mencionada anteriormente, dirigida a funcionarios públicos, personal del área de la salud, líderes comunitarios y a las víctimas de minas MAP y MUSE los derechos y deberes de las personas víctimas e identificar y orientar el paso a paso sobre el procesos que se debe efectuar (y legislación que lo apoya), para facilitar el acceso de salud y rehabilitación funcional. Esta cartilla fue escrita con lenguaje fácil de entender y cuenta con imágenes amigables que permiten una mejor comprensión de los pasos a seguir en cada etapa; será socializada en los territorios lo cual permitirá un mejor direccionamiento para las víctimas.

2°: Atención de urgencias

Esta etapa se comprende desde el momento en el que la víctima llegue a la primera Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), o Empresa Social del Estado (ESE) donde es necesario que a la víctima le presten la atención inicial de urgencias y estabilización, un reporte de valoración de todos los órganos y sistemas, la verificación de derechos, y la remisión y coordinación a otro nivel de atención (en caso de ser necesario) y/o remisión para afiliación, expedición del certificado de víctimas, declaración del hecho.

Dentro de los servicios existentes, como Ministerio de Salud cada Entidad Territorial o Municipal cuenta con puestos y centros de salud de Baja, Mediana o Alta Complejidad; donde se estabiliza y se valora el paciente y se determina el tratamiento a seguir. La valoración por examen físico completo y detallado (Art. 1, parágrafo 2, Ley 23/81) y las intervenciones que se realizan por el personal de salud son de acuerdo a los protocolos pertinentes, los que posibilitan un adecuado proceso de recuperación y rehabilitación posterior. Es responsabilidad del prestador de servicios de salud la atención oportuna a la persona víctima, lo que incluye la apropiada remisión cuando no cuenten con la tecnología o personal adecuado para ellos. En estos casos, la remisión y coordinación está a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB)¹⁰

Son las responsables del aseguramiento, afiliación y registro de los afiliados y del recaudo de sus aportes. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud

Calle 12 C No. 7-19 Piso 3. Bogotá - Colombia Teléfonos [+57 1] 562 93 00 Extensión 3539 – Fax: [+57 1] 596 11 25

Página 42 de 86

¹⁰ Empresas Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB





quienes son las encargadas de determinar la atención a través de su red de servicios. En caso de que la víctima no se encuentre afiliada, el servicio de salud se garantiza y es la Entidad Territorial o Municipal la que coordina la atención a través de su red de servicios. Es importante mencionar que dependiendo del nivel de complejidad de la institución de salud, con el recurso humano existente, brindan el apoyo a la víctima y su familia, tanto en el abordaje de la atención psicológica, como en la gestión de trámites interinstitucionales a través del enlace PAPSIVI.

En esta etapa es clave el conocimiento de los derechos y deberes de los usuarios de salud y de las víctimas tanto para el usuario como para los funcionarios del sector Salud. En primer lugar, la atención inicial de urgencias está garantizada en cualquier parte del territorio nacional y debe realizarse en la entidad prestadora de servicios de salud más cercana, independientemente si esta se encuentra afiliada a una EPS o no. y no necesita autorización previa de la EPS o remisión. Si la víctima no se encuentra afiliada al SGSSS, esto de ninguna manera será impedimento para que sea atendida por urgencias; por lo que se realizará la atención y se procederá a la afiliación de manera inmediata con orientación y apoyo de la Entidad Territorial o Municipal. De acuerdo a la ley 1448 de 2011, Art. 47 Parágrafo 2, Art. 53, la persona víctima tiene derecho a acceder a la atención de urgencias de manera inmediata, sin exigir condición previa para su admisión en las entidades prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. Y, en ningún caso se realizará cobro de copago o cuotas moderadoras a las personas víctimas atendidas (Numeral 7, circular 016 de 2014), tampoco podrán exigirle fotocopias o autenticaciones de documentos. El certificado en el que se consta que la persona atendida fue víctima de un evento terrorista es emitido por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres o quien se designe acorde a las modificaciones realizadas al decreto 056 de FOSYGA; y, en ningún momento la ausencia de este será impedimento para ser atendido. Este certificado únicamente es requisito para que la víctima realice la inscripción al Registro único de Víctimas (RUV), realice la reclamación de la Ayuda Humanitaria inmediata para las víctimas de MAP y para que la entidad prestadora de servicios de salud pública o privada realice el recobro al FOSYGA.

Dentro de las barreras que se evidencian en esta etapa, es que no siempre las víctimas son trasladadas al centro de atención u hospital que tiene los medios y profesionales necesarios para atender adecuadamente a la víctima en función de la complejidad de la emergencia. En los casos que no es necesaria la remisión a una institución de mayor nivel de complejidad, en ocasiones se presenta información incompleta en la historia clínica -epicrisis- o certificados de víctima con errores o información faltante. Esta situación genera dificultad para acceder a tratamientos ambulatorios (de salud y rehabilitación), dado que no se autorizan hasta no contar con los requisitos exigidos. Las atenciones psicosociales durante la etapa de urgencia no siempre se logran llevar a cabo porque no todas las IPS no cuentan con el personal disponible para ello. Por último la barrera más significativa que entorpece esta etapa es el desconocimiento; desconocimiento de los derechos y deberes de los usuarios de salud, y desconocimiento de la ruta de atención a víctimas de MAP y MUSE por parte del personal asistencial y administrativo de los centros de atención, lo que incide en la orientación que se brinda a las víctimas y sus familias.

Para solventar estas barreras, desde el Ministerio de Salud se ha capacitado a las entidades territoriales, municipales y a las EAPB en el territorio respecto de la Ruta de atención a víctimas de MAP y MUSE, y son estas las encargadas de continuar replicando este conocimiento en la red prestadora de servicios dentro de su territorio, líderes comunitarios y civiles; se debe fortalecer la articulación institucional para la difusión y capacitación en la ruta de atención integral a víctimas de minas antipersonal, el protocolo de atención a víctimas y fomentar la designación del enlace PAPSIVI en las diferentes entidades de salud y rehabilitación.

a los afiliados. Deben organizar su propia red de prestadores de servicios, ya sea con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud propias o contratadas, las cuales deben tener la suficiencia y la capacidad resolutiva que le permitan atender eficazmente a sus afiliados.

Calle 12 C No. 7-19 Piso 3. Bogotá - Colombia
Teléfonos [+57 1] 562 93 00 Extensión 3539 – Fax: [+57 1] 596 11 25
accioncontraminas@presidencia.gov.co - www.accioncontraminas.gov.co

Página 43 de 86





3°: Atención Hospitalaria

Inicia cuando la persona víctima es trasladada a hospitalización, donde se formula un plan de atención en salud integral (física y mental) con enfoque psicosocial, se le brindan los servicios médicos y quirúrgicos, se formula un plan de egreso, seguimiento y manejo ambulatorio y se hacen las autorizaciones de ordenes ambulatorios y de seguimiento, o la remisión para valoración por el equipo interdisciplinar en caso de requerir rehabilitación funcional.

La atención en salud integral (física y mental) con enfoque psicosocial se desarrolla de manera transversal a todas las etapas del proceso y debe cumplir con los siguientes atributos: integralidad, oportunidad, calidad, continuidad y resolutividad.

Dentro de los servicios de salud que se le brindan a las personas víctimas en esta etapa se comprenden:

- Afiliación prioritaria de acuerdo a lo contemplado en el art. 87 del Decreto 4800/2011 y en desarrollo del artículo 52 de la Ley 1448/2011.
- Atención inicial de urgencias y atención de urgencias.
- Atenciones ambulatorias intramurales.
- Atenciones con internación.
- Suministro de dispositivos médicos, material médico quirúrgico.
- Osteosíntesis, órtesis y prótesis.
- Suministro de medicamentos.
- Tratamientos y procedimientos quirúrgicos.
- Traslado asistencial de pacientes; traslado en ambulancia se encuentra reconocido en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.
- Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- Rehabilitación física.
- Rehabilitación mental.
- Exámen de VIH Sida y de ETS, en los casos en que la persona haya sido víctima de acceso carnal violento
- Servicio de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la jurisprudencia de la Corte y/o la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la persona víctima.
- La atención para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas.
- En caso de ser necesaria una amputación, el médico tratante tendrá en cuenta las características que esta debe cumplir para posibilitar la posterior adaptación de la prótesis cuando ésta llegara a ser necesaria.

Las barreras que se presentan en esta etapa son de calidad y de acceso. En algunos casos se presentan barreras de acceso como lo son la falta de coordinación de las EAPB para la remisión médica a una institución de salud acorde a las necesidades en salud de la víctima; la sobre demanda y escasa oferta de camas hospitalarias y/o citas por médicos especialistas para la valoración por el equipo interdisciplinar de rehabilitación funcional. Respecto a las barreras de calidad, se presenta poco conocimiento frente al manejo de heridas de guerra por parte del personal que atiende la urgencia, lo que puede incidir en los procedimientos posteriores; y, en algunos casos se realiza un manejo quirúrgico inadecuado del nivel de amputación, lo que genera la necesidad posterior de nuevas intervenciones quirúrgicas elevando el nivel de la misma e incrementando a su vez la afectación de la víctima.

A la fecha la falta de enfoque diferencial ha interferido en la implementación de procedimientos, ya sea por no lograr una comunicación efectiva que permita dar a conocer el procedimiento o porque las costumbres del grupo específico requiere aprobación previa de sus propias autoridades.





Para solventar estas barreras, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con otras entidades promueve procesos de formación del recurso humano de las entidades de atención en salud, en guías o protocolos de atención médica como: la Guía para el manejo quirúrgico de heridos en situación de conflicto armado (Comité Internacional de la Cruz Roja –CICR- y MSPS), El Manual de cirugía de guerra (CICR), y fomentar el conocimiento y utilización de la guía de práctica clínica en amputación, la cual está basada en la evidencia (Alianza CINETS).

En virtud de disminuir y/o eliminar barreras para poblaciones con características particulares, las medidas de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral que se establecen según la Ley 1448 de 2011 (art. 13), cuentan con el enfoque diferencial.

El enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad; tales como mujeres, jóvenes, niños y niñas, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, campesinos/as, Líderes/lideresas sociales, miembros de organizaciones sindicales, defensores/as de Derechos Humanos, víctimas de desplazamiento forzado y miembros de pueblos o comunidades indígenas, ROM, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras (Ley 1592, 2012, art. 3).

El enfoque diferencial tiene por objeto permitir la igualdad efectiva y real de aquellas víctimas que por sus características particulares, afrontan riesgos o barreras que pueden dificultar el acceso y disfrute de las medidas de atención, asistencia y reparación integral y de todo el conjunto restante de derechos constitucionales

Desde el año 2015 en Ministerio de Salud y Protección Social con el ánimo de dar cumplimiento a lo establecido en los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011 y queriendo garantizar la reparación integral de las víctimas del pueblo gitano y las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras, específicamente en las medidas de rehabilitación, ha venido desarrollando los lineamientos técnicos y metodológicos del componente psicosocial del Programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas (PAPSIVI) de estos grupos étnicos desde una perspectiva intercultural que permita la recuperación de sus afectaciones psicológicas, espirituales, culturales y sociales a partir de sus conocimientos tradicionales y coadyuvando al fortalecimiento de sus propias maneras culturales de resiliencia.

Asimismo, en virtud de lo establecido en el decreto con fuerza de ley 4633 de 2011 en cuanto a la reparación integral a los pueblos y comunidades indígenas, el Ministerio de Salud y Protección Social viene desarrollando en el marco del SISPI y a través de un escenario de diálogo técnico con delegados indígenas (Subcomisión de salud de la Mesa Permanente con los pueblos y organizaciones indígenas) la Ruta de Atención Integral en Salud la cual tiene como propósito que a través de los conocimientos ancestrales de la medicina tradicional de estos pueblos establecer mecanismos interculturales para llevar a cabo procesos de armonización espirituales y culturales que permitan el restablecimiento del equilibrio espiritual de las comunidades y sus territorios. La Subcomisión de salud de la Mesa Permanente con los pueblos y organizaciones indígenas está establecida mediante Decreto No. 1973 de 2013 y en ella se viene trabajando de manera conjunta en la construcción de los lineamientos técnicos y operativos de la mencionada ruta.

En este mismo sentido, también se están desarrollando los lineamientos técnicos y metodológicos del componente psicosocial del Programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas (PAPSIVI) de la atención a mujeres, hombres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas; con el ánimo de dar cumplimiento a lo establecido en los Autos 092 y 009 de la Corte Constitucional, garantizando la reparación integral de las víctimas.

4° Rehabilitación funcional

Inicia con la solicitud de la orden médica autorizada en la etapa de hospitalización para la evaluación por el equipo interdisciplinar de rehabilitación funcional, esta evaluación incluye ortesista y protesista. En caso de





requerir rehabilitación funcional (física, mental, sensorial) se entregarán las órdenes para procesos de rehabilitación, la autorización de las mismas, la solicitud de citas las cuales permitirán el desarrollo del proceso de rehabilitación. En caso de haber adquirido una discapacidad se debe acudir ante el ente territorial de salud del municipio para solicitar que sea incluido en el RLCPD.

Dentro del Plan de beneficios con cargo a la UPC –Resolución 5592/2015 se encuentran las valoraciones por médicos especialistas, transporte en caso que aplique, evaluaciones e intervenciones por los diferentes profesionales de rehabilitación, prótesis ortopédica interna (endoprótesis ortopédica) tales como el implante coclear, lente intraocular entre otros. Prótesis ortopédica externa (exoprótesis) para miembros inferiores y superiores, tales como la prótesis y la órtesis. El proceso protésico incluye la adaptación y recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones físicas.

Para mujeres víctimas y menores de edad con discapacidad que requieran psicoterapia ambulatoria, ésta será hasta por sesenta sesiones de psicoterapia individual y hasta 60 terapias grupales, familiares por parte del psicólogo y médicos especialista.

En casos de requerir atención con internación de salud mental, puede darse hasta por 180 días, continuos o discontinuos por año. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad propia o de otros, la internación será durante el periodo que consideren necesario el o los profesionales tratantes.

Para niños, niñas y adolescentes (NNA) se toman acciones diferenciales en la rehabilitación funcional. Los servicios para la rehabilitación física y mental de los NNA víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, serán totalmente gratuitas, sin importar el régimen de afiliación. Así mismo, incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de NNA (Art. 27, Ley 1098/2006).

Como medida de asistencia y rehabilitación de la Ley 1448 de 2011, este ente Ministerial implementa el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), el cual busca el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de la población víctima, así como la garantía del derecho a la atención en salud física, mental y psicosocial dentro de marcos éticos que permitan la dignificación y la recuperación de los efectos ocasionados como consecuencia de las Graves Violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario en el marco del conflicto armado en Colombia.

El PAPSIVI consta de dos grandes componentes para la atención a las víctimas del conflicto armado: i) La Atención Psicosocial y, ii) la Atención Integral en Salud; el primero se centra en el daño y las afectaciones psicosociales y el segundo en la salud física y mental.

Esta Atención Psicosocial es desarrollada por los equipos interdisciplinarios de profesionales con entrenamiento y experiencia en atención psicosocial y comunitaria con víctimas o población vulnerable (psicología, trabajo social, enfermería, sociología, antropología, promotores psicosociales de la comunidad, líderes y lideresas locales) a nivel individual, familiar, comunitario y en todo caso, están orientadas a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante. (Decreto 4800 de 2011, Artículo 164).

Por su parte, el componente de atención Integral en Salud se encuentra definido en el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial, contemplado en el artículo 88 del Decreto 4800 de 2011, el cual tiene como objeto "establecer los lineamientos y rutas de acceso para la atención integral en salud con enfoque psicosocial, a las personas víctimas del conflicto armado en Colombia, que deberán ser implementados por los actores del SGSSS, en cumplimiento de las directrices del programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas del conflicto armado —PAPSIVI".

La atención integral en salud a las víctimas del conflicto armado para efectos del protocolo, comprende la atención y la rehabilitación en salud física y mental, con enfoque psicosocial y diferencial y está conformada





por un "conjunto de actividades y procedimientos en salud en el marco del SGSSS, que contribuyen a la satisfacción de sus necesidades en salud y a recuperar o mejorar su estado de salud a nivel físico, emocional y psicológico", teniendo en cuenta en su abordaje, los posibles efectos causados por los hechos victimizantes y de manera preferente y diferencial, atender estas particularidades de las personas víctimas, haciendo énfasis en el enfoque reparador que deben tener todas las atenciones en salud a las víctimas del conflicto, como se especifica en el PAPSIVI.

El citado protocolo contempla: a) la atención en salud física; b) atención en salud mental; c) rehabilitación funcional; d) los lineamientos para la Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial; e) el quehacer de las Entidades Territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios de salud – IPS; f) los lineamientos de la atención en salud con enfoque psicosocial para la atención de las víctimas del conflicto, como sujetos de reparación colectiva; g) los lineamientos de la atención en salud con enfoque psicosocial, para la atención a mujeres víctima de violencia sexual en el marco del conflicto armado; h) los lineamientos de la atención en salud con enfoque psicosocial, para la Atención integral en salud a niños, niñas y adolescentes; i) la ruta de atención integral en salud con enfoque psicosocial, para las personas víctimas del conflicto armado; j) la atención integral en salud con enfoque psicosocial a personas víctimas del conflicto armado, amparadas por medidas judiciales; k) la atención Integral en salud por enfoque diferencial por hecho victimizante.

La atención psicosocial es importante en este proceso de rehabilitación y para ellos se han implementado una serie de programas que se desarrollan en diferentes instancias según las particularidades de cada municipio. Si la víctima por motivación propia solicita la valoración para inclusión en el componente de atención psicosocial del PAPSIVI, la Entidad Territorial y/o Municipal será la encargada de realizar la valoración y remisión para atención psicosocial individual, familiar y comunitaria. En caso de requerir psicoterapia, los equipos PAPSIVI derivan a la Entidad Prestadora de Servicios de atención en Salud para la solicitud de órdenes.

Para la vigencia 2016 del PAPSIVI, se incluyó como población sujeto de atención y criterios de focalización municipal a la población víctima focalizada a través de los Planes de Asistencia y Reparación Integral (PAARI), las víctimas identificadas y referenciadas a través de la Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal (DAICMA) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

Es importante aclarar que la presencia de equipos PAPSIVI depende de la disponibilidad del programa en la Entidad Territorial de Salud de su Municipio. Para el año 2015 se expidió la resolución de transferencia 0713 de 2015 en la cual se destinaron recursos para 16 entidades territoriales; adicionalmente se firmaron dos Convenios de Asociación con el fin ampliar la cobertura en otros 6 Departamentos. De esta manera, en la vigencia 2015 se logra una cobertura de 22 departamentos.

En los municipios en donde no se encuentra presencia de equipos PAPSIVI, la atención psicosocial se brindará a través de los actores del SGSSS bajo el componente de Atención Integral en Salud y la UARIV.

Las principales barreras que se evidencian en esta etapa son la deserción el tratamiento por múltiples razones tales como:

- Los municipios no cuentan con servicios de rehabilitación integral y especialidades médicas que requieren las víctimas de acuerdo a la complejidad o particularidad de sus lesiones; razón por la cual suelen remitirse a ciudades capitales y no todas las víctimas pueden trasladarse por largos periodos a estas ciudades.
- Dificultad relacionada con la oportunidad en el servicio de atención por especialistas; aspecto relacionado con reducida disponibilidad de profesionales para responder a las demandas del servicio.
- Las víctimas de MAP y MUSE no están haciendo uso del SGSSS. Prefieren apoyarse en las ONG's dado que facilitan el acceso a los tratamientos requeridos de forma particular.





- Los procedimientos son interrumpidos por migración frecuente de las víctimas y su familia dada la presencia ocasional de amenazas, o por otros motivos como la búsqueda de indemnizaciones o apoyos en otros municipios o entidades.
- Los procesos de fabricación, adaptación y entrenamiento de prótesis y de otras tecnologías de asistencia se están realizando en ciudades como Bogotá, Cali y Medellín, dado que no se cuenta con la disponibilidad de dichos recursos en zonas más cercanas a los lugares de permanencia de las víctimas. En algunas zonas existe entidades que las fabrican pero no el servicio que garantice la adaptación en quien la requiere.
- Dificultad en la adaptación de prótesis ya en que el entrenamiento es realizado fuera del contexto habitual de la víctima de MAP y MUSE.
- Se evidencian deficiencias en las redes de servicios habilitadas por las entidades promotoras en la rehabilitación mental y psicosocial. En muchos de los casos, las victimas desisten de los procesos de atención y rehabilitación en salud mental por la falta de oportunidad en el trámite de las autorizaciones para la prestación de los servicios.
- Desconocimiento en algunos sectores de la comunidad, sobre los derechos y deberes de los usuarios, como por ejemplo el pago de transporte, exención de cuotas moderadoras y/o copagos para la rehabilitación funcional, atención domiciliaria, la Movilidad entre regímenes y la Portabilidad, lo que afecta el acceso de las víctimas cuando se desplazan a otros territorios o pierden capacidad de pago del régimen contributivo.

Para eliminar estas barreras, el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del marco del PAPSIVI realiza la formación continua presencial y virtual al talento humano del sector salud. Para la formación presencial a los equipos psicosociales del PAPSIVI del presente año, el propósito del Ministerio consiste en la formación a los equipos en los lineamientos técnicos para la atención psicosocial de grupos diferenciales, tales como: Personas con Discapacidad, Niños – Niñas y Adolescentes, Jóvenes, Adultos Mayores, Población Étnica, Mujeres, Hombres, Identidades de Género y Orientaciones Sexuales no Hegemónicas.

La formación virtual se ha venido desarrollando mediante un convenio de asociación con la Federación Médica Colombiana, y a la fecha se cuenta con un curso de 60 horas académicas sobre "Atención con Enfoque Psicosocial a Víctimas" que contempla aspectos generales de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional Humanitario, la Ley de Víctimas, sus Decretos Reglamentarios, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI, el Enfoque Psicosocial y algunos aspectos del Cuidado Emocional como las manifestaciones de desgaste emocional y herramientas de prevención del mismo. A 2015 se han formado 4.405 profesionales del sector salud de ESE, IPS, EPS y DTS. A través de las barreras mencionadas, se evidencia la necesidad de aumentar la oferta para estos cursos y así llegar a todos los profesionales de salud. En este mismo sentido, se debe continuar apoyando la divulgación de información a las entidades y comunidad en general, sobre la ruta de atención a víctimas de MAP y MUSE, la ley 1448 y sus decretos complementarios, el programa PAPSIVI, y los derechos, deberes y mecanismos acceso, a través de diferentes medios de comunicación: radial, impresa, presencial.

Fortalecer las instituciones de mediana y baja complejidad mediante dotación de equipos para el desarrollo de procesos de rehabilitación, de manera que se posibilite una atención eficiente y con calidad a las víctimas de MAP y MUSE en sitios cercanos a sus lugares de residencia.

Promover el desarrollo de procesos de rehabilitación funcional de las víctimas de MAP y MUSE mediante remisión a centros de salud y rehabilitación existentes y que se encuentran cercanos al sitio de vivienda, en los cuales se incluya la entrega de un plan de rehabilitación integral con el respectivo seguimiento posterior.





Trabajar de manera articulada con los diferentes actores e instituciones que apoyan los procesos de rehabilitación de las víctimas de MAP y MUSE para no doblegar esfuerzos.

Establecer mecanismos de articulación entre las entidades que realizan la prestación de servicios de prótesis, con aquellas que prestan servicios de rehabilitación en los municipios donde residen las víctimas MAP y MUSE.

Fortalecer el sistema de referencia y contra-referencia priorizando la atención a las víctimas.

Implementar por parte de la Supersalud mecanismos eficientes de seguimiento a la oportunidad en el servicio por parte de las EPS-IPS.

En este mismo sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló los lineamientos de rehabilitación funcional integral, que permitan además del abordaje integral, facilidades en el acceso y la atención de las personas con discapacidad. Estos lineamientos tienen en cuenta la Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC- como estrategia que posibilite lograr la cobertura en diferentes regiones y zonas apartadas de los centros urbanos donde se encuentra oferta institucional.

Con el fin de garantizar la atención ambulatoria o por consulta externa para las víctimas del conflicto armado, el Ministerio de Salud y Protección Social dispone de mecanismos que permiten garantizar el traslado y transporte de los beneficiarios de las medidas de reparación para el acceso a la prestación de los servicios de salud. El primero de estos mecanismos está definido en la Resolución 5592 de 2015 "por medio de la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan de Beneficios con cargo a la UPC", en el cual se señalan los criterios y obligaciones para garantizar el transporte o traslado de pacientes para la atención en salud. En ese orden de ideas, en relación con el transporte de una víctima del conflicto armado para la atención ambulatoria o por consulta externa, que señala: "El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder una atención incluida en el Plan de Beneficios no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica. Las EAPB (EPS) Igualmente, deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de la resolución 5521 de 2013, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EAPB (EPS) no los hubiera tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EAPB (EPS) recibe o no una UPC diferencial."

Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias tiene dispuesto un recurso a través del presupuesto del FOSYGA, Subcuenta ECAT, proyecto "Mejoramiento de la Red de Urgencias y Atención de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito – Subcuenta ECAT-FOSYGA", "Subproyecto 4- Apoyo Reclamaciones Víctimas Población Desplazada" con el fin de efectuar el pago de atenciones No POS dentro de las cuales están:

- •115.1 El pago de todas las tecnologías en salud usadas en la prestación de servicios de salud de la población víctima no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS.
- •115.2 El pago de las tecnologías en salud, no incluidas en el plan de beneficios de la población víctima afiliada al Régimen Subsidiado de Salud.
- •115.3 Los gastos de transporte del lugar de residencia de las víctimas del conflicto armado al lugar en donde se presten los servicios de salud. También será beneficiario del pago de los servicios de transporte un (1) acompañante, cuando los pacientes a ser atendidos se traten de menores de 18 años, mujeres en gestación, adultos mayores y personas con discapacidad; siempre y cuando no residan en municipios en donde existe la prima por dispersión geográfica de que trata los artículos 2 y 11 de la Resolución 5522 del 2013 o aquellos no afiliados al SGSSS residentes en los municipios que no disponen del servicio solicitado.

5°: Rehabilitación Integral- Inclusión

La rehabilitación integral como medida de reparación es posible cuando, una vez superado el proceso de rehabilitación funcional la persona se incorpora a su ámbito familiar, escolar, laboral y social y reedifica su





proyecto de vida. Las rutas de los procesos de rehabilitación integral no se amplían, teniendo en cuenta que la ruta está centrada en la atención integral en salud y rehabilitación funcional.

POLITICA DE EDUCACIÓN

En el marco de brindar una atención educativa pertinente basada en el reconocimiento de las necesidades de los estudiantes con discapacidad, se han establecido lineamientos y guías orientadoras y asignación de recursos adicionales (20%) al valor per cápita de cada estudiante registrado oportunamente en el SIMAT¹¹, para garantizar que la prestación del servicio responda a características y necesidades de los estudiantes.

En cuanto a las necesidades particulares de la población víctima de minas antipersonal, estas varían de acuerdo con su discapacidad, en el mayor de los casos, esta población presenta discapacidades físicas, las cuales requieren de adaptaciones de infraestructura o mobiliario educativo. En tal caso, serán las secretarías de educación de acuerdo a sus competencias las responsables de la identificación de estas necesidades y abordarlas tal cual lo establece el Decreto 366 de 2009, y realizar un efectivo uso de los recursos adicionales, de acuerdo con las orientaciones emitidas por el MEN, a través de la Directiva Ministerial Nº 15 de 2010.

De otro lado, el Ministerio de Educación Nacional identifica, en el universo de la matrícula definitiva del año 2015 (8.409.705 estudiantes) consolidada en el Sistema Integrado de Matricula - SIMAT, que se reportaron 2301 personas víctimas de minas antipersonal, en 520 municipios distribuidos en 91 de las 95 entidades territoriales certificadas del país. Las edades oscilan entre los 5 y 25 años y están matriculadas en todos los niveles y grados educativos. Del total de los estudiantes identificados como víctimas de minas antipersonal fueron caracterizados con discapacidad el 1,3% equivalente a 30 personas en las siguientes tipologías:

Tipo de Discapacidad	Cantidad
Deficiencia Cognitiva (Retardo Mental)	14
Baja Visión Diagnosticada	4
Otro	4
Limitación física (Movilidad)	2
Hipoacusia o Baja Audición	1
Lesión Neuromuscular	1
Múltiple	1
Psicosocial	1
Síndrome de Down	1
Voz y Habla	1

¹¹ Sistema Integrado de Matrícula.





Total	30

Fuente Oficina Asesora de Planeación y Finanzas – MEN.

En el marco de lo establecido en el Decreto 366 de 2009, actualmente incluido en el Decreto Único Reglamentario del Sector (D. 1075 de 2015. Capítulo 5 Artículo 2.3.3.5.1.1.1), se reglamentó la organización del servicio de apoyo pedagógico para la atención de los estudiantes con discapacidad en el marco de la educación inclusiva.

En este sentido, la prestación del servicio educativo se realiza a través de ajustes razonables en los procesos educativos para la atención de las necesidades educativas propias de la población con discapacidad. El MEN no establece programas específicos para estudiantes con discapacidad física producida por minas antipersonal; no obstante, se direcciona la atención educativa de estas poblaciones a través de los parámetros, orientaciones y lineamientos educativos para que el servicio se preste idóneamente.

Para lo anterior, el MEN establece que las entidades territoriales deberán ajustar su atención en los siguientes criterios:

- Servicios de personal de apoyo: servicio que suministren intérpretes de lengua se señas colombiana (LSC), modelos lingüísticos y culturales, guías intérpretes y mediadores; profesionales en psicopedagogía, educación especial o en disciplinas como psicología, fonoaudiología, terapia ocupacional, tiflología. Quienes debe acreditar formación y experiencia especifica de por lo menos dos (2) años en atención, como apoyos complementarios a la educación.
- Formación Básica de Docentes: en procesos de educación de población con discapacidad. Los programas de formación deben estar articulados a los planes de mejoramiento institucional y al plan territorial de capacitación.
- Suministro de dotación: materiales didácticos y equipos educativos para la implementación de las didácticas flexibles de inclusión, mobiliarios accesible y tecnologías de la información y comunicaciones. Los materiales deben responder a las condiciones de los estudiantes.
- Adecuación de infraestructura educativa estatal: para que los estudiantes con discapacidad puedan acceder y usar de forma autónoma y segura los espacios, los servicios y la información según sus necesidades.

Las adecuaciones del sector educativo para atender a los estudiantes con discapacidad, consideran una serie de elementos que propenden para que el acceso y permanencia se garantice de manera pertinente a las condiciones particulares de esta población, en este sentido el MEN ha desarrollado orientaciones y lineamientos dirigidos a las secretarías de educación y los establecimientos educativos, para adoptar estrategias pedagógicas, técnicas y administrativas necesarias para garantizar la inclusión y equidad de esta población en los entornos educativos.





De otro lado, el MEN con el fin de continuar avanzando en el aseguramiento del goce efectivo del derecho a la educación, ha establecido la ampliación de la cobertura de los programas para la población que ha sido víctima, garantizando la provisión de bienes y servicios que materialicen el goce efectivo de sus derechos para el periodo de 2014-2018. De esta manera se vienen implementando políticas, programas, proyectos, impulsados a través de directivas y lineamientos en materia educativa, así como la construcción y adecuación de la infraestructura escolar, con el único objetivo de garantizar el goce efectivo del derecho a la educación para la población víctima del conflicto armado.

La atención a la población con discapacidad, implica que los establecimientos educativos realicen ajustes razonables a los currículos académicos y establezcan metodologías pedagógicas que aborden la diversidad de cada grupo poblacional, respondiendo a sus expectativas y estilos propios de aprendizajes.

No obstante, para que el goce efectivo del derecho a la educación se garantice con calidad y pertinencia, también se debe abordar al estudiante desde una mirada integral, lo cual implica que esté pueda acceder al servicio de salud, y la atención psicosocial, se hace necesaria, entendiendo que para el caso de la población víctima de minas antipersonal, se pueden derivar afectaciones de carácter psicosocial a causa del accidente, lo cual permea de manera directa su espacio y participación en el sistema educativo.

El sector educativo implementa una ruta que permite orientar a la población víctima del conflicto armado acerca de los pasos que debe seguir para acceder al sistema educativo.

Para el acceso y permanencia a la educación preescolar, básica y media, de acuerdo con el lugar de residencia, la o el postulante deberá acercarse al establecimiento educativo (Centro Educativo Rural o Institución Educativa) más cercano para efectuar el proceso de matrícula, o a la secretaría de educación departamental, distrital y/o municipal, donde le informarán todo lo necesario para acceder a la oferta educativa. El establecimiento educativo efectuará la matrícula de la o el postulante sin exigir los documentos que se requieran, a quien no esté en capacidad de presentarlos (Decreto Ministerial 2562 de noviembre 27 del 2001), para lo cual realizará un proceso interno de nivelación escolar que debe estar contemplado dentro del Proyecto Educativo Institucional –PEI–. Es importante precisar que no es requisito para acceder al sector educativo que la o el postulante se encuentre inscrito en el Registro Único de Víctimas –RUV– de la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas – UARIV–.

Por otra parte, se debe asegurar tanto el acceso como la exención de todo tipo de costos académicos en las instituciones oficiales de educación preescolar, básica y media para la población víctima y promover su permanencia en el servicio público de la educación, con enfoque diferencial y desde una mirada de inclusión social y con perspectiva de derechos (Decreto 4800 de 2011, artículo 91).





En este orden de ideas, a la víctima que acceda al sector educativo se le debe garantizar el goce efectivo del derecho a la educación, generando estrategias de permanencia, pertinencia y calidad de la educación brindada, con especial atención a las poblaciones con prácticas culturales y sociales diversas (grupos étnicos), niños niñas y adolescentes, mujeres y población con discapacidad, sujetos de especial protección constitucional.

Para adultos iletrados, se cuenta con la oferta del Programa de Alfabetización en el Ciclo 1 (corresponde A los grados de 1°, 2° y 3° de primaria), el cual no tiene ningún costo para la o el postulante, pero requiere una disponibilidad de tiempo entre 8 a 10 horas semanales.

Respecto al procedimiento existente para el acceso y permanencia en la educación superior, se ha constituido el Fondo de Reparación para el Acceso, Permanencia y Graduación en Educación Superior para la Población Víctima, el cual atiende criterios de inclusión con un enfoque reparador y, por lo tanto, contribuye a la construcción de paz desde la educación superior. Este Fondo está dirigido a estudiantes víctimas del conflicto que se encuentren en el Registro Único de Víctimas que no cuentan con recursos económicos para acceder a la educación superior y que se destacan por su desempeño académico.

El Fondo permite a sus beneficiarios acceder a una matrícula hasta por 11 SMLV y a un recurso de 1.5 SMLV para su sostenimiento. Este beneficio se gira semestralmente así como un recurso para la permanencia del estudiante que se gira directamente a la institución de educación superior.

Las inscripciones se realizarán a través de la página web del ICETEX con el cumplimiento de los requisitos establecidos para tal fin.

POLITICA LABORAL

Atendiendo en este sentido las necesidades de las víctimas que ha dejado el conflicto armado en Colombia, la asistencia a las víctimas de MAP y MUSE tiene cierta particularidad a la hora de presentar la oferta de las diferentes entidades. Para el caso del Ministerio de Trabajo, la asistencia a las víctimas se presenta más allá de una atención médica y un acompañamiento en la rehabilitación puesto que se busca principalmente se restablezca el derecho fundamental al trabajo de las personas víctimas del conflicto armado. En este sentido, la asistencia a las víctimas de MAP y MUSE debe ser enfocada a la no discriminación de los sobrevivientes por razones de amputación o malformación, así como el empoderamiento en diferentes áreas de conocimiento a través de la formación en capacidades duras y blandas, un enfoque integral y global que permita la inclusión de una perspectiva de género y una atención a necesidades específicas de discapacidad.

Por tanto, adicional a los procesos de rehabilitación se ha podido evidenciar que una de las necesidades particulares de este grupo de víctimas es la equiparación de oportunidades en el momento en que se encuentran fuera del proceso asistencial de rehabilitación, permitiéndoles de esta manera mejorar la calidad de vida de ellos mismos y sus familias reduciendo la pobreza y trabajando en procesos de inclusión social de personas con discapacidad.





La formación para el trabajo y el fortalecimiento de proyectos productivos en los que acompaña el Ministerio de Trabajo a las víctimas del conflicto, han buscado desde su implementación misma garantizar que las personas con discapacidad aprovechen al máximo sus capacidades físicas y mentales para tener en este sentido un acceso equiparado a oportunidades. Así mismo, han empoderado a las comunidades en la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad a través de pequeños cambios dentro de la comunidad.

Dentro de la asistencia prestada a las víctimas de minas terrestres, se ha reforzado el apoyo psicológico a las mismas y se ha velado por una inclusión social de las mismas permitiéndoles superar los traumas psicológicos causados por la explosión de las minas. Dentro de las actividades que se realizan con las mismas se encuentran los acompañamientos psicosociales que se tienen previstos para los diferentes proyectos; en donde, un apoyo psicosocial adecuado tiene el potencial de marcar la diferencia y mejorar el bienestar social de los sobrevivientes de las minas, heridos o familiares de los muertos.

En este mismo sentido, los esfuerzos realizados a nivel psicosocial han permitido que víctimas del conflicto se empoderen de su papel como partes en los procesos que conllevan a una reparación efectiva de las víctimas del conflicto y se convierta en una valiosa herramienta para la construcción de los proyectos y programas en pro del mejoramiento de las condiciones de vida de los mismos. Esto, beneficia a ambas partes puesto que permite un mayor acercamiento y una caracterización clave de la población que en ocasiones presenta falencias al hacerla desde el nivel central.

La reparación integral busca la inclusión de la población víctima en el mercado laboral, bien sea por un empleo formal o por medio de un proyecto productivo, con el ánimo de mejorar la situación económica. Así mismo, la educación, el desarrollo económico de la infraestructura de la comunidad y la creación de oportunidades de empleo para personas con discapacidad son algunas de las propuestas que se tienen frente a la asistencia a víctimas. Si bien existen necesidades puntuales de asistencia en estos casos, dentro de los procesos participativos llevados a cabo con la comunidad, la inclusión económica se presenta como una de sus principales prioridades.

Acción #13: "Sobre la base de sus evaluaciones, los Estados partes con víctimas de las minas en zonas situadas bajo su jurisdicción o control harán todo lo posible para comunicar a los Estados partes, en sus informes anuales de transparencia, no más tarde del 30 de abril de 2015, los objetivos mesurables y sujetos a plazos que pretendan lograr mediante la aplicación de políticas, planes y marcos jurídicos nacionales que contribuirán de manera tangible a la participación plena y efectiva de las víctimas de las minas en sus respectivas sociedades en igualdad de condiciones con los demás. Posteriormente, actualizarán anualmente esos objetivos, supervisarán su cumplimiento e informarán a los Estados partes de los progresos realizados al respecto".

POLITICA DE ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL PARA LAS VICTIMAS

Basados en los estudios de línea base conjuntos que se han realizado y que han permitido hacer diagnósticos situacionales, las dos entidades tienen como objetivos comunes:





- (i) Identificar y contactar permanentemente a las víctimas de MAP y MUSE a fin de ofertar el ingreso a la ruta de atención, asistencia y reparación.
- (ii) Corroborar que las víctimas registradas bajo estas variables efectivamente pertenecen a esta población y caracterizarlas.
- (iii) Validar si del total de víctimas registradas en el RUV hay un mayor número que presenten discapacidad que NO haya sido identificada en el momento de la declaración ante el Ministerio Público.
- (iv) Facilitar los medios de acceso propios de la ruta, superando las barreras de acceso identificadas en las fases que la conforman.
- (v) Impulsar el ingreso a la ruta de atención, asistencia y reparación sin que medie una solicitud previa por parte de la víctima.
- (vi) Especificar particularidades a tener en cuenta en la ruta, desde la perspectiva del enfoque de discapacidad.
- (vii) Divulgar, capacitar y socializar la ruta de atención, asistencia y reparación integral a víctimas con discapacidad que han tenido accidentes de MAP y MUSE.
- (viii) Consolidar los procedimientos previstos para la puesta en marcha del acceso por oferta a la ruta de atención, asistencia y reparación.
- (ix) Brindar insumos y asesoría técnica a las entidades territoriales para que generen mecanismos encaminados a promover el conocimiento y el uso de la ruta por parte de las víctimas e instituciones que tienen competencia en garantizar la prestación de los servicios que la componen, en el marco de lo establecido en la normatividad vigente.
- (x) Brindar recomendaciones específicas a las entidades territoriales frente a los criterios de abordaje en cuanto a esta población.

La estrategia de trabajo conjunto de la UARIV con el DAICMA. Se basa en dos las líneas de acción, las cuales fueron abordadas en el marco de las acciones que adelanta la Unidad de Víctimas:

1. Línea de implementación territorial

En virtud del trabajo desarrollado durante el segundo semestre de 2015, en la priorización de víctimas de minas antipersonal en la vereda de El Orejón, municipio de Briceño - Antioquia, en el marco de la estrategia de "Gestos de Paz", a partir de la cual se ha articulado la ruta de Asistencia, Atención y Reparación para 10 víctimas. Se proyecta para el presente año, la priorización de los siguientes municipios, con la misma dinámica:

Departamento	Municipio	Total Población	Población Extensión	Población Urbana	Rural Km2
ANTIOQUIA	ANORÍ	15.751	4762	10989	1.412
	ARGELIA	11.798	3458	8340	246
	ITUANGO	47.686	10771	36915	2.270
	TARAZÁ	31.862	13656	18206	1.718
ARAUCA	ARAUQUITA	44.910	9907	35003	3.082
	TAME	59.013	28971	30042	5.381
CAQUETA	FLORENCIA	151.403	130958	20445	2.587





	MONTAÑITA	28.206	3278	24928	1.704
	PUERTO RICO	35.784	12296	23488	4.146
	SAN VICENTE DEL CAGUÁN	51.677	15110	36567	17.513
CORDOBA	PUERTO LIBERTADOR	24.912	11063	13849	1.648
	LA MACARENA	14.545	3465	11080	10.842
	MESETAS	15.078	4162	10916	2.279
META	PUERTO RICO	21.826	5027	16799	3.379
	URIBE	10.122	2101	8021	6.437
	VISTAHERMOSA	20.256	4271	15985	4.837
NARIÑO	TUMACO	169.454	86687	82767	3.606
NORTE DE SANTANDER	TIBÚ	40.182	13491	26691	2.681
PUTUMAYO	PUERTO ASÍS	69.851	29775	40076	2.813
TOLIMA	PLANADAS	36.475	9717	26758	1.756

DIRECCION PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL

En virtud del momento que presenta el país en términos de la apertura a un proceso de posconflicto, la Dirección para el año 2016 ha decidido cambiar el modelo de priorización para la intervención, a uno, en el que se haga una lectura más precisa del problema y los impactos que generan las minas antipersonal, considerando la dinámica, persistencia y tipo de afectación de cada municipio, así como las condiciones operativas de seguridad de acuerdo con el tipo de intervención que se requiere. Así, se podrían encontrar diferencias intra-municipales significativas tanto de la problemática como de las oportunidades de intervención y, por lo tanto, llegar a conclusiones más acertadas en relación con los municipios que deben ser intervenidos y con el tipo de intervención que se debe llevar a cabo en los mismos.

Para llegar a este resultado, la Dirección llevó a cabo un análisis de la información registrada en el Sistema de Gestión de Información sobre Actividades Relativas a Minas Antipersonal (IMSMA), con el objetivo de caracterizar los municipios del país según su vulnerabilidad, nivel de afectación y oportunidad de intervención y, posteriormente, realizar una agrupación de los municipios con características similares. Lo anterior, teniendo en cuenta el planteamiento del Departamento Nacional de Planeación (DNP), según el cual la identificación de grupos homogéneos de entidades territoriales facilita la focalización de las políticas públicas sectoriales y permite avanzar hacia una mejor comprensión del territorio¹².

Dicha agrupación resultó en la definición de 5 tipologías municipales. Una vez terminada la agrupación de los municipios, se diseñaron rutas de intervención diferenciadas para cada tipología, a partir de las cuales se espera dar respuestas oportunas y pertinentes a las necesidades específicas de cada territorio, y a consolidar

¹² Departamento Nacional de Planeación. Tipologías Departamentales y Municipales: Una propuesta para comprender las entidades territoriales colombianas. Junio de 2015





iniciativas en zonas de riesgo con alto y bajo impacto humanitario¹³. En un principio, la intervención se ha diseñado desde el nivel municipal, es decir, a partir de la macro focalización. Una vez se ponga en marcha esta estrategia, y con base en el trabajo conjunto con las autoridades territoriales, se deberá llegar a la micro focalización de cada municipio y a la definición de acciones específicas que den respuesta a la misma.

A continuación, se presentará en detalle el plan estratégico, tomando como base las 5 tipologías definidas y sus principales características:

Tipología I: Prevalencia

En esta Tipología se agrupan los municipios que evidencian un reporte histórico de afectación, y que presentan un reporte continuo de eventos por Minas Antipersonal y Municiones sin Explosionar durante los últimos 5 años (2011 – 2015).

Las siguientes, son las principales características de la Tipología I:

- Está compuesta por 199 municipios, ubicados en 28 departamentos del país. Este grupo corresponde al 17.74% del total de municipios del país.
- En relación con la presencia de grupos armados ilegales, 44 de estos municipios cuentan con presencia exclusiva de las FARC EP¹⁴ y los 155 restantes con presencia de ELN y BACRIM
- En los municipios de esta Tipología, se concentran el 75.6% de los accidentes ocurridos en Colombia entre 1990 y diciembre de 2015, así como el 71.54% de las víctimas de la población civil y el 76.19% de las víctimas miembros de la Fuerza Pública, reportadas en el mismo periodo.
- En cuanto a las solicitudes de Restitución de Tierras, 56.49% de los predios solicitados están ubicados en municipios que pertenecen a esta Tipología.
- Por último, el 91.19% de hectáreas con cultivos de coca registradas en el país, se encuentran en municipios clasificados en esta Tipología.

Tipología II: No prevalencia

Los municipios clasificados en esta Tipología, no han presentado accidentes con MAP y MUSE durante los últimos cinco (5) años, de acuerdo con los registros del IMSMA.

Las principales características de la Tipología II, son las siguientes:

- Está compuesta por 291 municipios, ubicados en 28 departamentos del país. Este grupo corresponde al 25.94% del total de municipios del país.

 $^{^{13}}$ Existencia de un riesgo y de la vulneración de derechos y/o afectación de bienes y servicios de los individuos, comunidades y territorios.

¹⁴ De acuerdo con la información sobre presencia de actores armados ilegales en los territorios, reportada por el Ministerio de Defensa Nacional y la Defensoría del Pueblo, y los análisis de la Asistencia Técnica Internacional en el marco del Convenio de Financiación con la Unión Europea.





- En los municipios de esta Tipología, se concentran el 14.95% de los accidentes ocurridos en Colombia entre 1990 y diciembre de 2015, así como el 18.69% de las víctimas de la población civil y el 15.68% de las víctimas miembros de la Fuerza Pública, reportadas en el mismo periodo.
- En cuanto a las solicitudes de Restitución de Tierras, 24.35% de los predios solicitados están ubicados en municipios que pertenecen a esta Tipología.
- Por último, el 3.17% de hectáreas con cultivos de coca registradas en el país, se encuentran en municipios clasificados en esta Tipología.

Adicionalmente, es importante mencionar que estos municipios cuentan con reportes de víctimas de MAP y MUSE en años anteriores al 2011, que pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Municipios con víctimas civiles (105 municipios)
- Municipios con víctimas civiles y fuerza pública (100 municipios)
- Municipios con solo víctimas de la fuerza pública (86 municipios)

Tipología III: Bajo impacto humanitario

Los municipios clasificados en esta tipología, cuentan con un bajo número de incidentes registrados en el IMSMA y no cuentan con reportes de víctimas de MAP y MUSE para el período 1990 – diciembre de 2015.

Las principales características de esta Tipología son las siguientes:

- Está compuesta por 183 municipios, ubicados en 27 departamentos del país. Este grupo corresponde al 16.31% del total de municipios del país.
- En cuanto a las solicitudes de Restitución de Tierras, 4.86% de los predios solicitados están ubicados en municipios que pertenecen a esta Tipología.
- Por último, el 5.4517% de hectáreas con cultivos de coca registradas en el país, se encuentran en municipios clasificados en esta Tipología.

A su vez, los municipios pertenecientes a esta Tipología se clasifican así:

- Municipios con una (1 o +) incautaciones
- Municipios con un número menor o igual a 20 operaciones de desminado operacional

Tipología IV: Intervenidos

En esta Tipología, se agrupan los municipios que ya fueron declarados Libres de Sospecha de Minas Antipersonal y los que están siendo intervenidos actualmente con operaciones de Desminado Humanitario.

Las principales características de esta Tipología son las siguientes:





- Está compuesta por 20 municipios, ubicados en 5 departamentos del país. 5 ya fueron declarados Libres de Sospecha de Minas Antipersonal y 15 cuentan con operaciones de Desminado Humanitario actualmente.
- Este grupo corresponde al 1.78% del total de municipios del país.
- En los municipios de esta Tipología, se concentran el 9.46% de los accidentes ocurridos en Colombia entre 1990 y diciembre de 2015, así como el 9.77% de las víctimas de la población civil y el 8.12% de las víctimas miembros de la Fuerza Pública, reportadas en el mismo periodo.
- En cuanto a las solicitudes de Restitución de Tierras, 11.26% de los predios solicitados están ubicados en municipios que pertenecen a esta Tipología.
- Por último, el 0.10% de hectáreas con cultivos de coca registradas en el país, se encuentran en municipios clasificados en esta Tipología.

Tipología V: Sin registro de afectación

Estos municipios no presentan registro de información de eventos por MAP y MUSE en el IMSMA.

La Tipología está compuesta por 429 municipios, ubicados en 28 departamentos del país. Este grupo corresponde al 38.24% del total de municipios del país.

Adicionalmente, es importante mencionar que en relación con las solicitudes de Restitución de Tierras, 3.05% de los predios solicitados están ubicados en municipios que pertenecen a esta Tipología, y que el 0.09% de hectáreas con cultivos de coca registradas en el país, se encuentran en municipios aquí clasificados.





TIPOLOGÍA DE INTERVENCIÓN **AICMA** Convenciónes

Calle 12 C No. 7-19 Piso 3. Bogotá - Colombia Teléfonos [+57 1] 562 93 00 Extensión 3539 - Fax: [+57 1] 596 11 25 accioncontraminas@presidencia.gov.co - www.accioncontraminas.gov.co

Meta: Descontaminación a 2021

-> Tipo I : Prevalencia (199 municipios: 74% de la afectación)

Presentan un reporte continuo de accidentes e incidentes con Minas Antipersonal (MAP)/ y Municiones sin Explotar (MUSE).

-> Tipo II: No prevalencia (291 municipios)

En los últimos cinco (5) años **no** han reportado accidentes con Minas Antipersonal (MAP)/Municiones sin Explotar (MUSE), se clasifican así:

- Municipios y/o áreas con víctimas civiles.
- Municipios y/o áreas con víctimas civiles y fuerza pública.
- Municipios y/o áreas con solo víctimas de la fuerza pública.

-> Tipo III: Sin impacto humanitario (183 municipios)

Bajo número de incidentes. No tienen reporte de víctimas por MAP-MUSE.

-> Tipo IV: En intervención DH - Intervenidos (20 municipios)

Asignados a los operadores de Desminado Humanitario para el desarrollo de operaciones para la liberación de tierras.

->Tipo V: Sin Registro de sospecha y/o presencia por MAP-MUSE (429 municipios)

No presentan registro de información de eventos por MAP-MUSE.

Pagina ou de oo





ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Teniendo en cuenta las características de los municipios que componen cada una de las Tipologías, la Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal ha diseñado una estrategia de intervención orientada a responder a las condiciones y necesidades específicas de los territorios.

Esta estrategia se basa en 5 líneas de intervención y define acciones diferenciales para cada tipología municipal.

Las siguientes, son las líneas de intervención:

LÍNEA DE INTERVENCIÓN	CONCEPTO
Coordinación Nación – Territorio	Fortalecimiento de capacidades locales para la AlCMA: Articulación, planeación, interlocución, coordinación y seguimiento con las Entidades Territoriales y demás actores involucrados.
Educación en el Riesgo por Minas	Sensibilización de comunidades para reducir el riesgo de accidentes por Minas Antipersonal a través de Difusión de información sobre comportamientos seguros, educación y capacitación, y gestión del riesgo.
Asistencia Integral a Víctimas	Articulación de entidades para facilitar el acceso de las Víctimas de Minas Antipersonal a la Ruta de Atención Integral (orientada al ejercicio efectivo de los Derechos Humanos).
Gestión de Información	Recolección, almacenamiento, análisis, validación y diseminación de la información relativa a la Acción Integral contra Minas Antipersonal.
Desminado Humanitario	Proceso de identificación, delimitación de áreas contaminadas y eliminación de las Minas Antipersonal (MAP) y Municiones sin Explotar (MUSE). Incluye monitoreo de operaciones y enlace comunitario.
Evaluación de Impacto	Análisis de impacto de las minas sobre la población y el territorio antes y después de la intervención de AICMA.

A continuación, se presentan las acciones definidas para cada una de las tipologías:





TIPOLOGÍA I:

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
Coordinación nación – territorio- territorio	 Desarrollo de espacios de interlocución institucional y comunitaria. Construir y/o actualizar el Plan Local de Acción Integral contra Minas Antipersonal con enfoque diferencial. Articulación interinstitucional local para la respuesta de la atención de emergencias humanitarias y contingencias.
Educación en el riesgo	Sensibilización a las autoridades y comunidades en prevención de accidentes
Asistencia a Víctimas	 Identificación, ubicación y caracterización de victimas. Gestionar y hacer seguimiento al acceso a las medidas de atención, asistencia y reparación integral de las víctimas establecidas en la Ley 1448 de 2011.
Gestión de información	Recolección, verificación y análisis de prediagnóstico para el Desminado Humanitario.
Desminado Humanitario	Asignación de tareas a operadores de desminado humanitario.
Evaluación de impacto	Análisis de impacto de las minas sobre la población y el territorio antes y después de la intervención de AICMA.

TIPOLOGÍA II:

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
Coordinación nación – territorio- territorio	Desarrollo de espacios de interlocución institucional y comunitaria.
Educación en el riesgo	 Difusión de Información Pública en Educación en el Riesgo por Minas (ERM)
Asistencia a Víctimas	 Identificación, ubicación y caracterización de victimas. Gestionar y hacer seguimiento al acceso a las medidas de atención, asistencia y reparación integral de las víctimas establecidas en la Ley 1448 de 2011.





Gestión de información	 Cualificación de información con actores locales, líderes comunitarios y comunidades para identificar, verificar y complementar la información de áreas peligrosas.
Desminado Humanitario	Identificación y delimitación de áreas peligrosas. Incluye monitoreo de operaciones y enlace comunitario.
Evaluación de impacto	 Análisis de impacto de las minas sobre la población y el territorio antes y después de la intervención de AICMA.

TIPOLOGÍA III:

TH OLOGIA III.	
LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
Coordinación nación – territorio- territorio	Desarrollo de espacios de interlocución institucional y comunitaria.
Educación en el riesgo	Difusión de Información Pública en Educación en el Riesgo por Minas (ERM).
Gestión de información	Cualificación de información con actores locales, líderes comunitarios y comunidades.
Evaluación de impacto	 Análisis de impacto de las minas sobre la población y el territorio antes y después de la intervención de AICMA.

TIPOLOGÍA IV:

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
Coordinación nación – territorio- territorio	 Desarrollo de espacios de interlocución institucional y comunitaria. Construcción y/o actualización el Plan Local de Acción Integral contra Minas Antipersonal con enfoque diferencial.
Educación en el riesgo	Difusión de Información Pública en Educación en el Riesgo por Minas (ERM).
Asistencia a Víctimas	 Identificación, ubicación y caracterización de victimas. Gestionar y hacer seguimiento al acceso a las medidas de atención, asistencia y reparación integral de las víctimas establecidas en la Ley 1448 de 2011.
Gestión de información	Recepción, verificación, validación y aprobación de reportes de las operaciones de Desminado Humanitario.





Desminado Humanitario	 Proceso de identificación, delimitación de áreas contaminadas y eliminación de las Minas Antipersonal (MAP) y Municiones sin Explotar (MUSE). Incluye monitoreo de operaciones y enlace comunitario.
Evaluación de impacto	 Análisis de impacto de las minas sobre la población y el territorio antes y después de la intervención de AICMA.

TIPOLOGÍA V: Seguimiento, verificación y validación de información

POLITICA EN SALUD

El Ministerio, en el marco de las competencias definidas en los procesos de asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial, viene avanzando en el cumplimiento de las metas establecidas en el Conpes 3726 de 2012 (Afiliación, Rehabilitación física, mental y psicosocial). La Ley 1448 de 2011, definió el sistema de participación de Víctimas del conflicto armado, con el cual, el Ministerio de Salud y Protección Social adelantó el proceso de diseño y consulta del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI, así mismo, en el marco de dicho sistema se viene adelantado su proceso de seguimiento y evaluación

POLITICA EN EDUCACIÓN

El MEN en cumplimiento de formular la política educativa y respondiendo a lo establecido por la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, ratificada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009 y la Ley Estatutaria 1618 del 2013, las cuales establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, se ha propuesto como meta, entre otras, la reglamentación del Artículo 11 de la Ley 1618 de 2013. Para la garantía plena del derecho a la educación de la población con discapacidad desde la primera infancia, hasta la educación superior.

Acompañar a través de la asistencia técnica especializada en la implementación de prácticas pertinentes que garanticen el acceso, permanencia y el pleno ejercicio del derecho a la educación a estudiantes con discapacidad, víctimas del conflicto con discapacidad y con capacidades y/o talentos excepcionales en el marco de la educación inclusiva. Para ello el MEN anualmente realiza acompañamiento técnico a las entidades territoriales con mayores índices de población con discapacidad. La proyección de cumplimiento de lo anterior se extiende hasta el 31 de diciembre de 2016.

Como se mencionó anteriormente, el MEN no establece marcos de política educativa específica para población víctima de minas. En el marco de la política pública de educación inclusiva, enfoque que acoge este sector, y del cual se basa las naciones unidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad adoptada por Colombia en la Ley 1346 de 2009. Este sector crea y divulga las normativas para la prestación del servicio educativo a población con discapacidad y sus apoyos diferenciales. Lo anterior enmarcado en Ley 115 de 1994 Título III artículos 46, 47 y 48 y el Decreto 1075 de 2015 en el capítulo 5 (Sección 1, Personas con Limitaciones o con Capacidades o talentos excepcionales). De acuerdo con lo anterior se han emitido los siguientes actos administrativos y documentos:





Expedición del Decreto 366 de 2009, por medio del cual se reglamenta la organización del servicio de apoyo pedagógico para la atención de estudiantes con discapacidad y talentos excepcionales en el marco de la educación inclusiva. Actualmente derogado e incluido en el Decreto Único del Sector. D. 1075 de 2015 en el capítulo 5 (Personas con Limitaciones o con Capacidades o talentos excepcionales).

Directiva Ministerial Nº 15 de 2010, con el fin de garantizar una eficiente y oportuna prestación del servicio educativo a la población que por su condición de discapacidad, el MEN en cumplimiento en Decreto 366 de 2009 asigna a través de documentos CONPES un veinte por ciento (20%) adicional a la tipología de cada entidad territorial

Se formuló el documento de "Orientaciones generales para la atención educativa de las poblaciones con discapacidad en el marco del derecho a la educación" que orienta a las Secretarías de Educación sobre la normatividad, enfoques y rutas de atención a esta población. Para consulta en el edusitio del portal "Colombia Aprende": www.colombiaaprende.edu.co/discapacidadeinclusion

Se creó el espacio virtual de **Edusitio** para la población con discapacidad, en el portal Colombia Aprende, este espacio es dirigido al público en general, como estrategia de socialización de la política pública y puede ser consultado en el link: www.colombiaaprende.edu.co/discapacidadeinclusion.

Flexibilidad curricular reglamentada y promovida en su momento por el Decreto 366 de 2009 (Incluido en el Decreto Único del Sector, 1075 de 2015), se convierte en mecanismo que favorece la educación inclusiva de estudiantes con discapacidad, en particular aquellos con discapacidad cognitiva, motora o con autismo. Este Decreto dispone que las instituciones educativas que atienden estos estudiantes organicen, flexibilicen y adapten el currículo, el plan de estudios y los procesos de evaluación, de acuerdo con las condiciones y estrategias establecidas en las orientaciones pedagógicas producidas por este Ministerio. El MEN promueve su cumplimiento, generando espacios de sensibilización, reflexión, apoyo y conocimiento frente a temas como adecuaciones, ajustes razonables, flexibilización, diseños universales de aprendizaje, entre otros.

POLITICA LABORAL

Dentro de los objetivos y metas que se encuentran dentro de la entidad, se encuentra el mejoramiento de las situación actual, bien sea a corto, mediano y/o largo plazo de la calidad de vida de las victimas y su comunidad donde se garantice la inclusión de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones a los mercados laborales y a la misma oferta institucional que presenten en cuanto a formación y fortalecimiento de las capacidades instaladas de cada una de las víctimas. Se tiene establecido dentro de los objetivos una asistencia de acuerdo a los lineamientos generales del Gobierno Nacional.

Acción #14: "Sobre la base de sus evaluaciones, los Estados partes con víctimas de las minas en zonas situadas bajo su jurisdicción o control harán todo lo posible para comunicar a los Estados partes, en sus informes anuales de transparencia, no más tarde del 30 de abril de 2015, las mejoras que se hayan hecho o se harán en los planes, políticas y marcos jurídicos de discapacidad, salud, asistencia social, educación, empleo, desarrollo y reducción de la pobreza necesarios para atender las necesidades de las víctimas de las minas, y los presupuestos asignados para ejecutar esos planes. Posteriormente, comunicarán anualmente a los Estados partes sus esfuerzos para ejecutar esos planes, políticas y marcos jurídicos y





POLITICA PARA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL PARA VÍCTIMAS

Los ajustes y planes de mejora se proyectan a generar los siguientes aspectos:

- Transitar hacia la coordinación de un sistema más robusto que involucre la sinergia de las instituciones gubernamentales y No gubernamentales así como a los mismos sobrevivientes en la implementación territorial de una oferta y atención acorde a los proyectos de vida de esta población.
- Es muy importante, promover la integralidad de la reparación y el diseño de una oferta inclusiva; la integralidad se logra con la conexión de los tres momentos del daño ocasionado por las Minas Antipersonal: 1. Antes; 2. Durante; 3. Después. En cada momento del daño corresponde un conjunto de acciones públicas, interconectadas y no excluyentes: Es decir prevención, desminado, Asistencia y Rehabilitación Integral en el marco de la inclusión y los proyectos de vida individuales y colectivos. La clave se encuentra, de manera muy especial, en el nivel territorial, en la participación de las comunidades en la toma de decisiones y en la universalización de la oferta.
- La transición hacia el post conflicto en Colombia debe orientarse a actuar de manera integral respecto a la asistencia a víctimas haciendo énfasis en la reparación de la población afectada. Esta reparación debe contemplar todos los ámbitos en los cuales los sobrevivientes se sienten afectados (esfera individual, familiar y comunitaria).
- La reparación integral debe contemplar un componente de restitución de derechos, de recuperación emocional y de cohesión del tejido social en las comunidades afectadas por esta problemática y que muy seguramente se configura en el contexto de las víctimas.
- ❖ La recuperación no sólo implica a las víctimas directas, sino a la población que habita o pretende habitar territorios con sospecha de presencia de Minas Anti Persona. Por tanto, la gestión pública en la Acción contra minas, en la etapa de post conflicto, se debe mantener equilibrada con las acciones centradas en los tres pilares fundamentales (Educación en el Riesgo de Minas, Asistencia a Víctimas y Desminado Humanitario
- Esta Gestión Publica implica diferentes niveles de intervención: * Entre niveles de gobierno (autoridades locales, departamentales y territorios especiales). * Entre sectores de gobierno (coordinación horizontal) y *Entre políticas públicas (Seguridad; Restitución de Tierras; Retornos y Reubicaciones; Política agraria; Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas; Discapacidad; Macro proyectos; e Infraestructura, * Entre diferentes actores bajo enfoques de Gobernanza (entre actores gubernamentales y no gubernamentales, nacionales e internacionales).¹⁵
- La cooperación Internacional es y será muy importante para el fortalecimiento institucional y financiero necesario para una atención integral a víctimas de minas anti persona.
- Es de vital importancia establecer los vasos comunicantes entre diferentes instrumentos humanitarios y de derechos humanos relacionados con la aplicación de la Convención. Para Colombia tendrá particular relevancia, en su calidad de miembro del Comité de Asistencia a Víctimas, la continuación y eventual profundización de perspectivas de derechos humanos en la Atención y la reparación de los sobrevivientes con la perspectiva, que puedan constituirse en lineamientos que aporten a otros países que estén en similares condiciones de contexto.

¹⁵ DIRECCION DE ACCION CONTRA MINAS. La Acción Integral Contra Minas En El Ámbito Internacional. Consideraciones Sobre Diseño Institucional. **2014**





POLITICA EN SALUD

El Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector del Sistema Nacional ha realizado el seguimiento al cumplimiento del Plan de Acción de la Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social, anexo al Conpes Social 166 de 9 de diciembre de 2013.

En el marco de los Auto 006 de 2009 y 173 de 2014 se han desarrollado encuentros territoriales en 33 municipios del país con mayor afectación por el conflicto armado, con el fin de articular la Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social con la Política Nacional para la atención y reparación integral a las víctimas del conflicto armado, así como el Sistema Nacional de Discapacidad – SND y el Sistema Nacional para la atención y reparación integral a las víctimas –SNARIV, con una participación de 777 participantes, de ellos el 63% correspondió a representantes de organizaciones de personas con discapacidad y de víctimas del conflicto armado, con una mayoritaria participación de víctimas de MAP/MUSE.

Desde el Consejo Nacional de Discapacidad se ha coordinado el proceso de reglamentación Ley Estatutaria 1618 de 2013, hasta la expedición de los correspondientes actos administrativos reglamentarios. Se expidió la Guía Territorial de gestión en discapacidad para Gobernadores y Alcaldes como herramienta para la formulación de los nuevos planes de desarrollo departamentales y municipales. Se cuenta con el 53.3% de los comités municipales y el 86.1% de comités departamentales y distritales de discapacidad conformados.

Con corte a 29 de febrero de 2016, el 95 % de los municipios de Colombia cuentan con por lo menos una UGD habilitada para el registro de personas en el RLCPD, de ellas el 61% se encuentran registrando activamente. Actualmente se está realizando un proceso de ajuste al Registro y su articulación con la certificación de Discapacidad. Este avance permite facilitar el acceso a mayor cantidad de servicios sociales en virtud de su condición. Para tal efecto, conforme a lo dispuesto en el artículo 81 de la Ley 1753 de 2015, se está estructurando la ruta de atención interinstitucional para las personas con discapacidad.

Con corte a 29 de febrero de 2016, se cuenta con 1.242.891 personas caracterizadas, de ellas 1.122 refieren ser víctimas de MAP/MUSE, no obstante en el RUV se da cuenta de 7.376 víctimas de MAP/MUSE plenamente identificadas, lo que refleja un reto en la implementación de acciones intersectoriales para aumentar la cobertura del Registro para la Localización y Caracterización de las personas con discapacidad.

A partir del Registro para la Localización y Caracterización de las personas con discapacidad como fuente primaria, se ha puesto en marcha el Observatorio Nacional de Discapacidad, como una estrategia técnica que recopila, investiga, analiza y genera información, para contribuir al seguimiento de los esfuerzos que en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad, realizan los actores institucionales y de otros sectores, a través de indicadores que permiten evaluar el impacto de la legislación nacional, las políticas, planes, programas y proyectos en la garantía de los derechos de las personas con discapacidad; el cual puede ser puede ser consultado en el siguiente enlace: http://ondiscapacidad.minsalud.gov.co/Paginas/Home.aspx

Para el fortalecimiento de las familias y comunidades como redes de apoyo para la inclusión, se ha adoptado la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad. Para orientar su implementación Colombia expidió los Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en la Comunidad- RBC, en armonía con las guías expedidas por la OMS, y con la Ley Estatutaria 1618 de 2013. Desde el año 2009 se han trasferido recursos de concurrencia a las Direcciones territoriales de salud, con el fin de que puedan implementar la estrategia de RBC, fortalecer los bancos de productos de apoyo y durante los años 2013 y 2014, promover la participación y procesos asociativos de las personas con discapacidad y su representación en los comités territoriales de discapacidad. Durante la vigencia 2015, se transfirieron recursos por valor de \$884.744.000 a 16 entidades territoriales, actualmente en ejecución.

De igual forma en el año 2015 se implementó la estrategia de fortalecimiento familiar y comunitario para la inclusión social de las personas con discapacidad en 10 municipios de los departamentos de Quindío y Tolima, con una participación de 473 familias de personas con discapacidad en situación de mayor vulnerabilidad.





Se han fortalecido los canales de información a las personas con discapacidad, aprovechando las tecnologías de la información y las comunicaciones, se han desarrollado aplicativos móviles como DiscAPP, donde se puede encontrar información sobre la oferta de servicios en salud, educación y trabajo. Así mismo se han incluido las normas de accesibilidad en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y los criterios de habilitación de servicios.

Complementario a las atenciones en salud referidas en el archivo digital anexo a la presente comunicación y que detalla expresamente las atenciones a víctimas civiles de MAP y MUSE, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló un proyecto con el Secretariado Nacional de Pastoral Social – SNPS el Proyecto de Inclusión Social con Enfoque Psicosocial – ISEP, que tuvo como objeto general "Impulsar procesos locales de inclusión social con enfoque psicosocial, con víctimas de violencia, en confinamiento, en riesgo o en situación de desplazamiento forzado, en áreas rural y urbana de mínimo 44 municipios del país" y que contó con la participación directa de 1.087 personas con discapacidad en los municipios priorizados en los departamentos de Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Caquetá, Cauca, Chocó, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Sucre y Valle.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS garantiza el derecho fundamental a la salud para toda la población en el marco de la Ley 100 de 1993 en congruencia con la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, a través de dos mecanismos principalmente. El primero, a través del aseguramiento el cual se ve reflejado en el cargo a la Unidad de Pago por Capitación –UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, garantizado con el valor per cápita que se le reconoce a las Entidades Promotoras de Salud – EPS por afiliado, para garantizar las actividades, procedimientos, servicios e intervenciones (tecnologías en salud) del Plan de Beneficios con cargo a la UPC (artículo 182 de la Ley 100/93). El segundo mecanismo es a través del reembolso ante el FOSYGA, para aquellas tecnologías en salud que no están incluidas en el plan de beneficios con cargo a la UPC pero que hacen parte de la atención integral en salud.

El mecanismo de recobro se ha ido modificando y reestructurando con la Resolución 5395 de 2013 para el Régimen Contributivo y la Resolución 1479 de 2015 para el Régimen Subsidiado.

Con relación a la integralidad, Ley 1751 de 2015 en el Artículo 8° la define como los servicios y tecnologías de salud que deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Así mismo, y de manera concreta, en la Resolución 5592 de 2015, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación –UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, En el Artículo 3: se relacionan los "Principios generales para la Aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" que van a contribuir complementariamente con los que se estipulan en el SGSSS: Integralidad, Territorialidad, Complementariedad, Transparencia, Competencia, Corresponsabilidad, Calidad. En estos principios se le da importancia a la competencia del profesional de la salud para determinar lo que necesita un afiliado al SGSSS, en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la evidencia científica. Además articula a los actores corresponsables en salud e involucra fundamentalmente a la familia y la persona como tal.





Se emitió la Resolución 4678 de noviembre 2015, por la cual se adopta Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS, la cual se articula de manera importante con la Resolución 5592 de 2015 (Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación –UPC del SGSSS), para dar claridad en el momento de la prescripción de procedimientos necesarios para garantizar la atención integral en salud.

En la Resolución 5592 de 2015, se incluyen las atenciones, intervenciones, procedimientos, medicamentos y dispositivos que permiten la rehabilitación o el manejo de las personas con discapacidad. Al igual que las prótesis internas y externas, como el reemplazo de cadera, la prótesis de miembro superior o inferior, o los audífonos e implantes cocleares. Se amplía la cobertura en edad de los lentes y monturas en edad y en el tipo de lente (incluyendo el de policarbonato) que garantiza mayor funcionalidad.

Están incluidos por ejemplo todos los tipos de terapia clínica para la rehabilitación funcional (física, integración sensorial, fonoaudiológica, ocupacional, psicológica, con su respectiva desagregación y modalidades de atención), tal como se presenta en la siguiente tabla:

Código	Descripción
89.0.2	Consulta descrita como global o de primera vez
89.0.3	Consulta de control o de seguimiento
93.0.1	Evaluación funcional
93.1.0	Terapia física
93.1.1	Ejercicio asistido
93.1.5	Modalidades eléctricas y electromagnéticas de terapia
93.1.6	Modalidades mecánicas de terapia
93.1.7	Modalidades neumáticas de terapia
93.2.4	Diseño, adecuación y entrenamiento en uso tecnología de rehabilitación
93.3.3	Terapia modalidades hidráulicas e hídricas
93.3.9	Terapia de integración sensorial
93.7.0	Terapia fonoaudiológica integral
93.7.1	Terapia fonoaudiológica para problemas evolutivos y adquiridos del lenguaje
93.7.2	Terapia fonoaudiológica para desordenes del habla, voz, fluidez, articulación, resonancia
93.7.3	Terapia fonoaudiológica para desordenes auditivos comunicativos
93.7.4	Terapia fonoaudiológica para desordenes cognitivo comunicativos
93.7.5	Otro entrenamiento y terapia del habla
93.8.3	Terapia ocupacional
94.3.1	Psicoterapia individual
94.3.5	Intervención en crisis
94.4.0	Psicoterapia de pareja
94.4.1	Psicoterapia familiar
94.4.2	Psicoterapia de grupo

En lo relacionado con las coberturas en ayudas técnicas, definidas actualmente como productos de apoyo, el artículo 61 de la misma resolución define las siguientes coberturas en el Plan de beneficios.





- a. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas) para los procedimientos quirúrgicos incluidos en este Plan de Beneficios.
- b. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis) para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
- c. Prótesis de otros tipos (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros) para los procedimientos incluidos en este Plan de Beneficios.
- d. Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética).

Parágrafo 1. Están cubiertas las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones las cuales se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique (incluye entrenamiento de uso), con compromiso de devolverlos en buen estado salvo deterioro normal. En caso contrario deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

Parágrafo 2. No se cubren con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas, zapatos ortopédicos." Con relación a las sillas de ruedas desde el Ministerio de Salud y Protección Social, se está gestionando los procesos necesarios para iniciar el estudio de evidencia científica necesario para la inclusión.

En el artículo 132 dentro de las Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, se encuentran aquellas "Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad"

Conforme a lo anterior, se han dispuesto mecanismos para el acceso a las tecnologías en salud excluidas expresamente del Plan de beneficios con cargo a la UPC, pero que contribuyen a la rehabilitación funcional y se desarrollan de forma progresiva los estudios que conllevan a la inclusión de nuevas tecnologías en el Plan de Beneficios del SGSSS.

Sumado a ello, la mencionada Ley Estatutaria dispone en su artículo 11 que la atención en salud para las personas con discapacidad, entre otros sujetos de especial protección, no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

Finalmente, la Circular 010 de 2015, en el marco de la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, exhorta a las EPS, a las IPS y a los afiliados al Sistema, respecto del deber que nos asiste en la protección y garantía de los derechos de las personas con discapacidad en los términos de la Ley 1618 de 2013, los cuales deben traducirse en el acceso efectivo a los servicios de salud conforme se encuentra dispuesto en la normatividad vigente, asegurar que dentro del SGSSS se garantice el acceso, la calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud necesarios para la habilitación y rehabilitación integral en salud de las personas con discapacidad, estableciendo acciones de promoción de los derechos de estas personas.

Con relación a la articulación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas con la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social, en la Resolución 518 de 2015, se incluyó la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad - RBC en las siguientes acciones:

 "Desarrollo de capacidades en actores institucionales y comunitarios para la implementación y desarrollo de los componentes y actividades de la rehabilitación basada en la comunidad.





- Búsqueda Activa: Identificación de personas con discapacidad, problemas y trastornos mentales; así
 como afectaciones psicosociales por parte de los equipos extramurales. Incluye el registro para la
 localización y caracterización de las personas con discapacidad.
- Información en salud con enfoque diferencial.
- Canalización: Incluye las acciones para gestionar el acceso efectivo de las personas con discapacidad, población con problemas o trastornos mentales o con afectaciones psicosociales a los servicios de salud; así como la gestión del caso para la garantía y restablecimiento del derecho a la prestación de servicios de salud: el seguimiento a personas canalizadas hacia los servicios sociosanitarios.
- Visita domiciliaria: Dirigida a georreferenciar la población con discapacidad, poblaciones en contexto
 de vulnerabilidad, problemas o trastornos mentales o con afectaciones psicosociales; a orientar a los
 cuidadores sobre los planes de intervención familiar y comunitaria; adelantar el seguimiento a las
 respectivas canalizaciones; y acompañar a las familias y comunidades de referencia.
- Intervenciones Breves: Técnica de Intervención que pretende modificar conductas de riesgo, en relación con los riesgos y las afectaciones psicosociales y en salud mental.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, evidencia que las personas con discapacidad usan los servicios de salud con mayor frecuencia que la población general. Así, para el año 2012 la población general recibió en promedio 12,1 servicios por persona en el año, mientras que las personas con discapacidad recibieron 22,7 atenciones por persona. Situación similar ocurrió en los años 2013 y 2014, con 10,3 y 8,8 de la población general y 18,5 y 16,4 para las personas con discapacidad respectivamente.

En archivo digital anexo a esta comunicación se desagrega la información correspondiente a las atenciones en salud recibidas por las víctimas de MAP/MUSE en los últimos años, y cuyos datos se obtienen del cruce de RCLPD, RUV y RIPS, con corte a enero de 2015, teniendo en cuenta el rezago en el reporte de prestaciones individuales de atenciones en salud.

En cuanto a la oferta de otros sectores, se han generado una serie de planes, programas, proyectos y estrategias que en el marco de la implementación de la Política pública de Discapacidad e Inclusión social impactan a las víctimas de MAP/MUSE, entre ellas citamos a continuación los logros y avances reportados por los diferentes sectores:

- Desde el Ministerio de Trabajo y sus entidades adscritas, en particular el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA y la Unidad Administrativa para las Organizaciones Solidarias, se han adoptado medidas como el Teletrabajo, con un componente orientado a personas con Discapacidad y sus familias. Convocatorias del Fondo Emprender para el fortalecimiento de emprendimientos y unidades productivas de organizaciones de personas con discapacidad. Por su parte Bancóldex dispuso para el sistema financiero unas orientaciones y recursos para créditos blandos a las personas con discapacidad.
- El Ministerio de Educación Nacional ha hecho formación a maestros y dotación de materiales pedagógicos a diferentes secretarías de educación que reportan estudiantes con discapacidad y dobles afectaciones. A través de este proceso 5.319 instituciones educativas reciben la canasta de apoyo educativo para la atención de personas con discapacidad y más de 1.000 docentes han sido formados en temas de educación inclusiva y atención educativa a población con discapacidad. Se estableció una ruta de acceso para la atención a la población con discapacidad desde la educación inicial para la primera infancia hasta la educación media.
- Para garantizar el acceso de niños o niñas con discapacidad, las Secretarías de Educación han





diseñado protocolos, procedimientos e instrumentos, articulados con otros sectores e instituciones de la entidad territorial. El MEN, INCI e INSOR realizan un acompañamiento a las secretarías de educación y prestan asistencia técnica a las entidades territoriales certificadas para la organización de la oferta, según lo establecido en el Decreto 366 de 2009 y para la implementación de las estrategias de acceso. El Viceministerio de Educación Superior del Ministerio de Educación Nacional, ha expedido los Lineamientos de Política de Educación Superior Inclusiva, en la cual, se incluye la población con discapacidad.

- El ICBF cuenta con el Programa de Apoyo y Fortalecimiento Familiar (UNAFA), un programa estructurado para el fortalecimiento de familias de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, en el marco del goce efectivo de sus derechos. 3754 familias egresadas del programa a diciembre 2014. Como principales resultados se cuenta con 2830 familias de las 33 Regionales, vinculadas al programa; 54 enlaces regionales y 76 facilitadores del programa, formados con competencias para el apoyo y fortalecimiento de familias con NNA con discapacidad. Esta misma entidad ha logrado la inclusión de 3.584 niñas y niños con discapacidad en las diferentes modalidades de atención de primera infancia, atendidos de forma integral.
- El Ministerio del Interior desarrolló el Proyecto de Fortalecimiento de las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Promoción Ciudadana "Los Incluibles". Se realizaron 33 Talleres "Participación sin Límites", 33 Talleres "Fortalecimiento a las Organizaciones", 33 Mesas de trabajo a Servidores Públicos, 10 experiencias exitosas premiadas a nivel nacional y la Jornada "Ponte en los Zapatos del Otro".
- El Ministerio de Transporte en el marco del proceso de reglamentación de la Ley Estatutaria 1618 de 2013, ha generado siete actos administrativos que buscan garantizar el goce efectivo de derechos de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás en los sistemas de transporte en el territorio nacional.
- El INCI ha generado un sistema de producción de documentos digitales que puedan ser utilizados en la educación, la cultura o en cualquier ámbito por las personas con discapacidad visual y puestos en ubicaciones que les favorezca para lectura en cualquier sitio (repositorio virtual). A junio de 2015 se han elaborado 4826 y el total de la meta para 2015 es de 8000.
- El INCI a través de acompañamientos presenciales y virtuales, brinda herramientas para que las instituciones responsables de la atención educativa de la población con discapacidad visual en los territorios hagan efectivo el derecho a la educación con calidad oportunidad y ampliación de cobertura. Sus principales logros cuantitativos son 194 Entidades Territoriales Certificadas asesoradas y 816 asistentes en Educación Básica y Media, 307 agentes educativos y 190 entidades formados en educación inicial, 821 instituciones asesoradas en acceso a las TICs
- El Ministerio de Defensa Nacional realizó la Publicación de la Política de Discapacidad para el Sector Seguridad y Defensa y desarrolló el Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva, con las guías de los cinco programas.
- El Ministerio de Cultura ha desarrollado un programa para reconocer el trabajo de personas o entidades que ejecuten proyectos culturales para promover la inclusión social de la población con discapacidad desde la cultura, en el marco de las recomendaciones de la Convención sobre los Derechos de las





Personas con Discapacidad. Así mismo se busca fomentar el reconocimiento, la inclusión social y la participación de las personas con discapacidad a través de proyectos artísticos y culturales

- El Ministerio de Vivienda lidera el Programa de Vivienda Gratuita, cuyo objetivo central es seguir avanzando en el cumplimiento de las metas del Gobierno de crear empleo y reducir la pobreza en Colombia. Con corte a 24 de agosto de 2015 se han beneficiado 1.854 hogares con miembros con discapacidad.
- La UARIV ha desarrollado un proceso de atención, asistencia y reparación que da respuesta a las necesidades de las personas víctimas con discapacidad de forma que éstas accedan a las medidas dispuestas en la Ley en condiciones de igualdad. De él se beneficia el total de víctimas con discapacidad, es decir 172.573 personas.
- El Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, a través de su Plan Vive Digital lanzó ConVertic, proyecto a través del cual brinda un software lector de pantalla y un software magnificador, con descarga gratuita a nivel nacional, que busca beneficiar a los colombianos que presentan discapacidad visual en el país. De acuerdo con MinTic, seis meses después de puesta en circulación Convertic llegó a 100.000 descargas, lo cual triplicó la meta propuesta para 2014.

Finalmente, en lo que respecta al seguimiento del Plan de Acción de la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social, el Departamento Nacional de Planeación de forma conjunta con los sectores de gobierno que integran el Sistema Nacional de Discapacidad ha estructurado el tablero de Control para el seguimiento a la implementación de la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social cuya vigencia comprende el período 2013 – 2022. Este tablero de control se inscribe dentro de los sistemas de seguimiento existentes, donde toma especial importancia Sinergia, parte del Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados, del que trata el artículo 343 de la Constitución política de Colombia, reglamentado por el Decreto 1290 de 2014, y a cargo del DNP acorde a la "Ley Orgánica del Plan Desarrollo". Sinergia, está estructurado en tres componentes (i) Seguimiento a Metas de Gobierno, (ii) Evaluación de Políticas Públicas, y (iii) Sinergia territorial; los cuales aportan a generar información de calidad para la toma de decisiones, promueven la efectividad de las políticas públicas desde su formulación, y combinadas con herramientas de seguimiento presupuestal abogan por la eficiencia del gasto.

De esta manera los resultados de la PPDIS en armonía con la ley Estatutaria 1618 de 2013 y la Ley 1346 de 2009, serán monitoreados a través de Sinergia-seguimiento en su herramienta online a nivel nacional; conforme a lo estipulado en los Planes Departamentales y Municipales de Desarrollo, podrán ser monitoreados en los sistemas de seguimiento a nivel territorial, los cuales cuentan con el acompañamiento técnico y asesoría permanente de Sinergia-territorial. Igualmente, conforme a la implementación de los lineamientos expuestos en este documento, se hará una investigación sistemática y objetiva a diferentes eslabones de la cadena de valor de la política a través de evaluaciones con el objetivo de diagnosticar y mejorar los resultados, el diseño, o la implementación de cada uno de los componentes de la política¹⁶.

Serán tenidos en cuenta también como instrumentos de evaluación, las retroalimentaciones que el Comité de Seguimiento a la Convención Interamericana contra toda forma de discriminación hacia los derechos humanos – CEDDIS y el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU.

Finalmente, en cuanto al presupuesto asignado, es importante precisar que confluyen:

¹⁶ La agenda de evaluaciones se construye para cada vigencia fiscal y está sujeta a las necesidades identificadas por las direcciones técnicas del DNP y cada una de las cabezas sectoriales.





- Los recursos del Sistema General de Participaciones, cuya estimación para la asignación a los diferentes programas está a cargo de las entidades territoriales;
- Los recursos del FOSYGA orientados al pago de reclamaciones por atenciones a víctimas de MAP/MUSE realizadas en la vigencia 2015, de acuerdo con las coberturas establecidas en el Decreto 056 de 2015, así
 - ✓ 2 indemnizaciones pagadas a personas naturales por un valor aprobado de \$ 22.740.000.
 - √ 387 reclamaciones pagadas a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por un valor de \$398.485.404. Sin embargo es necesario aclarar que la relación entre número de reclamaciones no da cuenta del número real de víctimas atendidas ya que por una víctima se puede presentar más de una reclamación correspondiente a atenciones prestadas a esa víctima.
- Los recursos asignados para la implementación del PAPSIVI cuyo monto en la vigencia 2015 asciende a \$19.926.164.474 para la atención psicosocial a las víctimas del conflicto en los territorios priorizados, de ellas 126 víctimas de MAP/MUSE.
- Los recursos dispuestos por los diferentes sectores en cumplimiento del Plan de Acción del Conpes 166 de 2013, y cuya variabilidad está sujeta a los ajustes fiscales realizados por el gobierno nacional en el último año; para el año 2015 se proyectaron \$107.847.232.425

POLITICA DE EDUCACIÓN

El MEN en el marco del derecho a la educación a personas con discapacidad, ha establecido orientaciones y lineamientos para la prestación del servicio educativo, este conjunto de documentos se encuentran para consulta pública en el portal de Colombia aprende, en el siguiente link: www.colombiaaprende.edu.co/discapacidadeinclusion.

De otro lado, se han realizado acciones encaminadas al mejoramiento de la calidad de la atención educativa de la población con discapacidad y población víctima con discapacidad (doble afectación), en este sentido se creó una versión del Auto 173 2014¹⁷ en Sistema Braille en cuatro (4) tomos y en libros hablados. Es importante señalar que en la actualidad toda persona con discapacidad visual (ciega o con baja visión) puede acceder a los documentos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad y el Auto 173 de 2014 a través de los Software Jaws y Magic. Estos documentos se encuentran publicados en los siguiente links.

http://www.colombiaaprende.edu.co/html/micrositios/1752/w3-propertyvalue-48865.html http://www.colombiaaprende.edu.co/html/micrositios/1752/w3-article-344337.html http://www.colombiaaprende.edu.co/html/micrositios/1752/w3-article-344336.html http://www.colombiaaprende.edu.co/html/micrositios/1752/w3-article-344335.html.

En cuanto al financiamiento de la atención educativa de esta población y con el fin de atender de manera oportuna y pertinente sus necesidades particulares, el MEN asigna un recurso adicional correspondiente al veinte (20%) del valor de la tipología de cada estudiante. Estos valores deberán ser invertidos en lo establecido en la Directiva Ministerial Nº 15 DE 2010. (Servicios de personal de apoyo, Formación básica de docentes, suministro de dotación y adecuación de la infraestructura educativa estatal)

El MEN asigna anualmente recursos del Sistema General de Participaciones – SGP a cada entidad territorial certificada en educación, lo anterior con el fin de reconocer los costos adicionales en que incurre el sistema

_

¹⁷ Auto 173 de 2014: Sobre protección de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad, en el marco del estado de cosas inconstitucionales declarado en la sentencia T-025 de 2004.





educativo para la atención de población con discapacidad; este valor es equivalente al veinte (20%) sobre el valor de la tipología para cada estudiante registrado oportunamente en el Sistema Integrado de Matrícula – SIMAT.

La distribución de estos se relaciona a continuación:

Vigencia	Matricula de Estudiantes con Discapacidad - NACIONAL	Valor (\$) de Recursos adicionales asignados a las ETC
2011	92.270	\$ 21.278.810.600
2012	115.112	\$ 28.388.203.400
2013	120.63	\$ 32.926.122.200
2014	137.539	\$ 40.713.450.800
2015	144. 368	\$ 43.145.643.151
2016	147.839	\$ 47.857.289.918

Fuente: Oficina asesora de Planeación y Finanzas- MEN

Estos recursos deberán ser invertidos en servicios de personal de apoyo, formación básica de docentes, suministro de dotación y adecuación de infraestructura educativa estatal. (Directiva Ministerial Nº 15 de 2010).

De otro lado, siendo la población con discapacidad una población vulnerable de especial atención por parte del sistema educativo, el MEN realiza cada vigencia acompañamientos especializados en las entidades territoriales, lo anterior con el fin de capacitar, orientar y generar capacidad instalada en temas pedagógicos, administrativos y técnicos en las secretarías de educación y establecimientos educativos que son focalizados. En el periodo de comprendido entre 2016 a 2016, se han realizado invertido los siguientes recursos:

Convenio o contrato	Recursos	objeto	
1389 de 2013	\$ 2.278.584.255	AUNAR ESFUERZOS PARA FAVORECER EL ACCESO, PERMANENCIA Y PROMOCIÓN EDUCATIVA DE LOS ESTUDIANTES DE CUATRO (4) ENTIDADES TERRITORIALES FOCALIZADAS, QUE PRESENTAN ALGUNA CONDICION DE DISCAPACIDAD, EN EL MARCO DE LA EDUCACIÓN INCLUSIVA.	
912 de 2014	\$ 840.417.480	AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA EL APOYO Y FOMENTO DE ACTIVIDADES QUE PROPENDAN POR UNA EDUCACIÓN CON PERTINENCIA ES UIDAD EN EL MARCO DE LA EDUCACION INCLUSIVA.	
692 de 2015	\$ 1.170.000.000	AUNR ESFUERZOS PARA FORTALECER LA ATENCION EDUCATIVA A ESTUDIANTES CON DISCPACIDAD EN EL MARCO DE LA EDUCACIÓN INCLUSIVA, A TRAVÉS DE	





		ESTRATEGIAS TECNICAS Y PEDAGOGICAS CON ENFOQUE INTEGRAL, GENERANDO CAPACIDAD INSTALADA EN 10 SECRETARÍAS DE EDUCACIÓN DE ENTIDADES TERRITORIALES CERTIFICADAS Y 20 ESTABLECMIENTOS EDUCATIVOS FOCALIZADOS.
759 de 2015	\$ 867.819.234	AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA FORTALECER LA ATENCIÓN EDUCATIVA A ESTUDIANTES CON DISCPACIDAD, TALENTOS Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES (NEE), EN EL MARCO DE LA EDUCACIÓN INCLUSIVA, EN 10 SECRETARÍAS DE EDUCACIÓN DE ENTIDADES TERRITORIALES CERTIFICADAS Y 20 ESTABLECMIENTOS EDUCATIVOS PRIORIZADOS.
Total	\$ 5.156.820.969	

POLITICA LABORAL

Si bien se han presentado avances en la elaboración de directrices que lleven a que las comunidades afectadas por las minas tengan acceso a los programas que oferta el Estado, como lo son la formación en agricultura, las artesanías, así como procesos de alfabetización y orientación en diferentes iniciativas de microcrédito, se siguen presentando muchos obstáculos en la implementación de programas y proyectos específicos para comunidades con discapacidad y sobrevivientes de las minas. Para contrarrestar estas barreras, se busca entonces desarrollar actividades económicas sostenibles, en zonas afectadas por minas, que beneficien no sólo a individuos afectados directamente por las minas, sino también a las comunidades que se encuentran en riesgo inminente de estos artefactos.

El éxito en la asistencia a las víctimas también significa comprender la asistencia a las mismas en contextos más amplios de desarrollo y enfocarla a que hace parte de la responsabilidad del Estado en ámbito de la salud, los servicios sociales, la rehabilitación, la formación vocacional y los derechos humanos. Por tanto, y si bien los retos a los que se ve enfrentado el estado colombiano son numerosos, es necesario tener en cuenta que el mayor reto en la actualidad es la utilización eficiente y eficaz de los recursos, en particular cuando la capacidad que se tiene y los recursos para cumplir con las metas y los objetivos propuestos son limitados.

Así mismo se debe hacer necesario que los expertos y organizaciones que trabajan específicamente en temas de discapacidad a nivel nacional se muestren involucradas en la planificación nacional y contribuyan de manera similar por medio de convenios de asociación en la asistencia de las víctimas de MAP/MUSE en el país. Permitiendo de esta forma contribuir desde el nivel nacional a la atención específica de las necesidades de las víctimas en situación de discapacidad o que hayan sido afectadas por este tipo de municiones.

Desde los requerimientos específicos que se mencionan anteriormente, y teniendo en cuenta las necesidades particulares de las víctimas los procesos de asistencia en una adecuada rehabilitación física para sobrevivientes de las minas y un constante apoyo psicosocial para víctimas y familiares de muertos por minas terrestres es de prioridad para contribuir con la adecuada reincorporación de las víctimas a la comunidad y realización de su proyecto de vida. En este sentido, el restablecimiento de las capacidades económicas e inclusión de las víctimas





y sus familias a un mercado labora en igualdad de condiciones representa una prioridad dentro de la asistencia a víctimas de minas antipersonal.

Acción #15: "Los Estados partes con víctimas de las minas en zonas situadas bajo su jurisdicción o control, teniendo en cuenta sus circunstancias locales, nacionales y regionales, harán todo lo posible para fortalecer las capacidades locales, mejorar la coordinación con las entidades subnacionales pertinentes y apropiadas, y aumentar la disponibilidad y la accesibilidad de servicios integrales de rehabilitación, oportunidades de inclusión económica y medidas de protección social para todas las víctimas de las minas, independientemente de su género y su edad. Para ello, eliminarán las barreras físicas, sociales, culturales, económicas, políticas y de otra índole, entre otras cosas ampliando los servicios de calidad en las zonas rurales y remotas y prestando especial atención a los grupos vulnerables.

POLITICA DE ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL PARA VICTIMAS

Línea de implementación territorial.

Dada la necesidad de trabajar junto con las entidades territoriales en la incorporación de las particularidades a tener en cuenta en la implementación de la ruta de atención, asistencia y reparación a víctimas de MAP y MUSE, se considera prioritario que dichas entidades cuenten con el resultado de la caracterización realizada mediante la respectiva aplicación de PAARI y así conocer con certeza qué personas con estas características residen en cada territorio así como sus necesidades específicas.

Mediante documento técnico dirigido a las entidades territoriales que contiene las recomendaciones y mecanismos específicos para la puesta en marcha de la ruta de atención, asistencia y reparación para víctimas de desplazamiento forzado y MAP y/o MUSE, se brindarán elementos concretos que deberán ser tenidos en cuenta por parte de la entidad territorial con el fin de que la línea operativa de acceso por oferta a la ruta funcione, específicamente con relación a:

- Identificación de oferta territorial dirigida a este grupo poblacional.
- Diseño e implementación del mecanismo que permita la identificación de los requerimientos de las víctimas en los territorios, en relación con la oferta existente en cada uno de ellos, que permita plantear las acciones pertinentes, en el marco de la garantía del acceso a la oferta, a partir de direccionamiento hacia la flexibilización y ajuste de la oferta acorde con las demandas y necesidades de las víctimas.
- Desarrollo de las acciones pertinentes, que permitan la puesta en marcha de estrategias para garantizar el acceso a la oferta, aprovechando las instancia de coordinación y articulación de la Política Pública en el territorio
- Flexibilización de oferta territorial con el fin de responder a las necesidades identificadas en el proceso de caracterización de este grupo poblacional.
- Reporte semestral a la Unidad para las Víctimas en el cual se identificará el acceso tangible a la oferta institucional de este grupo poblacional.

POLITICA DE SALUD





El Modelo de Rehabilitación Integral para Colombia ha sido definido en el Plan de Acción de la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social por fases, la primera de ellas correspondiente a la definición de la ruta y lineamientos de rehabilitación funcional en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como piedra angular del proceso integral, que se ha desarrollado durante los últimos dos años. Al respecto se señalan los siguientes avances:

Dentro de los lineamientos de política establecidos por este Ministerio se ha señalado que "La rehabilitación integral busca a través de procesos terapéuticos, educativos, formativos y sociales el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional. Está articulada y armonizada en el desarrollo de habilidades funcionales, ocupacionales y sociales. Desarrolla acciones simultáneas de promoción de la salud y de la participación y prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración socio ocupacional¹⁸". Los lineamientos de política de rehabilitación para el desarrollo familiar, ocupacional y social¹⁹ de las personas con discapacidad establecen para la rehabilitación integral acciones de:

- Promoción de la salud y de la participación y prevención de la discapacidad;
- Desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional;
- Preparación para la integración socio ocupacional, y
- Desarrollo, recuperación y mantenimiento de habilidades sociales

La intervención en este nivel social se da a través de la aplicación de medidas terapéuticas desarrolladas principalmente en ambientes reales, dentro del contexto en el que funciona el individuo. Además, ofrece orientación y apoyo a otros sectores para la realización de los ajustes que estos deben hacer, para dar oportunidad de participación a la persona con discapacidad en la vida de su comunidad.

Bajo estas premisas, el Ministerio de Salud y Protección Social viene desarrollando un proceso de fortalecimiento del Sistema de Rehabilitación Integral desde el subcomponente de rehabilitación funcional, basada en el trabajo en equipo de los profesionales de la rehabilitación, el enfoque de Actividades de la Vida Diaria –AVD y el concepto de autonomía e independencia. Sobre estos componentes se ha estructurado la ruta del proceso de rehabilitación que se ilustra a continuación:

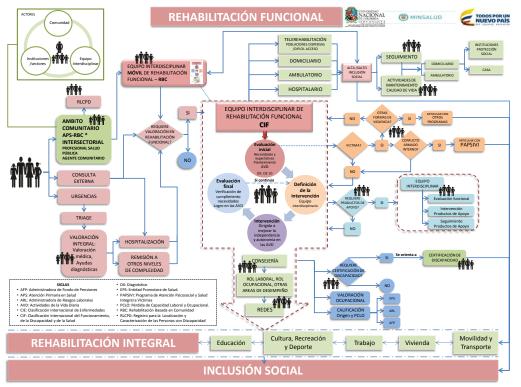
Esta ruta integra los componentes de Rehabilitación Funcional como entrada y piedra angular del proceso de rehabilitación integral y articula con los diferentes sectores el componente de intersectorialidad para la inclusión social. Así mismo, articula la intervención intrainstitucional con las estrategias de atención domiciliaria, Atención Primaria en Salud, Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC, Salud Mental y el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI.

-

¹⁸ COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos De Política. Habilitación / Rehabilitación Integral Para El Desarrollo Familiar, Ocupacional Y Social De Las Personas Con Discapacidad. Bogotá, 2003. p 28 – 29.
¹⁹ Idem.







A continuación se señalan los avances logrados en la implementación de la ruta:

Garantía de la atención en salud y rehabilitación funcional a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-:

Ley 1751 de 2015²⁰ en su artículo 11, considera a las personas con discapacidad, entre otras poblaciones, como sujetos de especial protección por parte del Estado. En este se determina que "su atención en salud **no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica**. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir **procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios** que le garanticen las mejores condiciones de atención".

En armonía con este mandato de orden superior (por derivarse de una Ley Estatutaria), se tiene que:

- En materia de aseguramiento
 - Es política nacional que el 100% de las personas de la población colombiana tengan acceso a los servicios de salud a través del SGSSS. La cobertura de afiliación al SGSSS de la población con discapacidad incluida en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad es proporcional a la afiliación de toda la población colombiana. El 69% de las personas con discapacidad están afiliadas al Régimen Subsidiado, el 29% al Régimen Contributivo y un 2% al Régimen de Excepción.
 - Corresponde a las entidades territoriales del orden municipal promover y hacer efectiva esta afiliación y a las Direcciones Territoriales de Salud, así como al Ministerio realizar el seguimiento y verificación de su cumplimiento.

²⁰ "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"





- En materia de coberturas de servicios de rehabilitación en los planes de beneficios, se cuenta con
 - Fortalecimiento del Sistema de Rehabilitación Integral basado en el trabajo en equipo de los profesionales de la rehabilitación, el enfoque de Actividades de la Vida Diaria –AVD y el concepto de autonomía e independencia.
 - El Plan Obligatorio de Salud -POS incluye las atenciones, intervenciones, procedimientos, medicamentos y dispositivos que permiten la rehabilitación o el manejo de las PCD.

Dotación Unidades de Rehabilitación:

Con el apoyo de la cooperación internacional se han fortalecido las unidades de rehabilitación en los departamentos de: Antioquia, Valle del Cauca, Cauca, Bolívar, Nariño y Chocó (dotación de servicios, formación de profesionales y entrega de ayudas técnicas a PCD).

Rehabilitación Basada en la Comunidad - RBC:

- Se expidieron los Lineamientos Nacionales para la implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC y se definió la batería de indicadores para realizar el respectivo seguimiento.
- El Ministerio ha transferido anualmente recursos a las entidades territoriales para concurrir en la
 gestión de esta estrategia, la cual a través de la Resolución 518 de 2015 fue incluida como tecnología
 en salud en el Plan de Intervenciones Colectivas –PIC y que tributa a la intervención colectiva en el
 ámbito comunitario de la persona con discapacidad.

Garantía de la atención integral en salud con calidad y oportunidad:

La Resolución 2003 de 2014 definió y amplió los criterios del servicio de atención domiciliaria para pacientes: agudo, crónico sin ventilador, crónico con ventilador, consulta domiciliaria. Se fortalecieron los estándares de talento humano - TH, infraestructura, medicamentos, Dispositivos Médicos - DM, insumos.

Eso hace que quien está interesado en ofertarlos tenga mayor posibilidad de precisión en su alcance y en lo que debe cumplir, estimulando esta iniciativa.

Formación del Talento Humano:

Se han formado durante los últimos tres años 2.219 profesionales de la salud y la rehabilitación en el enfoque biopsicosocial del proceso de rehabilitación, a través de los siguientes procesos:

PROCESO FORMATIVO	MODALIDAD	NÚMERO DE PARTICIPANTES
Curso de Rehabilitación Integral	Virtual	1057
Diplomado Rehabilitación Integral	Presencial	97
Proceso de formación básico en certificación de discapacidad y valoración ocupacional		
	Virtual	154
Diplomado en certificación de discapacidad y valoración ocupacional	Virtual	478
Enfoque biopsicosocial de los procesos de rehabilitación	Virtual	334





Curso teórico práctico enfoque biopsicosocial, trabajo en equipo y actividades de la vida diaria en el proceso de rehabilitación integral.			
		Presencial	99
	TOTAL PARTICIPANTES		2219

Para definir e implementar los programas y medidas orientadas a la garantía del servicio de habilitación y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, durante los últimos tres años el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido convenios por un valor total de \$1.246.440.842, con entidades como la Universidad Nacional, Handicap International Colombia, la Fundación de Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca y la Asociación Amigos con Calor Humano. De igual forma, con fuentes de cooperación internacional, se han fortalecido procesos de rehabilitación en algunos de los municipios más afectados por el conflicto armado, entre ellos: Cartagena (Bolívar), Quibdó (Chocó), Tumaco (Nariño), Apartadó (Antioquia), Popayán (Cauca).

En el contexto de atención en salud a las víctimas de MAP y MUSE se planteó el proyecto: Revisión y fortalecimiento de la Ruta de Atención Integral en Salud y Rehabilitación Funcional para las Víctimas de Minas Antipersonal (MAP) y Municiones Sin Explotar (MUSE), en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) y la Política de atención integral a víctimas. Este proceso fue desarrollado por El Comité de Rehabilitación en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) A través de este proyecto se realizó un análisis de las barreras de acceso que reportan las víctimas de MAP Y MUSE -y otros actores involucrados- en relación a los procesos de atención integral en salud y rehabilitación funcional, con el fin de establecer acciones pertinentes para mejorar los procesos. A partir de lo anterior se identificaron necesidades como:

- Incluir en los planes de contingencia simulacros de preparación para la respuesta a emergencias por accidentes de MAP y MUSE y para el manejo de la situación ocasionada por estos accidentes.
- Estructurar e implementar lineamientos y guías para la atención en salud y rehabilitación a las víctimas de MAP y MUSE por parte de las entidades de salud
- Estructurar una ruta de atención integral con la identificación de responsabilidades por parte de los diferentes estamentos gubernamentales
- Fortalecer la articulación institucional para la difusión y capacitación en la ruta de atención integral a víctimas de MAP y MUSE
- Fortalecer desde las instituciones de salud, el apoyo a la víctima y su familia, tanto en el abordaje de la atención psicológica, como en la gestión de trámites interinstitucionales.
- Promover el desarrollo de procesos rehabilitación funcional de las víctimas de MAP y MUSE mediante remisión a centros de salud y rehabilitación cercanos al sitio de vivienda y de la implementación de estrategias de atención descentralizadas
- Fortalecer los sistemas de información posibilitando el acceso a la información oportuna y actualizada
- Elaborar un modelo de atención integral en salud y rehabilitación, enmarcado en las expectativas y necesidades de las víctimas de MAP y MUSE

Acciones implementadas orientadas a responder a las necesidades referidas

Se estructuró la ruta de atención en integral en salud y rehabilitación funcional para víctimas de MAP y MUSE, que incluye el paso a paso y los actores responsables de cada proceso; buscando de esta manera brindar





información clara, articular acciones y facilitar el acceso a los diferentes servicios de atención integral en salud y rehabilitación funcional. La ruta de atención referida será socializada a través de una cartilla, la cual se encuentra en proceso de edición.

El Ministerio de Salud y Protección Social está trabajando en la formulación de lineamientos de rehabilitación funcional en el marco de la rehabilitación integral, sobre los cuales se ha estructurado una propuesta de atención basado en las necesidades de las personas con discapacidad y la independencia y autonomía en las actividades de la vida diaria.

Se vienen estableciendo mecanismos para la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad –RBC, como modelo factible de atención a las personas que residen fuera del casco urbano, especialmente en la zona rural, entre las que se encuentran víctimas de MAP y MUSE

Durante el año 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló en alianza con CINETS, la quía de práctica clínica en amputación; guía basada en la evidencia y con la cual se espera disminuir dificultades relacionadas con los procesos guirúrgicos que requieren algunas víctimas MAP y MUSE. De igual forma se viene elaborando protocolos de intervención para víctimas con enfoque diferencial. Proceso en el cual están participando el Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Víctimas, con apoyo de la OIM.

El proceso de análisis de barreras, permitió elaborar y socializar un inventario de guías y protocolos para el proceso de atención a víctimas de MAP y MUSE;; entre los que se encuentran:

- Guía para el manejo quirúrgico de heridos en situación de conflicto armado (Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR- v MSPS)
- Lineamientos para la atención y reparación integral a víctimas de MAP y MUSE (Resultado del proceso participativo PAICMA – PNUE. 2013)
- o Guías básicas de atención médica prehospitalaria (Ministerio de la Protección -Universidad de Antioquia, 2012)
- Orientaciones técnicas básicas para la atención de pacientes con discapacidad visual/ceguera (Proyecto de cooperación técnica JICA, 2012)
- o Orientaciones técnicas básicas de rehabilitación del paciente amputado de miembro inferior. (Provecto de cooperación técnica JICA, 2012)
- Guía de orientaciones básicas de atención prehospitalaria. (PAICMA-Secretaría Departamental del Valle del Cauca, Provecto JICA 2011)

Actualización e incorporación de principios, pautas y procedimientos del "Protocolo Integral de Atención en Salud, con Enfoque Psicosocial para las Personas Víctimas del Conflicto Armado en Colombia" en el marco de la Ley 1448 de 2011 y los decretos reglamentarios, que permitan promover prácticas que aporten un sentido reparador y de dignificación, para de esta manera generar condiciones operativas y administrativas para hacer efectiva y oportuna la atención en salud y salud mental a la víctimas del Conflicto armado.

Se han realizado Jornadas de seguimiento y evaluación del PAPSIVI con las mesas Departamentales y el Plenario nacional de Víctimas con los actores del SGSSSS

Asistencia técnica a los actores del SGSSS para mejorar acceso y la atención diferencial a las víctimas del conflicto armado.

Acciones por implementar

La ruta con los ajustes planteados será socializada en instancias como el Grupo de Enlace Sectorial (GES), comités de atención a víctimas y de justicia transicional y demás instancias del orden nacional involucradas en el proceso. Asimismo se socializará en los diferentes departamentos y municipios del país, por medio de los entes territoriales de salud y a través de la publicación de la cartilla en la página del Ministerio de Salud y Protección Social.





Se realizará proceso de formación en la Ruta de atención integral en salud y rehabilitación funcional en municipios priorizados de los departamentos de Antioquia, Caquetá, Córdoba, Nariño y Sucre.

Acciones complementarias

En cuanto a las necesidades de cooperación internacional, es necesario fortalecer los procesos de rehabilitación integral e inclusión social, para tal efecto es imperiosa la necesidad de generar las estrategias que articulen los procesos de rehabilitación funcional con las acciones intersectoriales que desde los ámbitos de educación, trabajo, cultura, recreación, deportes y participación, materializan la inclusión social. Al respecto es necesario fortalecer la capacidad resolutiva de las entidades territoriales, fortalecer oferta, formar capital humano y promover liderazgos para la incidencia política.

En lo relacionado con la correspondencia entre los postulados de la Convención de Otawa y la Convención ONU, el Estado colombiano presentó en el año 2013 a la ONU el Primer informe sobre la aplicación de la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad; este informe será evaluado por el CEDDIS durante el presente año, en audiencia prevista para el mes de agosto. Previo a ello, el Estado colombiano se encuentra preparando la actualización del reporte, de tal forma que se dé cuenta de las acciones desarrolladas con posterioridad a la presentación del informe.

Teniendo en cuenta que las víctimas de MAP/MUSE presentan afectaciones que en su mayoría generan condición de discapacidad, tanto las acciones de la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social, como el marco normativo colombiano armonizado con la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, establece una correspondencia en torno a la garantía de derechos y la materialización de la inclusión social. Dicha correspondencia responde también a la Convención de Otawa en los componentes de atención a las víctimas.

Es importante precisar que las víctimas de MAP/MUSE así como los organismos que orientan la política pública y la acción integral contra minas, hacen parte del Sistema Nacional de Discapacidad - SND y del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas – SNARIV; así mismo, que en el marco del Auto 173 de 2014, se está desarrollando un proceso de articulación entre ambos sistemas y políticas, con el fin de que las personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado materialicen el proceso de inclusión social y reparación integral.

POLITICA DE EDUCACIÓN

Actualmente las secretarías de educación de entidades territoriales certificadas, cuentan con recursos financieros adicionales correspondientes al 20% (especificados en la pregunta N° 10), para la atención educativa de la población con discapacidad.

Adicionalmente se cuenta con normatividad educativa vigente que reglamenta los procedimientos para asegurar el acceso y permanencia de la población con discapacidad en un sistema educativo inclusivo.

El sector educativo, cuenta con el edusitio de discapacidad, en el cual se pueden acceder a las orientaciones, lineamientos, estadísticas, normatividad, entre otros temas de interés para el sector educativo. Este edusitio se encuentra disponible en el portal "Colombia Aprende", el cual se pueda puede consultar en el siguiente link: www.colombiaaprende.edu.co/discapacidadeinclusion

De acuerdo con la política pública y la normatividad educativa vigente, la cual se basa en la educación inclusiva, el MEN realiza procesos de acompañamiento (mencionados anteriormente), formulación y divulgación de documentos orientadores y lineamientos educativos, así como actos administrativos reglamentarios para la





atención educativa a la población con discapacidad, entre las actividades y programas propuestos para el fortalecimiento de la prestación del servicio público educativo se encuentran las siguientes:

- Realización de convenios de cooperación con organizaciones y entidades especializados en discapacidad para fortalecer la capacidad de gestión de las ETC y los establecimientos educativos.
- Realización de encuentros subregionales, regionales y nacionales con las secretarias de educación de las ETC certificadas en los cuales se socializan orientaciones para la atención educativa pertinente y de calidad.
- Divulgación de documentos a través del portal de Colombia Aprende.
- Asistencia técnica por demanda y oferta a los referentes de discapacidad de las secretarias de educación.
- Plan Nacional de Infraestructura Educativa PNIE, para la implementación de la Jornada Única planteada en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Política que culminará en el 2030, año en el que se estima, se habrán construido las 51.134 aulas necesarias para implementar la jornada única en el 100% del territorio nacional. De estas aulas, 30.680 deberán estar construidas para el año 2018. Todas estas construcciones contemplan la accesibilidad para las personas con discapacidad.
- Procesos de articulación interinstitucional para fortalecer las capacidades de gestión, articulación Desde el sistema educativo uno de los principales retos es continuar posicionando la Educación Inclusiva como enfoque de garantía de derechos para todos y todas. La educación inclusiva considera que todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes del país deben gozar del derecho a la educación, y que los establecimientos educativos deben reconocer, comprender y respetar la singularidad de cada uno de ellos (características, expectativas, posibilidades, necesidades, estilos de aprendizaje). En este sentido, continuar avanzando hacia la disminución de las brechas que se puedan presentar desde el sistema educativo se constituye en uno de los principales retos.

De igual manera la articulación estatal en el ámbito territorial continúa siendo unos de los principales retos del Gobierno Nacional, para la atención integral de este grupo poblacional.

La formación y especialización docente para la atención pedagógica pertinente, flexibilizada y adaptada a las características y ritmos de aprendizaje propios de las personas con discapacidad

Apropiación de recursos para el financiamiento de las acciones requeridas y necesarias para el fortalecimiento de las capacidades locales.

De las medidas tomadas por el sector educativo se destacan los siguientes:

- En 2014 se realizó el diplomado en Didácticas Flexibles en el marco del diseño universal del aprendizaje.
 Este diplomado se realizó en cuatro (4) Entidades Territoriales Certificadas (Buenaventura, Cali, Sucre y Bolívar) para un total de 371 de docentes en de formados en Didácticas Flexibles y Rehabilitación Basada en la Comunidad para la atención de la población con discapacidad.
- Fortalecimiento de 4 secretarías de educación y más de 50 establecimientos educativos en el 2014 dejando capacidad instalada para la atención a la diversidad de estudiantes en el marco de la educación inclusiva, además se entregaron canastas educativas a instituciones y docentes que participaron en la formación a través del diplomado en didácticas flexibles en el marco del diseño universal del aprendizaje.
- Realización en el 2014 de talleres a docentes en 6 secretarias de educación (Meta, Chocó, Cauca, Pasto, Ibagué y Santander) en orientaciones pedagógicas a estudiantes con discapacidad visual.





- En el 2015 se fortaleció la atención educativa a estudiantes con discapacidad en el marco de la educación inclusiva, a través de estrategias técnicas y pedagógicas con enfoque integral dejando capacidad instalada en 20 secretarías de educación certificadas y 40 establecimientos educativos focalizados.
- Actualización profesional de docentes y directivos docentes de Armenia, Caldas, Cauca, Bolívar, Choco, Ibagué, Valledupar, Quindío, Dosquebradas, Chía y Sucre en temas de educación Inclusiva invitando a 48 servidores entre funcionarios de las secretarías de educación, directivos docentes y docentes cubriendo el costo de la inscripción para asistir al I Congreso Internacional de Educación Inclusiva en una Alianza de Gestión del conocimiento en Inclusión y diversidad, entre la Secretaria de Educación municipal, la Universidades Católica de Manizales y la Universidad de Manizales. Evento que aporta con temáticas en pedagogía de la diferencia, la alteridad, la singularidad y la pluralidad en educación; el Currículo Inclusivo y la flexibilidad en la evaluación; estilos cognitivos de los estudiantes y los estilos de enseñanza de los maestros; la Interculturalidad y la no discriminación como lo sugiere la Ley 1618 de 2013.
- Publicación de la Guía didáctica para el desarrollo de la estrategia RBC Rehabilitación Basada en la Comunidad, en donde el MEN, concibe la RBC no como una estrategia para las personas con discapacidad sino una estrategia con ellas y sus familias, las personas de su comunidad y con los diferentes sectores de la ciudad para aportar al desarrollo comunitario, esto es, para todos.
- Construcción del documento: Lineamientos Generales para la Atención Educativa a Población Vulnerable y Víctima del Conflicto Armado Interno. En el cual se incluyó un acápite de Atención educativa a población con discapacidad.
- En materia de reducción del analfabetismo de jóvenes y adultos con discapacidad, y en cumplimiento de las recomendaciones de CONPES 166 del 2013 la Subdirección de Permanencia define línea gruesas para trabajar el tema de Alfabetización a población con discapacidad. Lo anterior a través de creación de documento de Lineamientos en el Programa Nacional de Alfabetización para personas con Discapacidad en el marco de la educación inclusiva.
- Se publicó un documento nacional tipo cartilla, dirigido a las Secretarias de educación y a los directivos docentes y docentes, con orientaciones para el fortalecimiento de las familias de los estudiantes con discapacidad y realización de talleres de formación y empoderamiento a las familias de estudiantes con discapacidad, sobre la atención educativa y garantía de los derechos de las personas con discapacidad, a fin de conformar redes de familia y/o fortalecerlas. Finalmente se realizarán diferentes actividades en la plataforma virtual con y para familias.
- Expedición de la Directiva N° 27 de 2015, en conjunto con el Instituto Nacional para Sordos INSOR, que tiene por objeto: Expedir orientaciones para la contratación de profesionales de apoyo, interpretes LSC y modelos lingüísticos para la atención educativa a la población sorda.
- Actualización de la Norma Técnica para Infraestructura Escolar NTC 4595 la cual complemento las orientaciones de accesibilidad para personas con discapacidad.
- Construcción y adecuación de infraestructura escolar accesible para personas con discapacidad.
- Trabajo intersectorial en el marco de los procesos de atención integral a la población con discapacidad, participando en mesas de trabajo y actividades conjuntas y articuladas con diferentes sectores, entre ellas se pueden describir:
 - Cruces de información a través de convenios con Ministerio de Salud, ANSPE y DPS
 - Articulación de acciones entre ANSPE y MEN, en lo nacional y territorial en aras del efectivo derecho a la educación de las personas con discapacidad en el marco de la educación inclusiva, no solo en la búsqueda activa cada dos meses de los estudiantes pertenecientes al programa Mas Familias en Acción MFA y que presentan inasistencia de más del 80% a las instituciones educativas, sino también en el acceso de los niños, niñas y adolescentes que están por fuera del sistema educativo.





- Construcción y divulgación de guía para cogestores de Red Unidos 2015, que muestran la ruta o paso a paso para el ingreso y permanencia de los estudiantes con discapacidad en la escuela.
- Articulación con el PMFA del DPS, en el reconocimiento de los estudiantes que dejan de asistir a la escuela y que por ende dejan de recibir el incentivo monetario.
- Articulación MEN DPS MSPS, en la creación y divulgación de Plan de Choque en el año 2015 para aumentar la participación de los niños, niñas y adolescentes escolarizados con discapacidad en el programa Más Familias en Acción, a través de la actualización del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Articulación en la Unificación de los sistemas de información MEN MSPS, proceso en el cual el MEN en el 2015 hizo ajustes a las categorías de discapacidad en el anexo 6ª del SIMAT.
- Exención de costos educativos y certificaciones de grados cursados.

El Ministerio de Educación Nacional considera conveniente el apoyo de la cooperación internacional en las siguientes líneas:

- Programas de apoyo psicosocial para víctimas en los establecimientos educativos.
- Financiamiento del modelo educativo flexible "Retos para Gigantes", el cual pretende garantizar el derecho a la educación de personas en edad escolar que se encuentran en aulas educativas en centros médicos hospitalarios.
- Financiamiento de adecuación de infraestructura escolar.
- Programas de formación de referentes de discapacidad de las ETC, Docentes y Directivos Docentes de los establecimientos educativos.

A partir de la aprobación de Colombia a la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, la cual se ratificó en el país a través de la Ley 1346 de 2009. El Ministerio de Educación Nacional, promueve, protege y realiza acciones en términos normativos y orientadores para asegurar el goce pleno del derecho a la educación, en condiciones de igualdad para las personas con discapacidad. Esto enmarcado en un sistema educativo inclusivo, que reconoce los estilos propios de aprendizaje y características de la población con discapacidad, además de generar mecanismos y estrategias propias para asegurar que la prestación del servicio educativo estatal, respondan a lo establecido en la Ley 1346 de 2009, Decreto 1075 de 2015 (que acoge lo establecido en el Decreto 366 de 2009) y la ley estatutaria 1618 de 2013.