**MANUAL**

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

**MANUAL DE ATENCION PAPSIVI INSTITUCIONAL, ADOPTADO MEDIANTE LA RESOLUCION 0222 Del 10 DEL 10 DE JULIO DE 2023 DEL PROTOCOLO BOGOTÁ, 2017 DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS**



**empresa social del estado**

**hospital san jose de maicao**

**maicao, la guajira**

**TABLA DE CONTENIDO**

[I. INTRODUCCION 2](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Formatos\001%20Formato%20Instructivos,%20Proyectos,%20etc..docx#_Toc114067333)

II. OBJETIVOS…………………………………………………………………………………………………….4

III. ALCANCE………………………………………………………………………………………………………

IV. POBLACIÓN SUJETO DEL PROTOCOLO

[IV. MARCO CONCEPTUAL PAPSIVI 2](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Formatos\001%20Formato%20Instructivos,%20Proyectos,%20etc..docx#_Toc114067334)

[V. LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD 2](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Formatos\001%20Formato%20Instructivos,%20Proyectos,%20etc..docx#_Toc114067335)

VI.

[ELABORACIÓN Y CONTROL DE CAMBIOS 3](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Formatos\001%20Formato%20Instructivos,%20Proyectos,%20etc..docx#_Toc114067336)

1. INTRODUCCION

La Ley 1448 de 2011 fija una nueva institucionalidad y un sistema de atención a las víctimas del conflicto armado que involucra al Gobierno Nacional, a las entidades territoriales y a los organismos de control y propugna por la participación efectiva de las víctimas en la formulación, ejecución, seguimiento y control de las políticas que las cobijan. Dentro de las medidas de asistencia y atención a las víctimas, dicha ley establece medidas en materia de salud1, como son, la actualización del plan obligatorio de salud -POS, la garantía de la cobertura universal de la asistencia en salud a las víctimas, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, de acuerdo con las competencias y responsabilidades de los actores del sistema, en armonía con la Ley 1438 de 2011 y además amplía la gratuidad hasta el nivel 2 de SISBEN para la población víctima del conflicto armado.

Además de las Medidas mencionadas anteriormente, la Ley 1448 de 2011 incluye, dentro de las medidas de reparación integral 3, la “Rehabilitación” 4, consistente en un conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter médico, odontológico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas, y dentro de esta, crea el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado – PAPSIVI

Un protocolo en salud es un documento que describe las etapas, fases, pautas y formatos necesarios para desarrollar actividades o tareas específicas relacionadas con un tema de salud, que responden a puntos críticos o no claros en la atención clínica de pacientes. Dado lo anterior, se considera que un protocolo es una herramienta adecuada para dar respuesta a preguntas específicas en el marco de atención integral a víctimas del conflicto. El conflicto armado interno en Colombia ha generado consecuencias en diferentes niveles y sectores del país, afectando e involucrando a la población civil en la confrontación armada. Actualmente, el Registro Único de Víctimas cuenta con 8.347.566 víctimas registradas1, de las cuales 8.048.252 son víctimas del conflicto armado, 299.314 son víctimas de sentencias2 y 6.358.2293 sujetas a medidas de asistencia y reparación. Los habitantes de las regiones donde ha habido/hay enfrentamiento armado están en constante peligro y expuestos a graves violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario, lo que ha generado daños y afectaciones a la salud física, mental y psicosocial de personas, familias y comunidades. Sin embargo, esta no es la única consecuencia derivada del conflicto armado, también se ha evidenciado, en a mayoría de los casos, que la población presenta dificultades en términos de acceso a servicios de salud, saneamiento básico y educación.

La exposición de los individuos, familias y comunidades a las manifestaciones del conflicto armado y la convivencia con las distintas afectaciones y daños genera problemas en salud, y de manera particular en la esfera de salud mental. En 2008, la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional amplió el concepto de salud hacia el ámbito psicológico y psicosomático, estableciendo una conexión entre la salud mental y el derecho fundamental a la vida digna (Corte Constitucional, Sent. T-760, 2008). Por otro lado, la Ley 1448 de 2011, Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, define la política de atención, asistencia y reparación a víctimas, que contempla la implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado - Papsivi, como parte de la medida de asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial. Así mismo, la Ley 1616 de 2013 ratificó la salud mental como un derecho fundamental en sí mismo. Considerando la normativa anterior, la Ley 1448 de 2011 centra sus disposiciones en la garantía del derecho a la reparación integral, la cual debe ser equivalente a las afectaciones y daños causados.

De otra parte, también es preciso resaltar la importancia de la atención oportuna para que las lesiones no se vuelvan crónicas. Siguiendo la línea de atención en salud, es necesario aclarar que las formas de abordar la atención en términos de salud deben ir más allá del concepto jurídico que asigna la salud como un derecho, y promover un acercamiento más directo, que tenga presente las condiciones de vulnerabilidad de las víctimas y se dirija a entender sus afectaciones específicas, así como la forma en que estas inciden en el desarrollo personal y social para la reestructuración de sus vidas.

En ese sentido, la reparación no solo contribuye a mitigar las afectaciones y la recuperación física y mental de las víctimas, sino también al restablecimiento de proyectos de vida; en resumen, una atención que incluya aspectos psicosociales y diferenciales (OMS, 2006; Ministerio Salud y Protección Social, 2013a). El enfoque diferencial, de acuerdo a lo expuesto por la Unidad de Víctimas es “el reconocimiento de que hay poblaciones que por sus características particulares, en razón de su edad, género, orientación sexual, grupo étnico y situación de discapacidad, deben recibir un tratamiento especial en materia de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral”.

De esta manera se considera que, en el tema de reparación a víctimas, existen enfoques diferenciales de acuerdo a las poblaciones: pueblos indígenas, comunidades negras y comunidades RROM, niños, niñas y adolescentes, mujeres, hombres, personas con discapacidad, entre otras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004). Entendiendo este contexto, la Ley 1448 de 20114 le confiere al sector salud, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, competencias en las medidas de atención, asistencia y rehabilitación, esta última definida como el “(…) conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas…” (cap. VIII, art. 135). Dichas medidas de rehabilitación deberán garantizarse mediante el “Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas” (art. 137).

El artículo 163 del Decreto Reglamentario 4800 de 2011 define el Programa como “(…) el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial. Podrán desarrollarse a nivel individual o colectivo y en todo caso orientadas a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante (…)”. El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado - Papsivi brinda atención integral en salud y atención psicosocial a las víctimas que se encuentran en el Registro Único de Víctimas (RUV) contemplado en el Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1084 de 2015.

De igual modo lo hará frente a las personas cuyos derechos a la atención o rehabilitación en salud hayan sido reconocidos o protegidos en decisiones administrativas o en medidas cautelares, sentencias u cualquier otra decisión judicial de carácter nacional o internacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b). Al mismo tiempo, el Decreto 4800 de 2011 le confiere al Ministerio de Salud y Protección Social la obligación de diseñar y/o ajustar el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial y Diferencial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004).

Dado lo anterior, se hace necesaria la construcción de un protocolo que oriente la atención en salud a las víctimas del conflicto armado en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, sustentado en un proceso metodológico de alta calidad y trasparencia, que permita brindar acciones efectivas que redunden en un impacto positivo en la salud y calidad de vida de las víctimas.

1. OBJETIVOS

**Objetivo General**

Desarrollar indicaciones basadas en evidencia que orienten la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial, como medida de asistencia y/o rehabilitación para la población víctima del conflicto armado, en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado - PAPSIVI.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

• Orientar al talento humano en salud para la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial como medida de asistencia y rehabilitación a víctimas del conflicto armado.

• Establecer los mecanismos para la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial en la atención integral en salud como medida de rehabilitación a víctimas del conflicto armado.

• Definir los integrantes mínimos del equipo multidisciplinario de salud (EMS) que desde el sistema general de seguridad social en salud realizará la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial a las personas víctimas del conflicto armado.

• Definir la ruta integral de atención que orientará las acciones sectoriales e intersectoriales en el marco del modelo integral de atención en salud y el programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado - PAPSIVI.

1. ALCANCE

El Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial, en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - PAPSIVI, orientará las atenciones en salud como medida de asistencia y/o rehabilitación a las víctimas del conflicto armado y sus familias, incorporando acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación con enfoque psicosocial y diferencial, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Está dirigido a profesionales de la salud en medicina, enfermería, psicología, terapia física, especialistas en medicina familiar, psiquiatría, así como otras especialidades médicas, profesionales de las ciencias sociales como trabajadores sociales, agentes comunitarios y personas víctimas del conflicto armado y sus familias.

De igual manera, está orientado a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Territoriales. Las indicaciones y pautas propuestas en este Protocolo están dirigidas a la modalidad ambulatoria de la atención en salud, la alta, media y baja complejidad, así como a los equipos de la atención psicosocial del PAPSIVI.

En este documento se encuentran orientaciones para la identificación de los efectos del conflicto armado sobre la salud, así como el desarrollo de un plan de manejo y seguimiento multidisciplinario, a través de una propuesta de disposición de talento humano y de acciones para la atención integral en salud para las víctimas del conflicto armado, de manera articulada con el componente de atención psicosocial del PAPSIVI.

El alcance de este Protocolo está dirigido a brindar herramientas a los prestadores de servicios de salud y EAPB que contribuirán en el proceso de rehabilitación integral de las víctimas del conflicto armado, materializado esto en cómo lograr la rehabilitación física y mental, es decir, su rehabilitación funcional. Por ello, en el desarrollo de sus capítulos se encuentran aspectos como las premisas, el marco normativo, legal y jurídico, elementos para la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial, indicaciones para la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial como medida de rehabilitación y aspectos de la prestación.

En ese sentido, este Protocolo no abordará tratamiento clínico especializado de trastornos mentales ni tratamiento farmacológico de trastornos mentales, y no contemplará indicaciones clínicas relacionadas específicamente en el ámbito de la psiquiatría o psicoterapias de alta complejidad; tampoco considerará el manejo de condiciones o afectaciones físicas determinadas, el manejo de urgencias médicas físicas o mentales ni acciones del componente de atención psicosocial del PAPSIVI.

1. POBLACIÓN SUJETO DEL PROTOCOLO

**Víctimas Del Conflicto Armado Interno**

El concepto “víctima del conflicto armado” se comprende en este Protocolo de acuerdo a la conceptualización contenida en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, que afirma: Se consideran víctimas, para los efectos de esta Ley, aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno.

También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente.

De la misma forma, se consideran víctimas las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización. La condición de víctima se adquiere con independencia de que se individualice, aprehenda, procese o condene al autor de la conducta punible y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima. (Ley 1448, 2011, art. 3)

3). Así mismo, se comprenden aquí como hechos victimizantes los contemplados en la Ley 1448 de 2011:

• Desplazamiento forzado

• Homicidio

• Amenaza

• Desaparición forzada

• Acto terrorista

• Abandono o despojo de tierras

• Delitos contra la libertad e integridad sexual

• Secuestro

• Tortura

• Accidentes por minas antipersona, municiones sin explotar o artefactos explosivos improvisados.

• Reclutamiento forzado

Dicho lo anterior, es necesario precisar dos aspectos frente al reconocimiento de los hechos victimizantes: a. Que “los miembros de los grupos armados organizados al margen de la ley no serán considerados víctimas, salvo en los casos en los que los niños, niñas o adolescentes hubieren sido desvinculados del grupo armado organizado al margen de la ley siendo niños y adolescentes” (Ley 1448, 2011, art. 3, par.

1). b. Que la definición de víctima contemplada en Ley 1448 de 2011 y el reconocimiento desde el SGSSS de las afectaciones que estas personas sufren en ningún caso pueden “interpretarse o presumir reconocimiento alguno de carácter político sobre los grupos terroristas y/o armados ilegales, que hayan ocasionado el daño [...], en el marco del Derecho Internacional Humanitario y de los Derechos Humanos, de manera particular de lo establecido por el artículo tercero común a los Convenios de Ginebra de 1949” (Ley 1448, 2011, art. 3, par. 5).

Ahora, para el reconocimiento de esta población en el marco de los sistemas de información nacional, el artículo 16 del Decreto 4800 de 2011 precisó un mecanismo que actúa como herramienta de soporte para el registro de las víctimas: el Registro Único de Víctimas (RUV). De acuerdo al decreto mencionado, este registro es administrado y operado por la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), e incluye: a las víctimas individuales a las que se refiere el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011 y a los sujetos de reparación colectiva en los términos de los artículos 151 y 152 de la misma ley (Decreto Único Reglamentario 1084, 2015). Por su parte, los principios que orientan a los servidores públicos encargados de diligenciar el registro son:

• El principio de favorabilidad.

• El principio de buena fe.

• El principio de prevalencia del derecho sustancial propio del Estado Social de Derecho.

• El principio de participación conjunta.

• El derecho a la confianza legítima.

• El derecho a un trato digno.

• Hábeas Data.

Sin embargo, es importante precisar que, para efectos operativos, la “condición de víctima es una situación fáctica que no está supeditada al reconocimiento oficial a través de la inscripción en el Registro” (Decreto Único Reglamentario 1084, 2015, art. 2.2.2.1.1), en tanto el RUV no confiere la calidad de víctima, sino que es una herramienta técnica para identificar a esta población específica en el marco de las diversas políticas públicas desarrolladas para materializar sus derechos. En el caso específico de los miembros de la Fuerza Pública que hayan sido víctimas de acuerdo al marco legal expuesto, estos podrán solicitar ante el Ministerio Público su inscripción en el RUV, según lo estipulado en el Decreto 1084 de 2015.

1. MARCO CONCEPTUAL PAPSIVI

POLÍTICA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

PARA LAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO Y LA POLÍTICA

NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

El presente Protocolo está enmarcado en el Plan Decenal de Salud, así como en la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) y en su Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que se gestan como propuesta de la rectoría del sector salud para responder a los mandatos conferidos al sector por la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751, 2015).

La política tiene como objetivo general orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”, para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La PAIS se implementa a través de un modelo que se centra en las personas y, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad. Adicionalmente, el modelo comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema para garantizar todo el proceso de atención (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación), en el marco de una ruta integrada de atención.

La implementación de este modelo de atención centrado en las personas exige poner a disposición un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que permita a sus integrantes adaptarse a los ámbitos urbano, rural y disperso, y trabajar desde un enfoque de determinantes sociales de la salud en el marco de la Atención Primaria en Salud. Así, el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial para las Víctimas del Conflicto Armado entenderá la integralidad en la atención según las orientaciones dadas por la Política y en línea con los diez componentes del MIAS, descritos en la Resolución 429 de febrero de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), comprendiendo la igualdad en el trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y de la enfermedad (Ley 1751, 2015).

Para ello, las Entidades Territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desarrollarán actividades que buscarán satisfacer las necesidades de salud de la población víctima (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

**Estrategia de atención primaria en salud**

El Estado colombiano definió, en la Ley 1438 de 2011, que la Atención Primaria en Salud (APS) es “(...) la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en las personas, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, basada en tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud, y la participación social, comunitaria y ciudadana. Así, la APS “(...) hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud” (Ley 1438, 2011, cap. III, art. 12; Banco Mundial, 1993).

VI. EL SECTOR SALUD EN EL MARCO DE LA REPARACIÓN INTEGRAL:

El Papsivi como respuesta a las medidas de asistencia y rehabilitación

Las acciones del sector salud en lo referente a atención, asistencia y reparación a las víctimas del conflicto armado colombiano se encuentran enmarcadas en lo establecido por el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado - Papsivi, que surgió según lo ordenado en el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011. En él se da la directriz al Gobierno Nacional, y específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, de crear un programa específico para la atención en salud integral y psicosocial de las víctimas del conflicto armado, para ser implementado a través del Plan Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, que tendría comienzo en las zonas con mayor presencia de víctimas (Ley 1448, 2011).

Posteriormente, uno de los decretos reglamentarios de esta ley, el Decreto 4800 de 2011, define en el artículo 164 al Papsivi como “el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial” de las víctimas del conflicto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b), precisando que las actividades a desarrollar como parte del programa se dirigen no solo a individuos sino también a colectivos, y están orientadas a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizan té.

De acuerdo con las disposiciones jurídicas mencionadas, las víctimas tienen derecho a recibir medidas de asistencia y atención, y medidas de reparación. Las medidas de asistencia en Colombia comprenden el acceso a los derechos políticos, sociales, económicos y culturales. Por su parte, los procesos de reparación integral comprenden cinco medidas: la restitución, la indemnización, la rehabilitación, la satisfacción y las garantías de no repetición. Las víctimas acceden a una o varias de estas medidas dependiendo de las afectaciones sufridas y el tipo de hecho victimizan te.

De acuerdo con las disposiciones jurídicas mencionadas, las víctimas tienen derecho a recibir medidas de asistencia y atención, y medidas de reparación. Las medidas de asistencia en Colombia comprenden el acceso a los derechos políticos, sociales, económicos y culturales. Por su parte, los procesos de reparación integral comprenden cinco medidas: la restitución, la indemnización, la rehabilitación, la satisfacción y las garantías de no repetición.

Las víctimas acceden a una o varias de estas medidas dependiendo de las afectaciones sufridas y el tipo de hecho victimizante. En este contexto, el Papsivi específicamente responde a dos medidas: la asistencia en salud y la rehabilitación (a través de las acciones desarrolladas por las EAPB y las IPS en respuesta a lo ordenado por este protocolo), contribuyendo así a la reparación integral.

En materia de reparación integral, la medida de rehabilitación contempla “el conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas”, lo cual comprende:

• La rehabilitación física y mental: contribuye a la mitigación de los daños producidos por las graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario sucedidas en el marco del conflicto armado.

El desarrollo de estas acciones es acompañado por las Entidades Territoriales, las EAPB, las IPS y los profesionales de la salud, y se garantiza por medio de la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado.

• La rehabilitación psicosocial: se entiende como el conjunto de procesos articulados de servicios, que van más allá de las acciones del sector salud, cuyo objetivo es favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

El Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial es el lineamiento técnico del componente de salud integral del Papsivi. En él se comprende el Enfoque Psicosocial como una herramienta para que la atención en salud integral contribuya a la reparación integral de las víctimas.

Este enfoque es una mirada desde la cual las entidades, los funcionarios y colaboradores deben reconocer la integralidad de la persona que ha sido víctima, teniendo en cuenta el contexto en el que se ha desenvuelto, los hechos que ha vivido, el significado que les ha dado a estos hechos, el sufrimiento que ha experimentado y las capacidades que posee.

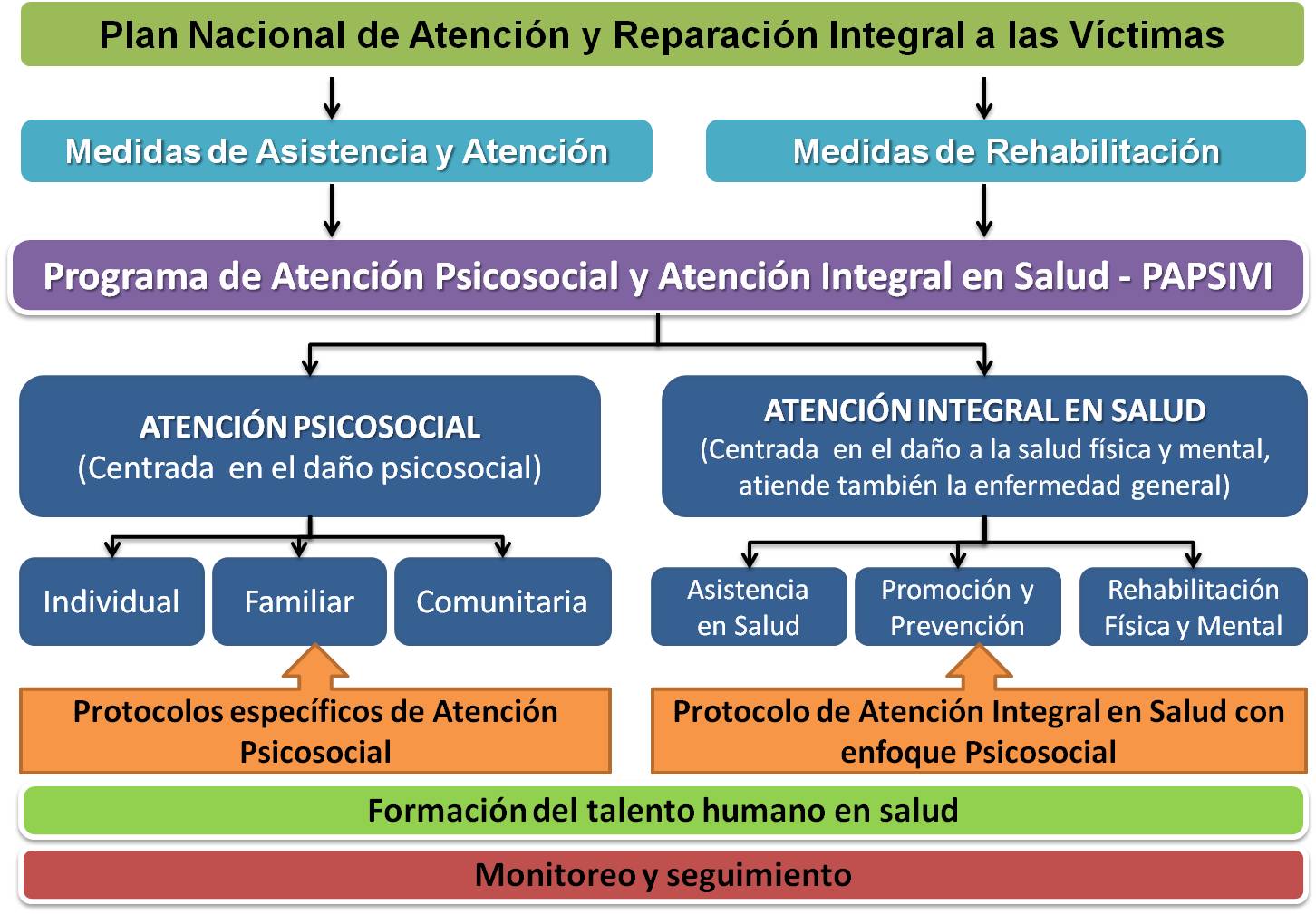
Ello permite una relación con la persona, no con la victimización o con la afectación, favoreciendo el reconocimiento de las fortalezas y los recursos y no únicamente del sufrimiento. Lo anterior reconoce que la violencia ejercida contra la población colombiana ha lesionado la dignidad humana y ha limitado el proyecto de vida de muchas personas y familias, lo que ha fracturado el tejido social de las comunidades, ha imposibilitado la continuidad de tradiciones culturales, ha obstaculizado la participación política y ha instaurado nuevas formas de pensar y relacionarse. Por su parte, la Atención Psicosocial, como segundo componente del Papsivi, se entiende como una medida de rehabilitación, en el marco de la reparación, que incluye “(…) el conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, el sufrimiento emocional y los impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y la vida de relación generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH.

Mediante la atención psicosocial se facilitarán estrategias que dignifiquen a las víctimas, respetando el marco social y cultural en el que han construido sus nociones de afectación, sufrimiento, sanación, recuperación, equilibrio y alivio. Dicho así, se desarrollarán procesos orientados a incorporar el enfoque psicosocial y diferencial en la atención”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

Constituye la línea técnica que le permite a los diferentes actores atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas ocasionados por o en relación con el conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario (incluido en éste los sujetos de reparación colectiva), con el fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades. Dicho programa consta de dos componentes específicos:

1. La atención psicosocial y
2. la atención integral en salud para las víctimas del conflicto armado.

**Ruta de atención del PAPSIVI**



VII. ENFOQUES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA LAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

**Enfoque psicosocial**

El Papsivi retoma los resultados de una larga experiencia de acompañamiento a personas y comunidades, víctimas de guerras y conflictos armados, particularmente en Latinoamérica. Estos desarrollos han posicionado el enfoque psicosocial como una línea transversal en los procesos de atención a personas, grupos, comunidades y colectivos étnicos, cuyos derechos han sido vulnerados en el marco de la violencia sociopolítica.

Desde este enfoque se privilegian “las acciones tendientes a contribuir en la reparación de la dignidad humana, generar condiciones para el ejercicio autónomo de las personas y las comunidades en la exigencia de los derechos, y devolver a estas la independencia y el control sobre sus vidas y sus historias.

Reconoce y valida las potencialidades y capacidades con las que cuentan las personas y las comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida” (Ministerio de Salud y Protección Social (2013b).

Es así como en el desarrollo del Papsivi se considera que el enfoque psicosocial debe ser transversal a todas las acciones adelantadas en pro de la salud física y mental de las víctimas, según lo plantea la Corte Constitucional:

Una atención en salud mental que permita su recuperación, dentro de la que debe contemplarse la necesidad de romper el aislamiento, reconocer sus experiencias de miedo, identificar sus enfermedades, permitirles hablar de sus sentimientos de vergüenza y de culpa y romper los tabúes que los alimentan. Y, lo más importante, permitirles hablar de lo que vivieron y facilitar la reflexión en la comunidad, combatiendo la estigmatización y promoviendo actitudes positivas que permitan el reconocimiento de las víctimas. (OMS, 2004, citado en Corte Constitucional, Sent. T-045, 2010).

Cuando se habla de atención con enfoque psicosocial, el centro es el impacto de las violaciones graves a los DDHH e infracciones al DIH. En esa medida, la atención a las víctimas implica formas diferentes del accionar, pues, si bien se debe continuar con la estrategia de atención integral en salud, también se hace necesario dar una connotación diferente a ese accionar. En este orden de ideas, el MSPS definió el concepto de Enfoque Psicosocial como una “perspectiva que reconoce los impactos psicosociales que comprometen la violación de derechos en el contexto de la violencia y el desplazamiento en Colombia. Sustenta el enfoque de derechos, por lo que debería orientar toda política pública, acción y medida de reparación a víctimas” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004).

Ello implica entender estos impactos o afectaciones como un proceso complejo antes de realizar acciones de atención; es una mirada desde la cual las entidades, los funcionarios y colaboradores deben reconocer la integralidad de la persona que ha sido víctima, teniendo en cuenta el contexto en el que se ha desenvuelto, los hechos que ha vivido, el significado que les ha dado a estos hechos, el sufrimiento que ha experimentado y las capacidades que posee. Por su parte y de acuerdo con lo establecido en el artículo 163 del Decreto 4800 de 2011, la Unidad para las Víctimas diseñó las Directrices del enfoque psicosocial, donde define que el enfoque psicosocial es “una de las miradas que deben ser transversales a todo el proceso de atención durante el acceso a los derechos de las víctimas en lo que respecta a las medidas de asistencia y reparación integral” (Unidad para las Víctimas, OIM & Usaid, 2014).

Además, propuso para su comprensión un conjunto de seis premisas orientadas a los funcionarios que atienden víctimas, con el fin de prevenir acciones con daño y promover una postura ética. Para efectos del Papsivi, se adoptan en su conjunto:

Primera: Contemplar que las expresiones del sufrimiento han sobrevenido como formas de respuesta natural ante eventos anormales como los que han ocurrido en el contexto del conflicto armado, en ese sentido la fijación de la atención al considerar la condición de anormalidad no está en la persona, sino en los hechos de violencia, de manera que se naturalizan y validan las respuestas frente a las violaciones que han sufrido las víctimas, como respuestas naturales. Es decir que se puede suponer que el conflicto armado ha generado diversas formas de sufrimiento y que este supuesto ubica en perspectiva que en el trabajo con las víctimas los funcionarios se encuentran con una población que está sufriendo

La segunda premisa es considerar que las personas que han sido afectadas por el conflicto armado interno no solo están sufriendo, en su historia existen otros elementos como supervivencia, resistencia, heroísmo, desarrollo frente a la adversidad, reorganización psicológica, familiar y social. Apelan a recursos propios para afrontar la vida actual y la perspectiva de futuro. Con esta premisa se considera que hay una enorme cantidad de cualidades que caracterizan el devenir de la historia personal y social de las víctimas y los hechos de violencia son solo una parte de lo ocurrido a las personas.

Es decir, cuentan con un conjunto de recursos que les permiten continuar afrontando la vida actual y la perspectiva de futuro. Por ello es importante considerar el sufrimiento y los recursos, porque ambos hacen parte de los elementos por considerar en la intención de promover el restablecimiento, ya que esto implica contar con los recursos aprendidos del pasado en me - dio del deseo de supervivencia, construido a partir de la exposición a los hechos de violencia.

La tercera premisa considera que todas las personas podemos hacer algo frente al sufrimiento de los otros y, en ese sentido, se deben fortalecer las capacidades y habilidades de todos los funcionarios del SNARIV en el enfoque psicosocial de dignificación y reconocimiento, el enfoque de acción sin daño y el enfoque diferencial, mediante espacios de coordinación y formación, el establecimiento de protocolos y la puesta en marcha de acciones movilizadoras en la construcción de la relación con las víctimas, que permitan que cada encuentro tenga un efecto reparador. Cuidar y acoger el dolor de quien ha sufrido graves violaciones a los Derechos Huma - nos o al Derecho Internacional Humanitario no es tarea solo de profesionales en psicología.

La cuarta premisa está orienta - da a comprender que el sufrimiento tiene diferentes formas de expresión, y que existen diferentes formas de sufrir, siendo estas completamente de carácter subjetivo. El sufrimiento no solo tiene expresión a través del llanto o la tristeza, ni a través de la enfermedad. De igual manera, es diferente el sufrimiento de los niños y las niñas, de los y las adolescentes, las personas adultas y mayores, así como lo será para una cultura en relación con otra, relaciones que se puedan generar desde el enfoque diferencial. Con la incorporación del enfoque psicosocial, se es - pera aproximarse a las diferentes formas de expresión del sufrimiento para percibirlas y ser las personas destinatarias de esas diferentes formas de respuesta.

**La quinta premisa:**

Se debe permitir el paso por el dolor. En ese sentido, permitir el sufrimiento de o que se ha perdido6. El dolor debe tener espacios de expresión, de manera que mediante el relato pueda tener lugar la construcción de la experiencia dolorosa. Con esta premisa se busca que la expresión de la afectación emocional pueda constituirse, es decir, existir en el diálogo con algún destinatario del dolor. Se busca hacer posible en un espacio para la localización del sufrimiento, que las víctimas puedan sufrir todo lo que en el contexto del conflicto armado ha constituido para ellas una pérdida. Con ella se quiere señalar que los hechos victimizantes ocasionan sufrimientos y dolor que requieren de un tiempo para su comprensión y superación, momentos que son particulares para cada individuo. La sexta premisa busca subrayar que la representación permite la recuperación.

Representar significa poner en el espacio público el dolor que ha sido invisibilizado o que no ha encontrado un lugar simbólico que cuente además con un testigo de este. En ese sentido, se puede representar en la palabra, se puede representar a través de las diferentes expresiones artísticas o en las diferentes formas de simbolización que funcionan como formas dialógicas en el espacio colectivo.

Esta premisa es la materialización del enfoque de los derechos humanos ligado al enfoque psicosocial, toda vez que invita a no abusar del poder de las palabras que niegan la realidad del dolor frente a las diferentes formas de representación de quienes sufren y de quienes se recuperan. (Unidad para las Víctimas, OIM & Usaid, 2014). Complementando estas premisas, se destaca que las acciones en el ámbito psicosocial requieren, además:

• Adoptar prácticas y procedimientos que eviten la re experimentación del maltrato, el sufrimiento o estado de indefensión en las víctimas.

Ello conlleva tener en cuenta que las acciones que se llevan a cabo en cualquier escenario de atención a las víctimas eviten situaciones que ocasionen posible re experimentación de maltratos, por ejemplo la forma de realizar entrevistas, encierro, limitar la comunicación, entre otras.

• Promover acciones que protejan la integridad psicosocial y mental de las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos. Comprende acciones en las que se proteja la condición de las víctimas, mediante información completa, oportuna, acorde al nivel y momento de vida de la persona.

• Favorecer la autonomía, inclusión y participación que merecen las víctimas en cualquier acción con y para ellas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

**Enfoque diferencial**

La atención en salud a personas víctimas del conflicto armado con enfoque psicosocial deberá estar orientada por los siguientes principios:

• Acción sin daño

• Dignidad • Buena fe

• Igualdad

• Enfoque diferencial

• Participación conjunta

• Respeto mutuo • Progresividad y gradualidad

• Complementariedad • Colaboración armónica

• Derechos de las víctimas

• Protección integral El enfoque diferencial es un método de análisis que permite comprender la situación de derechos y de vulnerabilidad de la población.

El Sistema Nacional de Atención Integral a la Población en Desplazamiento (SNAIPD) señala que el enfoque diferencial es un “método de análisis, actuación y evaluación, que toma en cuenta las diversidades e inequidades de la población en situación o en riesgo de desplazamiento, para brindar una atención integral, protección y garantía de derechos, que cualifique la respuesta institucional y comunitaria” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b). A partir del enfoque diferencial se da un escenario de reconocimiento, en la acción y la gestión pública y política, de la necesidad de aceptar la diversidad que caracteriza a la condición humana y así dar respuesta de forma integral a las necesidades específicas de estas poblaciones en el goce de sus derechos, el acceso a los servicios públicos y en general a las oportunidades sociales. El enfoque diferencial en la acción y gestión pública es una herramienta para potenciar la emancipación de los grupos sociales estructuralmente oprimidos, vulnerados o invisibilizados.

En este sentido, se sustenta en un principio de no discriminación y equidad, los cuales son fundamentales para el diseño, implementación, evaluación y seguimiento de la política pública que garantiza el goce efectivo de los derechos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b). Desde lo normativo, el enfoque diferencial se articula con el Enfoque de derechos, apelando a los principios de no discriminación, de inclusión social y de dignidad humana.

Reconoce los DDHH como universales, interdependientes, indivisibles y progresivos. El punto de partida es que las personas son el centro de atención sobre el cual se articula y promueve la respuesta institucional (Corte Constitucional, Sent. T-045, 2011). En Colombia, tanto el enfoque de derechos como el diferencial tienen un antecedente en el artículo 13 de la Constitución de 1991 en cuanto al Derecho a la igualdad y la no discriminación, al establecer que “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica” (Ley 1616, 2013). Es así como el enfoque diferencial desarrolla la noción de igualdad desde la diversidad:

Todos los seres humanos deben ser respetados en su infinita singularidad, biológica, personal y cultural. Atender esta singularidad es el valor universal que está en los anhelos de justicia que creen lograrse con el respeto de las diferencias y sus convergencias entre los seres humanos, y en consecuencia, un indicador central en las tendencias que podrían llevar cambios esenciales en el modo de regir los destinos de los Estados Sociales de Derecho. (Laurell, 1992). En el contexto del conflicto armado que ha vivido Colombia, el enfoque diferencial fue nombrado por vez primera en el marco de la Sentencia T-025 de 2004 en razón de la multiplicidad de derechos fundamentales afectados por el desplazamiento forzado interno, reconociendo que la mayor parte de estas víctimas atiende a poblaciones de especial protección, como son las mujeres cabeza de familia, la niñez y la adolescencia, los grupos étnicos y las personas mayores, entre otros.

Es así como el mencionado instrumento destacó que la atención a la población desplazada debe partir del reconocimiento a la diversidad étnica, de género y de edad, instando a la inclusión de una atención con enfoque diferencial como una medida que permite el Goce Efectivo de Derechos (GED).

En cuanto al enfoque diferencial, el artículo 13 de la Ley 1448 de 2011 señala: El Estado ofrecerá especiales garantías y medidas de protección a los grupos expuestos a mayor riesgo de las violaciones contempladas en el artículo 3° de la presente Ley, tales como mujeres, jóvenes, niños y niñas, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, campesinos, líderes sociales, miembros de organizaciones sindicales, defensores de Derechos Humanos y víctimas de desplazamiento forzado. (Ley 1448, 2011).

Por lo tanto, esta ley establece que las políticas de atención, asistencia y reparación deben adoptar criterios diferenciales que respondan a las particularidades y grado de vulnerabilidad de cada uno de estos grupos poblacionales. En cuanto a los grupos étnicos, los decretos-ley 4634 y 4635 de 2011 reconocen sus formas y costumbres propias frente a los daños producidos con ocasión del conflicto armado interno, como son los daños colectivos y daños individuales con efectos colectivos

**Enfoque de derechos**

En el ámbito internacional, particularmente desde la Organización de las Naciones Unidas, se ha construido el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, que está constituido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) (Ley 1751, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b), sus protocolos facultativos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) (Laurell, 1992).

En este marco y con la intención de crear condiciones que tengan mayor efectividad para la promoción y protección de los derechos, se han creado los tratados con sus respectivos comités. Son de particular significación para esta Estrategia los relacionados con el enfoque diferencial como la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006).

En relación con las violaciones que pueden cometerse en el marco del conflicto armado, son importantes la Convención contra 3.3.

Enfoque de derechos la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984), la Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas (1984) y el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura - OPCAT (2002).

El DIH es entendido como el marco que regula la confrontación armada internacional y los conflictos armados internos. Es el intento por generar protección a personas y bienes que no intervienen en un conflicto armado y tiene efecto vinculante para los Estados y para los grupos irregulares.

Esta normatividad es promovida por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), que es su guardián principal. Finalmente, hay que tener presente que el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH) es un órgano regional que se basa en la Convención Interamericana de Derechos Humanos de 1969 y cuenta con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y con la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Este sistema también cuenta con diversas convenciones que vinculan a los Estados en la protección y promoción de los derechos particulares, como la Erradicación de la Discriminación contra la Mujer (1994), contra las Personas con Discapacidad (1999) y contra la Discriminación y la Intolerancia (2013).

También se ha desarrollado una Convención contra la Desaparición Forzada (1994) y para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985). Ahora bien, para el tema que es competencia de este capítulo, es pertinente tener en cuenta que existe un gran desarrollo de resoluciones e informes referidos a la impunidad y la reparación a las víctimas de graves violaciones de los DDHH, en el marco de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Entre ellos cabe mencionar el informe y los principios Joinet (1996), así como el trabajo de Diane Orentlicher, que permitió en 2005 acoger las directrices sobre impunidad. En el campo de la reparación, el informe de van Boven (1993), y posteriormente el elaborado por Cherif Bassiouni, que son los antecedentes del documento acogido por la asamblea general de la ONU en 2005. Una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido.

Conforme a su derecho interno y a sus obligaciones jurídicas internacionales, los Estados concederán reparación a las víctimas por las acciones u omisiones que puedan atribuirse al Estado y constituyan violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario8. En este sentido, la efectividad, la proporcionalidad y la responsabilidad del Estado son elementos que hacen parte del enfoque de derechos que aquí se expone y han de estar presentes en el diseño e implementación de esta Estrategia. El primer artículo de la Carta Política define a Colombia como un “Estado social de derecho y una República democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general” (UARIV, 2013).

Igualmente, la Constitución establece una jerarquía en la que impone como principio rector sobre cualquier otro objetivo de la actuación del Estado la obligación de la vigencia real de los derechos humanos para todos los asociados. “Toda otra finalidad que pueda perseguir el Estado de manera legítima debe estar acompañada, e inclusive subordinada a la búsqueda de tal fin” (Corte Constitucional, 2015).

Y así lo ha desarrollado la Corte Constitucional en múltiples sentencias y jurisprudencias en las que ha tutelado reiterativamente la condición inalienable de los derechos de todas las personas y particularmente de quienes han sido vulnerados y despojados de estos como consecuencia del conflicto armado interno en Colombia.

Contar con un enfoque de derechos en las políticas de atención a las víctimas no es solo un deber ético de las instituciones y servidores públicos, sino una obligación que atañe a la esencia del ordenamiento jurídico y político.

En ese sentido, este enfoque es una guía de acción ética, política, jurídica y fundamentalmente humana que protege de la violencia y la barbarie y orienta en la consecución del logro superior como especie: la dignificación de la vida humana.

En tal sentido, el espíritu del Papsivi es contribuir a la vigencia y goce de los derechos a la vida, salud, igualdad, libertad, honra, participación y a la paz, entre otros derechos fundamentales consagrados en la Carta Constitucional y actualizados por la voluntad política y social de reconocer los efectos y daños directos del conflicto armado interno, en un amplio sector de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

**Enfoque de acción sin daño**

Desde el Papsivi, el Enfoque de Acción Sin Daño implica dar una lectura del contexto a partir de divisores y conectores, la reflexión sobre los mensajes éticos implícitos y la transferencia de recursos producto de la acción institucional.

Propone que en el momento de plantear las acciones y evaluar sus consecuencias se incluya un análisis ético de las acciones desde el punto de vista de los valores y principios que las orientan, considerando, además de otros criterios, unos principios mínimos —o ética de mínimos— como acuerdos y valores deseables de convivencia humana en condiciones de pluralidad y multiculturalidad, fundamentados en las nociones de dignidad, autonomía y libertad. Así mismo, es importante reconocer que el enfoque de acción sin daño nos lleva a indagar por el abordaje de los mínimos éticos en la atención a población víctima, frente a aspectos como los conflictos emergentes durante la ejecución, los mensajes éticos implícitos y las relaciones de poder 3.4. Enfoque de acción sin daño y el empoderamiento de los participantes.

En tal sentido, el enfoque de acción sin daño busca “No solo reconocer y analizar los daños que ocasionan las situaciones de conflictos, sino prevenir y estar atentos para no incrementar, con las propias acciones, esos efectos y sí, en cambio, tratar de reducirlos” (Rodríguez, 2010, p. 6).

Dicho enfoque ético está basado en el antiguo principio hipocrático de la medicina de no hacer daño. Hipócrates señala que la primera consideración al optar por un tratamiento es la de evitar el daño (priman non nocere). Se desprende de allí una obligación moral y, en general, la demanda por una continua reflexión y crítica sobre lo que se va a hacer y sobre “lo actuado” en tanto sus principios, consecuencias e impactos (Rodríguez, 2010, p. 5).

Otros aspectos por considerar frente a la implementación de acciones de atención con enfoque de acción sin daño son los siguientes:

• El interés por comprender el contexto donde los actores ejercen sus intervenciones.

• La necesidad de precisar los propósitos que guían el análisis de contexto, en el reconocimiento de los actores y situaciones relacionadas con las dinámicas de violencia, y la identificación de fuentes reales o potenciales de conflicto que pueden desarrollarse de forma violenta.

• El interés por comprender las interacciones que pueden darse entre el ciclo de los proyectos, la gestión de recursos y los intereses o expectativas de diversos actores en relación con aquellos.

En coherencia con lo anterior, el enfoque de acción sin daño integra, a su vez, el concepto de Acciones Afirmativas, el cual hace referencia al desarrollo de acciones distintas por parte del Estado para unos determinados ciudadanos, de modo que por medio de estas se reduzcan escenarios de desigualdad en lo social, cultural o económico.

Estas acciones se sustentan en la premisa del “trato distinto a los distintos” (Murillo, 2010), en tanto hace referencia a sujetos constitucionalmente definidos como sujetos de derechos individuales y colectivos. Las acciones afirmativas están presentes en el Papsivi, al reconocer a la persona que se atiende en las particularidades que le han constituido como sujeto.

Es decir, las acciones afirmativas rescatan las particularidades de la identidad de una persona que ha sido victimizada en el marco del conflicto armado, para fortalecerla como ser humano y reivindicar su identidad, su construcción individual y el libre desarrollo de su personalidad.

De esta manera es posible construir con las víctimas un conocimiento de su situación, estableciendo espacios de reflexión y de diálogo al interior de las instituciones, que permitan la participación de actores sociales diversos para abordar la complejidad de los procesos y dar respuesta a las necesidades específicas con acciones reparadoras y dignificantes.

1. CONCEPTOS CLAVE: SALUD MENTAL, PROBLEMA MENTAL, TRASTORNO MENTAL

**Salud mental**

De acuerdo con la Política Nacional del Campo de Salud Mental:

La salud mental representa un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional, y por lo tanto, un deseable social e individual que contribuye al desarrollo humano y social, que genera capital social, cultural, simbólico y económico (capital global) y que hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos. La salud mental es una construcción dinámica y multidimensional, determinada y determinante; es, a la vez, fin, medio y producto: un fin, en cuanto bien con el que se cuenta; un medio para el desarrollo individual y colectivo, el incremento de capitales y el ejercicio de los derechos, y un producto de lo que ella misma ha contribuido a desarrollar, incrementar y garantizar.

Así mismo, constituye una fuerza transformadora que contribuye a modificar condiciones y situaciones de vida a partir de acciones orientadas a cambiar e incrementar los capitales simbólicos, culturales y sociales, los cuales inciden también en el capital económico, generando en conjunto mayor capital global y desarrollo humano y social.

El enfoque psicosocial y de salud mental en la atención a víctimas se soporta también en lo propuesto en la Ley 1616 de 2013 de Salud Mental, en cuanto a promover la garantía de la satisfacción de los derechos fundamentales, mediante las acciones oportunas de promoción y prevención que impacten los factores de riesgo de quienes están en condición de vulnerabilidad, como es el caso de las víctimas en el marco del conflicto armado. El enfoque psicosocial y en salud mental está integrado al Plan Decenal de Salud Pública, en particular con las acciones de la promoción de la salud, cuando se señala como objetivos:

**Problema y trastorno mental**

Problema mental se refiere a alteraciones en el funcionamiento mental del individuo, que suceden en la vida cotidiana y que no tienen consecuencias significativas para la adaptación ocupacional, familiar, de pareja o social del individuo. Sus manifestaciones no son suficientes para incluirlos dentro de un trastorno específico según los criterios de las clasificaciones internacionales de trastornos mentales (Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 - CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM5 de la Asociación Psiquiátrica Americana). Trastorno mental se refiere a las alteraciones mentales que interfieren en la funcionalidad y la adaptación social, familiar, ocupacional y/o de pareja del individuo.

1. ENFOQUE PSICOSOCIAL Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Se entenderá la Atención Psicosocial para este Protocolo como una medida de rehabilitación, en el marco de la reparación, así: “se define como el conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, el sufrimiento emocional y los impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y la vida de relación generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH.

Mediante la atención psicosocial se facilitarán estrategias que dignifiquen a las víctimas, respetando el marco social y cultural en el que han construido sus nociones de afectación, sufrimiento, sanación, recuperación, equilibrio y alivio.

Dicho así, se desarrollarán procesos orientados a incorporar el enfoque psicosocial y diferencial en la atención” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

Por su parte, el Enfoque Psicosocial implica entender estas afectaciones como un proceso complejo antes de realizar acciones de atención; es una mirada desde la cual las entidades, los funcionarios y colaboradores deben reconocer la integralidad de la persona que ha sido víctima, teniendo en cuenta el contexto en el que se ha desenvuelto, los hechos que ha vivido, el significado que les ha dado a estos hechos, el sufrimiento que ha experimentado y las capacidades que posee.

Esto permite una relación con la persona, no con la victimización o con la afectación, favoreciendo el reconocimiento de las fortalezas y los recursos y no únicamente del sufrimiento. Lo anterior reconoce que la violencia ejercida contra la población colombiana ha lesionado la dignidad humana y ha limitado el proyecto de vida de muchas personas y familias, lo que ha fracturado el tejido social de las comunidades, ha imposibilitado la continuidad de tradiciones culturales, ha obstaculizado la participación política y ha instaurado nuevas formas de pensar y relacionarse.

1. LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Lineamientos para la atención en salud integral con enfoque psicosocial, a las víctimas del conflicto, en el quehacer del talento humano en la prestación de servicios de salud.

El talento humano que labora en las instituciones del sector salud, debe reconocer como prioritaria la atención integral en salud a las personas víctimas del conflicto armado. La atención en salud a las personas víctimas del conflicto, debe brindarse en condiciones de respeto de su individualidad, confianza y dignidad, teniendo en cuenta las razones por las cuales la persona demanda y acepta la atención en salud, dedicándole el tiempo suficiente a fin de realizar una evaluación integral, en la cual se identifiquen las necesidades individuales de acuerdo con las afectaciones en su salud física o mental.

El talento humano de las instituciones de salud, deberá aplicar los principios éticos de imparcialidad política y religiosa en la atención integral en salud a las personas víctimas del conflicto, sin prejuicios de este tipo que interfieran en la atención en salud a las víctimas, es decir, que serán atendidas sin considerar el tipo de victimario que produjo la lesión y sin realizar juicios de valor sobre el tipo de decisiones y acciones emprendidas como afrontamiento de la situación de violencia. De la misma manera las creencias, pre concepciones discriminatorias (en especial por su condición de raza o género), o prácticas religiosas que tenga el personal de salud que les brinde la atención, no deben interferir con los procesos de atención ni con las creencias de las personas o comunidades.

Lineamientos para atención en salud con enfoque psicosocial, a las víctimas del conflicto, para las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS.

En la IPS, se adoptara e implementar los procedimientos establecidos en este protocolo para la atención integral en salud física y mental con enfoque psicosocial a las personas víctimas del conflicto que sean atendidas en ellas, garantizándoles una atención y trato diferencial, en forma oportuna, integral y con calidad, en el marco de la Ley 1448 de 2011 y las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la Corte Constitucional y demás instancias judiciales, brindándoles la asistencia y apoyo necesarios en los procesos que así lo requieran.

Se estimulara la participación de las víctimas del conflicto en los espacios de asociación de Usuarios.

Las IPS priorizara la atención en salud a la población víctima del conflicto y en especial a las que se encuentran dentro de los grupos más vulnerables expuestos a mayor riesgo de violaciones, a los cuales el Estado ofrece especiales garantías y medidas de protección tomadas en cuenta en el enfoque diferencial y por hecho victimizante a la población priorizada por la Ley 1448 de 2011 (mujeres, jóvenes, niños y niñas, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, campesinos, líderes sociales, miembros de organizaciones sindicales, defensores de Derechos Humanos y víctimas de desplazamiento forzado).

Se debe indagar si la víctima del conflicto requiere atención psicosocial u otras medidas de asistencia o reparación, en cuyo caso deberá remitirla al equipo psicosocial o en su defecto a la Entidad Territorial de Salud, para su gestión.

La IPS, deberá notificar en un plazo no mayor a 30 días hábiles a las Entidad Territorial de Salud (Coordinador del Eje de Promoción o quien desarrolle estas funciones), quien su vez, notificará al Ministerio de Salud y Protección Social.

Adicional a la atención integral del evento que motivó la consulta, en la que se garanticen los exámenes, medicamentos y transporte en los casos referidos en la normatividad vigente, se deberá tener en cuenta que en la anamnesis, se debe indagar sobre hechos recientes que induzcan a identificar el hecho victimizante, por lo cual el profesional del equipo tratante debe tener el entrenamiento adecuado sobre el abordaje con enfoque psicosocial y diferencial que debe acompañar a la atención en salud a las personas víctimas.

Si en la admisión al servicio de consulta externa, la persona no ha sido identificada como víctima del conflicto armado y posteriormente el médico o personal de salud, obtiene la información de su condición de víctima, deberá informar este hallazgo a Trabajo Social, la Enfermera Jefe o al profesional de enlace que actúa como articulador del PAPSIVI, con el fin de orientarlo e iniciar el proceso de identificación como tal y garantizar su inclusión a través de la autoridad competente- Ministerio Público.

XI. RECOMENDACIONES

Las IPS primarias de las víctimas, deberán fortalecer su sistema de información y logística para la referencia y contra referencia de usuarios para las atenciones en otros niveles de complejidad, realizando el seguimiento de las mismas y mejorando los procedimientos específicos de información e inducción a la demanda, garantizando un acceso más efectivo a sus servicios de salud, por parte de las personas víctimas, de acuerdo con su portafolio de servicios.

Para implementar los procesos de articulación, seguimiento y monitoreo del Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial, a las víctimas del conflicto armado, se contará igualmente con los equipos técnicos territoriales, capacitados en la atención con enfoque psicosocial, definidos en el PAPSIVI, quienes acompañarán estos procesos y articularán las acciones a cargo de los actores referidos (Entidad Territorial, EAPB e IPS) en el territorio, fortaleciendo su coordinación para dar respuesta efectiva a las estrategias que hacen parte del Protocolo. Es de anotar que las responsabilidades asignadas a los equipos técnicos departamental, distrital y municipal y a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, para la atención psicosocial y la atención integral en salud con enfoque psicosocial a las personas víctimas del conflicto armado, se encuentran en el PAPSIVI.

Ruta de acceso para la atención en salud con enfoque psicosocial, en las IPS.

El ingreso de las personas víctimas del conflicto armado, a la atención en salud integral con enfoque psicosocial y diferencial, a través de las IPS, puede ser a través de las siguientes modalidades.

- Remisión de los equipos interdisciplinarios psicosociales (PAPSIVI)

- Remisión desde los programas de atención a víctimas del conflicto armado de la UARIV, particularmente desde el Plan de Atención, Asistencia y Reparación Individual –PAARI, o desde una entidad que haga parte del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las víctimas - SNARIV

- Demanda espontánea de servicios electivos de consulta externa o a nivel ambulatorio, ya sea intra o extramural, según sus necesidades en salud.

- Autorización de servicios electivos por las entidades aseguradoras (EAPB) o responsables del pago de servicios.

- Servicios de Urgencias

- Inducción a la demanda de servicios de salud por las IPS (a través de acciones de protección específica y detección temprana, acciones en salud pública o del plan de intervenciones colectivas – PIC, entre otros).

- Remisión de otras IPS, o de las Redes de servicios de salud de las EAPB, para complementación de la atención, entre otros.

Habrá de tenerse en cuenta que la puerta de entrada al SGSSS, será el prestador primario definido con la respectiva EAPB, la cual debe garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales para la población, proveer cuidado integral buscando resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital, además de integrar los cuidados individuales, colectivos y los programas focalizados en riesgos específicos a la salud de la población víctima del conflicto. Sin embargo, también se puede acceder a los servicios de salud a través de los servicios de urgencias de todas las IPS que oferten dicho servicio, independientemente de su complejidad, para los casos que así lo requieran.

| **Proceso o actividad** | **Responsable** |
| --- | --- |
| 1. Registrar el plan de atención en salud integral, a partir de los resultados de la consulta inicial con médico general de la víctima | Enlace psicosocial - IPS |
| 1. Generar los RIPS  de las atenciones realizadas a las personas víctimas y enviarlos a la EPS | IPS |
| 1. Registrar el seguimiento al plan de atención en salud integral | Enlace psicosocial - IPS |
| 1. Consolidar los RIPS  de las atenciones realizadas por su red prestadora de servicios y enviarlos mensualmente al MSPS. | EAPB/EPS |
| 1. Validar y cargar los RIPS enviados por las EAPB/EPS | MSPS |
| 1. Cruzar la información de los RIPS con el RUV y demás fuentes que identifican a las víctimas. | MSPS |

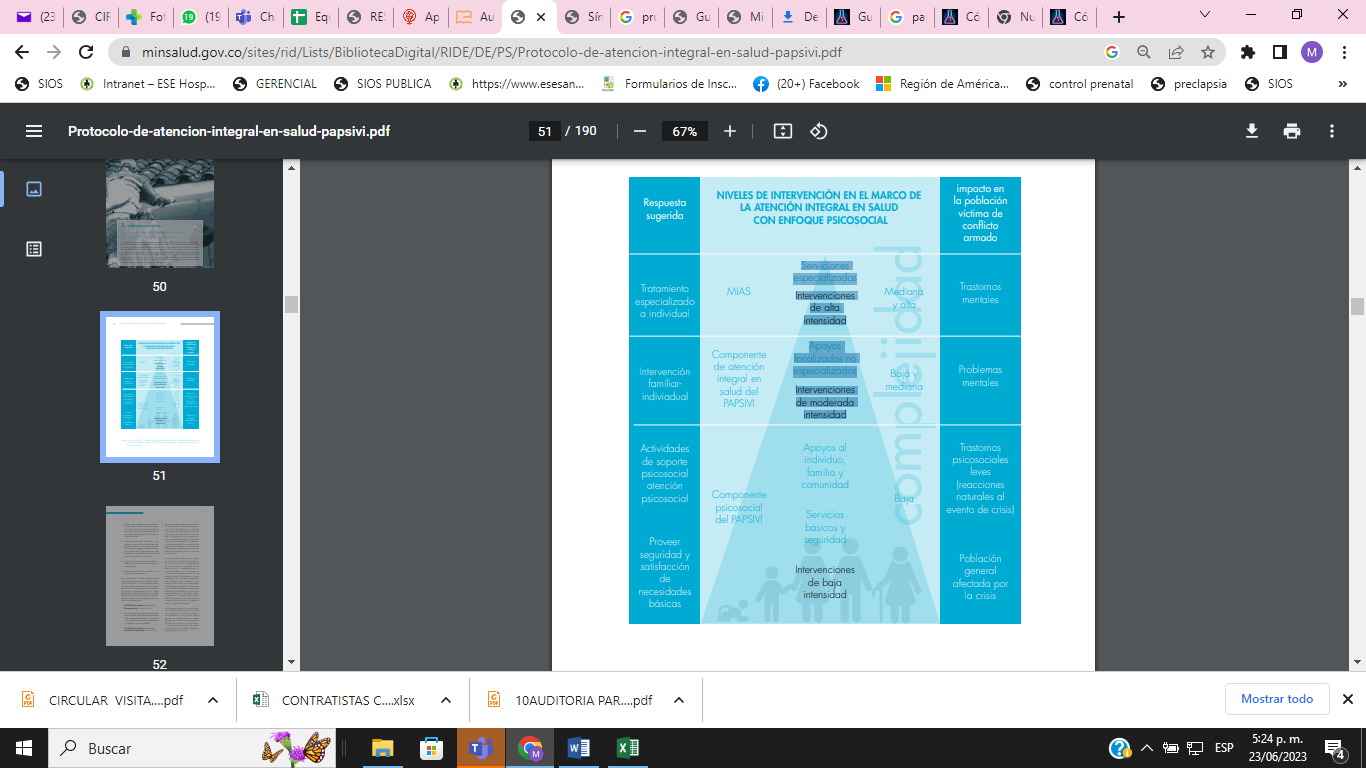
XII. INDICACIONES PARA LA ACCION

1. Indicaciones amplias

1.1 Indicaciones para la incorporación del enfoque psicosocial

1.1.1 Dirigidas al Ministerio de Salud y Protección Social La incorporación del enfoque psicosocial estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Territoriales del nivel Departamental y Municipal, los actores del SGSSS, así como su personal asistencial y administrativo.

En su implementación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las empresas administradoras de planes de beneficios, las instituciones prestadoras de servicios de salud y los profesionales de la salud que hacen parte de ellas, a través del fortalecimiento de competencias y la asignación de tareas específicas, incorporarán el enfoque psicosocial en el proceso de atención integral a víctimas del conflicto armado. Para esto se consideran los siguientes aspectos a tener en cuenta, previo al inicio de la atención integral en salud con enfoque psicosocial:



1. Niveles de intensidad de las intervenciones en salud mental: es necesario tener en cuenta que la incorporación del enfoque psicosocial se deberá realizar en tres niveles de intensidad, descritos de la siguiente manera:
2. a. Intervención de baja intensidad: atención psicosocial en las modalidades individual, familiar y/o comunitaria, brindada a través de equipos interdisciplinarios que operan bajo direccionamiento del Ministerio o las Entidades Territoriales del nivel Departamental o Municipal.

b. Intervención de mediana intensidad:

Intervención psicológica focal de apoyo y asesoramiento.

c. Intervenciones de alta intensidad: intervención psicoterapéutica.

Las intervenciones de baja intensidad están a cargo del componente de atención psicosocial del Papsivi, las de mediana intensidad dan lugar a este Protocolo y las de alta intensidad se desarrollarán en los servicios de atención especializados en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las rutas integrales de atención en salud específicas. Calidad de la evidencia: Moderada

Recomendación: Fuerte a favor 2. Se recomienda que las intervenciones de baja y mediana intensidad se realicen en la baja complejidad de los servicios de salud y las intervenciones de alta intensidad, en la mediana y alta complejidad.

Calidad de la evidencia: Moderada Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

1. Se recomienda realizar una evaluación de necesidades a nivel local (municipal, IPS): esta deberá ser construida a través de la participación activa de las víctimas, el sector salud, la comunidad, el gobierno local y organizaciones no gubernamentales, y pretende identificar la demanda de servicios, las necesidades de la comunidad, las familias y los individuos, así como las limitaciones o barreras para la prestación de servicios de salud y los recursos existente.
2. Se recomienda realizar una planificación de la prestación de servicios de salud, en la cual se especifiquen los tres niveles de intensidad de las intervenciones, correspondientes a las necesidades de las personas y los recursos disponibles, que a su vez permitirán definir los objetivos, la metodología, los resultados esperados, los indicadores de cumplimiento, los actores involucrados y la responsabilidad de cada uno de ellos.

Esta planificación deberá identificar grupos poblacionales vulnerables e incorporar el enfoque diferencial. Así mismo, deberá realizarse con participación activa de la comunidad víctima del conflicto armado, el gobierno local y organizaciones no gubernamentales.

1. Se recomienda para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención integral en salud contribuya a la rehabilitación, en el marco de la reparación integral, tener en cuenta las siguientes acciones desde el punto de vista de la rectoría, aseguramiento, prestación de servicios de salud, talento humano en salud, cuidado y autocuidado de la salud.

Rectoría (Acciones sectoriales e intersectoriales para la garantía de la atención en salud con enfoque psicosocial)

6. La atención integral en salud con enfoque psicosocial como medida de rehabilitación deberá contemplar procesos de participación de líderes o autoridades comunitarias, que permitan la incorporación y compresión de procesos de adaptación cultural de las intervenciones propuestas a nivel individual, familiar y comunitario.

7. La atención integral en salud con enfoque psicosocial deberá articularse con el componente de atención psicosocial del Papsivi e incorporar intervenciones basadas en la comunidad.

8. Incorporar estrategias intersectoriales que contemplen: la entrega de servicios de salud, actividades de educación, recreación, cultura, entre otros; que se acerquen a los individuos, familias y comunidades, a través de recursos extramurales, recursos portátiles, centros y locaciones alternativas.

9. Fortalecer el sistema de apoyo y supervisión, inspección, vigilancia y control, que permita realizar seguimiento a la prestación y la calidad de los servicios de salud con base en indicadores validados para las personas víctimas del conflicto armado.

10. Uno de los insumos para la inspección, vigilancia y control será el plan operativo de sistemas de información (POSI).

11. Promover acciones intersectoriales y transectoriales, con el fin de establecer acuerdos o asociaciones orientadas a mantener la sostenibilidad de las intervenciones dirigidas a la población víctima del conflicto armado, para alcanzar a rehabilitación funcional en las personas que lo requieren, y contribuir a la reparación integral desde las acciones que competen al SGSSS.

12. Promover y ejecutar las siguientes estrategias para el fortalecimiento de acciones intersectoriales para garantizar el enfoque psicosocial.

• Movilizar a la clase política y a los tomadores de decisión del sector, a través de estrategias comunicativas y de educación sobre la problemática de las víctimas y sus necesidades; así como una orientación acerca de la respuesta que se da desde el sector salud para contribuir con la reparación integral mediante el Protocolo de Atención, como una de las medidas que contribuyen a la rehabilitación integral, y de esta manera promover la generación de marcos normativos que garanticen los derechos de las víctimas.

• Promover la gestión de recursos humanos, financieros y de infraestructura para la atención integral en salud con enfoque psicosocial de las víctimas en otros sectores.

• Movilizar recursos financieros para desarrollar acciones y proyectos que fortalezcan la atención integral en salud con enfoque psicosocial, como medida de rehabilitación desde otros sectores del Estado.

• Participar en acciones colectivas con otros sectores para mejorar la infraestructura y mejorar la oferta de atención integral en salud con enfoque psicosocial como medida de rehabilitación.

• Proporcionar orientación técnica a los organismos de otros sectores sobre el Programa de Atención Psicosocial y Atención Integral en Salud a Víctimas del conflicto armado, para mejorar la colaboración intersectorial.

• Proporcionar apoyo en los procesos de financiamiento y recursos humanos como estrategia para la colaboración intersectorial.

• Generar una agenda de trabajo con el Ministerio de Educación Nacional y las Instituciones de Educación Superior para promover la formación de profesionales contemplados en este Protocolo, y la incorporación en la formación de pregrado y posgrado en competencias relacionadas con la atención en salud con enfoque psicosocial y el manejo integral de víctimas del conflicto armado.

• Iniciar estudios intersectoriales y proyectos piloto para guiar el desarrollo de las mejores prácticas y modelos adecuados para la incorporación del enfoque psicosocial y la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial para las víctimas del conflicto armado, en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Calidad de la evidencia: Moderada Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor Aseguramiento

13. El proceso de ingreso a la atención enmarcada en este Protocolo estará vinculado a lo propuesto en el artículo 87 del Decreto 4800 del año 2011, que reglamenta lo establecido en la Ley 1448 del mismo año.

Este decreto establece la afiliación de las víctimas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Contempla que “el Ministerio de Salud y Protección Social deberá cruzar el Registro Único de Víctimas a que hace referencia el artículo 154 de la Ley 1448 de 2011, que certifique la Unidad Administrativa Especial para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, con la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, o la que haga sus veces, y con las bases de datos de los regímenes especiales.

La población que se identifique como no afiliada será reportada a la entidad territorial de manera inmediata para que se proceda a su afiliación a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, preservando la libre escogencia por parte de la víctima, de acuerdo a la presencia regional de estas, según la normatividad vigente, en desarrollo del artículo 52 de la Ley 1448 de 2011, siempre y cuando cumpla con las condiciones para ser beneficiario de dicho Régimen.

Esto último se garantizará mediante la aplicación de la encuesta Sisben por parte de la entidad territorial”. Calidad de la evidencia: Norma

14. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, para garantizar la atención integral en salud con enfoque psicosocial, deberán desarrollar procesos de articulación entre los actores involucrados en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Victimas, que son:

• Equipos interdisciplinarios de atención psicosocial del PAPSIVI (componente psicosocial del PAPSIVI)

• Equipo Multidisciplinario de Salud\* (EMS) (Componente de atención integral en salud PAPSIVI)

• Atención clínica especializada (Componente de atención integral en salud PAPSIVI)

15. En el marco de la red integral de servicios de salud, se deberá planear y organizar una atención integral en salud con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado.

16. Se deberá contemplar un plan de estímulos y protección de garantías laborales al Equipo Multidisciplinario de Salud, lo que reducirá la deserción y rotación del personal de salud, priorizando aquellas zonas de difícil acceso.

17. Fortalecer el componente de atención en salud mental en la estrategia de atención primaria en salud. Calidad de la evidencia: Moderada Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor Prestación de servicios de salud

18. La atención en salud mental deberá ser brindada a través de tres niveles de intensidad de las intervenciones, a saber:

• Nivel de baja intensidad: se realiza a través de un equipo interdisciplinario de atención psicosocial, por medio del componente Psicosocial del Papsivi.

Por lo anterior, la acción de la IPS será establecer canales de comunicación con estos equipos, buscando procesos de seguimiento a las personas víctimas del conflicto armado y fortaleciendo los canales de comunicación intra e intersectoriales.

• Nivel de mediana intensidad: se realiza a través de un Equipo Multidisciplinario de Salud en el componente de atención integral en salud del Papsivi. Por lo anterior, la acción de la IPS será asegurar el cumplimiento de las recomendaciones de este Protocolo.

• Nivel de alta intensidad: se realiza a través de un equipo de atención clínica especializada, en el marco de la atención integral en salud propuesta en el Modelo Integral de Atención en Salud y las Rutas Integrales de Atención en Salud. Por lo tanto, la acción de la IPS será asegurar los procesos de referencia, contra referencia y adherencia a las Guías de Práctica Clínica y RIAS, según lo estipulado en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). ⎫

Otros problemas, condiciones y patologías de salud serán atendidos de acuerdo a las guías y protocolos vigentes para cada una.

19. Fortalecer la atención en la salud mental en la estrategia de atención primaria en salud, a través del diseño y desarrollo de programas de atención orientados a la salud mental.

20. Se deberán planear y ejecutar estrategias de información, educación y comunicación, que promuevan procesos de movilización social y de sensibilización orientados a la comprensión y el entendimiento de la salud mental, el enfoque psicosocial, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la reducción del estigma.

21. Se deberá contratar a los profesionales de la salud capacitados y competentes en otorgar atención integral en salud con enfoque psicosocial.

22. Generación de actividades de capacitación en conceptos y acciones que contemplen la incorporación del enfoque psicosocial en los profesionales de la salud.

Talento humano en salud

23. Se deberá contar con un plan de capacitación y fortalecimiento del talento humano en salud. Dicha capacitación debe estar orientada a la formación de competencias específicas y claramente definidas para los tres niveles de intensidad de las intervenciones dentro del enfoque psicosocial y enfoque diferencial, incluyendo formación en habilidades básicas de relación, primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, intervención temprana, resiliencia, adherencia a la atención integral en salud, estrategias de afrontamiento, atención integral a víctimas del conflicto armado, así como estrategias de validación, normalización de las respuestas emocionales y reducción del estigma.

Lo anterior permitirá brindar herramientas efectivas, desde una perspectiva de deberes y derechos de la población víctima, a los actores del sistema de salud, a las/los líderesas/ líderes de la comunidad y a los individuos, de tal manera que se fortalezca la atención y las redes de apoyo.

24. El talento humano en salud deberá ser capacitado en atención en salud con enfoque psicosocial para garantizar la calidad de la atención en salud integral a víctimas del conflicto armado.

25. Se deberán incorporar programas de cuidado y autocuidado para el talento humano en salud. Cuidado y autocuidado

26. Se deberán adoptar estrategias dirigidas al cuidado y autocuidado de los miembros del EMS, para prevenir y manejar el estrés. Calidad de la evidencia: Moderada Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Dirigidas a los equipos de atención multidisciplinarios – EMS

27. La incorporación del enfoque psicosocial involucra la conformación de un EMS, que atenderá a la persona víctima del conflicto armado.

Para brindar esta atención con enfoque psicosocial, se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos: Puntos de buena práctica ⎫ Adoptar, por parte de los profesionales de la salud, una técnica de entrevista reflexiva que permita la interpretación de los textos y el desempeño etnográfico de la víctima y de la sociedad.

• Las atenciones iniciales de los profesionales del EMS tienen como propósito hacer preguntas que permitan con el tiempo convertir las desgracias en problemas, estos en objetivos y luego los objetivos en acciones, que puedan transformar dichos problemas, ubicando indicadores o metas que permitan constatar cambio sin idealizar las expectativas, de acuerdo al ritmo de la persona víctima.

• Los profesionales del EMS deberán establecer conversaciones dignas, respetuosas del otro y de sí mismo, que sean pertinentes, relevantes y éticas.

• La atención por el EMS deberá tener como foco la construcción de una relación de acogimiento para la escucha y la transformación de la experiencia, superar el dolor, servir como testigos del dolor y promover la construcción y organización de nuevos significados que posibiliten mayor control sobre la vida.

• Los miembros del EMS deberán tener capacidad de introspección para poder ayudar sin violentar.

• Deberá brindarse el tiempo necesario a la persona víctima del conflicto armado para expresarse, lo que permitirá un adecuado proceso de transferencia y contratransferencia presente en estos casos.

• Deberá ser una atención humanizada que garantice la no revictimización de la persona víctima del conflicto armado. La humanización de la atención considera al ser humano desde un sentido holístico, desde su dimensión física, emocional, relacional, espiritual, social e intelectual.

• Deberá mantener un ambiente propicio que garantice la confidencialidad, seguridad y protección a las personas víctimas.

• Permitirá y promoverá un relato de la experiencia por parte de la persona víctima del conflicto armado. A través de este relato se puede dar la descripción de los hechos, así como el afecto y la percepción que la persona tiene de ellos. Se indagará por la implicación y el significado de lo que le ocurrió, sin pensar que esto estimula una posición pasiva, quejumbrosa o resignada.

• Deberá enmarcar la narración en las dimensiones biográfica, motivacional y témporo-espacial. • Deberá identificar las características sociales, culturales, educativas y familiares (nivel educativo, pertenencia a grupos diferenciales, estructura familiar).

• Fomentará el cuidado y autocuidado a través de la participación activa de las personas y las familias en todo el proceso y en la toma de decisiones.

• Deberá emplear un lenguaje claro y sencillo, nunca usar lenguaje peyorativo ni expresiones que puedan hacer sentir a la persona víctima del conflicto armado como si fuera culpable o responsable de lo que le sucedió.

• Deberá establecer el qué, cuándo, desde cuándo percibe que algo anda mal, qué aspectos de su vida son modificables para mejorar su estado actual, expectativas del interlocutor y factores que estén afectando su funcionalidad en las labores cotidianas y del trabajo.

• Deberá indagar por las necesidades y expectativas de las personas víctimas del conflicto (tener en cuenta la situación actual de la víctima y sus posibilidades). ⎫

Deberá evitar la patologización y la estigmatización de las personas víctimas del conflicto. Recuerde que lo que le pasó a la persona víctima del conflicto armado es una situación anormal, y los efectos sociales y emocionales producto de los hechos son demostraciones y procesos normales. ⎫

Permitirá la expresión de las emociones de las víctimas y sus familias, en una actitud de escucha, comprensión y aceptación del dolor libre de juicios. ⎫ Entenderá que alteraciones en los sistemas de creencias pueden hacer que el duelo se manifieste de manera compleja, a veces incomprensible para las personas del entorno e incluso para el EMS, lo que puede generar que inicialmente la persona víctima del conflicto armado rechace la atención. ⎫

Comprenderá que las personas víctimas del conflicto armado tienen habitualmente otros recursos como redes de apoyo, empleo de recursos autóctonos, rituales, rescate de las creencias o asunción de otras, que deben hacerse visibles durante las conversaciones y validar con la persona víctima si se trata de afrontamientos efectivos contra los impactos producidos por las pérdidas. ⎫

Deberá promover durante la conversación y las atenciones los siguientes sentimientos, luego de permitir el paso por el dolor:

• La sensación de seguridad

• La calma.

• La esperanza. ⎫

Propenderá por reducir el sufrimiento emocional, asegurar la satisfacción de las necesidades básicas (que no son las mismas para todo individuo) y la exploración y concientización de las circunstancias que ayuden a comprender que la situación traumática pasará. ⎫

Ofrecerá información clara a las personas víctimas del conflicto armado sobre su situación de salud, el plan de atención y el seguimiento.

28. Se recomienda identificar el hecho victimizante, sin que esto implique que el individuo tenga que contar la situación, cómo ocurrió y los detalles, dado que hacer esto generará procesos de revictimización. La revictimización hace que se reviva la experiencia traumática o que indirectamente sugiera situaciones que atenten contra la dignidad del individuo. Siempre se orientará a través de un diálogo que permita a la persona contar lo que significa para él o ella lo que le sucedió y las acciones que ha hecho para seguir adelante (identificación de recursos).

Cuidado y Autocuidado de la Salud

29. Se deberá garantizar una atención integral en salud y su seguimiento, con enfoque diferencial, a la persona víctima del conflicto armado y a su familia, para promover la corresponsabilidad en la adherencia a la atención integral en salud con enfoque psicosocial otorgada por el equipo multidisciplinario en salud de la institución prestadora de servicios de salud.

30. Fortalecer la toma de decisiones, autoestima, autoeficacia y autoeficiencia de la víctima del conflicto armado con medidas de autocuidado. Calidad de la evidencia: Moderada Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

INDICACIONES DURANTE LA ATENCIÓN

31. Se recomienda establecer los siguientes objetivos durante las consultas realizadas por el Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS), en el marco de la atención integral en salud con enfoque psicosocial:

a. Constituir una relación de trabajo colaborativo con la víctima, con miras a aliviar su malestar y a mejorar su calidad de vida.

b. Ofrecer la oportunidad en una sesión inicial, para que la persona pueda sentirse en libertad de expresarse en un contexto validante de escucha activa, y de empatía a través de procedimientos de parafraseo de contenido y de validación de sentimientos y emociones.

c. Reunir información en la primera entrevista no estructurada sobre las condiciones de vida, el contexto, los estresores actuales y los factores históricos que contribuyen al estado actual de la persona.

d. Validar y normalizar las reacciones emocionales actuales que han sido resultado de los factores contextuales de violencia a la que han tenido que ser expuestos.

e. Proporcionar psicoeducación sobre la naturaleza de las emociones y la forma como pueden afectar las condiciones actuales.

f. Identificar las áreas actuales de vida que están siendo interferidas por la condición emocional resultante de eventos pasados o actuales.

g. Proporcionar herramientas básicas de identificación de emociones en contexto y de la función que cumplen en el momento presente.

h. Proporcionar herramientas básicas de regulación emocional: entrenamiento en respiración, relajación y ejercicios de atención plena que permitan afrontar más efectivamente los estados emocionales intensos.

i. Ofrecer entrenamiento básico en estrategias efectivas de solución de problemas que le permita a la persona enfrentar los múltiples estresores que tienen que enfrentar en la vida cotidiana. j. Apoyar en la determinación de metas y objetivos de vida que le permitan estructurar sus actividades y aumentar su nivel de motivación y bienestar. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

32. Durante la atención integral por parte del EMS se deberá:

• Fomentar el fortalecimiento de las redes sociales y las relaciones emocionales entre los miembros de la familia.

• Fortalecer competencias para la vida a nivel social e individual.

• Fomentar la construcción de un proyecto de vida, respetando la autonomía de la persona, acorde a la etapa del ciclo vital individual y familiar, analizando el ambiente familiar, social y cultural.

Para la construcción de este proyecto de vida es necesario reflexionar acerca de la vida actual y plantearse objetivos o metas.

• Promover las relaciones sociales, la creación de nuevas redes de apoyo o el fortalecimiento de las ya existentes.

• Promover la comunicación abierta en las familias, la reorganización y redistribución de roles.

• Estimular la inclusión escolar y laboral.

• Explicar la importancia de la planeación de tareas cotidianas, de establecer rutinas compartidas con la familia y metas positivas.

• Realizar actividades educativas con enfoque diferencial, a los padres, familiares o cuidadores de niños víctimas o personas con discapacidad, acerca de la importancia de hacer una valoración en salud y así determinar un proceso de atención interdisciplinar.

• En caso de identificar una persona con afectaciones físicas y cognitivas, recuerde explorar signos y síntomas de una posible afectación mental. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

1.2 Indicaciones para la incorporación del enfoque diferencial

Dirigidas al Ministerio de Salud y Protección Social

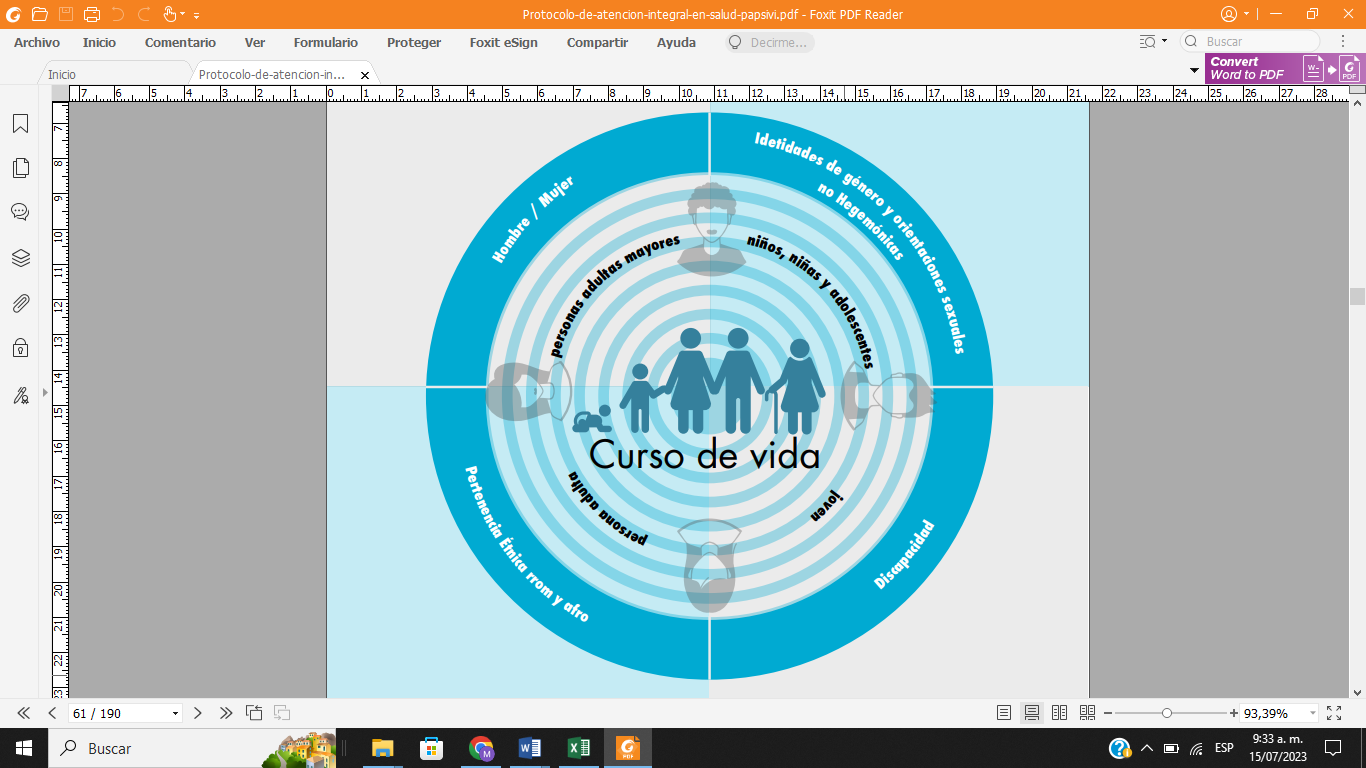
33. Se recomienda que la atención integral en salud con enfoque psicosocial para población víctima del conflicto armado se realice a través de un enfoque diferencial, el cual es comprendido como un escenario de reconocimiento y aceptación de la diversidad que caracteriza a la condición humana, y de esta manera permite dar respuesta de forma integral a las necesidades específicas de las poblaciones y las personas víctimas del conflicto armado.

En este marco, la identificación de condiciones de vulnerabilidad puede ser individual o múltiple, de tal forma que entre más grupos poblacionales sean asociados a una persona víctima, más susceptible es esta de ser vulnerable y, por ende, será necesario tener en cuenta un enfoque diferencial para su tratamiento o atención (International Crisis Group, 2006), lo anterior se entiende como un abordaje en el marco de la interseccionalidad (ver figura 1).

La interseccionalidad se define como una “herramienta en el marco de la justicia social que parte de la premisa que los sujetos viven identidades múltiples, formadas por distintos roles, que se derivan de las relaciones sociales, la historia y la operación de las estructuras del poder”. Así mismo, esta herramienta deberá ser utilizada en la atención integral en salud con enfoque psicosocial, dado que contempla al individuo víctima del conflicto armado en sus múltiples dimensiones físicas, biológicas, sociales, culturales, históricas, políticas y simbólicas, entre otras (figura 1).

El Equipo Multidisciplinario de Salud será el responsable de la implementación de este marco de operación para poder garantizar una atención en salud integral con enfoque psicosocial y diferencial en el SGSSS. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

**. Interseccionalidad.**



Grupos étnicos

34. Se sugiere que en zonas geográficas del país donde la densidad poblacional de indígenas, población afro, rom o raizales sea elevada, las entidades territoriales y las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán adecuar la atención en términos de servicios interculturales.

35. Se sugiere que en zonas geográficas del país donde la densidad de población indígena, población afro, rrom o raizales sea baja, las instituciones prestadoras de servicios de salud adopten el Protocolo de manera intercultural para incorporar la atención con enfoque psicosocial como medida de rehabilitación y el enfoque diferencial, teniendo en cuenta la medicina tradicional propia del grupo étnico víctima del conflicto armado y que requiera atención en salud.

36. Durante la atención integral en salud con enfoque psicosocial a personas víctimas del conflicto armado que pertenezcan a grupos étnicos, se recomienda reconocer las particularidades de cada individuo, teniendo en cuenta las comunidades a las cuales pertenecen y su manera de relacionarse con el mundo.

Para esto se sugiere caracterizar cuatro ejes fundamentales, que son: 1) vínculo comunitario, 2) arraigo territorial, 3) referencia ancestral y 4) sujeto colectivo. Calidad de la evidencia: Baja Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas

37. En la atención integral en salud con enfoque psicosocial a personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas víctimas del conflicto armado, se debe garantizar el libre autorreconocimiento de su identidad sexual, así como garantizar la calidad, calidez y pertinencia de los servicios de salud provistos por este Protocolo, en el marco de los derechos humanos.

38. Se recomienda garantizar procesos de formación y sensibilización del talento humano que hace parte del Equipo Multidisciplinario de Salud, dirigidos a la transformación de los supuestos y prejuicios sociales sobre las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas.

39. En el momento de la valoración a la víctima del conflicto armado, se recomienda plantear preguntas abiertas que permitan indagar lo concerniente a la identidad sexual o genérica. Así mismo, no realizar juicios de valor, y sacar conclusiones anticipadas acerca de la identificad sexual o género en relación a su comportamiento sexual o de salud o motivo de consulta a partir de su apariencia. (Para ampliar información, ver anexo técnico Tipo de preguntas - Anexo III).

Calidad de la evidencia: Baja Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Niños, niñas y adolescentes Punto de Buena Práctica Clínica ⎫ Para garantizar el enfoque diferencial en la infancia y la adolescencia, se adoptarán los principios de la Ley de Infancia y Adolescencia: protección integral, interés superior, corresponsabilidad y perspectiva de género (Ley 1098, 2006).

Conocer la oferta institucional e incluir en el plan de atención, asistencia y reparación integral las gestiones necesarias para responder a todos los factores de vulnerabilidad que se identifiquen en el caso de los NNA, incluso si se trata de otros no relacionados con el conflicto armado. ⎫

Establecer una buena coordinación institucional que redunde en una efectiva articulación para orientar a los NNA y sus familias, en especial con el ICBF, encargado de velar por los derechos de los niños. ⎫ Se debe evitar establecer la relación con la persona en situación de desplazamiento desde la vulnerabilidad.

40. En el momento de atender una víctima del conflicto armado niño o adolescente, se deberá contemplar la adopción de la estrategia de acompañamiento psicosocial para el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado propuesto por el ICBF.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Personas con discapacidad 41. Se recomienda que la atención integral en salud para personas con discapacidad sensorial, física, mental, cognitiva o múltiple, víctimas del conflicto armado, se oriente de acuerdo a las rutas integrales de atención, modelos, guías de práctica clínica, protocolos y lineamientos de los que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social, de una manera articulada con el Equipo Multidisciplinario de Salud. Ejemplo de ello son los Lineamientos de Rehabilitación Basada en la Comunidad (Corte Constitucional, Sent. T-760, 2008). Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

**Dirigidas a los equipos multidisciplinares - EMS**

Para la incorporación del enfoque diferencial, se recomienda identificar:

1) las características contextuales actuales: el ambiente sociocultural, tradiciones, sistemas de creencias, entre otros;

2) las características individuales únicas requieren una aproximación diferencial, como población vulnerable (niños, adultos mayores, personas en condición de discapacidad), mujeres, población indígena, afrodescendiente, raizal, palenquera, negra, rom, personas con identidad de género o con orientaciones sexuales no hegemónicas, creencias religiosas, entre otros, y

3) el contexto histórico y sociopolítico que permite una comprensión de la situación actual. Calidad de la evidencia: Moderada Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

Mujeres

43. Para orientar la atención de las mujeres víctimas del conflicto armado se recomienda tener en cuenta los mandatos de género, el significado de los hechos victimizantes y la condición de mujer.

44. Se recomienda orientar las acciones en salud hacia acciones que fortalezcan el autocuidado.

45. Se recomienda el fortalecimiento de inducción a la demanda de servicios de salud orientados a su promoción y mantenimiento, especialmente a los programas y servicios de salud sexual y reproductiva. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Puntos de buena práctica ⎫

En caso de presentar violencia sexual, deberá seguir las indicaciones del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual (Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social).

Es fundamental que los profesionales de la salud conozcan y se familiaricen con los Lineamientos de Política Pública para la Prevención de riesgos, la protección y la garantía de los derechos de las mujeres víctimas del conflicto armado, que en el marco de la Ley 1448 de 2011, los Decretos-Ley 4634 y 4635, el Auto 092 de 2008, el Auto 098 de 2013, el Auto 009 de 2015 y la Ley 1719 de 2014, han sido propuestos por el SNARIV, con el propósito de generar acciones en defensa de los derechos de las mujeres y promover una acción sin daño.

Estos identifican los riesgos a los que están expuestas las mujeres en el marco del conflicto armado, en particular a la violencia sexual, diferenciando los que afectan específicamente a distintos grupos de mujeres: afrocolombianas, raizales, palenqueras, indígenas, rrom, mujeres rurales y mujeres que sufren persecución por la orientación sexual o la identidad de género no hegemónica.

Cuando se preste un servicio de salud (actividad, procedimiento, examen diagnóstico) a una mujer víctima de conflicto armado, en especial a mujeres víctimas de violencia sexual, los y las profesionales deben esforzarse por no causar daño alguno (Acción sin daño) o minimizar el daño que pueda causar de manera inadvertida la realización de algún tipo de procedimiento. Con esta finalidad, los profesionales deberán, como mínimo:

• Reconocer, previo al procedimiento, las afectaciones generadas por el hecho victimizante vivido. • Valorar, previo a la realización del procedimiento, qué otras actividades, procedimientos o medicamentos pueden minimizar el impacto que genere el procedimiento a realizar y hacer las órdenes requeridas para incluirlos.

Por ejemplo, para una mujer víctima de violencia sexual, es posible que la realización de un examen como la colonoscopia requiera sedación.

• Asegurarse que las mujeres den consentimiento informado de los procedimientos a realizarse

• Se sugiere a las IPS, en lo posible, disponer de personal (mujeres y hombres), para que las mujeres VCA puedan a su elección determinar el género del profesional que de su preferencia quiere que le realice el procedimiento.

• En el caso de mujeres víctimas de violencia sexual, se sugiere contar con profesional sensibilizado en este tema, para la toma y entrega de resultados de citología cérvico-uterina.

• Es importante ofertar y orientar a las mujeres víctimas del conflicto armado para que se vinculen a programas o actividades de promoción y prevención, especialmente relacionados con Salud Sexual y Reproductiva, donde puedan conocer y empoderarse acerca de sus Derechos Sexuales y Reproductivos.

• El EMS y los profesionales especializados en salud mental deben tener en cuenta lo que la Sentencia T-045 de 2010 menciona en relación con la salud mental de las mujeres víctimas del conflicto armado:

• Ellas se han visto expuestas a graves situaciones marcadas por la violencia, la discriminación y la exclusión que en sí mismas constituyen hechos traumáticos que requieren elaboración para así favorecer el proceso de reconstrucción del proyecto de vida.

Las mujeres víctimas tienen fuertes necesidades de atención en salud mental debido a las presiones y cargas psicológicas derivadas de esta condición, aunadas a la ruptura de los imaginarios sociales, redes de apoyo sociocultural y a la experiencia de la pobreza y la violencia, cuyo procesamiento debe verse aplazado o evadido ante la necesidad apremiante de responder por sus familias (p. 145).

En este sentido, los profesionales en su atención deben considerar de manera fundamental las condiciones de especial vulnerabilidad derivadas de la condición de ser mujer víctima de situaciones de violencia, como lo es el conflicto armado.

**Dirigidas al proceso de atención en salud**

46. En el proceso de identificación de conductas de riesgo, si se identifican conductas sexuales de alto riesgo, se recomienda solicitar pruebas de tamización para enfermedades de transmisión sexual como VIH, sífilis, Hepatitis B y C. Calidad de la evidencia: Alta Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas

47. En el momento de la valoración a la víctima del conflicto armado, plantear preguntas abiertas que permitan indagar lo concerniente a la identidad sexual o genérica. Así mismo, no realizar juicios de valor y evitar sacar conclusiones anticipadas acerca de la identidad sexual o de género en relación a su comportamiento sexual o de salud o motivo de consulta a partir de su apariencia. (Para ampliar información, ver anexo técnico Intervención Psicosocial Caja de herramientas. Anexo III).

48. Se debe responder de manera positiva y con respeto cuando la persona revela su orientación sexual o identidad de género, teniendo en cuenta que el estigma y la discriminación son causantes de la situación especial de vulnerabilidad (poca especificidad).

49. En la población autorreconocida como trans\* se deben identificar necesidades particulares relacionadas con el tipo de transición que han hecho, el contexto socioeconómico en el que se encuentran, las dificultades y problemáticas que en este proceso ha ido sorteando, para generar un plan de manejo. \*travestis, transgénero, transexuales y transgeneristas Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

**Mujeres Punto de Buena práctica clínica**

En el momento de la atención se deberán reconocer las afectaciones generadas por el hecho victimizante vivido y, a partir de ahí, tener en cuenta aspectos de la atención que potencialmente generen revictimización o daño, y de acuerdo a estas consideraciones desarrollar las atenciones en salud pertinentes.

Se deberá indagar la preferencia de la mujer en la elección del género del profesional que otorgará la atención. Personas con discapacidad

**Punto de Buena práctica clínica**

Se deberán orientar las atenciones a las personas víctimas del conflicto armado con discapacidad para lograr la inclusión social, entendida esta como “el adecuado acceso a bienes y servicios, procesos de elección colectiva, la garantía plena de los derechos de los ciudadanos y la eliminación de toda práctica que conlleve a marginación y segregación de cualquier tipo.

Este proceso permite acceder a todos los espacios sociales, culturales, políticos y económicos en igualdad de oportunidades” (Fuente: MSPS).

**Generalidades de la atención**

50. Se recomienda que toda víctima del conflicto armado sea canalizada a los servicios de salud desde cualquiera de los entornos (comunitario, hogar, laboral, educativo, institucional) y desde los otros sectores, para recibir una valoración por medicina general, quien deberá durante esta consulta:

i Identificar si la persona es víctima del conflicto armado. Esta identificación se realizará a través de la entrevista con el individuo y/o de acuerdo a la información consignada en la historia clínica previamente. j La persona que se autorreconoce como víctima del conflicto armado (de acuerdo con la definición establecida por la ley), deberá además estar registrado en el Registro Único de Víctimas o Registros especiales (sentencias de la Corte y órdenes judiciales), para poder acceder a la atención por el Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a personas Víctimas del Conflicto Armado

Para realizar la verificación de la inclusión de la persona en el Registro Único de Víctimas (RUV), se debe realizar una consulta a través del sistema Vivanto, o si la persona aparece en los registros especiales (sentencias de cortes y órdenes judiciales), ella lo deberá informar. Nota aclaratoria

1: El proceso de acceso a Vivanto se realiza a través de un usuario y una contraseña que cada EAPB e IPS debe solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social, siguiendo el procedimiento establecido para tal fin en el Documento del MSPS. Para facilitar el acceso a Vivanto y facilitar la verificación de información, se sugiere que el usuario y la contraseña sean administradas por el referente Papsivi de la IPS o la EAPB. Nota aclaratoria

2: El proceso de verificación en Vivanto o Registros especiales determinará la posibilidad de ingreso al protocolo y atención por el EMS, pero NO LIMITARÁ la atención por otros servicios de salud a los cuales deben acceder las personas como población general beneficiaria del sistema general de seguridad social en salud.

51. Una vez se realice el proceso de verificación en Vivanto y registros adicionales y se identifique que la persona víctima del conflicto armado se encuentra registrada, el profesional en medicina procederá a identificar las necesidades en salud que tenga la persona víctima del conflicto armado de acuerdo con la ruta de promoción y mantenimiento, de acuerdo al curso de vida y ciclo vital en el que se encuentra la persona.

52. Se establecerá un diagnóstico y un plan de manejo de acuerdo a las características individuales y necesidades identificadas. Como parte integral del manejo, se deberá informar acerca de la atención que se realiza a las personas víctimas del conflicto armado, a través de un Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS), en el marco del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado.

53. Se deberá informar a la persona que “se busca brindar una atención integral en salud con enfoque psicosocial, en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado - Papsivi”. Esta atención será brindada por un equipo de salud capacitado para prestar una atención y seguimiento adecuado. 54. Esta información deberá brindarse en el marco de un espacio de comunicación amable, en el cual se oriente y resuelvan las inquietudes que la persona víctima del conflicto pueda tener.

55. Una vez se explique al individuo el objetivo y las características de la atención por el Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) y se resuelvan u orienten sus inquietudes, se deberá indagar acerca de la disposición y aceptación para ser atendido por este equipo, en el marco del Protocolo Integral de Atención en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado.

56. Si la persona accede a ser atendida, se deberá realizar el correspondiente proceso de remisión al EMS. Esta remisión deberá contener un resumen de la consulta médica inicial y se deberá dejar consignado en la historia clínica si la persona asintió verbalmente para recibir esta atención.

57. Si el individuo no se encuentra registrado en Vivanto o en registros adicionales, el profesional en medicina que está realizando la atención deberá brindar atención integral y humanizada, en la cual se identifiquen las necesidades en salud que tenga la persona víctima del conflicto armado, de acuerdo con la ruta de promoción y mantenimiento, de acuerdo al curso de vida y ciclo vital en el que se encuentra la persona. Así, ofrecerá el manejo adecuado de acuerdo a la condición actual y considerará la pertinencia de realizar remisión a la o las rutas de atención según las necesidades en salud identificadas.

58. De igual manera, se deberá brindar la orientación necesaria para que la persona declare ante el Ministerio Público (Personería municipal). En cualquiera de las dos situaciones (que la persona sea o no remitida a EMS), deberá realizarse un reporte al equipo del PAPSIVI, componente de atención psicosocial.

Este reporte lo realizará el Referente PAPSIVI de la IPS y la EAPB. \*Ver Ruta Integral de Atención Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Punto de buena práctica clínica • Cuando la persona víctima del conflicto armado sea remitido al EMS, será función del referente PAPSIVI de la IPS y EAPB realizar seguimiento y verificar que se dé el acceso de la persona a las atenciones establecidas en el presente Protocolo.

59. Se recomienda que el primer contacto de la víctima del conflicto armado con el Equipo Multidisciplinario de Salud sea con el auxiliar de enfermería y el gestor comunitario. Este primer contacto busca identificar de manera integral las problemáticas relacionadas con los hechos victimizantes y derivar a la persona a la consulta interdisciplinar del Equipo Multidisciplinario de Salud. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

60. Se recomienda que la valoración inicial realizada por el auxiliar de enfermería y el gestor comunitario en salud se haga en forma independiente, de acuerdo con sus competencias y cumpliendo objetivos claramente definidos sobre el estado de salud, de salud mental y del contexto psicosocial y comunitario, que dé lugar a conclusiones específicas sobre evaluación e intervención integral.

\*No se requiere un orden establecido en las atenciones del gestor comunitario en salud y el auxiliar de enfermería. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

61. Se sugiere que la duración de la atención inicial realizada por el auxiliar de enfermería y el gestor comunitario en salud tenga una duración hasta de 60 minutos cada una. \*\* Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Débil a favor \*\*A continuación se mencionan los aspectos a tener en cuenta en el marco de la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado por parte del gestor comunitario o auxiliar de enfermería o EMS durante la primera atención.

• Datos sociodemográficos: Nivel de estudio, ocupación, estado civil.

• Construcción del familiograma: Permite conocer los rompimientos, ausencias, duelos no resueltos o afrontados y los miembros de tipo vulnerable como adultos mayores, niños, etc.

• Identificación y caracterización del contexto en donde vive la persona víctima del conflicto armado, en términos sociales, geográficos, necesidades básicas y acceso a los servicios de salud.

• ¿Qué dificultades presentan como familia?

• ¿Cuál es la dinámica familiar actual?

• Restricciones organizacionales e institucionales: infraestructura con la que cuentan actualmente. ¿Cuál es la fuente de sus recursos? ¿Cuál es su situación laboral?

• ¿Qué tipo de vivienda tienen? ¿Cuáles son las condiciones de esta?

• ¿Tiene disponibilidad de servicios públicos y cómo es esta disponibilidad?

• ¿Presenta usted o algunos de sus miembros algún tipo de discapacidad?

• ¿Consume usted o un miembro de su familia algún tipo de sustancias psicoactivas?

• ¿Presenta sobrecarga y multiplicación de roles que no le han permitido rehacer su vida?

• ¿Cuáles pérdidas culturales como consecuencia del conflicto armado vivido han menoscabado su identidad individual y grupal?

• ¿Cuenta con redes de apoyo? En el anexo técnico II encontrará aspectos a considerar en el momento de la atención. \*\* Aspectos a tener en cuenta en el marco de la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado por parte del EMS en la primera atención para la construcción del plan de atención y de cuidado:

• Tendrá la capacidad de escuchar activamente la historia de vida de la persona abordando el problema que la afecta y la esperanza de resolución del mismo, durante la atención que le brinde.

• Deberá mostrar interés y disposición de ayudar a la persona expresándole que el proceso de atención se hará a su ritmo.

• Se deberá respetar el lenguaje de la persona brindándole la posibilidad de hablar en su propio lenguaje y presentarle al auxiliar de enfermería las experiencias que ella misma ha vivido.

• Se recomienda que, a partir de la vida, el auxiliar de enfermería ayude a la persona a identificar problemas o necesidades presentes y lo que se debería hacer para resolverlos.

• Se recomienda ayudar a la persona a reconocer y valorar el tiempo que está dedicando para recibir atención por parte de los profesionales de salud. El auxiliar de enfermería deberá plantearse las siguientes preguntas de manera inicial: a. Identificar la situación de la persona víctima del conflicto como urgente o no urgente (que requiera ser valorado por medicina) b. Determinar rápidamente la naturaleza de la emergencia (si la hubiera) c. Intervenir rápidamente (remitir a valoración por medicina) Durante la atención, el auxiliar de enfermería deberá realizar la siguiente valoración en salud:

• En todo proceso de valoración hay que tener en cuenta que las funciones físicas, aunque importantes, solo son una pequeña parte de la persona, y que están íntimamente unidas a otros aspectos de tipo cultural, sociológico y espiritual.

• Identificación de antecedentes personales, familiares y patológicos.

• Identificación y caracterización de las necesidades en el marco de la oferta de servicios de salud.

62. Tras las atenciones iniciales e independientes realizadas por parte del auxiliar de enfermería y del Gestor Comunitario en Salud, se debe realizar integración de resultados de las evaluaciones iniciales para establecer el plan de manejo y las consultas siguientes con los miembros del EMS. Calidad de la evidencia: Moderad Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

63. Se recomienda realizar la consulta interdisciplinar\* inicial en todas las personas víctimas del conflicto armado que ingresen a este Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

\*Esta consulta se encuentra denominada en el listado CUPS como

89.0.2.15 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y 89.0.3.15 CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Punto de Buena práctica

• La consulta interdisciplinaria establecerá el plan de manejo y de esta forma se deberán asignar las citas con los miembros del Equipo Multidisciplinario de Salud de acuerdo al plan establecido.

• Los profesionales del EMS iniciarán su acción en el momento de la consulta interdisciplinaria, y según el plan de manejo establecido en dicha consulta, seguirán las atenciones y el seguimiento propuesto en este protocolo.

**1.4 Generalidades del seguimiento**

Consideraciones específicas: Entidades Territoriales y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB Las EAPB deberán contar con Referentes PAPSIVI (cargo que se propuso en la versión preliminar del Protocolo de Atención en Salud con Enfoque Psicosocial de 2013) o personal delegado para garantizar los procesos de atención en salud con enfoque psicosocial y diferencial a las víctimas del conflicto armado, debidamente capacitados en los temas relacionados con derechos humanos y derecho internacional humanitario, y atención psicosocial, entre otros conexos, quienes servirán de enlace con los referentes de las IPS que coordinan la atención a las personas víctimas del conflicto en su institución, para efectos de priorizar y agilizar los trámites administrativos que se requieran (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En el marco del desarrollo de la implementación de este Protocolo, las EAPB tendrán como acciones clave: • Efectuar articulación con la Unidad de Víctimas - UARIV, para el cruce bimensual de sus bases de datos con el Registro Único de Víctimas - RUV y remisión de información a toda su red de prestadores. • Solicitar la clave de uso al Minsalud y tener un acceso regular al sistema Vivanto.

• Designar un funcionario: Referente PAPSIVI - EPAB.

• Consideraciones específicas: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS. La atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial para las víctimas del conflicto armado supone la conformación de un Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) con profesionales de medicina, enfermería, psicología y trabajo social, así como un auxiliar de enfermería encargado de acompañar el proceso de atención.

Podrán vincularse otros profesionales o personal técnico, así como de otras funciones, de acuerdo con las propuestas de atención implementadas en cada institución.

**1.5. Conformación, roles, competencias y funciones del Equipo Multidisciplinario de Salud - EMS.**

64. Se recomienda que la atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado se realice a través del Equipo Multidisciplinario de Salud, el cual estará conformado así:

• Un profesional en enfermería, quien dará soporte en las labores de administración y articulación del programa y sus intervenciones, así como de administración de información para el monitoreo y se guimiento del Protocolo, con competencias en intervenciones psicosociales de baja y mediana intensidad.

• Un profesional en psicología, quien contará con competencias en primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis y evaluación e intervención para afectaciones emocionales y psicológicas, y tendrá competencias en intervenciones psicosociales.

• Un profesional en medicina, quien se reconocerá como encargado, responsable de liderar el manejo clínico y facilitar la articulación con otras intervenciones por parte del EMS con competencias claramente especificadas en atención de condiciones médicas e intervención de intensidad baja y media en afectaciones emocionales y psicológicas.

• Un técnico auxiliar de enfermería con competencias claramente definidas en detección de afectaciones emocionales y psicológicas y primeros auxilios emocionales, quien será el punto de contacto permanente entre el Protocolo y las personas víctimas del conflicto armado, y realizará acompañamiento a las personas en su tránsito por las atenciones y acciones del Protocolo.

• Un profesional en trabajo social, quien soportará todos los asuntos relativos al apoyo social y familiar, provisión de apoyo por otros miembros de la comunidad, servicios de beneficencia, apoyo espiritual y asesoramiento legal. Deberá contar con competencias claramente especificadas en evaluación y acciones en el contexto social.

• Un gestor comunitario en salud, quien informará al equipo sobre características sociales y culturales de la población y servirá de puente y vínculo con la comunidad. Nota 1: El EMS no es uno exclusivo ni único, lo pueden conformar los mismos profesionales con que cuenta una IPS y los que se contraten, dentro o fuera de la IPS, para garantizar la atención integral en salud para las víctimas del conflicto armado.

Los integrantes de este equipo pueden suplir otras necesidades dentro de una IPS y no son exclusivos para la atención a personas víctimas del conflicto armado. Nota 2: El éxito del equipo multidisciplinario de salud implica que se potencien los esfuerzos de cada campo disciplinar mediante el trabajo coordinado y articulado entre los miembros, en donde se puedan discutir abiertamente alternativas para las personas, haya comunicación permanente entre los integrantes y las personas, y toma de decisiones participativas. \*\*\* Ver las competencias de cada profesional en el Anexo técnico IV.

\*\* Estas atenciones se encuentran con los siguientes códigos CUPS:

89.0.2.01 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

89.0.2.05 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA

89.0.2.08 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA

89.0.2.09 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL

89.0.3.01 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL

89.0.3.05 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

89.0.3.08 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA

89.0.3.09 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL ROLES

65. De acuerdo a las competencias de cada perfil, se deberán realizar las siguientes actividades por cada uno de los integrantes del Equipo Multidisciplinario de Salud. Las actividades propuestas en esta recomendación son complementarias a las acciones propuestas por el MIAS para los EMS: Medicina: • Valoración clínica de la persona víctima del conflicto armado. Esta valoración se dará desde un enfoque psicosocial.

• Tamización de problemas y trastornos mentales.

• El profesional de medicina podrá hacer uso de las cajas de herramientas dispuestas en el anexo III.

• Identificación de factores de riesgo y determinantes proximales de la salud para el individuo y su grupo familiar.

• Ofrecer pautas de vida saludable.

• Establecer diagnóstico o sospecha diagnóstica de condiciones físicas o mentales.

• Establecer plan de manejo integral para condiciones físicas o mentales, que incluya valoración y manejo por las diferentes profesiones del EMS.

• Considerar y realizar procesos de referencia a un mayor nivel de complejidad para la atención en salud y hacerle seguimiento cuando el caso lo requiera.

• Realizar acciones de seguimiento orientadas a evaluar la evolución y cumplimiento del plan terapéutico y metas establecidas por los profesionales que integran el EMS.

• Coordinar de manera efectiva las acciones en salud que el Equipo Multidisciplinario de Salud brindará al individuo y su familia.

• Coordinación técnico-científica del Equipo Multidisciplinario de Salud-

• Identificar el caso con problema o trastorno mental que requiere manejo clínico especializado. Psicología: • Valoración de la persona víctima del conflicto armado. Esta valoración se dará desde un enfoque psicosocial.

• Identificación de posibles problemas y trastornos mentales.

• Evaluación integral del estado de salud de la víctima del conflicto armado desde una perspectiva psicológica y social, así como la elaboración conjunta del plan de trabajo y seguimiento con la persona, teniendo en cuenta sus necesidades, factores de riesgo y hecho victimizante.

• El profesional de psicología podrá, de acuerdo a sus competencias y experticia, hacer uso de las cajas de herramientas dispuestas en el Anexo III.

• Intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos en los casos en que se requiera.

• Realizar seguimiento del plan de manejo instaurado en la valoración inicial.

• Comunicar al coordinador del grupo oportunamente la no consecución de metas, así como la identificación de factores de riesgo y afectaciones emergentes.

• Capacidad para identificar el caso con problema o trastorno mental que requiere manejo clínico especializado. Trabajo social:

• Identificar y establecer estrategias y acciones para realizar una gestión del riesgo social. • Realizar un plan de cuidado para las personas y sus familias.

• Realizar las acciones de seguimiento de la persona víctima del conflicto armado en el marco de la atención integral en salud con enfoque psicosocial.

• Liderar y gestionar los procesos de referencia y contrarreferencia en los diferentes entornos e instituciones que están fuera del sistema de salud (ICBF, UARIV, SNARIV, etc.).

• Liderar y gestionar los procesos de referencia y contrarreferencia dentro del sistema de salud.

• Coordinar y gestionar los procesos de comunicación y relacionamiento con el referente PAPSIVI de las EAPB.

• Coordinar y gestionar los procesos de comunicación y relacionamiento con el equipo de atención psicosocial del PAPSIVI. Enfermería:

• Apoyar el plan de cuidado de las personas y sus familias.

• Tamización de problemas y trastornos mentales.

• Brindar educación en los derechos y deberes de la víctima, así como de las atenciones que recibirá en el marco de la aplicación del Protocolo como víctima del conflicto armado.

• Liderar las actividades de promoción y mantenimiento para cada persona de acuerdo a su curso de vida y ciclo vital.

• Valoración de enfermería de la persona víctima del conflicto armado. Esta valoración se dará desde un enfoque integral psicosocial.

• Identificación de factores de riesgo y determinantes proximales de la salud para el individuo y su grupo familiar.

• Ofrecer pautas de vida saludable.

• Establecer diagnóstico o sospecha diagnóstica de enfermería, sobre condiciones físicas o mentales.

• Establecer plan de manejo integral de enfermería para condiciones físicas o mentales.

• Realizar acciones de seguimiento orientadas a evaluar la evolución y cumplimiento del plan terapéutico y metas establecidas por el grupo básico de atención psicosocial.

• Capacidad para identificar el caso con problema o trastorno mental que requiere manejo clínico especializado, de acuerdo do a las recomendaciones y orientaciones del MHGAP. Auxiliar de enfermería:

• Realizar la valoración inicial en el marco de la identificación de necesidades del sujeto.

• Participar en la implementación del plan de cuidado primario del individuo y la familia de acuerdo con sus competencias.

• Organizar la consulta interdisciplinaria realizada por los profesionales del EMS.

• Brindar educación, verificar y orientar el acceso del individuo y la familia a las acciones de promoción y mantenimiento de la salud.

• Brindar educación en los derechos y deberes de la víctima, así como de las atenciones que recibirá en el marco de la aplicación del Protocolo como víctima del conflicto armado.

• Realizar seguimiento y ejecutar las actividades de promoción y mantenimiento para cada persona de acuerdo a su curso de vida y ciclo vital.

• Participar en el cuidado de las personas para el mantenimiento y recuperación de su salud.

• Brindar atención integral al individuo y la familia en relación al curso de vida, de acuerdo con el contexto social, político, cultural y ético. Gestor comunitario en salud:

• Realizar la valoración inicial de la persona víctima del conflicto armado.

• Reconocer la situación de salud de los individuos, familias y comunidades.

• Si en la zona existe población étnica, deberá facilitar la comunicación del equipo psicosocial con la persona víctima, es decir, debe estar en la capacidad de entender y traducir las necesidades de la víctima. Idealmente si hace parte de la comunidad étnica.

• Orientar sobre la oferta de servicios de apoyo a las víctimas en la zona, teniendo en cuenta que la persona puede necesitar información relevante de su condición en cualquier momento de la atención, intervención o seguimiento.

• Participar conjuntamente con el profesional en enfermería en la planificación de las actividades de apoyo a realizar en el marco de la atención integral en salud con enfoque psicosocial.

• Apoyar a los individuos víctimas del conflicto y a las familias en acciones de promoción de salud, gestión integral del riesgo y prevención de la enfermedad, de acuerdo con el plan de manejo considerado por el EMS.

• Participar en la planificación de cursos y talleres en relación con áreas educativas, de salud y mejoramiento social, que requieran las personas víctimas del conflicto armado en el marco de la atención integral en salud con enfoque psicosocial en relación a las acciones de promoción y mantenimiento que se deban desarrollar.

• Apoyar actividades de gestión ante actores intersectoriales respecto a las necesidades identificadas en el perfil de riesgo social identificado por el profesional en trabajo social.

• Participar en el monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones en salud de los individuos víctimas del conflicto armado y sus familias, de acuerdo con el plan de manejo propuesto por el EMS.

• Informar a personas víctimas del conflicto armado interesadas sobre las actividades que se desarrollan en el marco del Protocolo. Calidad de la evidencia: Moderada Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

**COMPETENCIAS**

66. Se recomienda que los integrantes del Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) para la atención de personas víctimas del conflicto armado, además de las competencias propias de su campo disciplinar, tengan conocimiento sobre:

• Los derechos de las víctimas del conflicto armado, enfoque diferencial (formas de relación con el mundo y el ambiente, caracterización de ejes fundamentales como vínculo comunitario, arraigo territorial y referencia ancestral) y enfoque psicosocial.

• Las características de la población y del territorio (características culturales, sociales, demográficas, económicas, aspectos sociopolíticos, características del conflicto armado) donde se va a prestar la atención integral en salud con enfoque psicosocial.

• Así mismo se espera que tengan la capacidad para:

• Identificar afectaciones psicológicas, emocionales y físicas en víctimas del conflicto armado.

• Establecer relaciones de trabajo colaborativas con las víctimas dentro del marco de atención integral en salud y específicamente la capacidad para establecer relaciones en tres niveles: (1) establecimiento de una relación basada en empatía, escucha activa, reflexión de contenido y de sentimientos; (2) validación de sentimientos/emociones y normalización de reacciones emocionales como resultado del contexto de violencia y de eventos experimentados; (3) psicoeducación en emociones, pensamientos e interpretaciones, conductas emocionales, revaloración de las experiencias vividas y conciencia emocional sobre la forma como están afectando el funcionamiento actual.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

67. Se recomienda que los procesos de formación por competencias dirigidos al EMS cuenten con una metodología mixta (presencial y virtual), con el fin de tener acceso a una supervisión permanente y aumentar la fidelidad al Protocolo de Atención. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

68. Los profesionales que hagan parte del Equipo Multidisciplinario de Salud, además de las competencias específicas de su área disciplinar, deberán contar con entrenamiento y experiencia supervisada en acompañamiento psicosocial, en intervenciones de baja intensidad, así como en estrategias de prevención de la re victimización, experiencia en atención a población vulnerable, preferiblemente a víctimas del conflicto.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

69. Se recomienda que los profesionales que hacen parte del EMS tengan conocimiento preciso y actualizado sobre las manifestaciones emocionales, fisiológicas, conductuales y cognitivas que se observan con más frecuencia en personas que han sufrido experiencias de violencia o hechos victimizantes.

70. Se recomienda que los profesionales que hacen parte del EMS tengan competencias y habilidades de comunicación en la atención en salud (manejo de silencios, identificación de momentos de evasión, de alteración emocional, atención a la comunicación no verbal, etc.). Los profesionales podrán hacer uso de herramientas como el DSM-5, la Guía para superar las brechas de salud mental de la OMS, módulo de trastornos relacionados con estrés y trauma (http://www.who.int/ mental\_health/mhgap/mhgap\_spanish. pdf), para familiarizarse con las respuestas esperadas o no esperadas de los individuos posterior a un hecho victimizante. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

**1.6 Orientaciones específicas: Equipo Multidisciplinario de Salud - EMS: Atención integral en salud con enfoque psicosocial**

Ingreso al programa de atención integral en salud a víctimas con enfoque psicosocial Para el ingreso de las personas víctimas del conflicto armado al proceso de atención integral en salud con enfoque psicosocial, hay que tener en cuenta dos elementos clave: Las diferentes “puertas de entrada” posibles. Los mecanismos de verificación de la condición de víctima a través los sistemas de información. Se expondrán a continuación cada uno de estos elementos:

A. Las diferentes “puertas de entrada” A. Las personas víctimas podrán ingresar al proceso de atención por las siguientes vías: A. Demanda inducida por parte de la IPS A partir de la información suministrada periódicamente por las EPAB, las IPS podrán:

• Contactar telefónicamente (o por otra vía que consideren pertinente) a las personas víctimas del conflicto armado que hagan parte de la población que atienden e invitarlas a acercarse a la IPS para conocer y hacer parte del programa de atención integral en salud con enfoque psicosocial.

• Identificar en sus primeras líneas de atención (personal de admisiones, facturación o atención al usuario) a las personas víctimas del conflicto armado que acuden a recibir diversos servicios de salud en sus instalaciones. Cuando los funcionarios mencionados realizan el proceso de comprobación de derechos y detectan que la persona es víctima, le ofrecerán la posibilidad de asignarle una cita de primera vez con la enfermera del EMS, quien realizará el primer contacto con la persona víctima, como paso preliminar para su ingreso formal al programa.

B. Remisión por parte de algún profesional de la salud al EMS Cuando las personas víctimas del conflicto armado acudan a recibir servicios de salud de promoción y prevención, de atención a enfermedad general, de atención al embarazo y parto, enfermedad laboral, accidente profesional, procesos de rehabilitación, etc., y el profesional o técnico que los atienda detecte que son víctimas del conflicto, podrá informarle sobre el Programa de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial, y remitirle —si la persona lo desea— a la consulta de primera vez que realiza la enfermera del EMS para el acercamiento y orientación al programa.

C. Remisión por parte de otros prestadores primarios Puede que las personas víctimas del conflicto armado sean detectadas por funcionarios que hacen parte de otros prestadores primarios en el territorio. En este caso, tales prestadores darán información básica acerca del Programa de Atención Integral en Salud a Víctimas con Enfoque Psicosocial y le indicarán a la persona que puede realizar el acercamiento a su IPS para ser incluido en él. Punto de buena práctica.

Las Entidades Territoriales de salud y los prestadores primarios locales han de consolidar redes y mecanismos que permitan notificar entre sí la detección y remisión de casos. Se sugiere que cada uno de los prestadores primarios tenga acceso a un directorio actualizado de enlaces PAPSIVI de las IPS locales para que informe oportunamente los casos detectados y canalizados a tal IPS, de modo que el enlace PAPSIVI pueda dar recepción y orientación a la persona y realizar seguimiento (y retroalimentación, si corresponde) del caso.

D. Demanda espontánea Las personas víctimas del conflicto armado podrán solicitar espontáneamente ser incluidos en el Programa de Atención Integral en Salud a Víctimas con Enfoque Psicosocial que presta su IPS. En ese caso, se le asignará la consulta de primera vez con la enfermera del EMS y se dará continuidad al proceso de atención. Mecanismos de verificación de la condición de víctima a través los sistemas de información La persona que se autor reconoce como víctima del conflicto armado (de acuerdo con la definición establecida por la ley) deberá, además, estar registrada en el Registro Único de Víctimas o Registros especiales (sentencias de la corte y órdenes judiciales), para poder acceder a la atención por el Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a personas Víctimas del Conflicto Armado.

Para realizar la verificación de la inclusión de la persona en el Registro Único de Victimas (RUV), se debe realizar una consulta a través del sistema Vivanto, o si la persona aparece en los registros especiales (sentencias de cortes y órdenes judiciales), ella lo deberá informar.

Nota aclaratoria 1: El proceso de acceso a Vivanto se realiza a través de un usuario y una contraseña que cada EAPB e IPS debe solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social, siguiendo el procedimiento establecido para tal fin en el Documento del MSPS. Para facilitar el acceso a Vivanto y facilitar la verificación de información, se sugiere que el usuario y la contraseña sean administradas por el referente PAPSIVI de la IPS o la EAPB. Nota aclaratoria

2: El proceso de verificación en Vivanto o Registros especiales determinará la posibilidad de ingreso al protocolo y atención por el EMS, pero NO LIMITARÁ la atención por otros servicios de salud a los cuales deben acceder las personas como población general beneficiaria del SGSSS. Nota aclaratoria 3: El Ministerio de Salud y Protección Social, junto a la Unidad para las Víctimas, expidió el Comunicado No. 2 (21 de abril de 2017), que dicta: “Dando alcance al Comunicado Conjunto de Julio 1º de 2014 y teniendo en cuenta los requerimientos de información así como las dinámicas del territorio, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) a través de la Subdirección Red Nacional de Información (SRNI) y el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la Oficina de Promoción Social, se permiten informar a los funcionarios del Sector de Salud, la actualización del procedimiento en la solicitud de creación y activación de usuarios para el acceso al Sistema de Información Vivanto y la identificación de población víctima para las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), en el marco del Convenio Interadministrativo de Cooperación para el Intercambio de Información Nº 635 de 2012”.

XIII. ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1 Dirigidas al EMS en conjunto 71. Si es posible, en el contexto específico, se recomienda realizar la consulta interdisciplinar\* inicial en todas las personas víctimas del conflicto armado que ingresen a este Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial y Diferencial. \*Esta consulta se encuentra denominada en el listado CUPS como 89.0.2.15 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO y 89.0.3.15 CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO. Calidad de la evidencia: Moderada Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Si es posible, en el contexto específico, el EMS integrará la consulta interdisciplinaria a sus acciones de intervención. Los profesionales del EMS iniciarán su acción en el momento de la consulta interdisciplinaria, y según el plan de manejo establecido en dicha consulta, seguirán las atenciones y el seguimiento propuesto en este Protocolo. ⎫ Se deberán establecer los objetivos de la atención integral en salud por los miembros del EMS. ⎫ Se deberá reconocer las características del contexto particular de violencia y las características socioculturales del ambiente de la persona a quien se le está brindando atención integral en salud.

Se deberá tener en cuenta los efectos emocionales y conductuales más frecuentes en personas que han sido expuestas a condiciones de violencia por conflicto armado y a sus secuelas, como el desplazamiento.

72. El EMS deberá tener en cuenta que los sistemas de creencias que más se afectan en una persona víctima del conflicto armado son:

1. Creencias respecto a uno mismo: a) Sentido de seguridad. b) Confianza en uno mismo. c) Sentido de plenitud y bienestar. d) Sentido de responsabilidad. e) Sentido de control sobre la propia vida.

2. Creencias respecto al mundo: a) Sentido de orden en un mundo predecible. b) Sentido en una vida con significado y propósito. c) Sentido de protección en relación al garante de los derechos. 3. Creencias respecto a los otros: a) Confianza en la bondad de los demás. b) Sentido de intimidad. c) Sentido de que es posible comunicarse con otros. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

73. Se recomienda que el Equipo Multidisciplinario de Salud, en el marco de la atención integral en salud con enfoque psicosocial, incorpore intervenciones psicosociales efectivas para la afectación física y/o mental de la persona víctima del conflicto armado. Ver Caja de herramientas, Anexo III. Calidad de la evidencia: Moderada Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

74. Durante el seguimiento del EMS, se recomienda realizar una historia clínica (medicina, enfermería y psicología) y una historia social (trabajo social) completas, que preserven la integridad física y psicológica de las víctimas y sus familias. A continuación, se mencionan los aspectos que debe contemplar la historia clínica y social: • Identificación de la persona víctima del conflicto armado, la cual debe incluir número de identificación, edad, raza, pertenencia a un grupo étnico, sexo, identidad de género, orientación sexual, lugar de nacimiento, lugar de procedencia, estado civil, nivel académico, profesión y oficio, ocupación actual, EAPB, datos de contacto (persona a la que se puede contactar en caso de emergencia o imposibilidad de contacto con la persona), datos de localización (dirección, teléfono). En caso de ser menor de edad o persona con discapacidad que requiere de acudiente o cuidador, realizar la identificación del cuidador o acompañante.

• Hecho victimizante (sufrido por el individuo o su familia): se deberá identificar el tipo de hecho victimizante sufrido, evitando la revictimización del individuo.

• Antecedentes personales: indagar por todos los antecedentes usuales en una historia clínica, identificando afectaciones físicas y mentales, consumo de sustancias psicoactivas, consumo de alcohol, antecedentes de intento de suicidio, antecedentes farmacológicos, actividad sexual, hábitos de sueño, entre otros. En caso de niños y adolescentes, indague por los antecedentes materno-perinatales. En casos donde se identifiquen antecedentes de trastornos mentales, indague por eventos de hospitalización, tratamiento actual e historia de seguimiento y control.

• Características de la familia y del entorno: se sugiere realizar familiograma, eco mapa y APGAR familiar.

Se debe también indagar por quiénes son las personas que representan para la víctima figuras de confianza y protección, cuáles son las fortalezas y recursos que han hecho que la persona resista, y qué otras situaciones de vulnerabilidad presenta la víctima.

• Se sugiere abordar la consulta a través de áreas de ajuste (individual, familiar, social, escolar, afectiva).

• Motivo de consulta y anamnesis: es relevante poder identificar si el motivo de consulta pudiese estar relacionado con el hecho victimizante. De igual manera, es importante identificar si pudiese existir otro motivo de consulta subyacente.

• Examen físico completo: en caso de niños y adolescentes, valore el neurodesarrollo de manera adicional.

• Examen mental: sensopercepción, conciencia, porte y actitud, orientación, atención, afecto, pensamiento, lenguaje, conducta motora (conación y ejecución), memoria, inteligencia, juicio y raciocinio, introspección, prospección.

• Impresión diagnóstica.

• Plan de manejo.

• Seguimiento. Nota: El diligenciamiento de cada uno de estos apartados dependerá del caso y el plan de manejo establecido.

En el anexo técnico V se propone el formato genérico de historia clínica del EMS. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Débil a favor

**2.2 Dirigidas al auxiliar de enfermería y/o gestor del EMS**

\*\*A continuación se mencionan los aspectos a tener en cuenta en el marco del acompañamiento al proceso de atención integral en salud a víctimas del conflicto armado por parte del gestor comunitario:

• Datos sociodemográficos: Nivel de estudio, ocupación, estado civil.

• Construcción del familiograma: permite conocer los rompimientos, ausencias, duelos no resueltos o afrontados y los miembros de tipo vulnerable como adultos mayores, niños, etc.

• Identificación y caracterización del contexto en donde vive la persona víctima del conflicto armado, en términos sociales, geográficos, necesidades básicas y acceso a los servicios de salud.

• ¿Qué dificultades presentan como familia?

• ¿Cuál es la dinámica familiar actual?

• Restricciones organizacionales e institucionales: infraestructura con que cuentan actualmente. ¿Cuál es la fuente de sus recursos? ¿Cuál es su situación laboral?

• ¿Qué tipo de vivienda tienen? ¿Cuáles son las condiciones de esta?

• ¿Tiene disponibilidad de servicios públicos y cómo es esta disponibilidad?

• ¿Presenta usted o algunos de sus miembros algún tipo de discapacidad?

• ¿Consume usted o un miembro de su familia algún tipo de sustancias psicoactivas?

• ¿Presenta sobrecarga y multiplicación de roles que no le han permitido rehacer su vida?

• ¿Cuáles pérdidas culturales como consecuencia del conflicto armado vivido han menoscabado su identidad individual y grupal?

• ¿Cuenta con redes de apoyo? En el anexo técnico II encontrará aspectos a considerar en el momento de la atención. Aspectos a tener en cuenta en el marco de la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado por parte del auxiliar de enfermería en el proceso de acompañamiento para la construcción del plan de atención y de cuidado:

• Tendrá la capacidad de escuchar activamente la historia de vida de la persona, abordando el problema que la afecta y la esperanza de su resolución, durante la atención que le brinde.

• Deberá mostrar interés y disposición de ayudar a la persona, expresándole que el proceso de atención se hará a su ritmo.

• Se deberá respetar el lenguaje de la persona, brindándole la posibilidad de hablar en su propio lenguaje y presentarle al auxiliar de enfermería las experiencias que ella misma ha vivido.

• Se recomienda que, a partir de la vida, el auxiliar de enfermería ayude a la persona a identificar problemas o necesidades presentes lo que se debería hacer para resolverlos. Realice, de ser necesario, procesos de contención emocional y comente/derive tales necesidades con el EMS.

• Se recomienda ayudarle a la persona a reconocer y valorar el tiempo que está dedicando para recibir atención por parte de los profesionales de salud. El auxiliar de enfermería y/o Gestor del EMS deberá plantearse las siguientes preguntas de manera inicial:

1. Identificar la situación de la persona víctima del conflicto como urgente o no urgente (que requiera ser valorado por medicina).

2. Determinar rápidamente la naturaleza de la emergencia (si la hubiera).

3. Intervenir rápidamente (remitir a valoración por medicina). Durante la atención, el auxiliar de enfermería deberá realizar la siguiente valoración integral en salud: En todo proceso de valoración hay que tener en cuenta que las funciones físicas, aunque importantes, solo son una pequeña parte de la persona, y que están íntimamente unidas a otros aspectos de tipo cultural, sociológico y espiritual. Identificación de antecedentes personales, familiares y patológicos. Identificación y caracterización de las necesidades en el marco de la oferta de servicios de salud.

75. Tras las atenciones iniciales, independientes, realizadas por parte del auxiliar de enfermería y del Gestor Comunitario en Salud, se debe realizar una reunión interdisciplinaria con los demás integrantes del EMS para integrar los resultados de las evaluaciones iniciales, a fin de establecer una sospecha diagnóstica y de esta manera instaurar el plan de manejo, metas y objetivos para cada una de las acciones, y aunado a ello identificar los indicadores de cumplimiento. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

**2.3 Dirigidas al proceso de seguimiento por parte del EMS**

76. En relación a los elementos no verbales, tales como la postura física del entrevistador, contacto visual, cercanía, etc., se recomienda conocer previamente los patrones culturales presentes, ya que estos pueden determinar qué tan cerca o tan lejos se puede estar de la persona víctima del conflicto armado. Se recomienda ubicarse en un ángulo de 90 grados respecto a la persona para que esta pueda, en un momento dado, concentrase en su narración sin encontrar una mirada confrontadora. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

77. Se recomienda que el profesional del EMS asuma una postura y un contacto visual que permita generar cercanía y empatía con la persona víctima del conflicto armado. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

78. Se recomienda que los miembros del EMS que estén a cargo del proceso de atención a la víctima del conflicto armado hagan uso de las habilidades de comunicación durante la atención en salud, como el manejo de silencios, identificación de momentos de evasión, de alteración emocional, atención a la comunicación no verbal y otras manifestaciones que sean evidentes en el encuentro con la víctima y que puedan contribuir a mejorar la comprensión de su situación actual.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

79. Se sugiere hacer uso de estrategias para facilitar las narraciones de la víctima, entre las cuales están: parafraseo o repetición de lo último que haya dicho el entrevistado, recapitulación, manejo de silencios en consulta, intervenciones mínimas o gestos que promuevan la iniciativa de la persona entrevistada, empatía (interés por escuchar y acompañar) más que simpatía (deseo de agradar), y hacer preguntas abiertas y cerradas que faciliten la apertura de las víctimas.

80. Se recomienda evitar la interpretación o confrontar las narraciones de las víctimas, pues ello puede inducir a un retroceso en el proceso de atención y los logros del establecimiento de la relación de confianza con la persona víctima del conflicto armado. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Débil a favor

81. Se sugiere que los miembros del EMS hagan uso de cuatro tipos de preguntas, las cuales desarrollan las habilidades conversacionales de primer, segundo y tercer nivel requeridas para la atención a víctimas del conflicto armado; estas preguntas son lineales, reflexivas, circulares y estratégicas. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Débil a favor Punto de Buena práctica ⎫ Para el caso de niños y adolescentes o personas en condición de discapacidad, se deberá estimular en los padres, acudientes o cuidadores de las personas víctimas del conflicto el reconocimiento del bienestar emocional propio, con el fin de garantizar la posibilidad de ayuda al niño, adolescente o persona con discapacidad.

82. Durante el seguimiento por parte del EMS a Niños, Niñas o Adolescentes (NNA) víctimas del conflicto armado, su familia o acudientes, se recomienda: Evaluar tanto en niños como adultos (en los casos que sea pertinente) su grupo de referencia o grupo social ordinario, para descartar que su condición tenga una raíz cultural o socioeconómica. Esto permitirá, como parte integral del análisis, una impresión diagnóstica acertada y precisa frente a las problemáticas que enmarcan el desarrollo cognitivo, social y cultural del individuo. Promover en los padres y/o cuidadores de los niños víctimas del conflicto armado que presenten trastornos psiquiátricos, el uso de los servicios de salud y el cumplimiento del plan terapéutico definido por él o los profesionales de salud. En los casos de niños y adolescentes en quienes se identifique negligencia de los cuidadores o ausencia de ellos, se deberá informar a las autoridades competentes para realizar la investigación correspondiente, de acuerdo a los protocolos establecidos para tal fin.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Punto de Buena práctica ⎫ Los registros de las atenciones deben ser claros, con información relevante y que perduren en el tiempo; así se mitiga el riesgo de re victimización.

83. Se sugiere que al identificar y brindar atención durante el seguimiento a una persona víctima del conflicto armado, el Equipo Multidisciplinario de Salud explore si se presentan los siguientes problemas, entre otros (ver definición de problema en el primer capítulo de este documento):

• Historia personal de conductas auto agresivas.

• Tener en cuenta si la persona víctima de un hecho victimizan te presenta confusión de la fantasía con la realidad, tendencia al aislamiento o a la dependencia de otros, comportamiento evitativo ante algunas situaciones o conductas inadecuadas, alteraciones en la atención o concentración (aumento o disminución), problemas de aprendizaje, alteraciones en la memoria., alteraciones en su afecto como labilidad, irritabilidad, sentimientos persistentes de tristeza o desesperanza.

• Problemas de sueño: insomnio, pesadillas, temor a dormir solos/dormir con los padres en niños. • Percepción de estigma, discriminación y exclusión social.

• Problemas de autoestima.

• En niños y adolescentes, actitudes negativistas y desafiantes.

• Consumo de alcohol, tabaco o de otras sustancias psicoactivas (SPA).

• En niños y adolescentes, problemas de aprendizaje, fallas en atención y concentración, desmotivación o deserción escolar, problemas o regresión en el control de esfínteres, indicadores o historia de maltrato, violencia intrafamiliar y/o violencia sexual.

• Sensación de inseguridad.

• Recuerdos intrusivos y repetitivos de experiencias traumáticas.

• Problemas de apetito y del comportamiento alimentario.

• Disminución o aumento sensible de peso (marcador importante en trastornos de la conducta alimentaria, se asocia con frecuencia con depresión, ansiedad o trastornos psicóticos).

• Quejas somáticas: dolor epigástrico, dispepsia, cambio en los hábitos intestinales, dolor osteomuscular, dolor lumbar, cefalea, entre otros.

• Sensación de cansancio y agotamiento

• En niños y adolescentes, valore el desarrollo psicomotor a través de la herramienta de identificación de signos de alarma para sospechar alteraciones del desarrollo.

• Es importante tener en cuenta que los niños menores de 10 años, por aspectos del desarrollo cognoscitivo, es posible que no reconozcan la presencia de algunos síntomas o no puedan verbalizarlos. Calidad de la evidencia: Baja Fuerza de la indicación: Débil a favor

84. Se recomienda indagar por ideación suicida, ideas relacionadas con la muerte o ideación de desesperanza en todas las víctimas del conflicto armado, especialmente cuando son mayores de 8 años y presentan uno o más de los siguientes problemas o trastornos:

• Crisis (una crisis es la reacción conductual, emocional, cognitiva y biológica de una persona ante un evento precipitante, que se constituye en un estado temporal de trastorno, desorganización y de necesidad de ayuda, caracterizado principalmente por la disrupción en la homeostasis psicológica del individuo y que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales. En la crisis se pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema porque fallan los mecanismos habituales de afrontamiento y existe incapacidad para manejar las situaciones y/o dar soluciones a los problemas).

• Dolor crónico.

• Epilepsia/Crisis epilépticas.

• Depresión (Remitirse a la Guía MHGAP, adaptada para Colombia para consultar las definiciones).

• Problema relacionado con consumo de alcohol y otras SPA. • Problemas de concentración, inquietud motora, impulsividad, conductas negativistas, rebeldía, crueldad, rechazo de normas de convivencia, conductas destructivas.

• Psicosis.

• Retraso del desarrollo del lenguaje, del desarrollo motor, de las habilidades de comunicación y socialización, discapacidad cognitiva o del aprendizaje.

• Antecedentes de autolesiones y/o intentos de suicidio. Calidad de la evidencia: Moderada Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Nota: Para explorar adecuadamente comportamiento suicida en niños y adolescentes, consultar: WHO. MHGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecialized health settings [monograph on the Internet]. [place unknown]: Ginebra WHO 2010; 2010. [cited June 16, 2015]. Available from: Catálogo Bibliotecas Universidad Nacional de Colombia. WHO. Public health action for the prevention of suicide: a framework. [serial on the Internet] Ginebra WHO 2012; 2012. [Cited June 16, 2015]. Available from: http://apps.who. int/iris/bitstream/10665/75166/1/97 89241503570eng.pdf

85. Se recomienda que la atención integral en salud con enfoque psicosocial para personas víctimas del conflicto armado expuestas a violencia sexual como hecho victimizante cuente con las siguientes características:

• Apoyo emocional.

• Atención a todas las condiciones generales de salud relacionadas con la violencia sexual, como los son: emergencias médicas / psicológicas – trauma, intoxicaciones, cuidado general de la salud, etc., así como los cuidados médicos específicos, tales como anticoncepción de emergencia, profilaxis de ITS y VIH, hepatitis B, Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), etc. • Realizar la toma de evidencias forenses cuando sea necesario.

• Aplicar todas las medidas de protección para las víctimas.

• Realizar el tratamiento y rehabilitación a la víctima para su salud mental.

• Orientación a nivel familiar.

• Realizar la denuncia, reporte y documentación de la violencia sexual.

• Activar las distintas redes de apoyo institucional, comunitario y familiar que permitan su atención integral.

• Desde la institucionalidad, se debe garantizar que las víctimas de violencia sexual NO sean nuevamente vulneradas durante el proceso de atención. (Fuente: Papsivi 2013 https://www. minsalud.gov.co/proteccionsocial/ Paginas/Victimas\_PAPSIVI.aspx consultado 27 de agosto 2016; Resolución 0459 de 2012 y Ley 1719 de 2014).

• En caso de víctimas de violencia sexual en el marco de conflicto armado, se deberá seguir el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual establecido por el MSPS (http://historico.equidadmujer. gov.co/Normativa/Documents/ prevencion-embarazo/Resolucion-0459-2012-ruta.pdf). Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor 86. Se recomienda aplicar los criterios diagnósticos DSM-5 y Mh-GAP en las personas víctimas del conflicto armado en quienes se sospechen las siguientes condiciones (entre otras):

• Trastornos relacionados con trauma y estrés: trastornos de Estrés Agudo, Trastorno de Estrés Postraumático y Trastornos de Adaptación.

• Duelo prolongado (Diagnóstico CIE-10).

• Trastornos depresivos: depresión mayor, distimia.

• Trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad de separación, trastorno de pánico, fobias.

• Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta (trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta).

• Trastornos por síntomas somáticos.

• Trastornos de la conducta alimentaria.

• Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

• Trastorno bipolar.

• Trastornos del sueño. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor 87. Se recomienda aplicar herramientas de tamización para la identificación de problemas mentales (ej. RQC [Cuestionario de reporte para Niños] y SRQ [Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos]) en víctimas del conflicto armado. Calidad de la evidencia: Moderada Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Punto de Buena práctica ⎫ En todo caso, para establecer el diagnóstico de trastornos mentales se usará el MH-GAP o el DSM-5, pero para efectos de registro en la historia clínica se usará CIE-10. ⎫

Es fundamental reconocer que hay personas víctimas del conflicto armado que pueden requerir tratamiento psicológico o psiquiátrico debido a su alto grado de daño, pero este no debe ser el punto de partida de la atención integral en salud con enfoque psicosocial que requieren todas las personas víctimas del conflicto armado, si no que hará parte del repertorio de opciones que pueden requerirse en el proceso de atención para casos particulares, de acuerdo a la valoración individual.

88. Para las víctimas del conflicto armado en quienes se confirme el diagnóstico de depresión moderada-grave, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia/crisis epiléptica, trastornos del desarrollo, trastornos conductuales, demencia, uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol, uso de drogas y trastornos por el uso de drogas, autolesión/intento de suicidio, se recomienda implementar el esquema propuesto en la Guía de intervención MH-GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (adaptado para Colombia). Calidad de la evidencia: Moderada Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Durante el proceso de seguimiento en el marco de la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial a víctimas del conflicto armado:

89. Se recomienda que el establecimiento del plan de manejo y seguimiento se realice de forma concertada con la persona víctima del conflicto, buscando mejorar la adherencia al proceso terapéutico, teniendo en cuenta las características de la persona, sus necesidades y expectativas. 90. Se sugiere realizar el seguimiento a las personas víctimas del conflicto armado así: Personas mayores de 18 años de edad:

• Durante la atención por EMS, las personas mayores de 18 años deben ser atendidas de acuerdo a la ruta de promoción y mantenimiento, y realizar todas aquellas acciones en salud que promuevan una adecuada salud.

• A toda persona víctima de conflicto armado que sea mayor de 18 años de edad se le realizará seguimiento durante dos años por el EMS, independientemente de que esté siendo valorada y tratada por el especialista, derivado de un trastorno mental o de una patología física. 91. Se recomienda realizar seguimiento mensual por el EMS a todas las víctimas durante los primeros seis meses de atención, incluidas aquellas personas que tienen un trastorno mental o una condición física que han requerido ser remitidas a servicios de mediana o alta complejidad para manejo especializado.

92. Se recomienda posterior a estos seis meses continuar con el seguimiento realizando como mínimo dos atenciones en un periodo de seis meses hasta cumplir los dos años de seguimiento por parte del EMS, aunque hayan presentado signos y síntomas de afectación, si estos no han derivado en problemas o trastornos que ameriten manejo especializado.

93. Si durante los dos años de seguimiento la persona presenta una patología física, deberá ser atendida por el EMS, identificando y valorando la necesidad de remisión a nivel especializado, de acuerdo a las condiciones del individuo y el concepto clínico, remitiendo de acuerdo a las GPC y las Rutas Específicas. En caso de que no se considere pertinente la remisión a un servicio de mediana o alta complejidad, el EMS deberá brindar la atención adecuada para cualquier evento en salud que se presente en la persona víctima del conflicto armado. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Punto de Buena práctica ⎫ Durante las consultas a personas víctimas del conflicto armado, se debe orientar sobre los posibles síntomas que pueden aparecer y recomendar que, en caso de presentarse, debe asistir inmediatamente al servicio con el Equipo Multidisciplinario de Salud. NNA menores de 18 años: • Durante la atención por el EMS, las personas menores de 18 años deben ser atendidas de acuerdo a la ruta de promoción y mantenimiento, y realizar todas aquellas acciones en salud que promuevan una adecuada salud.

94. Se sugiere que las personas víctimas del conflicto armado menores de 18 años que no tengan trastorno mental tengan un seguimiento mínimo hasta los 18 años de edad, por ser la adolescencia una etapa de alto riesgo para aparición de trastornos afectivos y problemas de salud mental.

95. Se sugiere realizar seguimiento mensual a toda persona menor de 18 años por el EMS, durante los primeros seis meses y después mínimo dos veces cada semestre, de acuerdo al plan de atención considerado y establecido en la primera atención.

96. Se recomienda brindar atención por parte del EMS a través de psicoterapia a toda persona menor de 18 años en quien se identifique un problema mental.

97. Cuando el EMS considere que estos problemas desbordan su capacidad de atención y siempre que haya indicadores de trastorno mental, las personas menores de 18 años deberán ser remitidas al especialista, tales como psicólogo infantil o psiquiatra infantil. 98. Se recomienda que en el caso en el que se identifiquen afectaciones físicas en un niño o adolescente víctima del conflicto armado, se realice el diagnóstico y plan de manejo de acuerdo a las GPC y rutas establecidas para cada una de las condiciones.

99. Si durante los dos años de seguimiento la persona menor de 18 años presenta una patología física, deberá ser atendida por el EMS, identificando y valorando la necesidad de remisión a nivel especializado, de acuerdo a las condiciones del individuo y el concepto clínico, remitiendo de acuerdo a las GPC y las Rutas Específicas. En caso de que no se considere pertinente la remisión a un servicio de mediana o alta complejidad, el EMS deberá brindar la atención adecuada para cualquier evento en salud que se presente en la persona víctima del conflicto armado menor de 18 años. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

100. Si durante el seguimiento la persona presenta una patología física que requiere atención en salud integral, el EMS deberá asegurar la atención y si se requiere la remisión y atención a través de las rutas integrales de atención específicas de la condición física identificada.

101. Se recomienda que la persona menor de 18 años continúe en seguimiento por el EMS, así esté siendo tratada por el especialista. La frecuencia de este seguimiento deberá establecerse de acuerdo a las necesidades del individuo a través del EMS y del especialista. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

102. Se recomienda orientar durante las consultas de seguimiento a la persona víctima del conflicto armado y sus acudientes sobre los posibles síntomas que pueden aparecer y recomendar que, en caso de presentarse, deberá asistir inmediatamente al servicio con el Equipo Multidisciplinario de Salud.

103. Se recomienda remitir a servicios especializados (alta y mediana complejidad) a las personas víctimas del conflicto armado que cumplan con los criterios diagnósticos de trastorno mental, de acuerdo al DSM-5 y MhGAP, o en quienes haya duda respecto al diagnóstico, durante el proceso de seguimiento en el EMS.

104. Se recomienda realizar remisión a servicios clínicos especializados a la víctima del conflicto armado, si durante la consulta de seguimiento se identifica que tiene antecedente diagnóstico de algún trastorno mental (trastorno psicótico, trastorno bipolar, etc.), y algún signo de alarma para presentar una afectación, para su control y seguimiento.

105. En caso de requerir tratamiento farmacológico como parte del manejo de la afectación mental, la se recomienda remitirse a la guía de práctica clínica correspondiente.

**2.4 Procesos de remisión**

2.4.1 Causas de remisión a servicios especializados

106. Se recomienda remitir a una persona víctima del conflicto armado a servicios especializados cuando se identifique cualquier trastorno mental o sospecha de este, de acuerdo al proceso de tamización (instrumento RQC y SRQ) y este no pueda ser tratado en el prestador primario (ver Anexo técnico III):

• Signos o síntomas de depresión o ansiedad.

• Víctimas con antecedentes de gestos suicidas o autolesiones que no hayan sido valoradas por psiquiatría o psicología clínica.

• Víctimas con antecedentes de hospitalización o tratamiento psiquiátrico interrumpido.

• Antecedente familiar de trastorno psiquiátrico en primer grado.

107. Se recomienda realizar remisión a un servicio de urgencias cuando se identifique en una persona víctima del conflicto armado los siguientes signos y síntomas:

• Intento de suicidio de cualquier tipo

• Ideación suicida estructurada que constituya un plan.

• Ideación delirante, es decir, fuera del contexto de realidad que no atienden a razonamientos lógicos.

• Conductas extrañas, fuera del contexto de realidad.

• Agitación psicomotora.

• El individuo que por su condición mental alterada pone en riesgo a los demás o a sí mismo.

• Síndrome de abstinencia.

• Otra condición clínica que constituya una urgencia. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Punto de Buena práctica ⎫ Cuando se identifique una persona víctima de conflicto armado en quien se sospeche consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, el EMS deberá seguir la ruta integral de atención para trastornos asociados al consumo de SPA.

2.4.2 Proceso de remisión

108. Se recomienda que en los casos en que se requiera derivación a servicios especializados, se explique a las víctimas y a sus familiares las ventajas de la intervención terapéutica y la importancia de la adherencia a los tratamientos necesarios, de acuerdo a la condición por la cual se considera la remisión (física/mental). Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Punto de Buena práctica.

El EMS deberá seguir las GPC y las RIAS para definir los criterios de remisión a servicios especializados para cada una de las afectaciones físicas y mentales que se identifiquen en las personas víctimas del conflicto armado. 109. Se recomienda que cuando se identifique una persona víctima de conflicto armado en quien se sospeche violencia sexual, se siga el modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

110. Se recomienda la generación de un proceso de remisión efectiva a servicios especializados que contenga los siguientes aspectos:

• Sistema de alerta de remisión: el líder del Equipo Multidisciplinario de Salud notificará al coordinador de la IPS la necesidad de referencia para que se realice el proceso de seguimiento y asignación de la cita.

• Diligenciamiento de formulario de remisión del estado de salud del paciente que contenga:

• Datos de identificación: personales, de contacto y de aseguramiento.

• Datos clínicos: resumen completo de historia clínica que contenga antecedentes personales, patológicos, familiares e información relacionada con el hecho de ser víctima, motivo de consulta, examen físico, impresión diagnóstica, tratamiento brindado y motivo de remisión. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

111. Se recomienda que en los casos en que se observe mejoría en los signos y síntomas del trastorno mental o condición física, el médico especialista realice el proceso de contraremisión de la víctima del conflicto armado al Equipo Multidisciplinario de Salud del Prestador Primario, de acuerdo a su criterio médico.

El proceso de contra remisión deberá estar soportado en un óptimo diligenciamiento del formulario de contra remisión que contenga:

• Datos de identificación: personales, de contacto y de aseguramiento.

• Datos clínicos: resumen completo de historia clínica que contenga antecedentes personales, patológicos, familiares e información relacionada con el hecho de ser víctima, motivo de consulta, examen físico, diagnóstico, tratamiento brindado y plan de manejo a continuar. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor 112. Se sugiere que en los casos en que el médico especialista considere que el trastorno mental o condición en salud física pueda ser manejado por el Equipo Multidisciplinario de Salud, realice un proceso de contra referencia a este equipo, en el cual se explicite el diagnóstico confirmado, el plan de atención, seguimiento y signos de alarma. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

113. Se sugiere incorporar en la atención integral en salud con enfoque psicosocial, en la baja, mediana y alta complejidad, atenciones psicosociales que, de acuerdo a criterio médico, puedan beneficiar a la persona víctima del conflicto armado y que puedan ser realizadas según las condiciones del contexto en el cual se presta la atención. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

XIV. CIERRE DE CASO

**En personas mayores de 18 años**

114. Se recomienda que, si la persona durante los dos años de seguimiento no presenta trastorno mental o patología física alguna, podrá ser dada de alta por parte del EMS.

115. El alta por parte del EMS deberá realizarse brindando una orientación a la persona en relación a signos y síntomas de alarma y los mecanismos de consulta en el sistema de salud. De igual manera, deberá continuar con las acciones propias de la ruta de promoción y mantenimiento y todas aquellas rutas específicas de acuerdo a la necesidad de cada persona.

116. Si durante los dos años de seguimiento la persona presentó una condición mental o física, atendida por el EMS,

Se recomienda que el cierre de caso y el alta por parte del EMS se determinen a través de un estudio de caso en el que se determine su estado, con el fin de realizar cierre de caso y alta. Punto de Buena práctica ⎫ Al margen de lo anterior, se debe tener en cuenta que algunos cuadros clínicos son crónicos, por ejemplo el Trastorno Afectivo Bipolar puede presentar recaídas por muchos años, y en la esquizofrenia el tratamiento es de por vida.

117. Si durante los dos años de seguimiento la persona presenta un trastorno mental, el cual requirió atención por un servicio especializado, el cierre de caso y el alta por parte del EMS se deberá determinar a través de un estudio de caso en el que los profesionales del EMS y el especialista determinen su estado. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Punto de Buena práctica ⎫ Si durante los dos años de seguimiento la persona presenta una patología física, podrá ser dada de alta por parte del EMS, siempre asegurando la remisión y atención a través de las Rutas Específicas.

**Personas menores de 18 años**

118. Se recomienda que en el momento en que el individuo cumpla los 18 años de edad, se realice un análisis de caso con el objetivo de que el EMS determine si la persona puede ser dada de alta. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

119. El alta por EMS deberá realizarse brindando una orientación a la persona, y de ser posible a su familia, en relación a signos y síntomas de alarma y los mecanismos de consulta en el sistema de salud. De igual manera, deberá continuar con las intervenciones correspondientes de la ruta de promoción y mantenimiento y todas aquellas rutas específicas de acuerdo a la necesidad de cada persona. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

XV. Atención a la víctima y su familia

120. Se recomienda que, si posterior a la valoración inicial o durante el seguimiento de la persona víctima del conflicto armado por parte del EMS se considera que existe un riesgo de una desestructuración del núcleo familiar, se deberá considerar una atención a la familia. A continuación, se dan recomendaciones del desarrollo de dicha valoración. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

121. Se recomienda evaluar el estado emocional de la persona víctima del conflicto armado antes de realizar atención familiar, para identificar la pertinencia de la intervención grupal, esto con el fin de disminuir el riesgo de aparición o recaída de síntomas individuales con la evocación de experiencias negativas grupales. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor Punto de Buena práctica

• La familia tiene que considerarse como un agente activo e indispensable en el proceso de atención; por esta razón, se sugiere que la atención se oriente a:

• Atenciones dirigidas al grupo familiar con el objetivo de facilitar la permanencia del paciente en sus ambientes familiar y escolar (si aplica), donde se empodere a la familia y cuidadores para que puedan realizar un acompañamiento adecuado, con tiempos de atención definidos por el equipo de manejo y evaluaciones periódicas para determinar la evolución y el alcance de metas. • Atenciones acompañadas con redes de apoyo de pacientes con estas mismas afectaciones y casos de éxito.

122. Se recomienda que el EMS tenga en cuenta el siguiente proceso de entrevista psicosocial familiar:

• Presentación del entrevistador y de los miembros de la familia.

• Presentación del programa, la forma en que está estructurado, quiénes lo conforman y cómo funciona.

• Conocimiento de la familia: quiénes la conforman, dinámicas internas, estados emocionales, situación económica, perspectivas actuales, estados de salud, entre otras.

• Motivos que causaron la consulta o referencia.

• Explicar los pasos a seguir para brindarles apoyo, incluyendo los procedimientos que se aplicarán (Apgar familiar, genograma, etc.).

Los elementos a tener en cuenta durante la entrevista son:

• Observación de la expresión no verbal de la persona.

• Respetar las diferentes expresiones culturales.

• Evitar emitir juicios de valor que puedan provocar una respuesta defensiva.

• Facilitar la expresión de sentimientos.

• Enfatizar los aspectos más relevantes en cuanto a estados emocionales, de salud, relaciones intrafamiliares y con la comunidad a la que pertenecen.

• Realizar entrevistas en forma interdisciplinaria cuando existe mayor complejidad.

• Frente a situaciones planteadas por la familia, realizar aportes precisos, gestionar apoyo de otras instituciones y remitir.

• Nunca perder de vista la necesidad de un abordaje humano y empático que respete los silencios y la negativa de las personas de hablar sobre temas particulares.

• Programar visitas domiciliarias a las familias cuando se observe la necesidad, con el fin de brindar un acompañamiento más personalizado.

• La comunicación se deberá establecer en el lenguaje materno, ya sea por manejar el idioma o a través de traductores capacitados en el tema de salud mental. Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor 123. Para la determinación del funcionamiento y estructura familiar, se recomienda: Con los elementos recogidos en la entrevista, evaluar el funcionamiento familiar y determinar la estructura familiar con los modelos propuestos (APGAR familiar y Eco mapa).

De ser necesario, considerar una nueva entrevista para completar la información precisa. • No olvidar que estos instrumentos únicamente pretenden ser material de apoyo y sistematización, pero no sustitutos de la entrevista y la intervención directa y humana con las familias.

**Evaluación del funcionamiento familiar**

Se considera el funcionamiento familiar como la dinámica interactiva y sistémica que se produce entre los miembros de la familia y se evalúa a través de diversas categorías que pueden ser, entre otras, armonía, cohesión, rol, comunicación, afecto, permeabilidad y adaptabilidad.

124. Se recomienda la utilización del APGAR familiar para identificar el funcionamiento familiar Calidad de la evidencia: Moderada Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

125. Se recomienda realizar un abordaje integral para la atención familiar (ver Anexo técnico III). Calidad de la evidencia: Consenso de expertos Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

XVI. Resumen - Síntesis de la Evidencia

Se encontraron 22 estudios de investigación que evalúan la efectividad de diferentes intervenciones psicosociales para la prevención y control de afectaciones en la salud mental y física de las víctimas del conflicto armado, entre ellas: trastorno de estrés postraumático (TPET), depresión, ansiedad, trastornos del comportamiento, trastornos del sueño, síntomas somáticos y otros. De estos estudios, 12 corresponden a revisiones sistemáticas de literatura (1-11) y 10 son estudios primarios, que incluyen 5 ensayos controlados aleatorizados (12-16) y 5 estudios cuasi experimentales (17-21). De las 13 revisiones sistemáticas, solo una de ellas se limitó a ensayos controlados aleatorizados. Las 12 revisiones restantes incluyen estudios cuasi experimentales, estudios observacionales analíticos y descriptivos, y estudios cualitativos.

Solo dos revisiones presentan metanálisis de la intervención evaluada. Las restantes no agruparon datos debido a la heterogeneidad de los estudios. Las poblaciones en donde se realizaron los estudios fueron niños y adultos de ambos sexos, víctimas de tortura, refugiados, asilados, víctimas de abuso sexual en el conflicto armado, niños excombatientes y militares de Palestina, República Democrática del Congo, Uganda, Sri Lanka, Nepal, Indonesia, Burundi, Ruanda, Bosnia y Herzegovina, Sudán, Líbano, Israel, Somalia, Sierra Leona, El Salvador, Angola, Kosovo, Serbia, Costa de Marfil, Liberia, Croacia, Vietnam y Camboya. No se encontraron estudios que dieran cuenta de intervenciones con enfoque diferencial, dado que asumen los procesos de diferenciación desde el tipo de atención y no por otra característica social, cultural, política o biológica. Atenciones en salud con enfoque psicosocial en niños y adolescentes Intervenciones preventivas

Los resultados de 16 estudios primarios incluidos en esta revisión sugieren que intervenciones individuales o grupales como la Terapia Narrativa de Exposición en su versión para niños (KidNET), el programa Narrative Story Telling (STAIR/NST), la intervención en crisis grupal, psicoterapia interpersonal, psicoterapia testimonial individual, terapia cognitivo conductual y programas basados en el colegio o salón de clases como los programas enfocados en el trauma y el duelo, la intervención y promoción de habilidades, la psi coeducación e intervenciones comunitarias como el programa Project Heartland y los programas de salud mental que incluyen el trabajo con los padres, son efectivas en la reducción de síntomas de trastorno de estrés postraumático y síntomas de depresión.

Para otros desenlaces como ansiedad, los resultados son contradictorios, de tal forma que en algunos estudios la terapia realizada es efectiva, mientras que en otros no se encuentran diferencias entre los grupos de comparación o en la medición en la línea de base y la medición posterior a la intervención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2103a).

El metanálisis de cuatro estudios que reportaron la valoración cuantitativa del efecto de las intervenciones para la prevención de TPET (reportado por los autores) mostró el efecto positivo que tienen este tipo de intervenciones en los niños; no obstante, es importante considerar la alta heterogeneidad reportada en el estudio (diferencia de promedios entre los grupos de intervención y control = -0,56 IC 95% -1,04, -0,07; n=198 intervención, n=186 control; Heterogeneidad t2=0,18, x2=14,50, gl=3 (P=0,002); I2=79%) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a). Intervenciones Intervenciones individuales La efectividad de intervenciones como la terapia cognitivo comportamental, la terapia de exposición narrativa (Narrative Exposure Treatment - NET) y su adaptación para niños (KidNET), y la psicoterapia testimonial ha sido evaluada en varios estudios en diferentes países.

En niños refugiados del Este de Europa que fueron tratados con KidNET, los resultados sugieren mejoría en los síntomas de TPET; en jóvenes afectados por el genocidio de Ruanda, se observaron efectos beneficiosos, los cuales se mantuvieron en el tiempo; en otro estudio realizado con niños refugiados de Ruanda y Somalia, en campamentos de Uganda, se observó disminución de los síntomas de TPET y depresión, y después de nueve meses, 4 de 6 pacientes no cumplían criterios de TPET y ningún niño cumplía criterios de depresión. En cuanto a la terapia testimonial, estudios de caso sugieren que la intervención produce altos niveles de satisfacción en los adolescentes (2, 5-8,10).

**Intervenciones familiares**

Los resultados de un estudio realizado en Bosnia con parejas madre-hijo, la cual consistió en psicoeducación para las madres, que incluyó reconocimiento de síntomas del trauma en niños y promoción del conocimiento de la madre sobre su propio bienestar y el de los niños, sugieren que, comparado con solo cuidado médico, hay un efecto positivo modesto en la salud mental materna; también se observó: ganancia de peso en los niños, mejora en el funcionamiento psicosocial y salud mental de los niños, aumento del rendimiento cognitivo de los niños, disminución de los problemas psicológicos de los niños, disminución de los síntomas de trauma de las madres, incremento en la satisfacción de la vida de las madres e incremento en el apoyo social percibido por las madres (diferencias no significativas estadísticamente, d=0.33- 0.54) (2, 5, 6, 9). Intervenciones psicosociales en adultos Intervención transdiagnóstica: Tratamiento con enfoque de elementos comunes (Common Elements Treatment Approach - CETA)

Se encontraron dos ensayos controlados aleatorizados de baja y alta calidad que evaluaron esta intervención en dos poblaciones diferentes: Iraq y refugiados birmanos en Tailandia. Los resultados muestran que, comparado con un grupo de lista de espera, esta intervención es efectiva para el tratamiento de afectaciones como síntomas de trauma, depresión, ansiedad, disfuncionalidad, agresión y transtorno de estrés postraumático en individuos afectados por el conflicto armado en países de bajos recursos (Tamaño del efecto-d de Cohen: síntomas de trauma 2,40, ansiedad 1,60, depresión 1,82, disfunción 0,88) (OMS, 2016). Para el desenlace de consumo de alcohol no se encontraron diferencias entre los grupos de comparación (3).

Esta intervención, que puede ser realizada por miembros de la comunidad capacitados por personal profesional, incluye un conjunto de elementos de prácticas comunes que pueden ser entregados en diferentes combinaciones para abordar diferentes problemas de salud mental. Se pueden incluir componentes como: fomento de la participación y psicoeducación, activación del comportamiento, afrontamiento cognitivo y restructuración, exposición imaginaria, exposición en vivo, seguridad y otros, variando la secuencia y el número y duración de las sesiones de acuerdo a los síntomas, comorbilidad y el problema actual más inquietante del paciente.

Terapia cognitivo comportamental (CBT) Nickerson (y cols.) hizo una revisión sobre los tratamientos psicológicos para el tratamiento de desorden de estrés postraumático para refugiados, los cuales se clasifican en dos grupos: terapia focalizada en el trauma e intervenciones multimodales. De los 19 estudios incluidos en esta revisión, 8 tenían grupo control y asignación aleatoria de la intervención, y de estos 5 evaluaron la efectividad de la terapia cognitivo comportamental (CBT en inglés), encontrando en todos los estudios que la terapia redujo significativamente el TPET (rango del tamaño del efecto pre-posterapia = 0,6 a 2,7, desenlace medido con la escala CAPS). Sin embargo, en otros desenlaces como ansiedad y depresión, los resultados son inconsistentes. Un estudio con refugiados en Suecia sugiere que la CBT, junto con la terapia de exposición, disminuye significativamente la ansiedad y la depresión, y estos mismos resultados se observaron en ensayos aleatorizados con refugiados vietnamitas, camboyanos y de Ruanda; adicionalmente, en este último estudio se reportó mejora en la habilidad para regular las emociones y síntomas de pánico. Contrario a esto, en un ensayo con mujeres camboyanas donde se evaluó la efectividad de la adición de la CBT al tratamiento médico con sertralina, no se encontraron diferencias en la depresión. Un ensayo controlado aleatorizado publicado en 2014 evaluó una “intervención para la preparación de la juventud”, que incluyó elementos de la terapia cognitiva comportamental y terapia interpersonal de grupo, en 10 a 12 sesiones, y reuniones con la comunidad y la familia cuando fue apropiado.

La intervención estuvo dirigida a jóvenes entre 15 y 24 años de edad afectados por la guerra, quienes reportaron discapacidad funcional y angustia, y mostró mejoría estadísticamente significativa en regulación emocional, comportamiento pro-social, discapacidad funcional y soporte social, todos luego de la intervención, pero no mostró efecto en ningún desenlace a los seis meses de seguimiento. Tampoco mostró beneficio en los resultados sobre el estrés postraumático luego de la intervención ni a los seis meses de seguimiento (bajo riesgo de sesgo). Terapia de exposición narrativa (NET) Para la terapia de exposición narrativa, Nickerson y cols., incluyeron tres estudios en su revisión, todos realizados por Neuner y cols., con refugiados de Turquía, Ruanda y Sudán. Los resultados muestran que los pacientes que recibieron NET manifestaron una mayor reducción en los síntomas de TPET que aquellos en el grupo control (tamaño del efecto = 0,3 a 1,6). En uno de los estudios se reportó, además, que a los nueve meses de seguimiento, 30% de los pacientes continuaron con el diagnóstico de TPET comparado con 63% de los controles. No se presentaron diferencias en los síntomas de depresión o índices de dolor. La efectividad de NET para niños y adultos que han experimentado múltiples eventos traumáticos y repetitivos también fue evaluada por Robjant y cols.

En esta revisión se identificaron nueve estudios, de los cuales cinco se desarrollaron con adultos. En general, la evidencia sugiere que NET es un tratamiento efectivo para la reducción de síntomas asociados a la PTSD, permitiendo una mayor remisión, comparado con otros enfoques terapéuticos como la psicoeducación y consejería. La evidencia disponible se ha desarrollado en países de ingresos bajos, medios y altos, y en poblaciones de refugiados, desplazados y solicitantes de asilo. La mayoría de los estudios de NET en adultos han demostrado mejoría en los síntomas de PTSD post-test y al seguimiento a los seis meses y un año. Las remisiones por NET se encontraron en un rango de 71,4% a 55,5%, y se reportó un tamaño del efecto de 1,4 a 1,16 entre los seis meses y un año de seguimiento. Un ensayo controlado aleatorizado con moderado riesgo de sesgo, publicado en 2013, evaluó la terapia de exposición narrativa en comparación con la terapia usual, para el tratamiento de síndrome de estrés postraumático en refugiados y solicitantes de asilo adultos en Noruega.

En esta intervención, los pacientes fueron asistidos para construir un relato cronológico de sus historias de vida, con especial énfasis en las experiencias traumáticas. Los resultados mostraron beneficios sobre su comparador en la disminución de síntomas de estrés postraumático, seis meses después del tratamiento, sin diferencias en términos de síntomas de depresión mayor. Intervenciones para personas víctimas de violencia sexual y de género en el contexto del conflicto armado Se encontró una revisión sistemática sobre la efectividad de intervenciones en salud mental y apoyo psicosocial en mujeres expuestas a violencia sexual y de género en el contexto del conflicto armado.

En esta investigación se incluyeron siete estudios realizados en África, Albania, Reino Unido y Estados Unidos. Las intervenciones identificadas incluyeron consejería individual y grupal, actividades psicosociales, atención en salud y apoyo psicológico, terapia cognitiva comportamental y programas para la reintegración comunitaria. En general, con las intervenciones previamente mencionadas, se reportó disminución en los síntomas de TPET, mejoría en la funcionalidad, disminución de la percepción de discapacidad, escolarización, aceptación de la comunidad y cesación en el consumo de drogas; sin embargo, en el estudio no se establecieron conclusiones robustas respecto a la efectividad de alguna intervención en particular debido al nivel de evidencia disponible (ensayos controlados no aleatorizados, estudios pre/post-test sin grupo control, cohortes retrospectivas y estudios de casos) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

Un ensayo comunitario con moderado riesgo de sesgo, publicado en 2015, evaluó la terapia de procesamiento cognitivo en comparación con apoyo individual, en mujeres que fueron víctimas o testigos de abuso sexual y quienes mostraron síntomas de depresión, ansiedad o síndrome de estrés postraumático, y deterioro funcional. Los resultados mostraron beneficios al final de la intervención y a los seis meses de seguimiento, en términos de síntomas de depresión y ansiedad, estrés postraumático y deterioro funcional (González & Macías, 2015). Nota: Para consultar el detalle de la síntesis de evidencia, consultar el Suplemento Metodología y Síntesis de la Evidencia.

XVI. ANEXOS

**ANEXO I: METODOLOGÍA DETALLADA DEL DESARROLLO DEL PROTOCOLO**

Para dar respuesta al problema de salud expuesto anteriormente, se plantea el desarrollo de un protocolo integral de atención en salud con enfoque psicosocial y diferencial. Los contenidos de este Protocolo fueron desarrollados bajo una metodología multi etápica y con múltiples enfoques de investigación (cuantitativa y cualitativa), que permitieron identificar las necesidades de salud, los aspectos de la atención que garanticen la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial y las estrategias de implementación de las atenciones y acciones en salud en el sistema general de seguridad social en salud. A continuación, se enuncian las etapas de desarrollo y los contenidos de cada una de ellas, y posteriormente, para cada etapa se profundiza en la metodología y en el proceso realizado. Nota: Para conocer el detalle del proceso metodológico y sus resultados, como la síntesis de la evidencia, por favor consultar el Suplemento Metodología y Síntesis de la evidencia.

**ETAPA 1. Búsquedas y revisiones sistemáticas de la literatura**

Se desarrollaron cuatro revisiones sistemáticas de la literatura que dieran cuenta de cuatro aspectos del problema de investigación enunciado previamente: • Las afectaciones físicas y mentales (morbimortalidad) de las víctimas del conflicto armado. • Las atenciones con enfoque psicosocial y diferencial que garanticen la atención integral en salud de las víctimas del conflicto armado. • Mecanismos y/o estrategias que incorporen dichas atenciones en el sistema general de seguridad social en salud. • Mecanismos de evaluación y monitorización que permitan que los diferentes actores del sistema conozcan los resultados de la incorporación de las atenciones y la implementación del Protocolo y tomar decisiones oportunas y efectivas informadas en esta evidencia. Estos aspectos emergieron de las necesidades el ente gestor (Ministerio de Salud y Protección Social). Una vez identificados, se plantearon como preguntas tipo Picot, y de manera aunada se establecieron a priori unos criterios de elegibilidad para perfilar las búsquedas de la literatura en las diferentes bases de datos. A continuación, se presentan los dos aspectos (Formato Picot, criterios de elegibilidad) para cada una de las preguntas:

1. ¿Cuáles son las afectaciones o impactos en la salud física y mental de las víctimas como consecuencia de los hechos victimizan tés en el marco del conflicto armado?

Tabla 1. Pregunta de afectaciones en estrategia Picot

|  |  |
| --- | --- |
| Población: los pacientes elegibles | Individuos, familias y comunidades víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario en Colombia. |
| Exposición: Hechos victimizantes, factores de riesgo, determinantes sociales | Factores sociodemográficos: edad, género, zona de residencia (urbana-suburbana-rural, rural dispersa, metropolitana).  Determinantes sociales de la salud: situación socioeconómica, nivel de escolaridad, inequidad social, condición de vivienda, diversidad cultural, situación laboral, etnia, sistema de salud.  Hechos victimizantes\*: Desplazamiento forzado, homicidio, amenaza, desaparición forzada, acto terrorista, abandono o despojo de tierras, delitos sexuales, secuestro, tortura, minas antipersonales, vinculación de niños, niñas y adolescentes (reclutamiento forzado). |
| Comparación | No aplica |
| Desenlaces (del inglés outcomes): las consecuencias en salud (beneficios o daños) que son atribuidos a los hechos victimizantes | • Integridad biológica: salud física, dolores, enfermedades (malnutrición, enfermedades crónicas [cáncer, diabetes, VIH, epilepsia, enfermedades respiratorios crónicas, otras], enfermedades del sistema muco cutáneo {secuelas físicas, cicatrices deformantes], enfermedades del sistema músculo-esquelético [secuelas físicas, amputaciones de dedos o extremidades, síntomas músculo-esquéleticos: reporte de dolores articulares o musculares en espalda, cuello, brazos, piernas, manos o pies, discapacidad, discapacidad física], enfermedades infectocontagiosas, lesiones de causa externa). • Funcionalidad de procesos mentales: dificultades y/o limitaciones en memoria y aprendizaje, capacidad para la toma de decisiones (síndromes depresivos, bajos niveles de activación, conductas contrarias, fracaso en actividades orientadas al logro, incapacidad para lograr una conexión afectiva con los familiares o amigos, problemas conciliatorios del sueño, problemas de socialización, episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastorno disocial, desentendimiento moral, capacidad de resiliencia, dificultad o incapacidad de establecer empatía). • Dignidad e identidad: baja autoestima, sentimientos recurrentes de humillación y vergüenza, identidad cristalizada de víctima. • Afectividad y emoción: dificultad en reconocimiento, expresión y manejo de las emociones. • Valores y creencias: sensación de desprotección ante la justicia, instalación de imaginarios que legitiman la violencia, cambios en las creencias frente al mundo. Impactos comunitarios: Deterioro de las condiciones de vida del grupo o comunidad (desplazamiento, pérdidas económicas, desintegración social). Desestructuración organizativa: impacto por la pérdida de líderes o grupos10, división comunitaria, pérdida de proyectos de desarrollo, desconfianza, inseguridad grupal y sensación de miedo11. Impactos al sujeto colectivo: Equilibrio espiritual ligado al territorio; daños ambientales, a la integridad cultural, de autonomía y derecho propio, al uso de su medicina tradicional y a su derecho de consulta previa, libre e informada. Impactos a la familia\*\*: Disgregación familiar, violencia intrafamiliar, pobreza, represión, limitación del desarrollo personal de los miembros de la familia, desarraigo de sus miembros (ruptura de raíz de los lazos con el entorno en que se vive), ausencia de perspectivas hacia el futuro, migración, ruptura de la relación de pareja, fragmentación de la familia por fallecimiento del padre o cabeza de familia. Masacres y torturas: Destrucción física, social y simbólica Disolución de las tramas sociales y culturales Desestructuración del tejido social Desarticulación de organizaciones campesinas, indígenas y afrodescendientes Quebrantamiento de liderazgo y procesos organizativos |
| Desenlaces (del inglés outcomes): las consecuencias en salud (beneficios o daños) que son atribuidos a los hechos victimizantes | Bloqueo de la reconstrucción de la vida pública y negación de la autonomía comunitaria Confiscación del futuro y sustracción de la autodeterminación Parálisis e inmovilidad social Sensación de vacío y desprotección Desplazamiento forzado Desestructuración del tejido social Transformación abrupta de los referentes sociales: roles, pautas de comportamiento, creencias, costumbres y hábitos Pérdida de referentes y figuras identificatorias Pérdida del territorio y de todos los bienes materiales Estigmatización y señalamiento a las comunidades Aislamiento social Desarraigo Neutralización del potencial de la acción colectiva Desaparición forzada: Desestructuración de redes sociales y comunitarias Distorsión del tiempo Duelos congelados Desestructuración del tejido social Quebrantamiento de liderazgos y procesos organizativos Delitos sexuales: Humillación a las comunidades Culpabilización Estigmatización de las víctimas y de las comunidades Temor y silencio en la comunidad Desestructuración y quebrantamiento de vínculos sociales Aislamiento social Desestructuración familiar Rechazo, culpa e indignación Escenarios emocionales: Dolor, tristeza, miedo, rabia, ansiedad, pánico, desesperanza, indignación, impotencia, culpa. Inseguridad, desconfianza, incertidumbre, angustia, temor. Silencio, aislamiento. Daño psicosocial en las poblaciones indígenas y afrodescendientes. Desestructuración de la vida social, el quiebre de las relaciones sociales y comunitarias, la pérdida de los referentes identitarios y las posibilidades de organización social. |
| Tiempo | No aplica |

La evidencia sobre las afectaciones o impactos en la salud física y mental de las víctimas como consecuencia de los hechos victimizantes se seleccionará de acuerdo con los siguientes criterios de elegibilidad, definidos a partir de la pregunta 4.

**Tabla 2. Criterios de elegibilidad de la evidencia sobre las afectaciones relacionadas con hechos victimizantes**

|  |  |
| --- | --- |
| Criterios de inclusión | Población: Individuos, familias y comunidades víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario. Identificación y caracterización de hechos victimizantes y/o factores de riesgo y/o determinantes sociales relacionados con la salud mental y física de las víctimas del conflicto armado. Veteranos de guerra: Se incluirán estudios que contemplen como población a los veteranos de guerra en los escenarios donde se busque identificar factores de riesgo, hechos victimizantes o determinantes sociales relacionados con la salud mental y física, en el marco de un conflicto armado. Diseño: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados, estudios observacionales analíticos, series de casos, reportes de caso, alertas sanitarias, estudios cualitativos. Estado de publicación: estudios publicados o no publicados. Reporte de resultados: estimaciones individuales del efecto (por cada estudio primario) o estimaciones combinadas (meta-análisis), a partir de estudios con un mismo diseño, que sean atribuibles específicamente a la tecnología de interés para al menos una comparación y un desenlace objeto de la evaluación. |
| Criterios de exclusión | Estudios descriptivos observacionales cuyo objetivo no sea establecer asociación de factores de riesgo, hechos victimizantes o determinantes sociales relacionados con la salud mental y/o física de las víctimas del conflicto armado. Estudios que evalúen causalidad de eventos ambientales, exposiciones químicas o físicas relacionadas con la salud mental o física de las víctimas del conflicto armado. Restricción de idioma español, inglés. El estudio no está disponible en texto completo. El estudio está incluido en una revisión sistemática seleccionada. El estudio es una versión previa de una revisión sistemática ya actualizada. Ponencias, pósteres. |

1. ¿Cuáles deben ser las atenciones que debe brindar el SGSSS con enfoque psicosocial y diferencial que contribuyan a mitigar las afectaciones o impactos a la salud física y mental de la población víctima del conflicto armado?

Tabla 3. Pregunta de evaluación en estructura PICOT

|  |  |
| --- | --- |
| Población: los pacientes elegibles | Individuos, familias y comunidades víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario en Colombia. |
| Intervención: Intervenciones, estrategias, programas | Programas o estrategias de atención psicosocial a individuos, familias y comunidades de promoción, prevención, rehabilitación, paliación y muerte digna de los desenlaces por el hecho victimizan te. Intervenciones para la rehabilitación física. Intervenciones para la rehabilitación mental. Equipo interdisciplinario. Programas estrategias con enfoque biomédico para el manejo del hecho victimizan te. Intervenciones para la promoción y prevención de la salud en el individuo y su núcleo familiar. Intervenciones paliativas de condiciones de salud incapacitantes. Intervenciones para garantizar una muerte digna del individuo víctima del conflicto armado. |
| Comparación | No aplica |
| Desenlaces (del inglés outcomes): las consecuencias en salud (beneficios o daños) que son atribuidos a las intervenciones | Resultados individuales en víctimas del conflicto armado: Rehabilitación integral del individuo (restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas), prevención de eventos en la salud mental y física del individuo, mitigación del dolor de la víctima, atención en el marco del cuidado paliativo y la muerte digna. Resultados en la familia \*\* víctimas del conflicto armado: Reestructuración del núcleo familiar, reducción de la violencia intrafamiliar, reducción de sentimientos negativos. Resultados en los individuos, familias y comunidades bajo la perspectiva del enfoque diferencial \*\*\*: 1. Personas con discapacidad víctimas del conflicto armado, 2. Niñas, niños y adolescentes víctimas del conflicto armado, 3. Jóvenes víctimas del conflicto armado, 4. Adultos mayores víctimas del conflicto armado, 5. mujeres, hombres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas víctimas del conflicto armado, 6. Grupos étnicos víctimas del conflicto armado, 7. Personas víctimas del conflicto armado que vivan en zonas urbanas, rurales y rural disperso. Resultados comunitarios víctimas del conflicto armado: Fortalecimiento del capital social, reestructuración organizativa, restablecimiento de la gobernanza. Resultados en el sistema de salud que garanticen la atención en salud a víctimas del conflicto armado: Resultados en la prestación de servicios de salud: cobertura universal en salud, cobertura efectiva en salud, calidad de la atención en salud. Resultados en equidad: protección financiera, acceso efectivo a servicios de salud. Resultados en salud: Resultados individuales víctimas del conflicto armado: Rehabilitación integral del individuo (restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas), prevención de eventos en la salud mental y física del individuo, mitigación del dolor de la víctima, atención en el marco del cuidado paliativo y la muerte digna. |
| Tiempo | No aplica |

La evidencia sobre las atenciones efectivas con enfoque psicosocial y diferencial que contribuyen a mitigar las afectaciones o impactos a la salud física y mental de la población víctima del conflicto armado se seleccionará de acuerdo con los siguientes criterios de elegibilidad, definidos a partir de la pregunta de investigación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

Tabla 4.

Criterios de elegibilidad de la evidencia sobre las atenciones con enfoque psicosocial y diferencial

|  |  |
| --- | --- |
| Criterios  de inclusión | Población: Individuos, familias y comunidades víctimas de graves violaciones a los derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario Intervenciones: Propuestas en la estrategia PICOT Desenlaces: Propuestos en la estrategia Picot Diseño: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados, estudios observacionales analíticos, estudios cualitativos que evalúen la efectividad de intervenciones, estrategias o programas para la recuperación de individuos, familias o comunidades víctimas del conflicto armado Descripción del quien, como y donde se debe realizar la intervención, estrategia o programa propuesto Estado de publicación: estudios publicados o no publicados. Reporte de resultados: estimaciones individuales del efecto (por cada estudio primario) o estimaciones combinadas (meta-análisis), a partir de estudios con un mismo diseño, que sean atribuibles específicamente a la tecnología de interés para al menos una comparación y un desenlace objeto de la evaluación. |
| Criterios  de exclusión | Restricción de idioma español, inglés. Intervenciones clínicas o quirúrgicas con impacto en la salud física pero no relacionada con el proceso victimizante. El estudio no está disponible en texto completo. El estudio está incluido en una revisión sistemática seleccionada. El estudio es una versión previa de una revisión sistemática ya actualizada. Ponencias, pósteres. |

3. ¿Cómo se incorpora el enfoque psicosocial y diferencial en la atención en salud física y  
mental a víctimas del conflicto armado?

Tabla 5. Pregunta de evaluación en estructura PICOT

|  |  |
| --- | --- |
| Población:  los pacientes  elegibles | Individuos, familias y comunidades víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario en Colombia.  Actores del SGSSS: Empresa aseguradora del plan de beneficios, instituciones prestadoras de servicios de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, direcciones territoriales de salud. |
| Intervención:  Planes,  estrategias,  intervenciones,  programas de  implementación e  incorporación | Estrategias de implementación basadas en knowledge transfer para la implementación del enfoque psicosocial y diferencial/estrategias en salud mental:  estrategias de identificación de las personas como víctimas del conflicto armado, herramienta de caracterización psicosocial de la situación de las comunidades afectadas que identifique las necesidades, afectaciones y daños que las comunidades han sufrido para ofrecer soluciones prácticas. Desarrollar estrategias de comunicación e información con enfoque diferencial con materiales breves de acuerdo a los niveles de alfabetización para comunicar la información necesaria.  Estrategias de implementación basadas en la educación y difusión para la implementación del enfoque psicosocial y diferencial o salud mental.  Estrategias de implementación basados en el análisis de política pública para la implementación del enfoque psicosocial y diferencial o salud mental.  Estrategias basadas en el modelo sistémico de OMS para la implementación de intervenciones y/o estrategias en el marco de las funciones y objetivos de los sistemas de salud.  Estrategias de atención primaria en salud integral (APS) para la población víctima del conflicto armado.  Estrategias basadas en el enfoque sistémico desde el punto de vista psicosocial en salud.  Estrategias de inclusión de la sociedad civil en la implementación del enfoque psicosocial y diferencial. |
| Comparación | No aplica |
| Desenlaces  (del inglés  outcomes): las  consecuencias en  salud (beneficios  o daños) y en  la prestación  de servicios de  salud que son  atribuidos a las  intervenciones,  estrategias de  incorporación e  implementación | Implementación del enfoque psicosocial en el SGSSS: Identificación efectiva del individuo y familia víctima del conflicto armado, adaptación de los equipos básicos de salud a las necesidades y requerimientos de la población, a las necesidades de atención psicosocial de las víctimas del conflicto armado. Organización  y garantía de los elementos y profesionales de los programas de atención primaria en salud. Configuración de las redes integradas de servicios de salud y estructuración del modelo de atención, configuración nacional y sub nacional.  Respuesta efectiva en las Entidades Territoriales con baja capacidad técnica y administrativa. Coordinación de acciones con los funcionarios delegados de las demás entidades.  Adherencia a las estrategias o programas con enfoque diferencial por parte de los actores del SGSSS: Reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano. Estructuración de mecanismos de pago y relaciones entre los prestadores y aseguradores para la garantía de las atenciones en salud.  Vigilancia de fenómenos de violencia por conflicto armado. Articulación de los actores para permitir seguimiento y monitoreo de acciones en salud. Acciones de vigilancia, control, monitoreo y seguimiento.  Manejo integral del individuo y familias víctima del conflicto armado. Diseño de nuevas estrategias para la atención en salud a las víctimas y las familias del conflicto armado.  Difusión del modelo y las intervenciones: estrategias de comunicación pasiva, estrategias de multimedia, estrategias pedagógicas de difusión para profesionales de la salud, sociedad civil y actores clave.110 protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial  Desenlaces (del inglés outcomes): las consecuencias en salud (beneficios o daños) y en la prestación de servicios de salud que son  atribuidos a las intervenciones, estrategias de incorporación e implementación  Resultados individuales víctimas del conflicto armado: Rehabilitación integral del individuo (restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas), prevención de eventos en la salud mental y física del individuo, mitigación del dolor de la víctima.  Resultados familiares víctimas del conflicto armado: Reestructuración del núcleo familiar, reducción de la violencia intrafamiliar, reducción de sentimientos negativos.  Resultados en los individuos, familias y comunidades bajo la perspectiva del enfoque diferencial \*\*\*: 1. Personas con discapacidad víctimas del conflicto armado, 2. Niñas, niños y adolescentes víctimas del conflicto armado, 3. Jóvenes víctimas del conflicto armado, 4. Adultos mayores víctimas del conflicto armado, 5. mujeres, hombres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales  no hegemónicas víctimas del conflicto armado, 6. Grupos étnicos víctimas del conflicto armado, 7. Personas víctimas del conflicto armado que vivan en zonas urbanas, rurales y rural disperso.  Resultados comunitarios víctimas del conflicto armado: Fortalecimiento del capital social, reestructuración organizativa, restablecimiento de la gobernanza. |
| Tiempo | No aplica |

La evidencia sobre las estrategias de incorporación e implementación del enfoque psicosocial y diferencial en la atención integral de la salud física y mental de los individuos, familias y comunidades víctimas del conflicto armado se seleccionará de acuerdo con los siguientes criterios de elegibilidad, definidos a partir de la pregunta de investigación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b)

Tabla 6. Criterios de elegibilidad de la evidencia

|  |  |
| --- | --- |
| Criterios de  inclusión | Población: Individuos, familias y comunidades víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario en Colombia. Actores del SGSSS: Empresa aseguradora del plan de beneficios, instituciones prestadoras de servicios de salud, Ministerio de Salud y Protección  Social, direcciones territoriales de salud.  Intervenciones: Intervenciones, estrategias de difusión, incorporación, implementación o adherencia a los programas de recuperación de las víctimas del conflicto armado.  Desenlaces: Propuestos en la estrategia Picot.  Diseño: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados, estudios observacionales analíticos, estudios cualitativos.  Estado de publicación: estudios publicados o no publicados.  Reporte de resultados: estimaciones individuales del efecto (por cada estudio primario) o estimaciones combinadas (meta-análisis), a partir de estudios con un mismo diseño, que sean atribuibles específicamente a la tecnología de interés para al menos una comparación y un desenlace objeto de la evaluación. |
| Criterios de  exclusión | Restricción de idioma español, inglés.  El estudio no está disponible en texto completo.  El estudio está incluido en una revisión sistemática seleccionada.  El estudio es una versión previa de una revisión sistemática ya actualizada.  Ponencias, pósteres. |

4. ¿Cómo medir el alcance de la atención en salud física y mental con enfoque psicosocial y

Diferencial en el marco de la medida de rehabilitación a víctimas del conflicto armado?

Tabla 7. Pregunta de evaluación en estructura Picot

|  |  |
| --- | --- |
| Población: los  pacientes elegibles | Individuos, familias y comunidades víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario en Colombia. |
| Intervención | Atenciones en salud con enfoque psicosocial y diferencial desde el entorno  Institucional, comunitario, educativo, hogar y laboral. |
| Comparación | No aplica |
| Desenlaces (del  inglés outcomes):  Procesos,  metodologías,  estrategias de  medición | Indicadores: Cuáles indicadores y tipos de indicadores, periodicidad de medición,  Metas mínimas para los procesos de atención y rehabilitación.  Sistema de información: Tipo de sistema de información, mecanismos de  incorporación al SISPRO, mecanismos de rendición de cuentas, mecanismos de  Control de calidad.  Sistema de vigilancia: Tipos de sistemas. |
| Tiempo | No aplica |

La evidencia sobre las estrategias de medición del alcance de la atención integral en salud física y mental con enfoque psicosocial y diferencial en el marco de la medida de rehabilitación a víctimas del conflicto armado se seleccionará de acuerdo con los siguientes criterios de elegibilidad, definidos a partir de la pregunta de investigación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

Tabla 8. Criterios de elegibilidad de la evidencia

|  |  |
| --- | --- |
| Criterios de  inclusión | Población: Individuos, familias y comunidades víctimas de graves violaciones  a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.  Intervenciones: Estrategias de medición (indicadores, sistemas de información),  evaluación y seguimiento de los procesos y resultados obtenidos a partir  del desarrollo de los programas con enfoque psicosocial y diferencial para  Víctimas del conflicto armado.  Desenlaces: Propuestos en la estrategia PICOT. |
| Criterios de  inclusión | Diseño: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados, estudios  Observacionales analíticos, series de casos, reportes de caso.  Estado de publicación: estudios publicados o no publicados.  Reporte de resultados: estimaciones individuales del efecto (por cada estudio  primario) o estimaciones combinadas (meta-análisis), a partir de estudios  con un mismo diseño, que sean atribuibles específicamente a la tecnología  de interés para al menos una comparación y un desenlace objeto de la  Evaluación. |
| Criterios de  exclusión | Restricción de idioma español, inglés.  El estudio no está disponible en texto completo.  El estudio está incluido en una revisión sistemática seleccionada.  El estudio es una versión previa de una revisión sistemática ya actualizada.  Ponencias, pósteres. |

A continuación, se presentan las bases de datos electrónicas y las organizaciones  
gubernamentales y no gubernamentales nacionales e internacionales en donde se orientó la  
búsqueda de la literatura para las cuatro preguntas propuestas (Balshem et al., 2011).  
Bases de datos electrónicas

• MEDLINE (1966 - Presente)

• EMBASE (1972 - Presente)

• Cochrane Database of SystematicReviews

• LILACS

• CINHAL

• JSTOR

• Social Sciencie Abstracts

• CSA Sociological Abstract Database

• SSCI Social Sciences Citations Index

Las estrategias de búsqueda emplearon palabras clave: “crime victims”, “war victims”,  
“conflict war victims” y “war violence”, incluyendo términos controlados y lenguaje libre. Se  
indagó la disponibilidad de estudios adicionales publicados o no publicados (literatura gris)  
mediante técnica de bola de nieve, consulta con expertos temáticos y solicitud de evidencia  
a la comunidad científica. A continuación, se mencionan las bases de datos en las cuales se  
buscó literatura gris.

• OpenGrey

• GreyLiterature Report

• OpenSIGLE

**Bases de datos de organizaciones nacionales e internacionales**

• Médicos sin Fronteras

• Cruz Roja

• Organización Mundial de la Salud

• Organización Panamericana de la Salud

• Unicef

• Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

• Ministerio de Salud y Protección Social

• Ministerio de Salud del Perú

Esta búsqueda no tuvo restricciones de idioma. Los resultados se resumieron mediante un

diagrama Prisma (Balshem et al., 2011).

Tamización de referencias y selección de estudios

La tamización de referencias basada en título y resumen, y la selección de documentos por revisión de textos completos se efectuó por dos revisores de forma independiente.

Los desacuerdos entre los pares fueron resueltos por revisión conjunta. Los resultados se resumieron mediante un diagrama Prisma (Balshem et al., 2011). Solamente en la pregunta número, 2 que buscaba identificar, caracterizar y evaluar las atenciones psicosociales para la atención integral a víctimas del conflicto armado, se tomó la decisión de restringir la búsqueda de la literatura a revisiones sistemáticas de la literatura y estudios primarios tipo ensayos clínicos controlados, ensayos comunitarios y estudios cuasi experimentales de antes y después o concurrentes, dado el volumen de evidencia identificado para este tipo de diseños de investigación.

Evaluación de la calidad de los estudios

Dos revisores evaluaron la calidad de la evidencia mediante la aplicación de instrumentos estandarizados: la herramienta Amstar para las revisiones sistemáticas (Joanna Briggs Institute, 2014), el instrumento QARI (Balshem et al., 2011) para estudios cualitativos, el instrumento de riesgo de sesgo de la colaboración Cochrane para estudios experimentales, el instrumento de SIGN para estudios de cohorte y casos y controles y la herramienta Strobe para evaluación de estudios de corte transversal. No se evaluó la calidad de los estudios ecológicos por no presentarse herramienta para ello.

Para evaluar la calidad del conjunto de evidencia según cada desenlace, se empleó el sistema Grade para los estudios cuantitativos. En la tabla 9 se expone la categorización del nivel de evidencia global propuesto por el sistema Grade (Joanna Briggs Institute, 2014).

Tabla 9. Categorías de calificación de la calidad del conjunto de la evidencia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Calidad  de la  evidencia | Definición | Representación  gráfica |
| Alta | Se tiene gran confianza en que el verdadero efecto se encuentra cerca de la estimación del efecto. | ++++ |
| Moderada | La confianza en la estimación del efecto es moderada: es probable que el verdadero efecto se encuentre cerca de la estimación, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente |  |
| Baja | La confianza en la estimación del efecto es limitada: el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente a la estimación del efecto. | ++OO |
| Muy baja | La confianza en la estimación del efecto es muy baja: es probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente a la estimación del  Efecto. | +OOO |

Para la evidencia con enfoque cualitativo se utilizó la metodología propuesta por el Instituto Johanna Brings para el desarrollo de revisiones sistemáticas, Umbrella, que plantea la utilización del instrumento QARI para la evaluación de revisiones sistemáticas de la literatura y el mismo instrumento para la evaluación de estudios primarios. Este sistema no genera una graduación global de la evidencia (Balshem et al., 2011).

**Extracción de datos y síntesis de la evidencia**

Un revisor extrajo los datos presentados en los estudios incluidos y relevantes para cada una de las preguntas de investigación propuesta. Los hallazgos se presentaron en tablas de evidencia, de forma separada para cada tipo de estudio, y se sometió a un control de calidad por parte de un segundo revisor. Para reportar las características de los estudios incluidos en la síntesis de evidencia se utilizó un formato estándar. Para la evidencia con enfoque cualitativo se utilizó la herramienta metodológica de meta síntesis de la información que plantea la postura epistemológica desde donde se está observando el problema de investigación y las categorías de análisis a priori propuestas por el equipo de investigación.

A partir de estos dos supuestos se incluyó la evidencia debidamente evaluada y analizada en cada una de las categorías propuestas. En caso de que la evidencia permitió reconocer nuevas categorías o categorías emergentes, el grupo desarrollador decidió si era pertinente su inclusión y debió definirla para reconocer sus diferencias y relaciones con las otras categorías de análisis (Balshem et al., 2011).

A continuación, se enuncian las categorías de análisis identificadas a priori por el grupo de

Investigación:

• Daños físicos

• Daños psíquicos

• Daños emocionales

• Daños morales

• Necesidades en la atención integral en salud desde un enfoque psicosocial

• Atención integral en salud con enfoque psicosocial

• Atención integral en salud con enfoque diferencial

**ETAPA 2. Proceso de participación y deliberación a través de metodologías de diálogos de saberes**

Los diálogos de saberes buscan conocer, de una parte, las percepciones de las víctimas sobre su salud en el marco del conflicto, sus necesidades puntuales de atención y su valoración sobre las posibilidades de superar las dificultades en atención, como medida de satisfacción en el proceso de reparación y rehabilitación en su condición de víctima. De otra parte, conocer los balances y reflexiones realizados por las organizaciones no gubernamentales de acompañamiento y cuidado de víctimas, sobre las afectaciones en salud a esta población, en el marco del conflicto armado.

El diálogo de saberes procuró aproximarse al conocimiento social sobre afectaciones en salud y acceso al SGSSS por parte de las personas víctimas del conflicto armado, como complemento al saber experto, bajo la premisa de que el diseño del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas debe basarse también en estos conocimientos y necesidades identificadas

por la misma población sujeta de atención.

Teniendo en cuenta la sensibilidad del tema, se abrieron dos espacios de trabajo por separado: uno con víctimas (en dos sesiones) y otro con ONG, de manera que la discusión no fuera politizada, que no se concentrara en las barreras de acceso al SGSSS y también para motivar la mayor participación de las personas asistentes. Esto último fue de gran importancia teniendo en cuenta que el tema de la salud y el acceso a los servicios de salud por parte de personas víctimas del conflicto armado interno se pudo abordar desde una perspectiva muy técnica —normatividad,

jurisprudencia y política pública, rutas de acceso, indicadores— o experiencial.

Los diálogos de saberes permitieron profundizar desde una metodología de participación en las cuatro preguntas planteadas para el desarrollo de este Protocolo, pero con énfasis en la segunda y la tercera, a saber:

1. ¿Cuáles son las afectaciones o impactos en la salud física y mental de las víctimas como consecuencia de los hechos victimizantes en el marco del conflicto armado?

2. ¿Cuáles deben ser las atenciones que debe brindar el SGSS con enfoque psicosocial y diferencial que contribuyan a mitigar las afectaciones o impactos a la salud física y mental de la población víctima del conflicto armando?

3. ¿Cómo se incorpora el enfoque psicosocial y diferencial en la atención en salud física y mental a víctimas del conflicto armado?

4. ¿Cómo medir el alcance de la atención en salud física y mental con enfoque psicosocial y diferencial en el marco de la medida de rehabilitación a víctimas del conflicto armado?

Para eso, se plantearon los siguientes objetivos generales y específicos para el componente de diálogo de saberes:

Objetivos

Diálogo de saberes con víctimas

• Identificar colectivamente los daños físicos, psíquicos, emocionales y morales surgidos del contexto de conflicto armado del cual se es víctima, así como las capacidades de recuperación y las necesidades de atención, como medida de reparación, en los niveles individual, familiar y comunitario y con un enfoque diferencial.

• Identificar aspectos críticos y exitosos en la atención en salud a población víctima del conflicto armado actualmente, así como recomendaciones para su posible mejoramiento, a partir de las experiencias propias (individual, familiar y comunitaria) de recuperación, desde un enfoque diferencial.

Diálogo de saberes con Organizaciones No Gubernamentales

• Identificar los balances, reflexiones y recomendaciones realizadas por las Organizaciones No Gubernamentales dedicadas al acompañamiento y cuidado de la población víctima del conflicto armado, a la luz de la normatividad, la jurisprudencia y la estructura institucional existente para la atención en salud con enfoque psicosocial y diferencial a las víctimas del conflicto armado.

• Identificar aspectos críticos y exitosos actuales en la atención en salud a personas víctimas del conflicto armado, así como recomendaciones para su posible mejoramiento, a partir de las experiencias propias (individuales, familiares y comunitarias) de recuperación, desde un enfoque diferencial.

**Descripción**

Los diálogos de saberes buscaban el intercambio de ideas o conocimiento, de manera pacífica y respetuosa, en donde cada uno de los “dialogantes” es representante de su cultura y de su experiencia (Echeverri & Román, 2008). Estos espacios permitieron que todos tuvieran un espacio y fueran reconocidos sus saberes, lo cual se denomina “estado de justicia”. Para alcanzar el objetivo final de un diálogo de saberes, un principio básico era la comprensión de que el conocimiento o experiencia que cada uno de los sujetos participantes tenía era imperfecta; este supuesto permitió comprender que todas las experiencias o conocimientos son adecuados y válidos (Echeverri & Román, 2008).

Si bien las metodologías de diálogo de saberes se han diseñado para el encuentro de sistemas epistemológicos diversos, en nuestro caso toma relevancia para el conocimiento, desde dos o más perspectivas igualmente valoradas, sobre las afectaciones en la salud y las necesidades de atención con miras a la reparación, en el marco de un contexto común que es el conflicto armado, pero con expresiones diversas sobre diferentes poblaciones y en diferentes regiones (González & Macías, 2015). Lo que nos interesaba conocer era, de una parte, las diferentes percepciones sobre las afectaciones, así como las necesidades de atención y reparación de la población víctima. En este sentido, se trató de consultar los conocimientos que, al respecto, tenían tanto las organizaciones no gubernamentales relacionadas con el acompañamiento, el cuidado y el acceso a salud de la población víctima, así como los sujetos de atención, es decir, la población víctima,

vista desde un enfoque diferencial (González & Macías, 2015).

Para el desarrollo de esta metodología se requirió un encuentro entre personas que manejen cierto aspecto del saber (denominadas sabedores y sabedoras), quienes procedieron a expresarse en unas condiciones de diálogo francas, sinceras y horizontales, con la posibilidad de transmitir a otros las formas como afrontan o deberían afrontarse situaciones específicas desde su respectivo saber. Lo anterior implicó en su desarrollo un constante movimiento entre formas diferentes de explicación, comprensión e interpretación que la analista reconoció como iguales

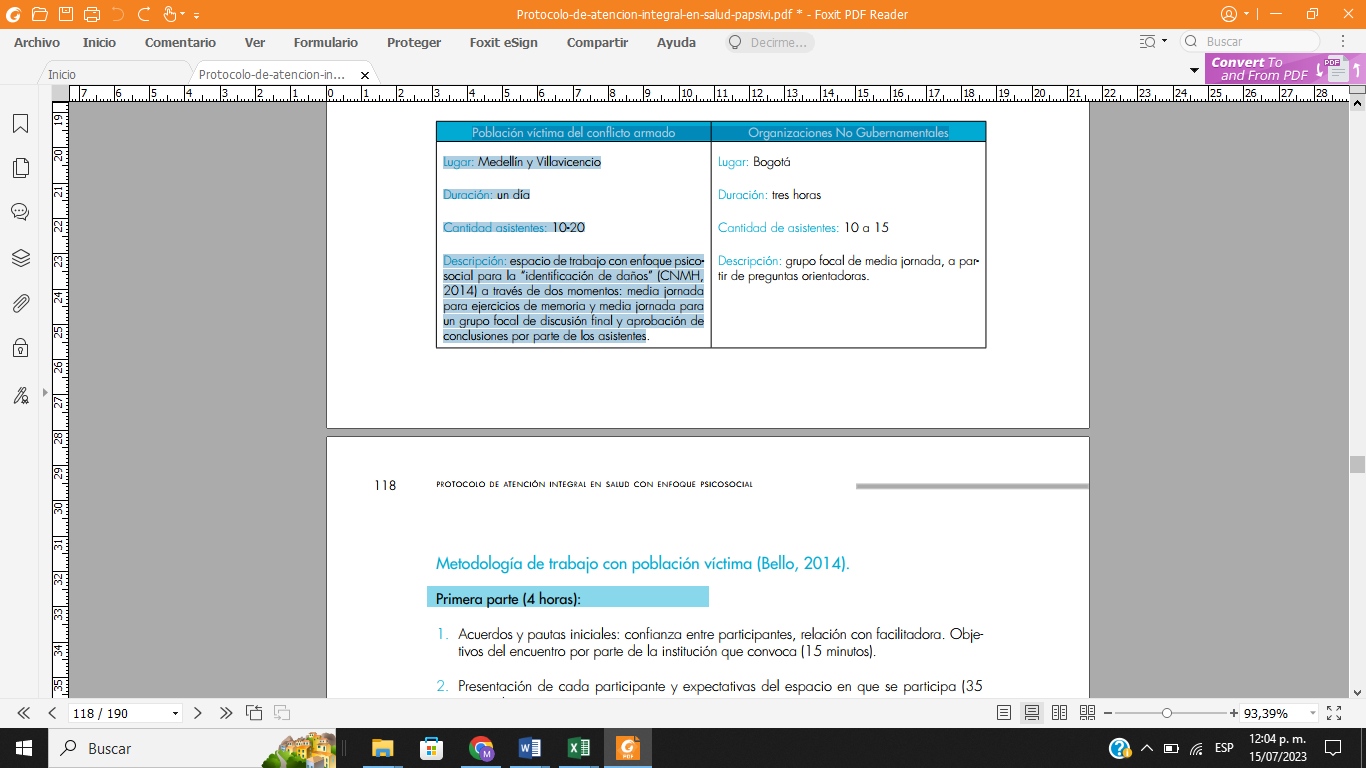
en importancia (Rappaport, 2004).

Un “sabedor” o “sabedora” se definió como aquella persona que se ha destacado en su comunidad por haber decantado un conjunto rico en los conocimientos propios de la cultura a la cual pertenece o de la problemática sobre la cual se pretende obtener un saber o conocimiento, que además sea capaz de dar cuenta y razón desde los fundamentos y estructuras de su cultura de los contenidos de dichos conocimientos (Bello, 2014).

**Metodología de grupos focales**

Para este diálogo se propuso la metodología de grupos focales, que consiste justamente en un espacio de participación y deliberación a partir de una o varias preguntas orientadoras generales. Está basado, sobre todo, en la escucha por parte de los participantes y de la persona que modera,

quien guía la discusión a partir de los temas que van surgiendo en la mesa. Es un espacio para acceder de manera sencilla a la información requerida y su valor se encuentra en que, en la socialización de las experiencias y percepciones individuales, se activan nuevos recuerdos e ideas. Por ejemplo, para la reconstrucción de memoria histórica, la información recogida a través de esta metodología no es generalizable sino aplicable exclusivamente a los participantes (Bello, 2014). Por eso, para este proceso, la metodología de grupo focal se aplicó al encuentro con organizaciones, mientras que en el encuentro con población víctima fue un complemento, así:



Metodología de trabajo con población víctima (Bello, 2014).

Primera parte (4 horas):

1. Acuerdos y pautas iniciales: confianza entre participantes, relación con facilitadora. Objetivos del encuentro por parte de la institución que convoca (15 minutos).

2. Presentación de cada participante y expectativas del espacio en que se participa (35  
minutos).  
3. Ejercicio de línea de tiempo. Ubicar los hechos de violencia generales de la región (50  
minutos).  
4. Descanso (20 minutos).

5. Colcha de memorias. Cada persona plasmaba en un papel (puede ser con texto o  
gráfica) su percepción sobre cómo los eventos en la línea de tiempo han afectado su  
salud, la de su familia y allegados. Cómo todavía la afectan o no, qué afectaciones han  
aparecido o desaparecido con el tiempo, cómo ha sido la atención, qué hace falta,  
qué se desearía al respecto (15 minutos). Luego socializa su experiencia con los demás  
asistentes y ubica en la línea de tiempo los eventos relatados (1 hora).

6. La facilitadora planteaba los daños físicos, psíquicos, emocionales y morales descritos  
por los participantes. Así mismo, identificaba las necesidades en la atención integral en  
salud desde un enfoque psicosocial, y de esta manera obtenía conclusiones individuales  
y colectivas sobre las necesidades y expectativas de atención en salud (45 minutos),  
Almuerzo  
Segunda parte (2-3 horas):

a. Construcción, por grupos de cinco personas, de la Matriz de daños (ejemplos)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dimensión del daño | Víctimas | Daños físicos | Daños psíquicos y emocionales | morales Daños | Recursos para afrontar el daño |
| INDIVIDUAL | Género, edad, ocupa ción, oficio | Lesiones físi cas: heridas, cicatrices, malformacio nes prolon gadas, am putaciones, enfermeda des. | Alteraciones del sueño, miedo, aislamiento, pro blemas de aprendizaje, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, dependencia de medi camentos, enfermedades mentales. |  |  |

119

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dimensión del daño | Víctimas | Daños físicos | Daños psíquicos y emocionales | morales Daños | Recursos para afrontar el daño |
| FAMILIAR | Rol dentro de la familia | Cambios en las rela ciones de pareja, de padres e hijos, las re laciones entre adultos, jóvenes y niños. Cambios en función, estructura y composición de la familia. |  |  |  |
| COMUNITA RIO | Personas o instituciones emblemáticas de la comu nidad que murieron, desaparecie ron o fueron desplazadas. | Costumbres, rituales, actividades comunitarias, dinámicas de solidaridad y apoyo, rela ciones entre vecinos. |  |  |  |

b. Grupo focal de discusión y aprobación por parte de los participantes, de las conclusiones finales propuestas por la facilitadora.

Preguntas orientadoras preliminares para el diálogo de saberes con Organizaciones No Gubernamentales

1. A partir de su experiencia de trabajo, directo o no, con población víctima del conflicto  
armado:  
a. ¿Cuáles son las principales afectaciones a la salud surgidas de las experiencias  
concreta s de violencia concretas, o de la vida en un contexto de conflicto,  
identificadas en esta población?  
b. ¿Cuáles son las principales necesidades de atención y de cuidado de la salud de  
las personas víctimas del conflicto armado y de situaciones concretas de violencia?  
c. ¿Cómo considera que cambian las necesidades de cuidado, de acuerdo a la  
población diferenciada, como sujeto de atención?  
d. ¿Cómo pueden ser atendidas estas necesidades diferenciadas?  
2.¿Cuáles aciertos y desaciertos identifica en la implementación de rutas y protocolos de  
atención integral en salud a las víctimas del conflicto armado, dispuestas por el Estado?  
120 protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial

Fases del diálogo deliberativo

1. Selección de participantes: a través de las instituciones pertinentes se realizó la convocatoria a diferentes personas que en el momento desarrollaran algún tipo de atención en salud  
a víctimas del conflicto armado, así como representantes de las víctimas que pudiesen  
mostrar una perspectiva como usuarios de los servicios de salud, teniendo en cuenta su  
capacidad de acceso y la situación particular de salud que se presenta en las regiones  
definidas. Estas personas fueron convocadas a una jornada colectiva de trabajo que tuvo  
una duración de medio día.

2. Aplicación de un diálogo de saberes con miembros de organizaciones no gubernamentales,  
de acompañamiento y cuidado a víctimas.

Ver tabla y descripción de metodología del apartado anterior.

3. Análisis de los resultados: las preguntas planteadas se orientaban, de una parte, a  
abordar de manera concreta y localizada las cuatro preguntas guía que se mencionaron  
arriba. De otra parte, y siguiendo con la propuesta del diálogo de saberes, buscaba  
identificar:  
a. Las diferentes concepciones sobre la salud integral, la reparación y el cuidado para los  
diferentes grupos sociales e institucionales participantes. Esto permitió determinar encuentros y desencuentros entre la oferta institucional y las necesidades de los grupos sociales  
víctimas del conflicto armado.

b. Las diferentes percepciones sobre los avances, falencias, aciertos y desaciertos en los  
distintos modelos de atención, los cuales nutrieron en términos de acciones el Protocolo,  
siempre teniendo presente el modelo epistemológico.

c. Cómo opera lo diferencial en las experiencias concretas de acceso al SGSSS dentro de  
la población víctima del conflicto armado y las instituciones.  
Los resultados constituyeron una matriz: modos epistemológicos, experiencias positivas y  
negativas y apropiación de lo diferencial, la cual nutrió la construcción de un conjunto  
de recomendaciones para incluir en el Protocolo.

El análisis se desarrolló a partir de los temas y preguntas planteados de antemano, así  
como a partir de las categorías emergentes durante el desarrollo de los grupos focales.  
Metodológicamente, se realizó a partir de la codificación y decodificación de las conversaciones registradas.

d. Desarrollo de informe final: Se desarrolló un informe final de análisis codificado de las  
transcripciones de los diálogos de saberes, a la luz de las preguntas generales del proyecto, las preguntas específicas diseñadas para el Diálogo de Saberes y las preguntas y  
categorías emergentes en el desarrollo de la metodología.

**ETAPA 3. Proceso de revisión cualitativa de la Ley de Víctimas y sus  
decretos-ley y reglamentarios bajo metodologías de análisis de  
política**

Estructuración del problema para el análisis de política

Modelos conceptuales

Modelo del pensamiento sistémico de la OMS, 2008 (Savigny & Taghreed,  
2009)

Los resultados de salud son inaceptablemente bajos en gran parte del mundo en desarrollo, y la persistencia de profundas desigualdades en el estado de salud es un problema del que ningún país del mundo está exento. Gran parte de las enfermedades se pueden  
prevenir o curar con tecnologías conocidas y asequibles. El problema es conseguir medicamentos, vacunas, información y otras formas de prevención, cuidado o tratamiento  
en el tiempo que se requiera, confiable y en cantidades suficientes con un costo razonable  
que la población o el mismo sistema pueda pagar para su acceso y utilización.

En muchos países, los sistemas necesarios para hacerlo están en el punto de colapso, o son  
accesibles solo a determinados grupos de la población. En nuestro país, el sistema ha  
tenido que adaptarse a ciertas situaciones culturales, sociales y políticas basadas en el conflicto armado interno, y en ese proceso de adaptación ha tenido que dar respuesta a necesidades específicas de la población víctima del conflicto armado. Dicha respuesta ha sido  
insuficiente e ineficaz dada la necesidad de un enfoque de atención basado en el modelo  
psicosocial y la garantía del derecho a la salud de manera diferencial según lo estipulado por  
la Ley 1448 de 2011 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004).

Existe una amplia aceptación de la premisa básica que subyace en este marco —que solo  
a través del fortalecimiento de los sistemas de salud y la construcción de la salud será  
posible para asegurar mejores resultados de salud en las poblaciones. La cuestión clave  
es, ¿qué significa esto en la práctica? El creciente reconocimiento de la importancia  
de los sistemas de salud aumenta la urgencia de dar respuesta a esta pregunta.

Principios básicos del sistema de salud

Cualquier estrategia para fortalecer los sistemas de salud necesita una percepción  
compartida básica de lo que es un sistema de salud, lo que está intentando lograr y  
cómo saber si está actuando en la dirección deseada.

Un sistema de salud consiste en todas las organizaciones, personas y acciones cuya  
intención principal es promover, restaurar o mantener la salud (Savigny & Taghreed,  
2009). Esto incluye todas las acciones que abordan desde los determinantes sociales  
de la salud en las comunidades y familias y las intervenciones individuales que reducen  
el riesgo de presentar un evento en salud o las complicaciones relacionadas a dicho  
evento. Un sistema de salud es, por tanto, más que la pirámide de instalaciones  
públicas que prestan servicios de salud personales. Incluye a los mismos individuos  
realizando acciones de autocuidado o cuidado en su comunidad y familia, los prestadores públicos y privados, los sistemas de vigilancia y las campañas de promoción y prevención de la salud, la organización de las redes de prestación de servicios en salud, los sistemas de información capaces de identificar alguna variación en el comportamiento esperado de cada uno de los actores del sistema de salud, acciones intersectorial por parte del personal de salud, por ejemplo, fomentando el Ministerio de Educación para promover la educación de las mujeres, etc.

• Los valores y principios rectores

Para evaluar los valores y principios rectores del sistema de salud se determinarán según  
lo propuesto por la OMS y los objetivos consagrados en la Declaración de Alma Ata,  
que establecen la salud como un derecho fundamental, la garantía del adecuado  
desempeño de los sistemas de salud y la defensa de la igualdad de derechos para las minorías o poblaciones vulnerables (Savigny & Taghreed, 2009)

• Los objetivos del sistema de salud

Los sistemas de salud tienen múltiples objetivos. El Informe sobre la Salud en el Mundo del año 2000 se enmarcó en informar los resultados del sistema de salud en general  
y metas definidas, como mejorar la salud y la equidad, de manera que sean sensibles,  
financieramente justos y hacer el mejor o más eficiente uso de los recursos disponibles.

También hay metas intermedias importantes: la ruta de los insumos a los resultados de salud  
es a través de la consecución de un mayor acceso y la cobertura de las intervenciones  
de salud efectivas, sin poner en riesgo los esfuerzos para garantizar la calidad y seguridad del prestador y proveedor (Savigny & Taghreed, 2009).

Las seis funciones sustantivas de los sistemas de salud se definen a continuación:

• Los buenos servicios de salud son aquellos que proporcionan seguridad, calidad, eficiencia de las intervenciones personales y no personales de salud  
basados en las necesidades de las poblaciones y los individuos. Se entiende eficiencia cuando se prestan los servicios de salud en el momento y lugar que se requieran con un mínimo de pérdida de recursos destinados a esta atención (Savigny & Taghreed, 2009).

• Recursos humanos en salud eficientes y efectivos que sean capaces de prestar  
un servicio de salud humanizado, equitativo y efectivo para lograr los mejores resultados en salud posibles, los recursos disponibles y las circunstancias dadas (Savigny & Taghreed, 2009).

• Un sistema de información de salud que funcione es el que asegura la producción, análisis, difusión y uso de información confiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el rendimiento de los sistemas de salud y el estado de salud que permita la mejor toma de decisiones (Savigny & Taghreed, 2009).

• Un sistema de salud que funcione asegura un acceso equitativo a los productos  
médicos, vacunas y tecnologías de calidad, que hayan demostrado ser seguras, eficaces y la rentables (Savigny & Taghreed, 2009).

• Un buen sistema de financiación de la salud recauda fondos adecuados para  
la salud, de manera que asegure a las personas para utilizar los servicios de salud necesarios y estén protegidas de incurrir en gasto de bolsillo y/o gasto catastrófico asociado a la garantía de  
la salud (Savigny & Taghreed, 2009).

• Liderazgo y gobernanza garantiza la existencia de marcos políticos estratégicos combinados con una supervisión eficaz, formación de coaliciones, la provisión de regulaciones e incentivos adecuados, la atención al diseño del sistema y la rendición de cuentas (Savigny & Taghreed, 2009).

Conceptos de la calidad en el cuidado de la salud

La bioética médica se encuentra estrechamente relacionada con las definiciones de calidad  
asistencial. Vale la pena señalar que proporcionar servicios de calidad es uno de los principales objetivos de los sistemas de salud, ya que se considera que su preservación es una  
condición necesaria. Para autores como Avedis Donabedian (1966), la calidad es una  
propiedad que la atención en salud posee en grados variables y se relaciona con el tratamiento que proporciona un prestador de servicios médicos a un episodio de enfermedad  
claramente definido a un paciente dado.

Este tratamiento es divisible en dos aspectos independientes, pero íntimamente relacionados,  
que son: el aspecto técnico y el interpersonal.

Para el primer punto, la atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la  
medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud,  
 y va acompañado de la interacción social y económica entre la usuaria y el facultativo.

Por otra parte, el aspecto interpersonal se refiere a la relación entre la persona que recibe  
la atención, el facultativo y las expectativas que el usuario espera del otro, basadas fundamentalmente en elementos éticos y propios del quehacer científico (Donabedian, 1966).

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud, sin  
aumentar con ellos sus riesgos.

El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar  
el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios (Donabedian 1966).

Dicho de otro modo, la calidad en salud se define como: los medios deseables para  
alcanzar las máximas mejoras posibles en salud, proporcionar a las personas una atención eficiente y efectiva, que asegure el más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes.

La atención con calidad define el punto en donde confluyen la satisfacción de las personas  
atendidas y el deber ser de la práctica profesional, con la más óptima utilización de los recursos.

Por su parte, Donabedian (1966) también plantea que los métodos para evaluar la  
calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema:

La estructura, el proceso y los resultados (Donabedian, 1985). Estos elementos permiten la evaluación tanto del trabajo clínico como de la funcionalidad de una organización, establecimiento o programa de salud.

Por otra parte, Campbell (citado en Svendsen, Ehlers, Andersen & Johnsen,  
2009) sugiere que la calidad debe ser evaluada en aspectos tales como el acceso y  
la efectividad, pues los usuarios deben obtener la atención que necesitan en el momento  
en que lo requieran, y que al obtenerla esta ejerza algún tipo de impacto, en su estado  
de salud. Por su parte, la efectividad es la medida en que la atención proporciona un  
resultado deseado, en respuesta a la necesidad. Así, se puede asumir que el objetivo de un acceso efectivo al cuidado de la salud es maximizar los beneficios en salud,  
de acuerdo a las necesidades del individuo (Donabedian, 1966).

En este contexto, el término garantía de la calidad significa asegurar que las condiciones  
bajo las cuales se proporciona atención en salud, en su estructura y proceso, sean las más  
propicias para lograr que el usuario reciba el mayor beneficio al menor riesgo y costo, es decir, que reciba una atención de calidad (Svendsen, Ehlers, Andersen & Johnsen, 2009).

Calidad del cuidado a la salud en procesos sociales complejos

En términos de la calidad de la atención a procesos sociales complejos, la prestación  
del servicio que reúna los criterios de calidad juega un papel importante que impacta de manera directa en la disminución de la mortalidad y morbilidad en salud mental  
y física de las poblaciones en dichas situaciones. La calidad de la atención en salud  
está en función directa con la responsabilidad y el compromiso que el profesional de  
la salud experimenta al otorgarla (Donabedian, 1966). Para ello, resulta imperativo que el médico o el prestador del servicio

1) posea los conocimientos científicos y domine las técnicas médicas, y 2) que su  
desempeño esté sustentado en los aspectos normativos de la práctica profesional, con  
el objetivo de conocer las implicaciones legales en las que puede incurrir al realizar  
su trabajo (Svendsen, Ehlers, Andersen & Johnsen, 2009).

Derivado de los conceptos de calidad asistencial anteriormente señalados, se han logrado adaptar los términos para definir la calidad de la atención en el contexto social  
complejo.

En este sentido, la calidad de la atención es el grado en que los servicios  
de salud comunitaria e institucional para los individuos y las comunidades aumentan  
la probabilidad de un manejo oportuno, integral y apropiado para lograr los resultados deseados que sean consistentes con el conocimiento profesional actual  
y defendiendo el derecho a la salud (Donabedian, 1985).

De esta definición surge el punto de partida para la creación de un marco de  
evaluación de la calidad de la salud en situaciones sociales complejas en un entorno  
institucional. La definición permite que la calidad en este contexto sea separada en  
dos partes constituyentes.

1. La calidad de la prestación de servicios dentro de la institución.  
2. La calidad de la atención experimentada por los usuarios, en este caso las víctimas  
del conflicto armado. Con base en lo anterior, se sugieren los  
siguientes elementos dentro de las dos categorías señaladas, para la evaluación  
de la calidad en el servicio de obstetricia.

La calidad con respecto a la prestación del servicio involucra las siguientes dimensiones:  
1. Recursos humanos y materiales. Se refiere a la infraestructura, material y personal disponible para proveer la atención al cuidado de la salud del usuario paciente. Tomando en cuenta las instalaciones del hospital, si estas son adecuadas y cuentan con el material necesario para la atención prenatal, del parto y puerperio, así como la capacitación  
continua que el personal recibe, para el  
desarrollo de sus habilidades y mejora de la atención (25)

2. Sistema de referencia. El cual consiste en los niveles jerárquicos para la  
admisión de los pacientes, la detección de complicaciones y su posterior  
referencia a servicios especializados, cada nivel de atención debe contar  
con protocolos de manejo para la atención en salud.

3. Sistemas de información. Los sistemas de información y registro de sucesos en salud son de vital importancia para poder evaluar los programas implementados, en víctimas del conflicto  
armado estos registros son a menudo omitidos o existe subregistro de ellos,  
sin embargo, son componentes básicos de la calidad intrahospitalaria (Savigny & Taghreed, 2009).

4. Uso apropiado de las tecnologías. El uso apropiado de tecnologías se refiere a todos aquellos procedimientos que deben ser empleados bajo justificación  
médica Son una asociación de métodos, procedimientos, técnicas y equipo que, junto con el equipo de salud, contribuyen a resolver un problema de salud  
(Savigny & Taghreed, 2009).

5. Buenas prácticas clínicas. Se refiere al apego de guías de práctica clínica, protocolos y lineamientos que han documentado algunos procedimientos para mejorar la salud de las víctimas  
del conflicto armado: manejo psicosocial, manejo de las emergencias, entre otros.

6. Manejo de las emergencias. Se refiere a que los servicios médicos deben contar con los elementos necesarios para resolver una emergencia en términos de establecer medidas inmediatas para prevenir complicaciones de la salud mental y física de las víctimas del conflicto armado (Savigny & Taghreed, 2009)

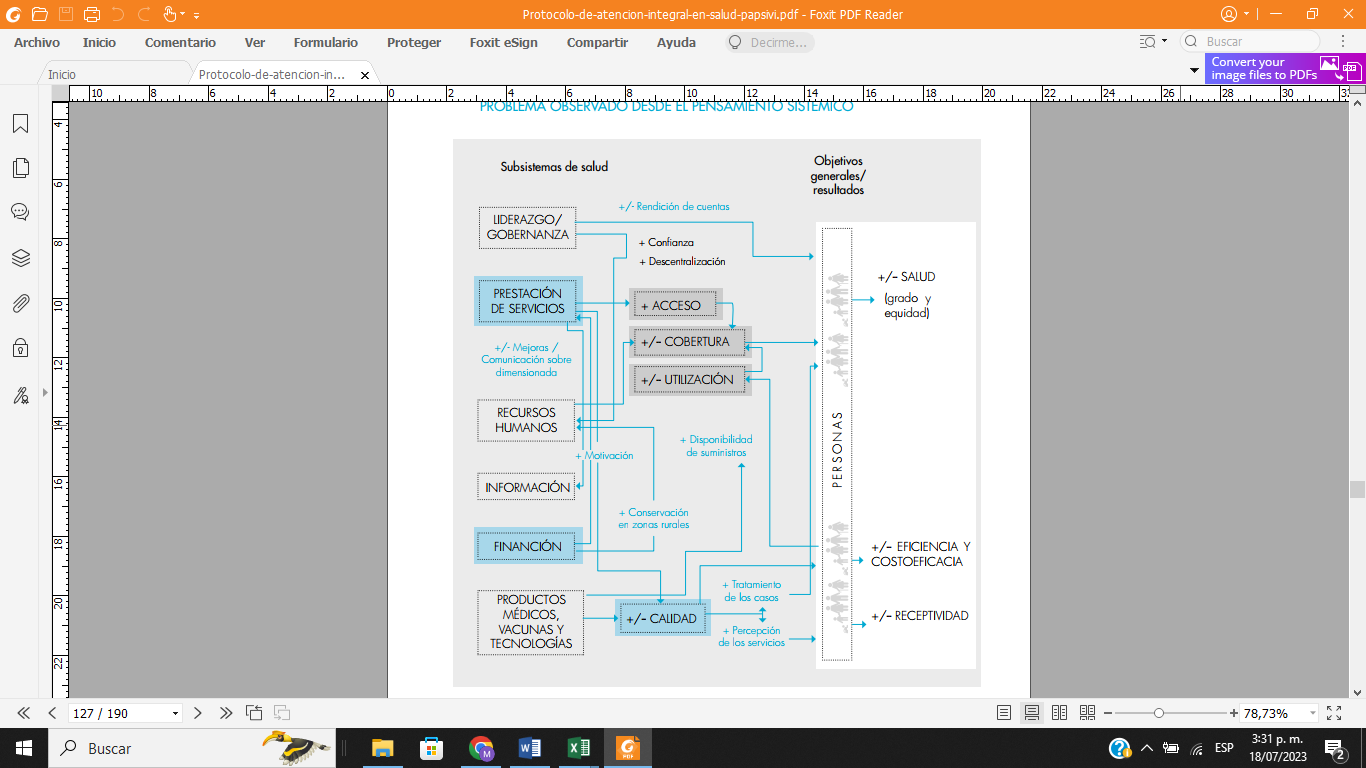
En lo que respecta a la calidad de la atención percibida por las mujeres usuarias  
de los servicios de obstetricia, se han identificado algunos elementos que influyen  
en la decisión sobre utilizar el servicio.

Podemos mencionar la infraestructura y el personal médico que las atiende. Otro punto  
a resaltar es la comunicación interpersonal entre quien presta el servicio médico y quien  
lo recibe, con el propósito de discutir tanto el diagnóstico como las preferencias del  
tratamiento (Frenk, 2000).

Con base en lo anterior, el conocimiento de la mujer radica en la información proporcionada por el personal de salud, la cual debe ser en un lenguaje claro, entendible y claramente explicado para todas las mujeres, de tal modo que todas ellas  
deben estar preparadas para el tratamiento y deben entender sus opciones con la posibilidad de elegir (Frenk, 2000).

Ante el incremento en las tasas de cesáreas y su comportamiento diferencial  
entre hospitales, se sugiere que existe un problema que hace referencia a la  
calidad asistencial específicamente en los procesos de la atención (Svendsen,  
Ehlers, Andersen & Johnsen, 2009),  
proporcionada por los servicios médicos, de manera más específica, en lo  
relacionado con el uso apropiado de las tecnologías, en donde están incluidos  
procedimientos que deben usarse en la frecuencia mínima necesaria y bajo  
justificación.

**PROBLEMA OBSERVADO DESDE EL PENSAMIENTO SISTEMICO**



En cada una de las problemáticas se analizará:

• Problemas de estructura.

• Problemas de comunicación entre los actores e instituciones.  
• Problemas de garantía de derecho a la salud y de aseguramiento del plan  
de beneficios.

ALCANCE  
El alcance de este análisis de política es el reconocimiento de estrategias legislativas y operativas propias del sistema de salud que garanticen la implementación  
del Protocolo de Atención Integral, así como la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial como parte elemental para la ejecución de dicha atención a las  
víctimas del conflicto armado. No tendrá como objeto la generación de un nuevo  
marco normativo o la reforma de las leyes que actualmente rige a las víctimas del  
conflicto armado.

OBJETIVOS  
Objetivo general

Analizar los marcos normativos que den cuenta de la garantía del derecho a la salud y procesos y funciones de los diferentes actores para fortalecer la construcción de  
las indicaciones del Protocolo de Atención Integral con Enfoque Psicosocial y Diferencial a las Víctimas del Conflicto Armado.

Objetivos específicos

1. Identificar los marcos normativos que establezcan directrices, procesos y acciones que garanticen la salud como derecho en las víctimas del conflicto armado en Colombia.

2. Describir los marcos normativos identificados en términos del tipo de marco  
normativo y el alcance en la garantía del derecho a la salud en las víctimas del  
conflicto armado.

3. Analizar los marcos normativos desde el modelo de pensamiento sistémico y el modelo de análisis de procesos para identificar vacíos o fortalezas desde el punto de vista normativo, que permitan una adecuada incorporación de acciones, atenciones y procesos en el sistema de salud, para garantizar el adecuado desempeño de las indicaciones propuestas en el Protocolo de Atención Integral con Enfoque Psicosocial y Diferencial para las Víctimas del Conflicto Armado.

Marcos normativos analizados

Se realizó una selección de los marcos normativos a nivel nacional e internacional  
que fueron expedidos hasta julio de 2016, que contemplaran acciones que buscaran la  
garantía del derecho a la salud en las víctimas del conflicto armado. A continuación, se  
enuncian los marcos normativos analizados teniendo en cuenta este criterio de inclusión:

• Sentencia T-045 de 2010

• Auto 092 de 2008

• Auto 006 de 2009

• Ley 1448 de 2011

• Ley 1751 (Ley Estatutaria) de 2015

• Decreto 2569 de 2014

• Decreto 4800 de 2011

• Decreto 4633 de 2011 artículos 76,

77, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 115,

116, 117, 118

• Decreto 4634 de 2011 artículos 49,55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 79,80, 81

• Decreto 4635 de 2011 artículos 53,

54, 55, 56, 57, 58, 59, 83, 84, 85, 86, 87, 88  
• Decreto 2973 de 2010

• Resolución 2635 de 2014

• Resolución 429 de 2016

• Circular 16 de 2014

• Auto 173 de 2014

• Sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos

Metodología de análisis de política

Para este análisis de política se consideró acudir al marco metodológico construido por  
Bardach (2012), dada su utilización en una amplia gama de documentos de política pú-  
blica. Desde la primera edición en 1998 hasta la más reciente de 2012, este documento  
ha sido ampliamente empleado y citado en espacios académicos, así como por analistas de las políticas públicas alrededor del mundo. Cabe reconocer que no hay ningún  
método perfecto y que la labor del analista será siempre aplicar los métodos, reconociendo sus fortalezas, pero también tratando de superar y solucionar sus limitaciones.

En la primera edición, el autor propone los siguientes pasos:

1. Definición del problema

2. Obtención de información

3. Construcción de alternativas

4. Selección de criterios

5. Proyección de los resultados

6. Confrontación de costos

7. Decida

8. Cuente su historia

En la cuarta edición, publicada hace cuatro años, no hay cambios perceptibles en el  
listado de pasos (Ley 975, 2005):

1. Definir el problema

2. Ensamblar alguna evidencia

3. Construir las alternativas

4. Seleccionar los criterios

5. Proyectar los resultados

6. Confrontar las compensaciones y los costos

7. Decidir

8. Contar la historia

De manera sintética, pueden describirse los pasos, como se observa a continuación:

1. Definir el problema:

Permite tener tanto una razón para desarrollar el proceso como una dirección para la  
recolección de información y ensamblaje de evidencia.

Esto es muy importante cuando se trata de la generación de una nueva política pública. La guía de Bardach (2012) pretende, en gran medida, ser una herramienta para la resolución de problemas públicos. Por lo anterior, se toma muy en serio la identificación precisa del problema a resolver. Cabe señalar que, en la teoría de las políticas públicas de origen norteamericano,  
las políticas son, en esencia, mecanismos para resolver problemas públicos y, por tanto, son el Estado en acción. Para el presente proyecto, lo que debe ser definido es cuál es el problema de la política que se quiere resolver. Esto tiene relación con alguno o varios de los siguientes aspectos:  
• Pertinencia

• Utilidad

• Aceptación por parte de la comunidad a la cual se dirige

• Resultados obtenidos

• Conflictos generados

• Actores e instituciones relacionadas

2. Ensamblar alguna evidencia:

Es claro que los análisis de este tipo requieren la construcción de evidencias para  
cumplir sus propósitos. El autor recomienda lo siguiente:

• Dedicar tiempo suficiente para leer documentos, buscar en bibliotecas,  
hacer entrevistas, filtrar bases de datos y demás acciones.

• Dada esta condición, tratar de recoger solamente datos que se convertirán en información y luego en evidencia relacionada con el problema.

• Datos: hechos o representaciones de hechos

• Información: datos que tienen significado

• Evidencia: información que afecta las creencias de las personas sobre las  
características más significativas del problema en estudio y cómo puede  
ser resuelto.

3. Construir las alternativas:

Las alternativas en políticas públicas son cursos de acción. Son distintas posibilidades de  
resolver o mitigar un problema público. Dependiendo de la naturaleza del problema, de la forma como se construya su definición, las alternativas deberán proveer opciones  
realizables para su solución, en los plazos que el analista considere adecuados.

4. Seleccionar los criterios:

Se trata de aplicar criterios de selección sobre los posibles (o más probables) resultados de  
las alternativas consideradas en el punto previo. Se busca que el analista piense en el  
resultado final y, de esta manera, identifiquelas mejores alternativas que pueden llevarlo  
 a ese nuevo escenario.

5. Proyectar los resultados:

Es para Bardach (2012), el más difícil de los ocho pasos. Implica pensar en el futuro.

y el futuro siempre es incierto. En todo caso, su recomendación es hacerlo teniendo en cuenta al menos tres criterios:

• Pensar en el futuro y no confundirlo con el pasado o el presente.

• Tratar de ser realista.

• No engañarse a sí mismo, sobreestimando las posibilidades

6. Confrontar las compensaciones y los costos:

Es una necesidad del analista, calcular o al menos estimar la relación entre el beneficio  
que se obtendrá con cada una de las alternativas seleccionadas y los costos de llevarlas a cabo. Algunas veces, una alternativa será más atractiva en sus efectos para resolver el  
problema identificado, pero generará tantos costos que será inviable su aplicación. En  
otros, el costo es mucho menor pero no se esperan resultados muy significativos de su desarrollo. Se sugieren métodos como establecer un “mínimo aceptable” en los resultados esperados, que oriente la toma de decisión.

7. Decidir:

Claramente, es imperativo para el analista tomar alguna decisión dentro de este proceso.  
Aun cuando el analista suele ser un asesor externo y quien toma la decisión es quien lo ha  
llamado para solicitar su análisis, se sugiere que en este punto el analista se empodere de  
tal manera que pretenda ser el responsable de la decisión que recomendará.

8. Contar la historia:

Es frecuente que un buen trabajo técnicamente bien desarrollado, se convierta en un reto cuando se requiere comunicar sus resultados.

El lenguaje técnico no siempre es el más apropiado y el analista debe ser capaz de elaborar un informe y una presentación que comunique tanto sus procesos como sus resultados. Conocer la audiencia es una de las principales sugerencias del autor.

Consideraciones generales de la metodología:

Dado que está diseñada para solucionar problemas públicos, se adaptó a la necesidad  
específica de este proyecto. El propio autor alerta sobre el riesgo de seguir el método al  
pie de la letra. El autor reconoce que la resolución de problemas es un asunto de prueba  
y error y por tanto es iterativo, es decir, requiere repetición de algunas fases. No hay que temer a los cambios. Es normal que durante el proceso se cambie, por ejemplo, la definición del problema o el menú de alternativas.

La recolección de evidencia nunca termina.

Dado el alcance del análisis de política para este Protocolo, no se desarrollaron los ocho  
pasos propuestos por Bardach (2012).

Solo se desarrollaron los pasos comprendidos entre el 1 y el 4, y estas opciones de política  
fueron incorporadas en las indicaciones del Protocolo de Atención Integral a Víctimas del  
Conflicto Armado. Es indispensable señalar que esta metodología permitió identificar una  
serie de problemas y soluciones provenientes, no solo de los instrumentos normativos  
nacionales e internacionales mencionados anteriormente, sino también insumos provenientes de una revisión documental sobre algunos antecedentes que profundizan en  
los enfoques psicosocial y diferencial para la atención integral en salud. Así mismo, se  
hizo necesario colocar en discusión dos conceptos que complementan la incorporación  
de estos enfoques y que en la actualidad social —que va más allá de las situaciones humanitarias y de emergencia del país— cobran mayor importancia: la salud mental comunitaria y la interseccionalidad en la política. Estos conceptos serán desarrollados con  
más detalle en las recomendaciones finales.

Por consiguiente, la presentación de resultados del análisis comprendió tanto problemas  
identificados como posibles opciones de solución, tanto desde el marco normativo como  
también producto de la revisión documental

**ETAPA 4. Generación de las indicaciones preliminares para la atención  
integral con enfoque psicosocial y diferencial para víctimas del  
conflicto armado. Métodos mixtos para la integración y análisis  
de la información de múltiples fuentes**

Se definió una postura epistemológica constructivista dado los múltiples enfoques y saberes contemplados, así como la dinámica de construcción, deconstrucción y el supuesto de transformación del objeto y sujeto de investigación en este proceso (González,  
Kellison, Boyd & Kopak, 2010).

El Protocolo de Atención Integral con Enfoque Psicosocial y Diferencial para Víctimas del Conflicto Armado, bajo esta perspectiva es el instrumento de transformación social, resultado de la integración de saberes, nosologías y teorías epistemológicas que abordan el problema  
de interés. Así mismo se debe contemplar al sistema de salud como la respuesta social  
organizada para poder contemplar al protocolo como esa herramienta que fortalece  
dicha respuesta (González, Kellison, Boyd & Kopak, 2010).

Para plantear este análisis se contemplaron las definiciones y categorías trabajadas en  
la Ley 1448 de 2011. En el Papsivi se consideraron las siguientes categorías de generación de indicaciones de atención (Ministerio de Salud y Protección Social):

• Identificación de víctima del conflicto armado  
• Afectación física relacionada con un hecho victimizante

• Afectaciones mentales relacionadas con un hecho victimizante

• Multiculturalidad

• Atención con enfoque psicosocial

• Atención con enfoque diferencial Posterior al desarrollo de los diálogos de saberes y el análisis de política, se propusieron las siguientes categorías de análisis:

• Mecanismos de aseguramiento en salud de la población víctima del  
conflicto armado

• Procesos de prestación de servicios de salud para la garantía del derecho  
a la salud de las víctimas del conflicto armado

• Definición de resolución del estado de salud secundario a un hecho victimizante

Luego del conocimiento de estas categorías, el grupo desarrollador decidió enmarcarlas  
en:

1. Indicaciones del aseguramiento: Aquellas indicaciones que buscan garantizar el acceso y cobertura efectiva de los servicios de salud a las víctimas del  
conflicto armado.

2. Aspectos de la prestación de servicios de salud: Indicaciones que buscan garantizar los procesos de utilización y calidad de servicios de salud de manera equitativa, a través del fortalecimiento de la infraestructura, recursos humanos en salud y las dinámicas de la prestación de servicios de salud.

3. Afectaciones físicas y mentales.

4. Indicaciones de la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial.

5. Estrategias de implementación de las indicaciones: Propone estrategias de  
incorporación.

El grupo desarrollador se reunió en tres sesiones de trabajo posterior a la lectura y análisis  
de los resultados de los diálogos de saberes, las revisiones sistemáticas de la literatura y el  
análisis de política, y en cada una de las categorías de análisis anteriormente mencionadas  
y definidas, desde su punto de vista de experto, describieron y caracterizaron los aspectos  
relevantes para cada categoría de análisis. Un moderador orientaba las discusiones del grupo de expertos para obtener la identificación, definición y caracterización de la actividad en  
salud propuesta, y esta fue contemplada como una indicación. Después de construir las indicaciones se realizaron dos sesiones para evaluar las indicaciones propuestas en cuatro aspectos (Murphy et al., 1998; Rycroft, 2001):

• Relevancia en el contexto:

Indicación que tiene alto impacto en la incorporación de la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial en el contexto de la prestación de servicios de salud en el SGSSS.

• Factibilidad en el contexto:

Indicación  
relacionada con aspectos de calidad, que está sujeta al control de los  
proveedores y/o el sistema de salud, y se podría utilizar en un nivel nacional  
como estrategia de monitorización y seguimiento de la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial.  
• Validez:

Indicación con evidencia científica suficiente para garantizar  
una adecuada prestación de servicios de salud en los diferentes contextos nacionales a las víctimas del conflicto armado.

• Especificidad:

Indicación que sea explícita en presentar. Quién realiza la atención, dónde y cómo se debe  
realizar y los resultados que se espera obtener de dicha atención.

Luego de esta evaluación se excluyeron del documento de indicaciones todas  
aquellas que no cumplieran alguno de estos cuatro criterios, según el análisis del grupo de expertos que hacen parte del grupo desarrollador.

Estas indicaciones fueron valoradas nuevamente en términos de redacción y comprensión por el grupo desarrollador en pleno, en una sesión de trabajo virtual

**ETAPA 5. Instalación de los procesos participativos para orientar las indicaciones en atención integral en salud con enfoque psicosocial.**

Se establecieron tres espacios de participación posterior al desarrollo del documento preliminar de indicaciones de atención integral en salud con enfoque psicosocial para reconocer las experiencias y saberes de diferentes actores del sistema de salud, de los procesos de atención a víctimas del conflicto armado y de la experiencia institucional de las organizaciones del estado en víctimas del conflicto armado. Se establecieron tres tipos de procesos participativos.

a. Mesa de expertos: Para este espacio se desarrolló un diálogo deliberativo con expertos en las disciplinas de psicología, psiquiatría, trabajo social y enfermería. En este proceso se discutieron los aspectos relacionados con los profesionales de la salud que deben conformar el equipo multidisciplinario de atención, las competencias y funciones de cada uno de ellos, los tiempos de atención y de seguimiento y los objetivos de la valoración inicial, el establecimiento del plan de manejo y seguimientos.

b. Espacios de participación con víctimas del conflicto armado: Para este espacio se estableció un grupo focal conformado por representantes de víctimas del conflicto armado. Se buscaba presentar el alcance, los objetivos y la estructura del Protocolo, y luego discutir entre los miembros del grupo focal aspectos de la comprensión de las acciones propuestas en el documento, la identificación de barreras y facilitadores en la implementación del Protocolo en el territorio.

c. Entrevistas con actores/instituciones con experiencia en el manejo de grupos vulnerables: Para este proceso se realizaron entrevistas a actores que representan a organizaciones no gubernamentales y gubernamentales con experiencia en la atención en salud a población vulnerable. En este proceso se entrevistó a la organización Colombia Diversa, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la organización Sisma Mujer.

En estas entrevistas se indagaron aspectos relacionados con el enfoque diferencial y se identificaron los aspectos de la atención que se deben tener en cuenta para garantizar dicho enfoque en estas poblaciones. Posterior a estos procesos participativos, el grupo desarrollador integró esta información, según su pertinencia, en indicaciones o puntos de buena práctica según el alcance y el tipo de consideración establecida en cada momento de participación.

**ETAPA 6. Consenso formal de expertos temáticos y metodológicos con la sociedad civil (representante de población víctima del conflicto armado)**

Complementando la etapa previamente descrita, se desarrolló un consenso formal de expertos tipo panel de expertos con grupo nominal, donde se consolidaron las indicaciones del Protocolo de Atención Integral desde la perspectiva de los expertos en atención a víctimas del conflicto armado y tomadores de decisión. El consenso de expertos buscó fortalecer las indicaciones y recomendaciones del Protocolo desde el punto de vista de la atención y la experiencia profesional de los asistentes al panel y, adicionalmente, se buscó conocer la fuerza de dichas indicaciones basadas en evidencia, utilizando la metodología Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Grade), para conocer la fuerza y direccionalidad de las indicaciones

con evidencia científica. Aunque esta metodología fue propuesta para el desarrollo de recomendaciones clínicas para guías de práctica clínica, se ha utilizado como estrategia para conocer la confianza de otros tipos de recomendaciones basadas en la evidencia para el sector salud (Balshem, 2011;

Murphy et al.1998)

**ETAPA 7. Socialización territorial**

Se realizó un proceso de socialización en 15 territorios priorizados por el Ministerio de Salud  
y Protección Social. A continuación, se presentan las ciudades y territorios priorizados.

|  |  |
| --- | --- |
| Región | Ciudades |
| Región 1 Bogotá, Cundinamarca | Bogotá |
| Región 2 Atlántico, Bolívar, Córdoba, Magdalena, Guajira, Sucre, Cesar, San Andrés y Providencia | Santa Marta - Valledupar |
| Región 3 Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío | Medellín - Pereira |
| Región 4 Valle del Cauca, Nariño, Cauca, Chocó | Cali - Pasto - Quibdó |
| Región 5 Santander, Norte de Santander, Boyacá, Casanare, Arauca | Bucaramanga - Yopal - Tunja |
| Región Tolima, Huila, Meta, Caquetá, Putumayo, Guaviare, Amazonas, Vichada, Guainía, Vaupés | Ibagué - Villavicencio - Florencia - Neiva |

Estos espacios de participación tenían como objetivo:

• Dar a conocer la metodología que se llevó a cabo para el desarrollo del Protocolo de  
Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado.

• Exponer las indicaciones y los resultados del proceso de desarrollo del Protocolo.  
• Dar a conocer la Ruta Integral de Atención.

• Conocer las perspectivas de los territorios y su retroalimentación en relación al Protocolo de Atención.

Para desarrollar estas jornadas de socialización, se realizó la identificación de actores dentro  
de los cuales se incluyeron: entidades territoriales departamentales, municipales, EAPB, IPS,  
profesionales de los equipos de atención psicosocial del Papsivi, ICBF, comisarías de familia,  
entre otros actores relevantes. Una vez identificados los actores, se procedió a realizar la  
convocatoria, la cual estuvo a cargo del MSPS

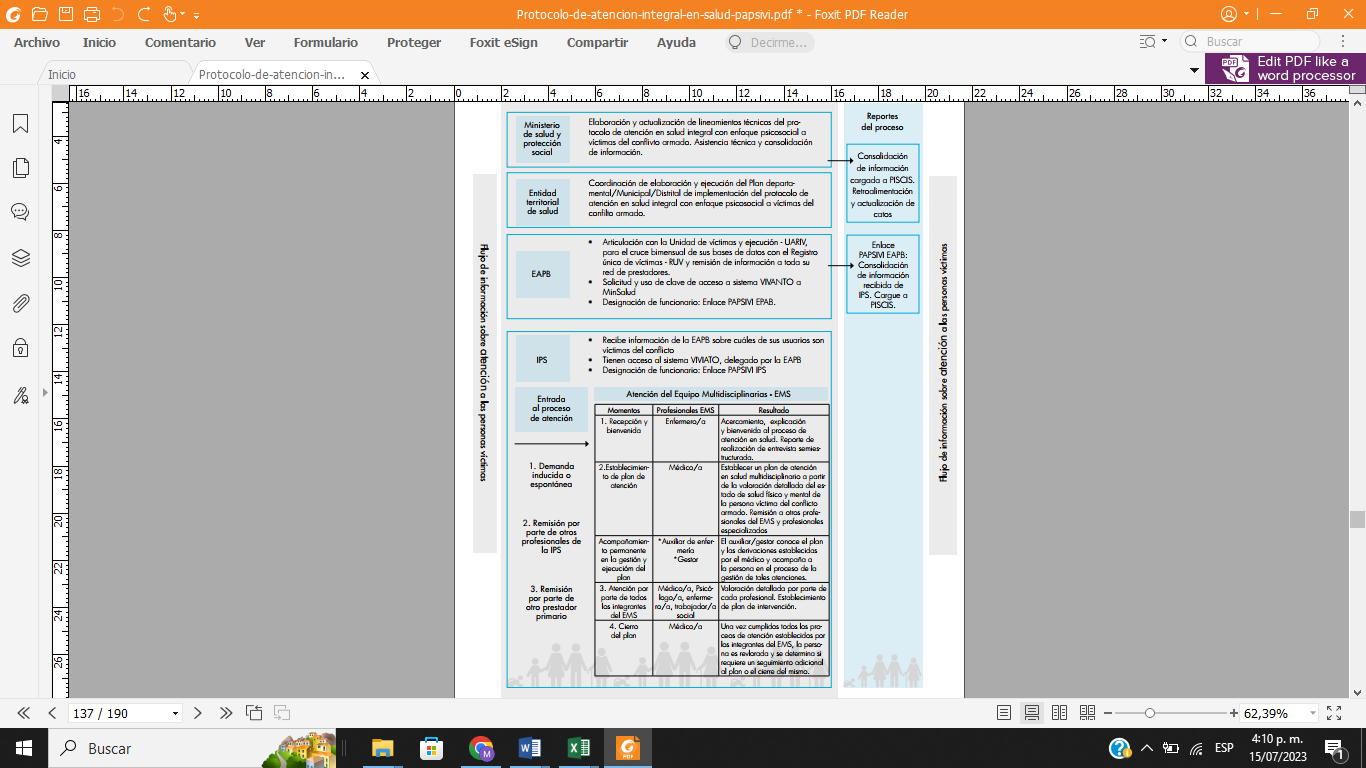
ANEXO II:

ESQUEMA AMPLIO DEL

PROCESO DE ATENCIÓN

ESQUEMA GENERAL DEL PROCESO DE OPERACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN

SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO



ANEXO III:

ELEMENTOS PARA LA INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE PSICOSOCIAL EN LA ATENCIÓN

INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS

ALEJANDRO CEPEDA PÉREZ

Coordinador Grupo Asistencia y Reparación a Víctimas del Conflicto Armado

DIANA RIVERA

Profesional especializada

JAVIER AYALA TOSCANO

Profesional Gestor

1 INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene la finalidad de orientar el trabajo a los profesionales  
y funcionarios que hacen parte de la Atención Integral en Salud a las Víctimas del conflicto armado, con el fin de garantizar su abordaje desde un enfoque psicosocial. Está basado en el reconocimiento de los derechos de las víctimas afectadas por el conflicto armado, y en la rehabilitación como medida de reparación, a nivel físico, mental y psicosocial.

Los elementos plateados en el presente documento buscan fortalecer la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, en el marco del PAPSIVI, con la incorporación de una mirada desde la acción sin daño durante la atención dirigida a las víctimas de infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH), o de violaciones graves y manifiestas a los Derechos Humanos (DDHH), según las consideraciones del artículo 3 de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras (Ley 1448 de 2011).

Así mismo, pretende brindar lineamientos de enfoque psicosocial generales para la  
planificación y el desarrollo del trabajo de los equipos dedicados a la atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas, en el nivel nacional y el territorial. Lo anterior reconoce la importancia de contar con una oferta institucional que cuente con personal formado en los fundamentos ético-políticos, conceptuales y de buena praxis para la atención a víctimas  
del conflicto armado, como parte del proceso de reparación integral, atendiendo a la dignidad de las personas víctimas desde el momento en que ingresa al SGSSS y  
durante su tránsito por este.

2. ELEMENTOS PARA EL ABORDAJE DEL ENFOQUE PSICOSOCIAL

2.1 Reparación Integral desde el Enfoque Psicosocial

En el marco del conflicto armado, muchos colombianos han sufrido daños por las graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al DIH. Estos daños no están  
presentes solo en pérdidas materiales ocasionadas por delitos como el desplazamiento forzado, sino que también existen afectaciones irreparables en la dignidad de las  
personas y comunidades, que han dejado marcas en el cuerpo y en la psiquis de las  
víctimas y que llegan a tocar las esferas de su vida en relación con su familia, su contexto social y político y su territorio, lo cual ha ido destruyendo sus formas de vida.

Las historias de sufrimiento y de pérdida se constituyen en la huella visible que ha dejado un conflicto armado de larga duración, marcado por la exacerbación de la violencia y la barbarie en contra de la población civil. Los efectos ocasionados por el conflicto armado han permeado todas las dimensiones de lo humano y afectado las categorías emocional, cognitiva y comportamental, y los procesos relacionales a nivel familiar, barrial y comunitario, y los ámbitos social,  
económico, político y cultural. La violencia ejercida contra la población colombiana ha  
lesionado la dignidad humana y limitado el proyecto de vida de muchas personas, familias y comunidades, lo que ha fracturado el tejido social, ha imposibilitado la continuidad de tradiciones culturales, ha obstaculizado la participación política y ha instaurado nuevas formas de pensar y relacionarse (UARIV, OIM & Usaid, 2014).

Esto implica reconocer que los hechos de violencia, en el marco del conflicto armado, han causado un sufrimiento particular, entendido como un proceso complejo que requiere una  
forma de atención en salud desde un enfoque psicosocial, que exalte la integralidad de las personas que sufren, el contexto de su sufrimiento, sus vivencias, la forma como han  
integrado a su vida cada experiencia dolorosa y la capacidad para seguir adelante.

Esto puede permitir la reconstrucción de la confianza entre las víctimas y el Estado desde  
el cuidado, procurando no causar mayores daños a los ya vividos y reconociendo que  
las afectaciones causadas a las personas por las graves violaciones a los derechos humanos no son definitorias de su identidad (las víctimas son más que sufrimiento).

Es así como, desde el reconocimiento de la ocurrencia de los hechos violentos en el  
marco del conflicto armado, de las múltiples victimizaciones y de los afectaciones generadas a nivel individual y colectivo, así como de las formas de afrontamiento y de resistencia por personas y comunidades, el Estado define así la reparación de las víctimas:

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 presente ley. La reparación comprende las medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición,  
en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una  
de estas medidas será implementada a favor de la víctima, dependiendo de la vulneración en sus derechos y las características del hecho victimizante. (Ley 1448, 2011, art. 25).

Considerando lo anterior, se requiere comprender el escenario en el que ocurre la violación a los derechos humanos y la profundidad de los daños causados, para establecer  
las medidas que puedan contribuir a la atención de las afectaciones, reconociendo a las  
víctimas como sujetos de derechos y como personas que aportan a la sociedad desde  
sus particularidades y posibilidades, como lo hacen los demás ciudadanos. Es entonces necesario leer el enfoque psicosocial y sus premisas de una manera transversal en el proceso de reparación integral, siendo un elemento presente en cada forma de intervención con  
las víctimas, como el contenido del acompañamiento en los procesos de atención, en  
aras de garantizar el acceso a derechos, a la verdad, la justicia y la reparación.

2.2 Enfoque Psicosocial

Partiendo del reconocimiento de la dignidad humana, los derechos humanos y los daños  
causados en ocasión del conflicto armado, se debe empezar a hablar de lo psicosocial desde una concepción integral de la persona, que comprende la dignidad como la autonomía inherente a todo ser humano, siendo una forma de entender los comportamientos de las personas en su contexto ético, jurídico, económico, político, religioso, cultural, social y psicológico.

En el contexto de la reparación integral, se parte de entender que la violencia ejercida contra la población colombiana ha lesionado la dignidad humana y ha limitado el proyecto de vida de muchas personas y familias, lo que ha fracturado el tejido social de las comunidades, ha imposibilitado la continuidad de tradiciones culturales, ha obstaculizado la participación política y ha instaurado nuevas formas de pensar y relacionarse. Desde esta perspectiva, el *Enfoque  
Psicosocial* es entendido: como una *“perspectiva que reconoce los impactos psicosociales  
que comprometen la violación de derechos en el contexto de la violencia y el desplazamiento en Colombia. Sustenta el enfoque de derechos por lo que debería orientar toda  
política pública, acción y medida de reparación a víctimas”* (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Ello implica entender estas afectaciones como un proceso complejo antes de realizar  
acciones de atención; es una mirada desde la cual las entidades, los funcionarios y colaboradores deben reconocer la integralidad de la persona que ha sido víctima, teniendo  
en cuenta el contexto en el que se ha desenvuelto, los hechos que ha vivido, el significado que les ha dado a estos hechos, el sufrimiento que ha experimentado y las  
capacidades que posee. *Esto permite una relación con la persona, no con la victimización o con la afectación, favoreciendo el reconocimiento de las fortalezas y los recursos y no únicamente del sufrimiento* (UARIV, OIM & Usaid, 2014).

2. 3 Atención en Salud con Enfoque Psicosocial

La atención en salud *con enfoque psicosocial* no tiene como finalidad exclusiva la  
recuperación o mitigación de los daños psicosociales, ya que atiende la salud física y mental de manera integral, y en el marco de la medida de rehabilitación cuenta con  
una orientación prioritaria hacia las acciones reparadoras, para lo cual se apoya en tres  
principios que definen la relación que se construye en la atención: la dignificación y  
el reconocimiento, el empoderamiento y la acción sin daño.

Lo anterior invita a comprender que estos principios están estrechamente relacionados y se complementan entre sí, que los límites entre ellos son difusos y que se requiere de  
una mirada integradora que los reconozca como el marco común del enfoque para  
enriquecer la atención en salud integral y alcanzar con ella un efecto reparador por  
sí misma.

*Para que se dé efectivamente una atención en salud con enfoque psicosocial, quien la realiza debe contar con la capacidad de reflexionar haciéndose diversas preguntas:*¿Cuál es el rol que estoy ejerciendo en el momento de la atención como representante  
del Estado?

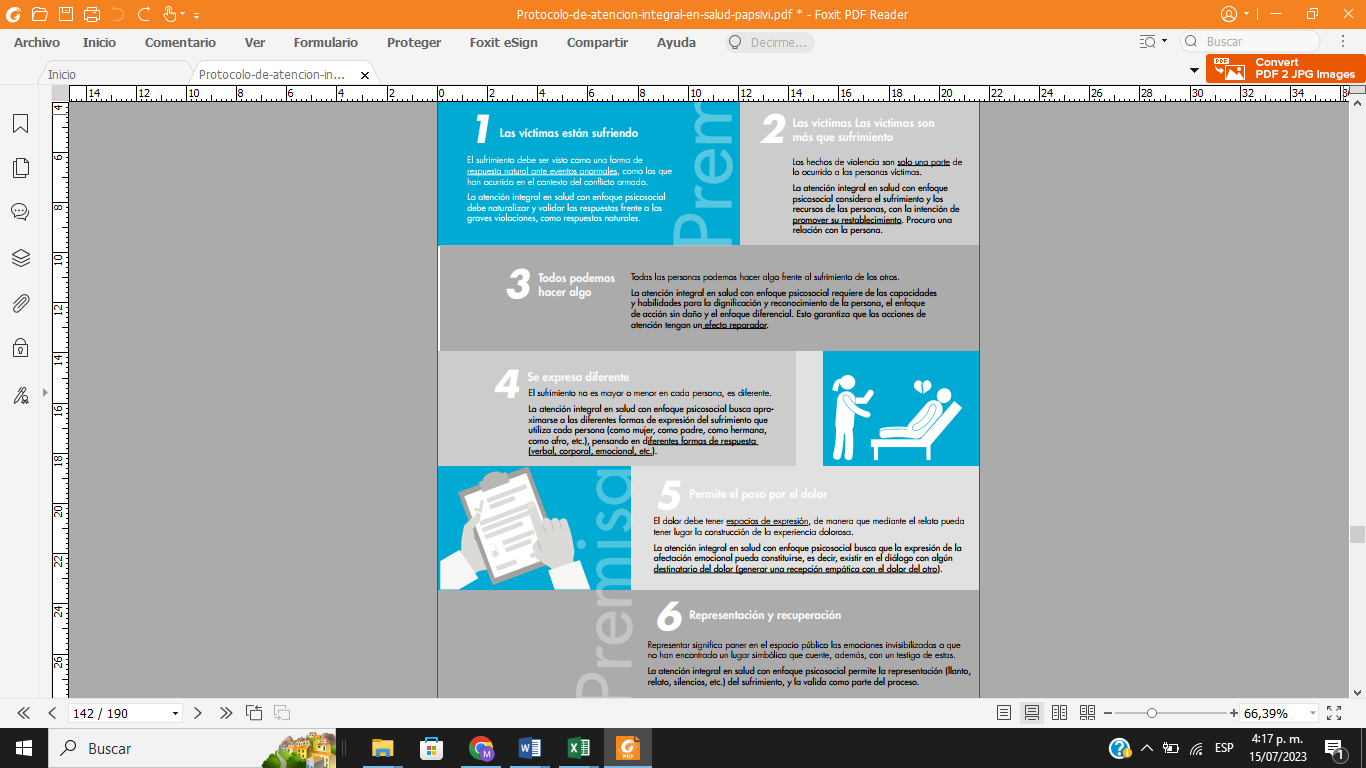
*A partir de este,* ¿qué estoy haciendo para reconocer y dignificar a la  
persona que voy a atender? *Como servidor público,* ¿soy consciente de los mensajes implícitos que transmito a la víctima en la atención? ¿Cuál fue mi rol en el proceso  
de atención? ¿Siento que mi atención fue importante para el avance en el proceso de rehabilitación de la víctima? ¿Qué capacidades propias siento que me han servido para lograr que mis acciones en la atención sean bien recibidas por las víctimas y generen en ellas efectos positivos?  
Las personas que han sido víctimas necesitan sentir una relación más cercana con el  
Estado, en el marco de su proceso de reparación integral, y la atención con enfoque psicosocial es una buena oportunidad para humanizar esta relación.

2.4 Premisas del Enfoque Psicosocial en la Atención en Salud

Para la comprensión de enfoque psicosocial, la Unidad para las Víctimas propuso un conjunto de premisas orientadas a los funcionarios y servidores que atienden a las  
víctimas, con el fin de prevenir acciones con daño y promover una postura ética en el desarrollo de sus funciones y obligaciones.

A continuación, se exponen las premisas del Enfoque Psicosocial enmarcadas en la atención integral en salud:

Premisas del Enfoque Psicosocial en la Atención en Salud  
Fuente: MinSalud, 2017

 Complementando las premisas relacionadas, se destaca que las acciones en el ámbito psicosocial requieren, además:

• Adoptar prácticas y procedimientos que eviten la re-experimentación del maltrato, el sufrimiento o estado de indefensión en las víctimas. Ello conlleva tener en cuenta que las acciones  
que se llevan a cabo en cualquier escenario de atención a las víctimas eviten situaciones que ocasión en posible reexperimentación de maltratos, por ejemplo la forma de realizar entrevistas, encierro, limitar la comunicación, entre otras.

• Promover acciones que protejan la integridad psicosocial y mental de las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos. Comprende acciones en las que se proteja la condición  
de las víctimas, mediante información completa, oportuna, acorde al nivel y momento de vida de la persona.

• Favorecer la autonomía, inclusión y participación que merecen las víctimas  
en cualquier acción con y para ellas (Navarro, Pérez & Kernaj, 2011).

3 ELEMENTOS GENERALES PARA LA INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE PSICOSOCIAL  
EN LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

3.1 Orientaciones

Las acciones que se desarrollan en los procesos de atención, asistencia y reparación con la población víctima implican la obligación moral del Estado de reconocer su responsabilidad por acción u omisión frente a los hechos de violencia, restablecer la dignidad de personas y comunidades como sujetos titulares de derechos y reconocer su sufrimiento, visibilizando las historias de dolor y resistencia desde una postura de respeto, escucha y solidaridad con las víctimas (Sánchez et al., 2011).

En esta lógica, es evidente que las acciones adelantadas por los profesionales dedicados  
a la atención en salud deben estar avocadas a promover la voz de las víctimas desde la toma de decisiones, la participación y la inclusión social, promoviendo la posibilidad  
de llevar el sufrimiento causado por las afectaciones de lo privado a lo público y dando un contexto a la experiencia del horror en la visibilización de las causas que provocaron esas historias, relacionadas directamente con el conflicto armado colombiano, sus intereses y su presencia y transformación constante en la cotidianidad del país.

Considerando esto, las siguientes son orientaciones para la incorporación del Enfoque  
Psicosocial en la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, con el fin de acompañar las acciones de los funcionarios.

Dignificación y Reconocimiento

La reparación integral busca generar acciones que propendan por el restablecimiento de la dignidad de las víctimas que han sufrido graves violaciones a los Derechos Humanos y al DIH.

Por tanto, desde un marco de respeto a la integridad y honra de las víctimas, se debe brindar un trato respetuoso, amable y empático, en el que se les reconozca como sujeto titular de derechos y se promueva su participación en las decisiones que les afectan (Ley 1448,2011, art. 4). remisa  
Las víctimas están sufriendo  
Las víctimas Las víctimas son  
 • Ofrecer un trato digno a las víctimas se traduce en acciones sencillas, pero fundamentales, como adecuar el espacio físico para realizar la acogida y el desarrollo del encuentro; saludar cálidamente y mostrar una disposición positiva a través del lenguaje verbal y no verbal;  
presentarse y explicar a qué institución pertenece, cuáles son los objetivos de la  
acción (entrevista, taller, brindar información u orientación, etcétera) y el destino de la información; actuar con claridad y responsabilidad para favorecer el acceso a los derechos ofreciendo una atención adecuada, oportuna y eficaz.

• Escuchar activamente a la víctima buscando comprender su pedido a través  
de la utilización de un lenguaje sencillo, claro y libre de tecnicismos, así como  
del uso de para fraseos y clarificaciones que indiquen cuáles son sus necesidades  
y expectativas frente al proceso de atención.

• Preguntar a la víctima cómo desea ser llamada, aunque no corresponda con el nombre que aparece en su documento de identidad.

• Constatar que la víctima ha comprendido cada fase del proceso de atención, el alcance de las medidas, los tiempos y los requerimientos, el rol de quien la atiende y el paso siguiente después de concluir el encuentro. Esto puede verificarse a través de preguntas que permitan saber si la persona ha comprendido correctamente la información.

• Escuchar no solo lo que la persona está expresando directamente, sino los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo.

• Identificar el estado físico y emocional en el que se encuentra la víctima para  
realizar los ajustes necesarios durante el proceso de atención.

• No interpretar ni hacer conjeturas sobre el discurso de la víctima, ni emitir juicios  
de valor. Por consiguiente, parafrasear y confirmar con la víctima lo que ella quiso  
expresar. Por ejemplo: “Lo que usted acaba de mencionar es…”, “Lo que quiere decir con esto es…”, “Ayúdeme a saber si le estoy comprendiendo bien, le estoy escuchando que…” (SNARIV, 2015).

• Facilitar la expresión de sentimientos desde un interés genuino por conocer  
y apoyar a la víctima en el proceso de atención, en el marco de la medida de  
rehabilitación.

• Ayudar a la persona a reconocer sus recursos personales, familiares y comunitarios con los que cuenta, así como las estrategias de afrontamiento (implementadas en otras situaciones difíciles en el pasado) que pueden ayudar a superar la situación (SNARIV, 2015).

• Tener en cuenta la situación de seguridad física y emocional de la víctima, a fin de identificar posibles riesgos y amenazas12 en contra de su vida e integridad o la de su familia. que sufrimiento  
T • Reconocer las redes de apoyo que podría tener la víctima, con el fin de activarlas e indagar sobre valores, intereses y creencias compartidas que puedan llegar a ser soporte o fortalecer las formas de afrontamiento frente a la experiencia de victimización.

Asumir una postura crítica y a favor de las víctimas

Este principio implica asumir una actitud no neutral frente a las experiencias y el sufrimiento de las víctimas, lo cual supone comprender que los daños y los escenarios emocionales como el dolor, la rabia, el miedo, la desesperanza, etcétera, son reacciones  
normales ante eventos devastadores generados por el conflicto armado (Lira, 1989), o  
podría decirse, respuestas naturales y esperadas ante el contexto de violencia. Como lo señala Aguilera:

Ser neutral en este contexto implica necesariamente ser indiferente ante el dolor generado por el sometimiento a hechos violentos; es olvidar a los que padecen los estragos del desplazamiento forzado, secuestro, tortura, desaparición forzada y cualquier otro hecho de  
violencia; es invisibilizar sus historias, sus proyectos y su derecho a la justicia,  
la verdad, la reparación y no repetición de los daños. Ser neutral es obligar a las víctimas a vivir como si nada estuviese pasando, como si todo marchara dentro de los parámetros de la “normalidad”. (Aguilera, 2013, p. 70).

Para ello es recomendable:

• Reconocer la existencia de un conflicto armado de larga duración en Colombia,  
lo cual implica identificar las lógicas subyacentes a la concurrencia de los hechos victimizan tés que llevaron a la vulneración de los derechos fundamentales de las víctimas, así como su invisibilización y estigmatización.

• Comprender el contexto en que ocurrieron los hechos violentos, es decir, reconocer las causas, intencionalidades y modalidades de violencia en contra de personas y comunidades, los patrones de victimización aunados a discursos estigmatizan tés y discriminatorios;, así  
como problemáticas de exclusión, subordinación y discriminación de carácter estructural, principalmente en contra de sujetos de especial protección constitucional (SNARIV, 2015)14.

• Señalar de manera expresa y clara que los hechos causaron un daño injustificable y desproporcionado a sujetos individuales o colectivos victimizados, especialmente a aquellos de especial protección constitucional (Grupo de Psicología Social Crítica, 2010, p. 7). podemos  
hacer algo  
• Considerar que la dignificación de las personas víctimas se articula a procesos de reconocimiento social y público frente a la existencia de los hechos de violencia y las causas que generaron la victimización de personas y comunidades. Este reconocimiento se constituye en una base fundamental para la reconstrucción de la confianza entre las víctimas y el Estado (Grupo de Psicología Social Crítica, 2010, p. 7).

• Reconocer los efectos del poder del lenguaje en los procesos de reparación, es decir, potenciar el uso de un lenguaje que contribuya a la construcción de ciudadanías plenas, fortalecer las distintas formas de participación de las víctimas y utilizar la palabra como un mecanismo de lucha  
contra el silencio y la indiferencia (Grupo de Psicología Social Crítica, 2010, p. 7).

• Propiciar que la sociedad reconozca los daños desproporcionados sobre las víctimas, así como su invisibilización, discriminación y estigmatización frente a la sistemática violación de sus derechos (Grupo de Psicología Social Crítica, 2010, p. 7).

Reconocer a las víctimas como sujetos titulares de derechos

Tomando como referente las premisas del Enfoque Psicosocial, esta orientación busca  
promover el tránsito de la condición de víctima a la de sujeto titular de derechos como cualquier  
otro ciudadano, enmarcado en la posibilidad de tomar decisiones sobre su propia vida.

Para ello es recomendable (Grupo de Psicología Social Crítica, 2010):

• Priorizar la voz, el bienestar y las potencialidades de las víctimas, lo cual implica desarrollar cualquier acción partiendo de la experiencia, los significados y las necesidades de personas y comunidades victimizadas.

• Valorar las experiencias y saberes locales como punto de partida para el desarrollo de los procesos de atención.

• Reconocer a las personas o comunidades victimizadas desde una mirada integral, lo que implica identificar las condiciones de afectación por la violencia que han sufrido, pero también sus capacidades, recursos de afrontamiento y estrategias de resistencia (SNARIV, 2015).

• Promover la toma de conciencia sobre los derechos y deberes de las víctimas.

Esto implica verlas como sujetos activos en los procesos de atención en salud, y no como sujetos pasivos de la intervención del Estado. Las acciones que se realicen en el marco de la política y de la ley buscarán asegurar que en todo momento la víctima pueda tener claridad sobre los tiempos, las condiciones, los procesos y las acciones a seguir para  
la implementación de las medidas de atención en salud, en el marco de la Rehabilitación, que más se acomoden a las condiciones de su caso, dado que ese conocimiento es lo que asegura que ellas puedan empoderarse en todos los procesos (SNARIV, 2015, p. 29).

3.2 El cuidado emocional de los funcionarios que atienden a víctimas del conflicto armado

Encontrarse con historias dolorosas, de extremo sufrimiento, implica, además de considerar las propias ideas y prejuicios acerca del conflicto armado y los hechos victimizan tés en las afectaciones de las víctimas, revisar los procedimientos y acciones en función de  
los procesos de atención que adelantamos. Por esa razón, hablar de cuidado emocional en dichos contextos supone un cambio de mirada, al pasar de estar permanentemente orientados hacia las necesidades de otros, para dirigirla hacia uno mismo, su equipo y su organización.

Si bien estos elementos se constituyen en uno de los puntos de partida para reconocer y dignificar a las víctimas desde el marco de la reflexividad y de la acción sin daño, es  
importante evidenciar el impacto que tiene la labor que desarrollan cotidianamente los funcionarios en su vida personal y profesional.

Lo anterior, reconociendo que “Ser testigos de las graves consecuencias que genera el conflicto armado en nuestra población no es desde luego una tarea fácil y no pasa inerme por la vida de quienes optan por tener esperanza en el cambio, al apoyar a la población”.

Por lo tanto, se debe “analizar si el contacto con temas de alto impacto emocional como  
el daño y la violencia en todas sus formas produce un efecto silencioso en nuestra forma de comprender el mundo”. Es así que se propone una serie de preguntas y elementos que ayudan a identificar en los funcionarios estos riesgos y afectaciones:

• ¿Solo pensamos en estos temas?

• ¿Nos hemos vuelto expertos en la realidad de las víctimas y en lo que ellas  
necesitan?  
• ¿Estamos asumiendo posturas desde la impotencia, es decir, asumimos nuestra  
labor técnicamente, tenemos una postura neutral frente al sufrimiento de las víctimas, desarrollamos con rigidez las labores que nos corresponden?

• ¿Estamos asumiendo posturas de omnipotencia, es decir, adoptamos un papel de  
superioridad, mesiánico, salvador, heroico frente a la situación de las víctimas?

• ¿Estamos reproduciendo en nosotros mismos los síntomas y sufrimientos que las  
víctimas nos reportan cuando trabajamos con ellas? ¿Las historias de las víctimas se conectan con situaciones propias? ¿A qué posturas nos lleva esto?

• ¿Nos consideramos vulnerables y merecedores también de escucha y protección? ¿Reconocemos el propio dolor y el impacto de la escucha?

• ¿Negamos la realidad dolorosa y nos volvemos técnicos en nuestro trabajo, diagnosticamos rápidamente, desde el supuesto de “ya escuché esto”? (Arévalo, 2007).

Así mismo, en la Tabla 1 se sugieren algunas recomendaciones que pueden ayudar a construir estrategias de acción para el autocuidado16 emocional y el cuidado de los equipos que brindan atención a víctimas, orientadas a evitar el agotamiento emocional o burnout (Arévalo, 2007)

Nota de pie de pagina: El Ministerio de Salud y Protección Social presenta el Eje de Cuidado Emocional como parte de la Estrategia Complementaria, que tiene como propósito el desarrollo de acciones institucionales, grupales e individuales para la prevención del agotamiento emocional y el estrés laboral, en profesionales y promotores/as de los equipos psicosociales del PAPSIVI en los entes territoriales priorizados para su implementación.

16 Autocuidado: Se refiere al cuidado de sí mismo en la dinámica de atención a las víctimas, realizando prácticas sanas y adecuadas, con el fin de evitar caer en el agotamiento emocional laboral conocido como burnout (SNARIV, 2012, p. 118).

17 Burnout: (del inglés: “fundirse o “quemarse”): el burnout y el estrés se originan en una vida en la que la aprobación interna y la satisfacción por la actividad que se está realizando se han perdido. Puede ser comprendido como la factura que estamos pagando por llevar una vida alienada y alejada de nuestra existencia real. El carisma y el

Tabla 1. Elementos para identificar afectaciones emocionales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ritmos | Miedos | Contención de Emociones |
| La afectación emocional de los funcionarios a veces se oculta tras un ritmo intenso de trabajo, en el que no existen límites entre la vida familiar y laboral. Las víctimas o la comunidad llegan a ser el centro de sus vidas, más allá de los anhelos y metas personales y de las emociones propias. | Los miedos, la desesperanza, la impotencia y la rabia que sienten las comunidades se vuelven propios, y la mirada externa y analítica sobre el contexto se desdibuja. | Las emociones se contienen y los funcionarios pueden presentar dificultades para dormir, ansiedad, dificultad para centrar la atención, miedo, paranoia permanente; entre otras. |
| Algunas veces, el trabajo en equipo se dificulta, se presenta tensión y falta de comunicación sobre la manera como son afecta dos por la labor que desarrollan. |  |  |

Fuente: Arévalo, 2007, p. 258

Representación y recuperación  
4. ENFOQUE DE ACCIÓN SIN DAÑO EN LA ATENCIÓN EN SALUD

El enfoque de acción sin daño nos lleva a indagar por el abordaje de los mínimos éticos  
considerados en los programas o proyectos que se desarrollan en la atención a población  
víctima frente a aspectos como los conflictos emergentes durante la ejecución; los mensajes  
éticos implícitos y las relaciones de poder y el empoderamiento de los participantes. En tal  
sentido, el enfoque de acción sin daño busca “No solo reconocer y analizar los daños que  
ocasionan las situaciones de conflictos, sino prevenir y estar atentos para no incrementar,  
con las propias acciones, esos efectos y sí, en cambio, tratar de reducirlos” (Rodríguez, 2010).  
Es un enfoque ético basado en el antiguo principio hipocrático de la medicina de no hacer  
daño, Hipócrates señala que la primera consideración al optar por un tratamiento es la de  
evitar el daño *(priman non nocere)*. Se desprende de allí una obligación moral y, en general, la demanda por una continua reflexión y crítica sobre lo que se va a hacer y sobre *lo  
actuado* en tanto sus principios, consecuencias e impactos (Rodríguez, 2010, p. 5).

Otros aspectos por considerar frente a la implementación de acciones de atención con enfoque de acción sin daño son los siguientes:

• El interés por comprender el contexto donde los actores ejercen sus intervenciones.  
• La necesidad de precisar los propósitos que guían el análisis de contexto, en el  
reconocimiento de los actores y situaciones relacionadas con las dinámicas de  
violencia, y la identificación de fuentes reales o potenciales de conflicto que  
pueden desarrollarse de forma violenta.

• El interés por comprender las interacciones que pueden darse entre el ciclo  
de los proyectos, la gestión de recursos y los intereses o expectativas de diversos actores en relación con aquellos.

Es fundamental tener la posibilidad de extraer conocimiento experiencial, que se logra al reconocer los cambios en la personalidad e incluso la identidad de las personas a quienes se dirige la atención, las transformaciones en lo social y cultural, también en las prácticas  
asociadas a la exigibilidad de derechos y las formas de relación con el estado.

De esta manera es posible construir con las víctimas un conocimiento de su situación, estableciendo espacios de reflexión y de diálogo al interior de las instituciones que  
permitan la participación de actores sociales diversos para abordar de esta manera la  
complejidad de los procesos, y dar respuesta a las necesidades específicas con acciones reparadoras y dignificantes.

Acción sin daño y Acciones Afirmativas

El Enfoque de Acción Sin Daño implica la lectura del contexto a partir de divisores y  
conectores, la reflexión sobre los mensajes éticos implícitos y la transferencia de recursos producto de la acción institucional. Propone que en el momento de plantear  
las acciones y evaluar sus consecuencias, se incluya un análisis ético de las acciones  
desde el punto de vista de los valores y principios que las orientan, considerando, además de otros criterios, unos principios mínimos (o ética de mínimos) como acuerdos y valores deseables de convivencia humana en condiciones de pluralidad y multiculturalidad, fundamentados en las nociones de dignidad, autonomía y libertad.

En coherencia con lo anterior, el enfoque de acción sin daño integra, a su vez, el concepto de Acciones Afirmativas, el cual hace referencia al desarrollo de acciones distintas por parte del Estado para unos determinados ciudadanos, de modo que por medio de estas se reduzcan escenarios de desigualdad en lo social, cultural o económico. Estas acciones se sustentan en  
la premisa del “*trato distinto a los distintos*” (Murillo, 2010), en tanto hace referencia a  
sujetos constitucionalmente definidos como sujetos de derechos individuales y colectivos.

Las acciones afirmativas están presentes en el PAPSIVI, al reconocer a la persona que se atiende en las particularidades que le han constituido como sujeto. Es  
decir, las acciones afirmativas rescatan las particularidades de la identidad de una persona que ha sido victimizada en el marco del conflicto armado, para fortalecerla como ser humano y reivindicar su identidad, su construcción individual y el libre desarrollo de su personalidad.

5. ENFOQUE DIFERENCIAL

El artículo 13 de la Ley 1448 plantea que el principio de enfoque diferencial“ reconoce  
que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual situación de discapacidad”. ***1***

El enfoque diferencial puede entenderse entonces, como el conjunto de medidas y acciones que al dar un trato desigual o diferenciado a algunos grupos poblacionales, garantizan la igualdad en el acceso a las oportunidades sociales. Este trato se justifica en la condición fáctica de que las personas a quienes se otorga un trato diferencial experimentan barreras que limitan su integración en la sociedad, han experimentado desventajas históricas, exclusión, discriminación e injusticias, que en muchas ocasiones han sido causa o han incrementado el riesgo de experimentar hechos victimizantes.

Por tanto, las medidas y acciones diferenciadas buscan que las personas puedan acceder en condiciones de igualdad a los derechos, bienes, servicios y oportunidades sociales y compensar injusticias del pasado. (UARIV, s.f.).

Al momento de diseñar acciones y medidas de atención para cada población particular,  
se deben considerar tres elementos fundamentales: la igualdad social (trato semejante  
a personas diferentes), la equidad (igual distribución de recursos para poblaciones diferenciadas) y la justicia (prácticas de acción sin daño), de acuerdo con Arteaga Morales  
(2012):

Igualdad social: “Implica la necesidad de una igual distribución de recursos (y de igual número de oportunidades para acceder a estos) para cada una de las poblaciones diferenciadas” (Arteaga, 2012, p. 20).

Equidad: “Implica la importancia de entregar recursos a poblaciones reconociendo sus diferencias y orientando las acciones a satisfacer sus necesidades, reconociendo posibles desventajas en el acceso” (Arteaga, 2012, p.20).

Justicia: “Capacidad que tienen los sujetos de interactuar sin llegar a perjudicar a otros.

Esta concepción de justicia es el repositorio de las prácticas de acción sin daño” (Arteaga, 2012, p.20).

Estos tres elementos se encuentran transversal izados por el Enfoque Étnico, Enfoque de Derechos y Enfoque de Género. Cuando se habla de enfoque diferencial de género, se  
hace referencia al “análisis de las relaciones sociales que parte del reconocimiento de  
las necesidades específicas de las mujeres y que tiene por objeto permitir la igualdad  
real y efectiva entre hombres y mujeres. Desde esta mirada se pretende desarrollar e impulsar normatividad e implementar acciones que propicien el ejercicio de ciudadanía de las mujeres, que disminuyan las brechas de género, y en el contexto del conflicto armado la disminución del impacto diferencial y desproporcionado de género” (Montealegre & Urrego, 2010, p. 5).

5.1 Enfoque diferencial como metodología

El enfoque diferencial, además de ser una perspectiva, se constituye en una metodología al momento de pensar en acciones de atención en salud dirigidas a víctimas del  
conflicto armado que, a través del uso de categorías diferenciales, permite:

• Generar un análisis de la situación de derechos y vulnerabilidad de la población víctima.

• Visibilizar las diferencias socioculturales y arreglos de género de los diversos  
grupos poblacionales, así como sus condiciones de vida y sus necesidades  
básicas insatisfechas.

• Identificar el grado de vulnerabilidad en que se encuentran estas poblaciones  
(UARIV, s.f.). Montealegre y Urrego (2016) han mencionado que la inclusión del enfoque diferencial en las investigaciones permite poner en evidencia los impactos particulares del conflicto armado en estas poblaciones, así como la agudización de la situación de pobreza,  
y las transformaciones familiares, comunitarias, organizativas, del proyecto de vida, llevando a situaciones incluso de exterminio cultural y territorial.

La subordinación y la discriminación a partir de las inequidades de poder  
han implicado, además, enormes desigualdades en las condiciones de vida y ejercicio de derechos entre hombres y mujeres, y entre las distintas etnias, edades y condiciones de salud, etcétera. A nivel mundial, los fenómenos de feminización de la pobreza, las violencias contra las mujeres, los genocidios, el feminicidio, la migración y el desplazamiento forzado, mayoritariamente de mujeres, de comunidades tribales, indígenas y afrodescendientes evidencian dinámicas de precarización delas condiciones de vida de sectores y grupos poblacionales con identidades específicas en tanto género y etnia, y en condiciones específicas. (Montealegre & Urrego, 2010, p. 9).

La incorporación del enfoque diferencial en el Protocolo de Atención Integral en Salud  
con Enfoque Psicosocial y su implementación contribuye a fortalecer una mirada contextual, y además permite una doble comprensión frente a las afectaciones y formas de  
resistencia de las comunidades que han sufrido y sobrevivido al conflicto armado. Estos son algunos elementos que pueden usarse en un análisis desde el enfoque diferencial:

Daños diferenciales por grupo poblacional.

Dimensiones étnicas, etáreas, raciales y de género para la comprensión del conflicto armado.  
Reconocimiento de prácticas históricas de discriminación, subordinación, exclusión e invisilización.

Identificación de intereses estratégicos y su relación con el control por la tierra, el territorio, los recursos, la población civil y los hechos victimizantes.

Formas de resistencia individual y colectiva frente a los impactos del conflicto armado.

Según la Sentencia C-371 de 2000, como método de actuación, el enfoque diferencial contempla el diseño de acciones afirmativas tendientes a “favorecer a determinadas personas o grupos, ya sea con el fin de eliminar o reducir las desigualdades de tipo social, cultural o económico que los  
afectan, o bien de lograr que los miembros de un grupo sub representado, usualmente  
un grupo que ha sido discriminado, tengan una mayor representación”. Desde esta  
perspectiva, dentro de las acciones afirmativas, se encuentran (UARIV, s.f.):

Acciones de priorización. Hace referencia a los procedimientos y acciones para priorizar el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación de acuerdo con la situación de vulnerabilidad de sujetos de protección constitucional reforzada.

Acciones de identificación y caracterización. Se refiere a la identificación o caracterización de sujetos de protección constitucional reforzada, sus necesidades, intereses y capacidades, con el  
objetivo de dar una respuesta adecuada o diferenciada de acuerdo con sus particularidades; dar una respuesta acorde a su condición de vulnerabilidad; dar una respuesta de acuerdo con los impactos diferenciados del conflicto.

**•** Acciones de difusión de derechos y rutas para satisfacerlos. Se refiere a la  
información y difusión de sus derechos y rutas de atención, asistencia y reparación a víctimas que son sujetos de protección reforzada.

Asimismo, en la implementación del Protocolo, desde el enfoque diferencial es  
importante tener en cuenta los siguientes criterios generales (Montealegre & Urrego,  
2010):  
Fortalecer la participación. La participación se constituye en un proceso que implica el reconocimiento de la dimensión política, además de ser asumida como un derecho. Por lo tanto, con el desarrollo de los procesos participativos, se posibilita la autoafirmación de los sujetos individuales y colectivos, como sujetos de derecho, en la medida que los involucra de forma activa y decisoria en las relaciones de poder, en el trámite de conflictos e intereses y en  
el diseño y ejecución de acciones frente a las medidas que los afectan  
Incorporar una perspectiva diferencial de género.

El género es una “categoría de análisis que ayuda a describir, así como  
a analizar, situaciones y relaciones sociales de poder. En su dimensión descriptiva, la categoría se refiere a la manera como una cultura se apropia de las diferencias sexuales —macho/hembra— e imputa a cada sexo atributos opuestos… Pero  
la categoría de género, además de describir esta desigual distribución de poder entre hombres y mujeres, permite también develar las distintas dinámicas sociales y políticas que han generado las relaciones de subordinación y dominación que se derivan de ella.

Esas dinámicas están, por lo demás, irrigadas de luchas que se desenvuelven,  
abierta o soterradamente, para ampliar o acortar estas desigualdades de poder en los terrenos sociales, culturales, económicos y políticos” (Sánchez, G.

2011, p. 61). Al incorporar el enfoque diferencial de género en el análisis de la situación de  
las víctimas y en el diseño de las medidas o acciones, se pueden reconocer y visibilizar impactos diferenciados, relaciones de género antes, durante y después de los hechos violentos, así como relaciones de poder que mantienen prácticas de subordinación, exclusión y discriminación, principalmente de niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas mayores, en situación de discapacidad y de mujeres y personas con orientaciones sexuales e identidades de  
género diversas. Reconocer al sujeto desde su historicidad. “Se trata de desarrollar, de manera participativa, una aproximación histórica que dé cuenta de las formas  
como se ha configurado, en cada caso, el sujeto social concreto con el cual se interactúa, y la manera en que se ha estructurado la problemática particular y sus determinaciones arraigadas en la discriminación y la exclusión.

Historiar los problemas, las relaciones, los sujetos, las luchas o los mismos contextos, en un diálogo con las memorias, resulta de gran trascendencia para una  
mejor comprensión y ubicación de las intervenciones, identificar cómo se pueden prevenir nuevos daños y contribuir a su mitigación y recuperación” (Sánchez,G., 2011, p. 70).  
Reconocer los diversos saberes y promover el diálogo. Asumir un diálogo respetuoso en el que se debe “Reconocer las diferencias, lo cual implica desvelar imágenes e intereses previos, conocer todos los aspectos desde un enfoque apreciativo y fomentar la empatía en el  
conocimiento.

Valorar las diferencias permite construir valores dialogando y respetando a los  
otros, fomentando el interés por la diversidad y estimulando la receptividad hacia lo nuevo y desconocido como enriquecimiento de lo propio.

Actuar socialmente ante las diferencias significa fomentar la igualdad desde el  
intercambio y la construcción de relaciones colaborativas y de apoyo” (Arce, 2013, p. 46).

Reconocer la territorialidad física y sociopolítica: los cuerpos, los territorios colectivos y las instituciones propias. “La interacción con las mujeres, los miembros  
de la comunidad LGTBI y con los grupos étnicos implica siempre considerar que  
existe una territorialidad propia que se afirman las identidades individuales y colectivas, y se levanta la acción preventiva y de rehabilitación frente al daño. Este  
territorio es un continuo físico, sociocultural y político sin fronteras claras, pero con referentes concretos en el cuerpo, los cuerpos, los resguardos indígenas, los  
territorios colectivos afrodescendientes” (Sánchez, G., 2011, p. 71).

Fortalecer el doble blindaje del enfoque diferencial. “Los derechos de los sujetos de especial protección (mujeres, infancia, adultos mayores o personas con capacidades especiales) no se diluyen en los derechos colectivos de los grupos. Por otra parte, el reconocimiento de los derechos de sujetos de especial protección no puede ir en contravía de los derechos del  
pueblo o comunidad” (UARIV, s.f.).

Adecuar la institucionalidad del Estado hacia el cumplimiento pleno de los derechos de las víctimas. “La Corte Constitucional ordena a las instituciones del Estado adaptarse a los derechos y necesidades de los grupos étnicos y no a la inversa” (UARIV, s.f.).

5.2 Enfoque de Curso de Vida

El Enfoque de Curso de Vida permite el reconocimiento de las capacidades de las víctimas y de la interacción familiar, social, política, cultural e histórica en la que se encuentran inmersas; entendiendo que estas pueden variar a lo largo de la vida, generando diferentes roles, vínculos y formas de relación. Para el MSPS, el enfoque de curso de vida es:

El conjunto de trayectorias que tiene un individuo y su familia de acuerdo a los  
roles que desarrolla a lo largo de la vida (…), las cuales están marcadas  
por transiciones y significativos. Lo anterior está influenciado por las condiciones biológicas, psicológicas, sociales en los entornos que se desenvuelve el individuo a lo largo de la vida, por  
las expectativas sociales referentes a la edad, por condiciones históricas y  
culturales específicas, así como por acontecimientos individuales únicos.  
(SNARIV, 2015).

Desde este enfoque se plantean tres ejes organizadores a tener en cuenta: el primero, la trayectoria**,** que hace referencia a “una línea de vida o carrera, a un camino a  
lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción”(Elder, 1991).  
El segundo eje organizador es el de las transiciones**,** que marcan cambios de  
estados, posiciones y situaciones. Estas transiciones no son consideradas como  
etapas fijas, predecibles, sistemáticas y rígidas, sino que por el contrario el enfoque  
plantea:

Las transiciones pueden presentarse en cualquier momento (depende del dominio de que se trate, esto será más o menos probable) sin tener que estar predeterminadas. Aunque también es  
cierto que sigue prevaleciendo un sistema de expectativas en torno a la edad,  
el cual también varía por ámbitos, sociedades y grupos de diversa índole.  
(Elder, 1991).

El tercer eje organizador asociado a los anteriores, es el de sucesos vitales, el cual  
hace referencia a:

Los eventos que provocan fuertes modificaciones que, a su vez, se traducen en virajes en la dirección del curso de vida. Este “cambio de estado”, como lo conciben algunos autores  
puede surgir de acontecimientos fácilmente identificables —sean “desfavorecedores”, como la muerte de un familiar muy cercano y significativo, o todo lo contrario—, o bien puede tratarse de  
situaciones que se califican como subjetivas. En cualquier caso, se presenta un cambio que implica la discontinuidad en una o más de las trayectorias vitales. (Elder, 1991).

En el enfoque de curso de vida, el desarrollo humano juega un papel muy importante,  
entendiéndose este como una expansión de la libertad y de la gama de opciones de  
vida, de sus posibilidades de Ser y Hacer (…) (Valcárcel, 2006).

En este sentido, la palabra desarrollo tiene implícito el valor por la vida humana e implica un abordaje integral e integrado para garantizar condiciones dignas y de bienestar.

Para lograrlo, es importante construir capacidades humanas, así como también facilitar el reconocimiento de los recursos personales, familiares, sociales y culturales.

5.3 Elementos del enfoque diferencial en la atención en salud

5.3.1 Enfoque étnico (Mesa Nacional de Organizaciones Afrocolombianas, 2011)19.

Atendiendo al impacto diferenciado y a los daños desproporcionados generados por el  
conflicto armado sobre los grupos étnicos, se expidieron los siguientes decretos-ley:

Decreto 4633 de 2011 para comunidades y pueblos indígenas, Decreto 4634 de 2011  
para el pueblo gitano-rom y Decreto 4635 de 2011 para las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras, raizales, los cuales dictan las medidas para la atención,  
asistencia, reparación integral y restitución de tierras de estos grupos.  
Según la sentencia de la Corte Constitucional T-349 de 1996, la categoría grupos étnicos se aplica a personas que reúnen dos condiciones:

• Una subjetiva, referida a la conciencia étnica, entendida como la conciencia que tienen los miembros de su especificidad, es decir, de su propia individualidad, a la vez que de su diferenciación de otros grupos humanos, y el deseo consciente, en mayor o menor grado, de pertenecer a él, es decir, de seguir siendo lo que son y han sido hasta el presente.

• Y una objetiva, referida al conjunto de creaciones, instituciones y comportamientos colectivos de un grupo humano (...). En este conjunto se entienden agrupadas características como la lengua, las instituciones políticas y jurídicas, las tradiciones y los recuerdos históricos, las creencias religiosas, las costumbres (folclor) y la mentalidad o psicología colectiva que surge como consecuencia de los rasgos compartidos.

Comunidades y pueblos indígenas.

Se estima que en la actualidad existen 102 pueblos diferentes y más de 735 resguardos  
establecidos en 27 departamentos del país, los cuales hablan 64 lenguas y dialectos.  
La población indígena está constituida por agrupaciones homogéneas que comparten  
creencias, tradiciones y cosmogonías propias vinculadas al territorio, donde subsisten diversos planos de representación de la realidad, que son recreados mediante rituales  
y representados en hitos del territorio bien definidos, los cuales son reclamados como  
lugares sagrados, dado su profundo valor simbólico para las diferentes comunidades.

Es por este valor asociado a la cosmología que los caminos, las montañas, las piedras,  
los ríos, logran un significado definitivo para las comunidades indígenas y hacen que el  
territorio tenga connotaciones sagradas.

Otro elemento por resaltar es la autonomía indígena, la cual es una potestad reconocida  
por el Estado dentro de un territorio, y a favor de prácticas de autogobierno o gobierno  
propio. Un ejemplo de ello es el proceso de concertación en el que se enmarca el SISPI.

La Constitución Política reservó una serie de poderes que los facultan para gobernar  
sobre sus territorios, con el fin de garantizar su integridad cultural, social y económica  
(Constitución Política de 1991, art. 246).

Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

Afrodescendientes: Agrupan la comunidad humana en su conjunto, en tanto científicamente se reconoce que esta desciende de África. No obstante, y como categoría jurídico-política, la III Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y demás Formas Conexas de Intolerancia adoptó este término para referirse a la diáspora africana, y como categoría jurídica, el concepto de afrodescendiente da estatus  
de sujetos de derechos internacionales.

Afrocolombianos: Concepto de carácter eminentemente político, utilizado desde hace algunas décadas por los líderes de la comunidad negra, con el fin de reivindicar o destacar su ancestralidad africana.

En los últimos años, el uso de este término se ha generalizado al punto que se utiliza indiscriminadamente con la palabra negro, de acuerdo con el nivel de conciencia o la ubicación política o concepción histórica de quien la usa. A su vez, se ha erigido como una categoría integradora de las distintas expresiones étnicas de la afro descendencia colombiana.

La comunidad negra de San Basilio de Palenque: La comunidad negra del Palenque de San Basilio, en el municipio de Mahates, Bolívar, se diferencia del resto de comunidades  
negras del país por contar con un dialecto propio producto de la mezcla de lenguas  
africanas con el castellano. Fue fundada en el siglo XVII por cimarrones que huyeron al monte  
para recuperar su libertad, y se asentaron en los valles de los Montes de María.

Raizales del archipiélago de San Andrés y Providencia: Los raizales del Archipiélago de  
San Andrés y Providencia se diferencian de las comunidades negras del continente porque cuentan con un dialecto propio y prácticas culturales y religiosas más cercanas a la  
cultura antillana y la influencia anglosajona en la región Caribe. El consejo comunitario  
es el órgano que ejerce como máxima autoridad de administración interna dentro de las  
tierras de las comunidades negras. El consejo comunitario está integrado por la asamblea  
general y la junta del consejo comunitario (Decreto 1745, 2005, art. 3). La asamblea  
general es la máxima autoridad del consejo comunitario y está conformada por las personas reconocidas por este, de acuerdo con su sistema de derecho propio y registradas en el  
censo interno (Decreto 1745, 2005, art. 4).

Pueblo ROM: El pueblo gitano o ROM hace parte de la diversidad étnica y cultural de la nación  
y, de acuerdo con sus elementos, valores culturales y étnicos, se considera un pueblo que posee características propias que lo diferencian de otros y del resto de la sociedad mayoritaria.

No reconocen un territorio como propio, poseen un idioma llamado romaníe, son patrilineales y patrilocales y están conformados por familias extensas y cohesionadas. Siguen una ley llamada Kriss Romaní y tienen conceptos de tiempo y lugar de acuerdo con usos y costumbres ancestrales.  
Su forma tradicional de organización social y política es la Kumpany, lo cual, para el caso de Colombia, son grupos patrilineales de por lo menos tres familias que se asientan en municipios y ciudades a lo largo del país. En ella ejercen su justicia propia y autonomía, tanto en sus formas de sustento económico como en la toma de decisiones.

5.3.2 Personas con discapacidad

La discapacidad se origina o se exacerba araíz del conflicto armado.

Por lo tanto, se consideran víctimas en situación de discapacidad aquellas personas que, además de haber experimentado los hechos victimizantes, presentan alguna deficiencia física,  
mental, intelectual o sensorial a mediano y largo plazo, que al interactuar con  
diversas barreras, incluidas las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. La condición de ser víctimas al  
interactuar con la discapacidad puede generar tres posibles escenarios:  
• Cuando el hecho victimizante genera de forma directa la discapacidad física, sensorial, intelectual, mental o múltiple.

• Cuando la víctima ya presentaba una discapacidad antes de la ocurrencia  
del hecho victimizante, pero el hecho victimizante agravó la discapacidad.

• Cuando la víctima ya ha experimentado el hecho victimizante y luego adquiere  
la discapacidad. (UARIV, OIM &Usaid, s.f.).

De acuerdo con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con  
Discapacidad, existen por lo menos cinco tipos de discapacidades:

Física: Incluye, en general, a las personas que por cualquier razón tengan movilidad  
reducida o encuentran barreras para movilizarse de forma autónoma e independiente o que usan ayudas técnicas, prótesis u órtesis.

Son personas que usan sillas de ruedas o bastón, personas de talla baja, víctimas de  
minas que han sufrido la amputación o mutilación de alguno de sus miembros inferiores o superiores, entre otros.

Sensorial: Incluye, en general, a las personas que por alguna afectación, completa o parcial, en los sentidos de la vista o de la audición, encuentran dificultades para comunicarse o desempeñarse en sus actividades cotidianas en igualdad de condiciones. Son las personas invidentes o de baja visión, las personas sordas o hipo acúsicas y las personas sordo ciegas. La sordoceguera no es una simple conjunción entre la ceguera y la sordera, sino una discapacidad totalmente autónoma y diferente a aquellas dos.

Intelectual/Cognitiva: Incluye a las personas cuyo proceso de pensamiento, aprendizaje  
y adquisición del conocimiento es diferente.

Este tipo de discapacidad no hace referencia a una incapacidad para aprender, pensar o adquirir el conocimiento, sino a que quienes se enmarcan en este tipo de discapacidad piensan, aprenden y adquieren el conocimiento de otras maneras, en otros tiempos y a otros ritmos. Son personas con síndrome de Down y con autismo.

Mental:Incluye a las personas cuyas funciones o estructuras mentales son diferentes. Este  
tipo de discapacidad hace referencia a personas con diagnósticos como depresión profunda, trastorno bipolar, esquizofrenia, entre otras. La sola condición mental no hace  
que una persona tenga una discapacidad, sino que se requiere consultar las situaciones  
especiales que tiene en la interacción con los demás, con la sociedad, con su entorno  
para determinarla. Este tipo de discapacidad no compromete el proceso de aprendizaje,  
el cual permanece intacto en muchos de los casos y por ello la discapacidad mental no  
es asimilable a la intelectual.

Discapacidad múltiple: En muchos casos, los tipos de discapacidad que se describen  
se combinan y generan discapacidades múltiples. Por tanto, la discapacidad múltiple  
se manifiesta en los casos en que los tipos descritos se combinan en la misma persona.

5.3.3 Niños, niñas y adolescentes (NNA)

Dada la capacidad creativa y de resiliencia que poseen los NNA y que les permite sobreponerse a las adversidades de la vida, es vital que en el momento de la atención integral en la salud se reconozca el papel que tiene el NNA como sujeto activo y transformador, el cual no es solo un receptor de la atención, sino que también propone y facilita el desarrollo de alternativas de  
cambio en lo personal, familiar, comunitario y colectivo étnico, tal y como lo muestra  
la Organización Panamericana de la Salud (OPS): “la consideración de los menores de 18 años como sujetos de derechos y protagonistas de su desarrollo cambia la mirada, pues ya no se ven como individuos pasivos de la intervención” (OPS, 2002).

Es así como se ha identificado que la participación activa de los NNA:

… aumenta la autoestima de los niños y las niñas y la confianza en sí mismos,  
fomenta sus capacidades generales, produce mejores rendimientos en todos  
los aspectos de su vida, refuerza la comprensión de los procesos democráticos  
y el compromiso en los mismos, protege a los niños con mayor eficacia, brinda  
la oportunidad de desarrollar el sentido de la autonomía, la independencia y  
una mayor competencia y adaptabilidad social. (Lansdown, 2004).

En el momento de la atención, es importante comprender las nociones que se tienen de  
niño, niña y adolescente, así como el lugar que ocupan ellos en la familia, el grupo  
social y la comunidad. De esta manera se podrá facilitar la construcción de un espacio  
en el que el NNA tenga *voz propia*, y en el que de manera conjunta se definan los  
niveles y formas de participación en la definición de su plan.

5.3.4 Jóvenes víctimas del conflicto armado

La atención integral en salud dirigida a jóvenes busca a través de la adopción de  
acciones incluyentes y afirmativas, el fortalecimiento de sus capacidades y condiciones  
de igualdad frente a la participación, toma de decisiones, ejercicio de autonomía y retomar el control de sus propias vidas tanto en lo individual como en sus familias, sus comunidades y/o sus colectivos étnicos.

Para este fin, se recomienda considerar los siguientes principios:

• La autonomía. Los y las jóvenes víctimas del conflicto armado del país  
deben ser reconocidos y reconocidas como agentes capaces de elaborar, revisar, modificar y poner en práctica sus planes de vida a través del ejercicio propio e independiente de toma de  
decisiones. Para esto, desde la atención integral en salud se reconoce la  
autodeterminación que esta población posee en la escogencia de sus diversas  
formas de organización, y la posibilidad de expresarse de acuerdo a sus  
necesidades y perspectivas.

• La participación. La atención integral en salud parte del reconocimiento del derecho que los y las jóvenes del país tienen para vincularse a los procesos de toma de decisiones que le conciernen o que afecten directa o indirectamente la obtención de condiciones de vida digna.  
• La igualdad de oportunidades. A través de la atención integral en salud se  
pretende desarrollar acciones afirmativas que mitiguen en esta población  
escenarios de desigualdad y discriminación social a la que están expuestos, específicamente aquellos en los cuales se ve afectado el desarrollo del proyecto de vida.

• La innovación y el aprendizaje social.

En el marco de la atención integral en salud, estos elementos son relevantes  
y por tanto deben incorporase como base para la atención, permitiendo escenarios de aprendizaje social de manera constante y permanente, la experimentación y la concertación en la  
toma de decisiones.

• La diversidad. La atención integral en salud le apuesta al reconocimiento de  
la diversidad de la población joven del país bajo un enfoque diferencial  
de acuerdo a su pertenencia étnica, su identidad de género y orientación  
sexual y discapacidad, con el ánimo de garantizar la igualdad de oportunidades a esta población.

Atendiendo a lo establecido desde este enfoque, la atención integral en salud  
dirigida a las y los jóvenes víctimas del conflicto armado le apunta al reconocimiento  
de los entornos en que viven, sus familias, sus comunidades, sus condiciones laborales,  
sociales, culturales e históricas, así como los diferentes roles que allí desempeñan, dado  
que todo lo anterior influye en sus trayectorias y en la manera como esta población transita  
de un estado o situación a otro. Desde los actores en salud integral, este reconocimiento permite que las acciones de atención tengan un efecto reparador.

5.3.6 Personas adultas mayores víctimas del conflicto armado

Las personas adultas mayores dentro del enfoque de curso de vida tienen una característica particular, relacionada con las múltiples trayectorias y experiencias que han construido y transformado a través del tiempo y que determinan lo que son y viven en este  
momento de su vida. Ese conjunto de condiciones tanto individuales como familiares  
y sociales, sus vivencias y posibilidades de desarrollo marcan diferencias significativas  
en su autonomía, independencia y en la posibilidad de acceder a bienes y servicios, es  
decir, pueden favorecer o no el Goce Efectivo del Derecho (GED) en un ambiente de igualdad e inclusión con respecto no solo a sus pares sino a otras personas.

Esas posibilidades o en algunos casos esas inequidades producen un resultado  
diferencial que facilitan o no la existencia de ciertos recursos para afrontar diversos  
sucesos vitales.

El envejecimiento se caracteriza por cambios físicos, mentales, individuales y colectivos, siendo un proceso natural, cultural y, por tanto, social, histórico y político. En  
este sentido, la política nacional de envejecimiento y vejez en Colombia propende por la equiparación de oportunidades que permitan la autonomía, la funcionalidad y  
ambientes favorables.

Es decir, el envejecimiento y la vejez deben verse desde diferentes aspectos:  
• Biológico:relacionado con las funciones y estructuras del cuerpo y los cambios  
que se pueden dar a través de los años, llegando a generar dependencia y pérdida de la funcionalidad.

• Psicológico: la vejez se relaciona en ocasiones con disminución de la capacidad funcional y el no reconocimiento de su posibilidad de aportar. Esto afecta la participación en la familia, la  
comunidad y la sociedad.

• Familiar: la viudez, la conformación de núcleos familiares por parte de los  
hijos, la pérdida de redes, pueden ocasionar que las personas adultas  
mayores se queden solas, se sientan discriminadas y poco útiles.

• Demográfico: las transformaciones poblacionales hacen que la estructura  
de la pirámide poblacional pueda invertirse, entre otras, por aumento en la esperanza de vida.

• Socioeconómico: relacionado con el aspecto demográfico, la mayor parte  
de las personas adultas mayores no poseen ingresos fijos, la mayoría no  
cuenta con una pensión y esto limita su acceso a bienes y servicios, por ende  
puede afectar su desarrollo.

• Cultural: el envejecimiento es asumido de forma diferente de acuerdo a cada  
grupo social, a sus representaciones y prácticas.

Estas características pueden generar una situación de vulnerabilidad particular ante los hechos de violencia.

En la atención integral en salud es importante reconocer las afectaciones psicosociales  
que han tenido las personas que hoy son adultas mayores, en su proyecto de vida,  
la vida en relación y en su integridad, así como del disfrute del momento de la vida  
en que se encuentran. Aunque el objetivo de la atención integral en salud no se centra en atender los daños psicosociales, se entiende que el reconocimiento de estas  
afectaciones particulares permite un acercamiento diferencial a las necesidades en  
salud de esta población, lo que a su vez permite un efecto reparador en el marco de  
la medida de rehabilitación.

La atención integral en salud dirigida a las personas adultas mayores debe contemplar el momento de la vida en que ocurrieron los hechos y las afectaciones que tiene hoy en día. Esto implica reconocer las transformaciones demográficas que a  
través del tiempo se han dado en el país, donde el envejecimiento poblacional es  
resultado de la disminución de la población joven y un aumento progresivo de la población adulta mayor.

En el marco de las afectaciones en las víctimas del conflicto, se requiere tener en cuenta, por una parte, que las personas que hoy son adultas mayores probablemente fueron  
victimizadas en otros momentos del curso de vida; por otra parte, se debe contemplar  
el envejecimiento de quienes no son hoy en día adultos mayores, siendo víctimas del  
conflicto armado.

5.3.6 Mujeres, hombres y personas con identidades de género  
y orientaciones sexuales no hegemónicas víctimas del conflicto armado

El enfoque diferencial de género ha sido entendido desde el Estado a partir de las  
diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, en el marco del Papsivi se propone un abordaje más amplio en el cual se reconoce de manera diferenciada la atención a las mujeres, los hombres y las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas, dadas las diferencias en materia de afectaciones que han tenido, así como sus particularidades propias. Asimismo, teniendo en cuenta el enfoque transformador, se trabaja desde  
la perspectiva de las nuevas masculinidades, con el fin de aproximarse a las afectaciones de hombres que han sido víctimas del conflicto armado.

Por otro lado, vale la pena precisar que dentro de las personas con identidades de  
género y orientaciones sexuales no hegemónicas se contemplan los sectores sociales  
lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas, intersexuales (LGBTI), así como aquellas personas que se identifican de otras maneras.

Este abordaje permite tener en cuenta las afectaciones particulares dadas sus lógicas  
de exclusión y *continuum* de violencia, por lo que las orientaciones metodológicas son  
diferentes a las dirigidas a las mujeres.

Este Enfoque Diferencial se ha centrado en las categorías *identidad de género y orientación sexual,* lo que permite entender las relaciones inequitativas que existen entre  
hombres y mujeres, por un lado, pero también para con las personas con identidades  
de género y orientaciones sexuales no hegemónicas. Por ello, es importante entender lo  
anterior como una categoría amplia, que no habla de hombres y mujeres como grupos  
homogéneos, a históricos y transculturales, sino como personas que responden a características históricas, geográficas, políticas y, por lo tanto, culturales, de las que el conflicto armado se ha nutrido y anclado.

Partiendo de este principio, se definen conceptos básicos para entender las  
particularidades de las diferentes identidades de género y orientaciones sexuales en  
Colombia. Así, siguiendo los lineamientos de la Unidad para las Víctimas.

El sexo se entiende (de una manera simplificada)23 como la clasificación de los seres en términos biológicos (a partir de los marcadores endocrinos, cromosómicos y gonadales), para la especie humana se ubican las variables de:

• Hembra (o mujer)

• Macho (u hombre)

• Intersex24. (UARIV, 2015).

En este sentido, se requiere entender el sexo como un atributo biológico permite reconocer  
que no siempre los cuerpos corresponden con la binariedad macho-hembra, por lo  
que reconocer la intersexualidad como una posibilidad que requiere unas atenciones  
específicas en la atención psicosocial.

Asimismo,  
El género determina lo que es esperado, permitido y valorado en una mujer o en un hombre en un contexto determinado. El género no se refiere solo a los hombres y a las mujeres, sino también  
a las relaciones sociales que se establecen entre ellos. Por ser una construcción sociocultural, es específico de cada cultura y cambia a lo largo del tiempo.

(PNUD, 2004).

La comprensión del género como el ejercicio de los roles construidos histórica y políticamente, es muy importante para la atención integral en salud, toda vez que los roles  
asignados para las mujeres han cambiado drásticamente en el marco del conflicto, viéndose enfrentadas a roles para los cuales, a diferencia de los hombres, con frecuencia  
no han sido entrenadas desde la infancia en sus contextos familiares y sociales. Es importante tener en cuenta, como lo menciona la Unidad para las Víctimas en su guía para la  
orientación a víctimas del conflicto armado desde el enfoque de orientaciones sexuales  
e identidades de género, que:

La identidad de género es la forma como cada persona se construye, se  
define, se expresa y vive en relación con su sexo y los elementos de género  
que adopta. Así, independientemente de su sexo, las personas pueden identificarse como:

• Femeninas

• Masculinas

(UARIV, 2015).

Entender el género únicamente desde una perspectiva binaria (macho-hembra, masculino-femenino) impide entender tanto las identidades de género como las orientaciones  
sexuales que no son hegemónicas y genera revictimización y acción con daño cuando se  
trabaja desde lo psicosocial con personas que socialmente no siguen las normas culturales de  
la heterosexualidad. En ese sentido, para poder generar acciones afirmativas y atenciones  
que den cuenta de la complejidad de la sexualidad y de las identidades humanas, es necesario contemplar algunos conceptos básicos.

• Cisgénero: cuando el sexo de nacimiento coincide con la identidad de género que se ha asignado socialmente a ese sexo. Una persona con genitalidad de macho e identidad de género hombre, por ejemplo.

• Transgénero o persona Trans: una persona que ha decidido transitar de una identidad de género a otra, que no se acomoda a su genitalidad de nacimiento.

• Transformistas: personas que asumen estéticas corporales, maneras o formas de expresiones asignadas al sexo opuesto al de su nacimiento, pero estas expresiones no se hacen de manera constante.

• Travestis: personas que generan estas acciones de manera permanente.

• Transexuales: personas que a través de intervenciones corporales (hormonales,  
quirúrgicas, etc.) adecúan su genitalidad y corporalidad a su identidad de género.  
Nombrar adecuadamente las identidades de género y orientaciones sexuales es importante para hacer acciones afirmativas. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que:

Los tránsitos entre los géneros pueden darse tanto:

• Desde el sexo macho hacia lo femenino, es el caso de las mujeres transgeneristas.

• Desde el sexo hembra hacia lo masculino, es el caso de los hombres trans.

• Desarrollar otro tipo de tránsitos fluidos entre una u otra opción o en el  
medio de ambas fuera de la estructura dicotómica (UARIV, 2015).

De esta manera se deben incorporar los cambios pertinentes no solo en el lenguaje, sino también en las maneras de abordar y de atender a las personas que tienen una identidad de género, o una orientación sexual no hegemónica. Una manera de realizar una  
acción afirmativa sería, por ejemplo, cuando no se sabe cómo se identifica una persona, debe preguntársele, ¿cómo prefiere que le digan? su nombre identitario y la forma  
en que prefiere ser tratada (en masculino o femenino, por ejemplo).

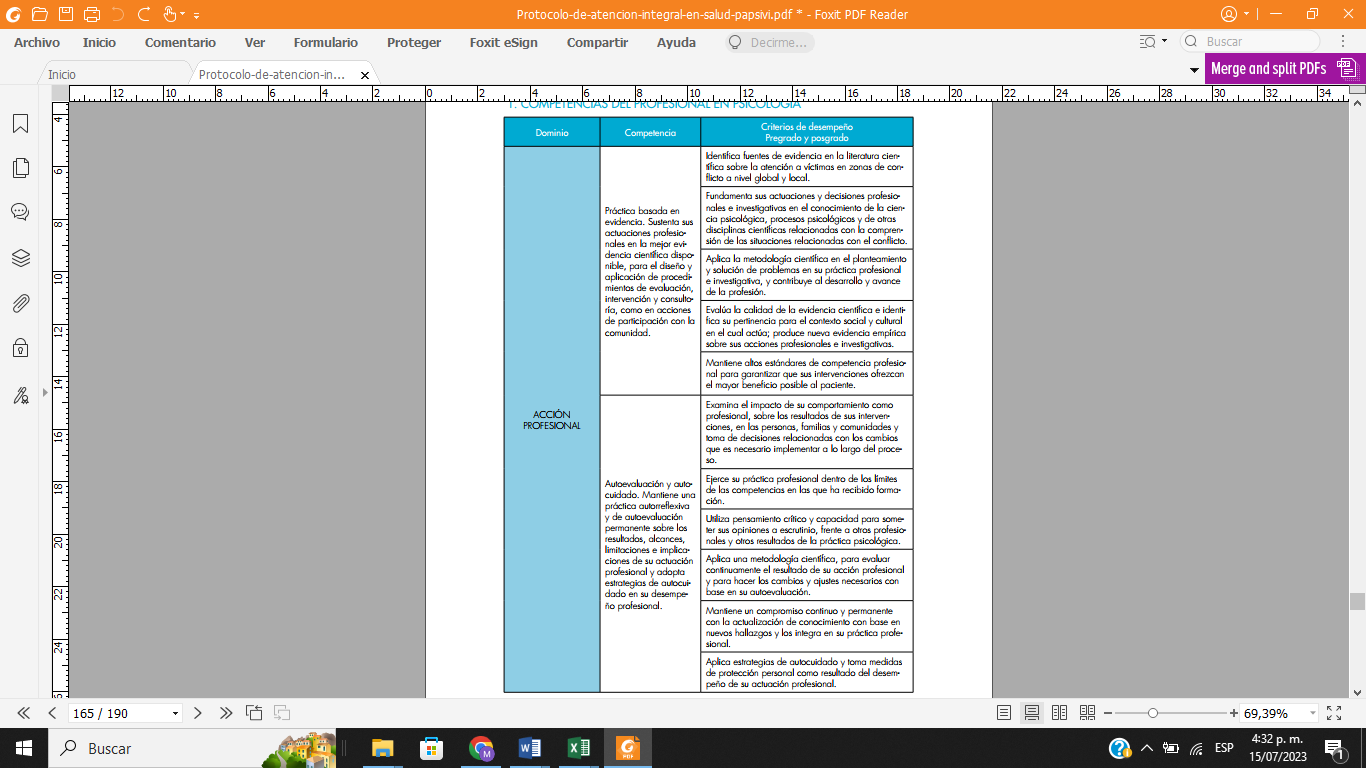
A pesar de la escasa información institucional sobre población con identidad de género y orientaciones sexuales no hegemónicas en el marco del conflicto armado, cabe resaltar que la Ley 1448 de 2011 es la primera ley que reconoce explícitamente como víctimas a la pareja del mismo sexo de quien hubiese sido asesinado o desaparecido. Así  
mismo, la Resolución 090 de 2015 de la Unidad para las Víctimas prioriza en las medidas de atención, asistencia y reparación a personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas víctimas del conflicto. En este sentido, la normatividad reconoce a las personas cuyas identidades de género u orientaciones sexuales no son hegemónicas, en sus particularidades y afectaciones diferenciales, ampliando las nociones que el Estado ha reconocido tradicionalmente sobre el enfoque de género.

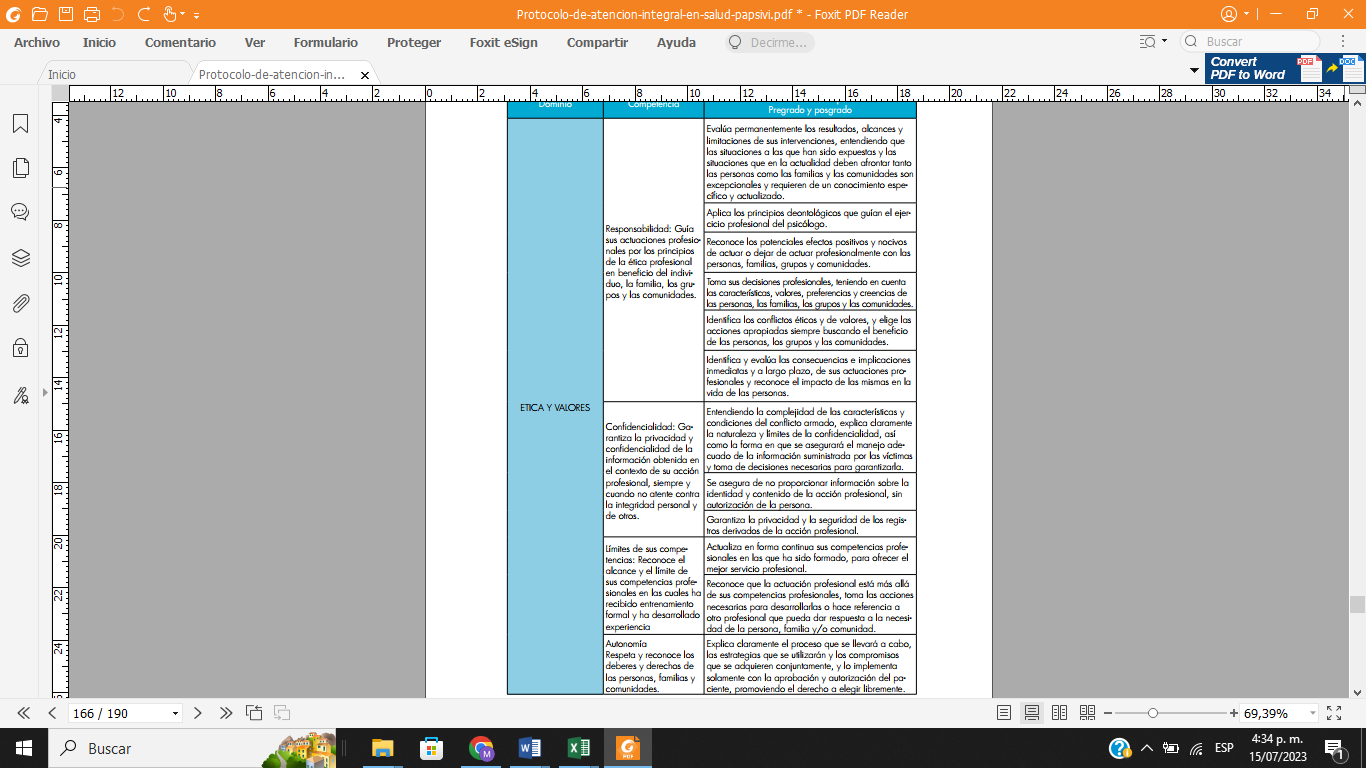
La atención integral en salud es entendida desde la perspectiva del análisis del contexto en términos de las relaciones entre hombres y mujeres en el marco del conflicto armado. Es decir, se entienden las relaciones de poder que los sectores armados han ejercido contra las mujeres y contra las personas con identidades de género y orientaciones  
sexuales no hegemónicas. Relaciones que, a su vez, se nutrieron del continuum de violencias que tradicionalmente se ha ejercido contra estas personas en Colombia.  
Así, la atención integral en salud está orientada por el enfoque de género al entender  
estas relaciones, pero también desde el enfoque transformador, al procurar maneras más  
equitativas de relaciones entre hombres, mujeres y personas con identidades de género y  
orientaciones sexuales no hegemónicas. Esta relación entre los enfoques es de principal importancia, dadas las estructuras sociales que han alimentado el conflicto armado cuando  
las afectaciones han tenido como sustrato esas diferencias asimétricas de poder.

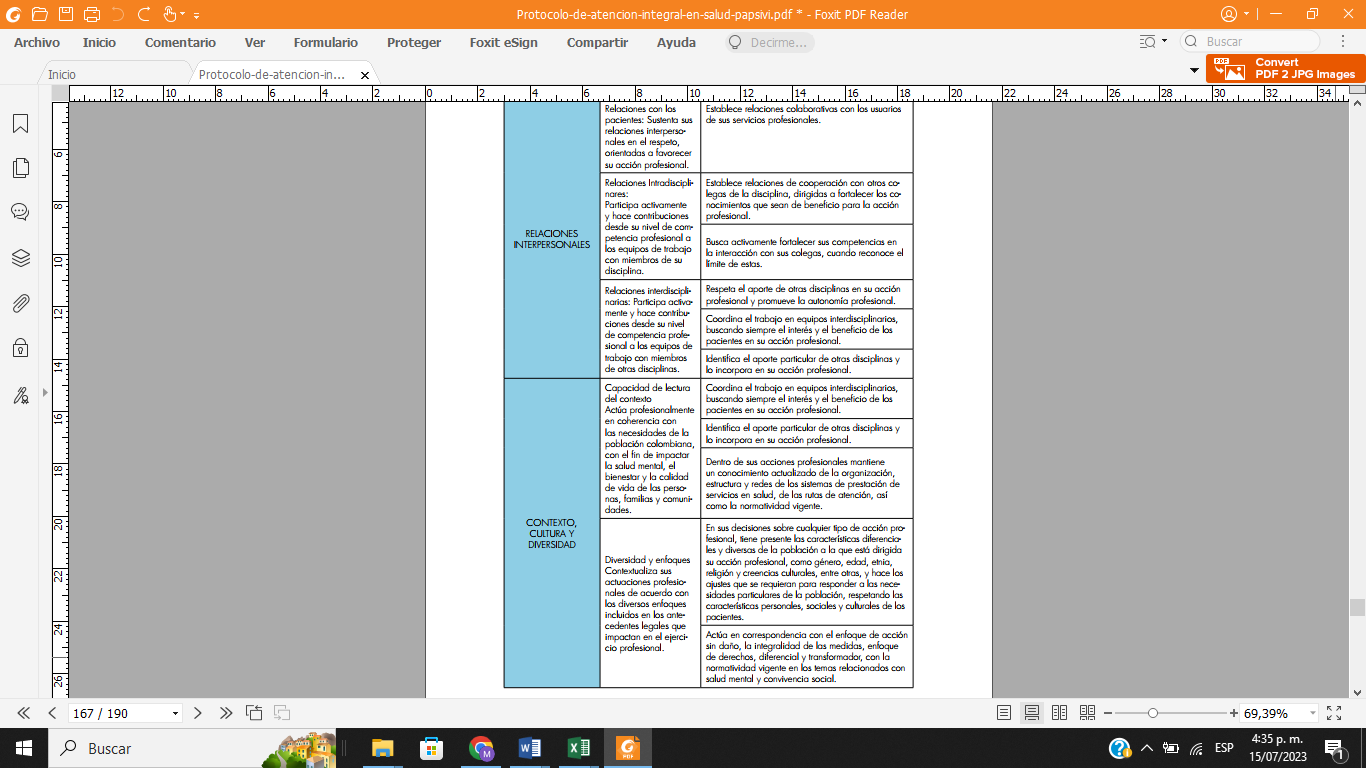
ANEXO IV:  
COMPETENCIAS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN SALUD -EMS

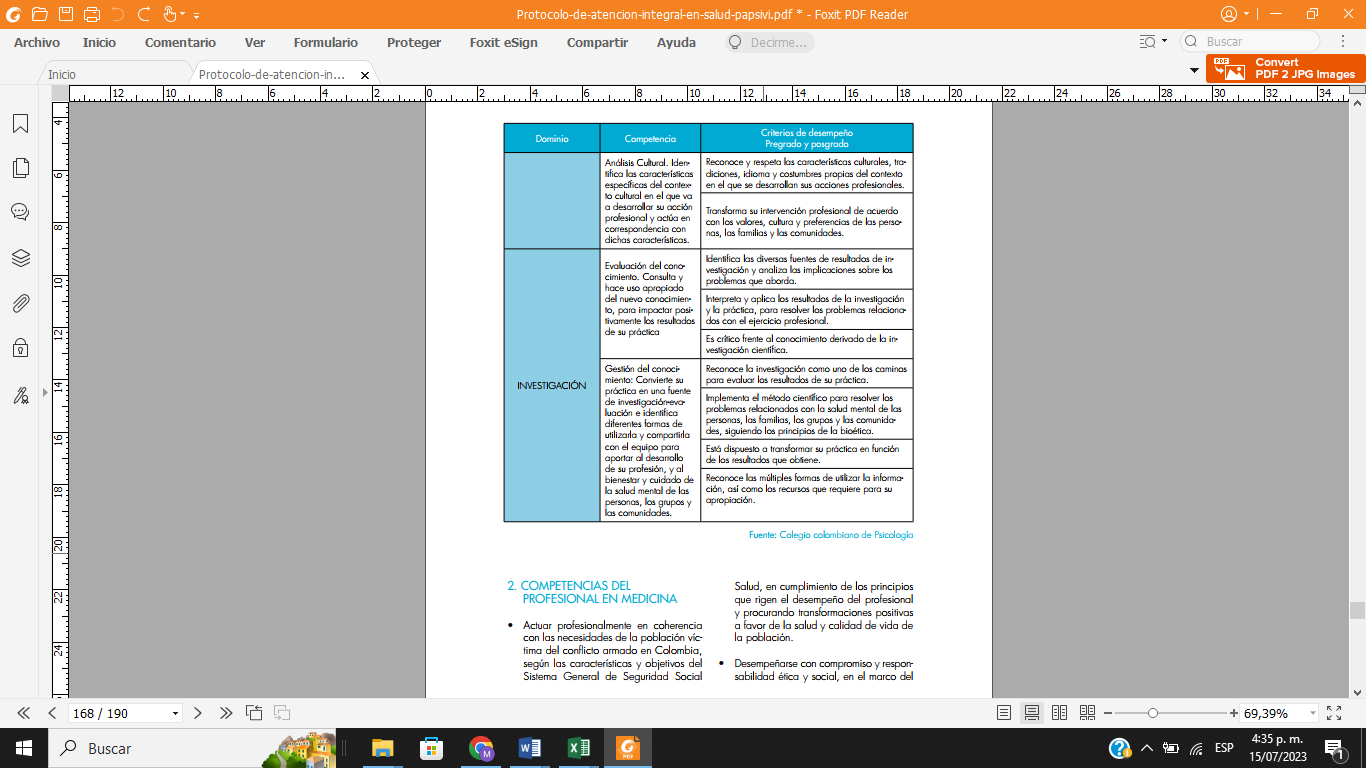
\*\*Este anexo hace referencia a las propuestas desarrolladas por las sociedades y asociaciones  
que participaron en el desarrollo de este documento, de ninguna manera pretenden dar cuenta de las consideraciones oficiales que tenga el ente gestor

**COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**









1. COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL EN MEDICINA

• Actuar profesionalmente en coherencia con las necesidades de la población víctima del conflicto armado en Colombia, según las características y objetivos del  
Sistema General de Seguridad Social Salud, en cumplimiento de los principios  
que rigen el desempeño del profesional y procurando transformaciones positivas  
a favor de la salud y calidad de vida de la población.

• Desempeñarse con compromiso y responsabilidad ética y social, en el marco del cuidado de la vida y la dignidad del ser humano, de los derechos humanos, de las  
características socioculturales y económicas, individuales y colectivas, para actuar  
en consecuencia desde su profesionalismo y autodeterminación, en cumplimiento de las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.

• Gestionar recursos para la prestación de la atención integral en salud con enfoque  
psicosocial dentro del contexto de salud integral, orientada al logro de resultados  
en salud, en respuesta a las características y necesidades en salud de la población víctima del conflicto armado, del Sistema de Salud y actuando siempre en  
beneficio de las personas, las comunidades y el desarrollo de la profesión.

• Gestionar conocimientos para la comprensión y solución de las necesidades  
y problemas de salud individual y colectiva, que procuren el mejoramiento de la  
prestación de los servicios de salud y el desarrollo de la profesión.

• Apoyar el fortalecimiento del Equipo Multidisciplinario de Salud mediante la  
utilización de estrategias pedagógicas, con criterios de pertinencia y calidad,  
orientados a mejorar su desempeño y desarrollo profesional.

• Realizar acciones con el fin de mejorar el comportamiento individual y colectivo en  
relación con la conservación y recuperación de la salud, en el marco de las políticas públicas y de acuerdo con el contexto socioeconómico y cultural de la población.

• Realizar actividades encaminadas a evitar, retardar la enfermedad o atenuar sus consecuencias, según la evidencia científica, condiciones y características de la población.

3. COMPETENCIAS DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADAS CON SALUD MENTAL

Con relación a las competencias del personal técnico auxiliares de enfermería y que aportan al cuidado en salud mental a la persona que vive y ha vivido el conflicto, retomamos las competencias formativas según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en el documento “perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para los auxiliares en las áreas de salud”25 .

1. Las competencias que a continuación se relacionan aportan a la atención que requieren las personas víctimas del conflictoy el posconflicto.

Auxiliar de enfermería

1. Atender y orientar a la persona en relación con sus necesidades y expectativas,  
de acuerdo con las políticas institucionales y normas de salud.

2. Admitir al paciente en la red de servicios de salud según niveles de atención y normativa vigente.

3. Apoyar la definición del diagnóstico individual de acuerdo con guías de manejo y tecnología requerida

Cuidado de la vida y la dignidad del ser humano, de los derechos humanos, de las  
características socioculturales y económicas, individuales y colectivas, para actuar  
en consecuencia desde su profesionalismo y autodeterminación, en cumplimiento de las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.

• Gestionar recursos para la prestación de la atención integral en salud con enfoque  
psicosocial dentro del contexto de salud integral, orientada al logro de resultados  
en salud, en respuesta a las características y necesidades en salud de la población víctima del conflicto armado, del Sistema de Salud y actuando siempre en beneficio de las personas, las comunidades y el desarrollo de la profesión.

• Gestionar conocimientos para la comprensión y solución de las necesidades y problemas de salud individual y colectiva, que procuren el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud y el desarrollo de la profesión.

• Apoyar el fortalecimiento del Equipo Multidisciplinario de Salud mediante la  
utilización de estrategias pedagógicas, con criterios de pertinencia y calidad, orientados a mejorar su desempeño y desarrollo profesional.

• Realizar acciones con el fin de mejorar el comportamiento individual y colectivo en  
relación con la conservación y recuperación de la salud, en el marco de las políticas públicas y de acuerdo con el contexto socioeconómico y cultural de la población.

• Realizar actividades encaminadas a evitar, retardar la enfermedad o atenuar sus consecuencias, según la evidencia científica, condiciones y características de la población.

3. COMPETENCIAS DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADAS CON SALUD MENTAL

Con relación a las competencias del personal técnico auxiliares de enfermería y que aportan al cuidado en salud mental a la persona que vive y ha vivido el conflicto, retomamos las competencias formativas según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en el documento “perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para los auxiliares en las áreas de salud”.

Las competencias que a continuación se relacionan aportan a la atención que requieren las personas víctimas del conflicto y el posconflicto.

Auxiliar de enfermería

1. Atender y orientar a la persona en relación con sus necesidades y expectativas,  
de acuerdo con las políticas institucionales y normas de salud.

2. Admitir al paciente en la red de servicios de salud según niveles de atención y normativa vigente.

3. Apoyar la definición del diagnóstico individual de acuerdo con guías de manejo y tecnología requerida

1. “Participa en la formulación, diseño, implementación, y control de las políticas,  
   planes, programas y proyectos en salud  
   mental desde una perspectiva de atención primaria”.
2. “Establece y gestiona políticas, planes y modelos de cuidado en enfermería en salud mental en concordancia con la Ley 1616 del 2013 de Salud Mental,  
   el plan decenal de salud nacional y la política Ley 1448 del 2011, territorial y local, con base en las orientaciones dadas por organismos internacionales como la CIE, OPS, OMS, OEA, Unicef en materia de salud mental”.

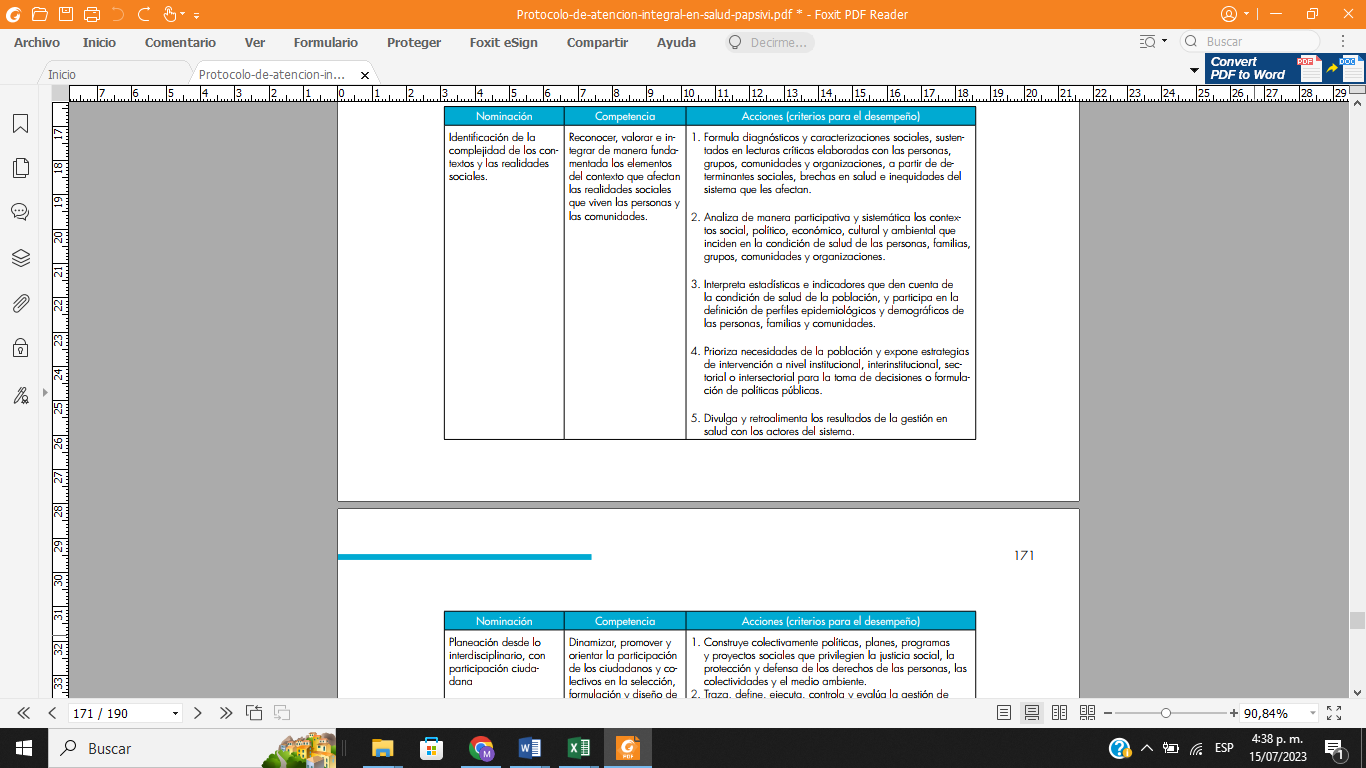
3. “Dirige, coordina y participa en los programas de servicios de salud mental, de  
acuerdo a los niveles de atención”.

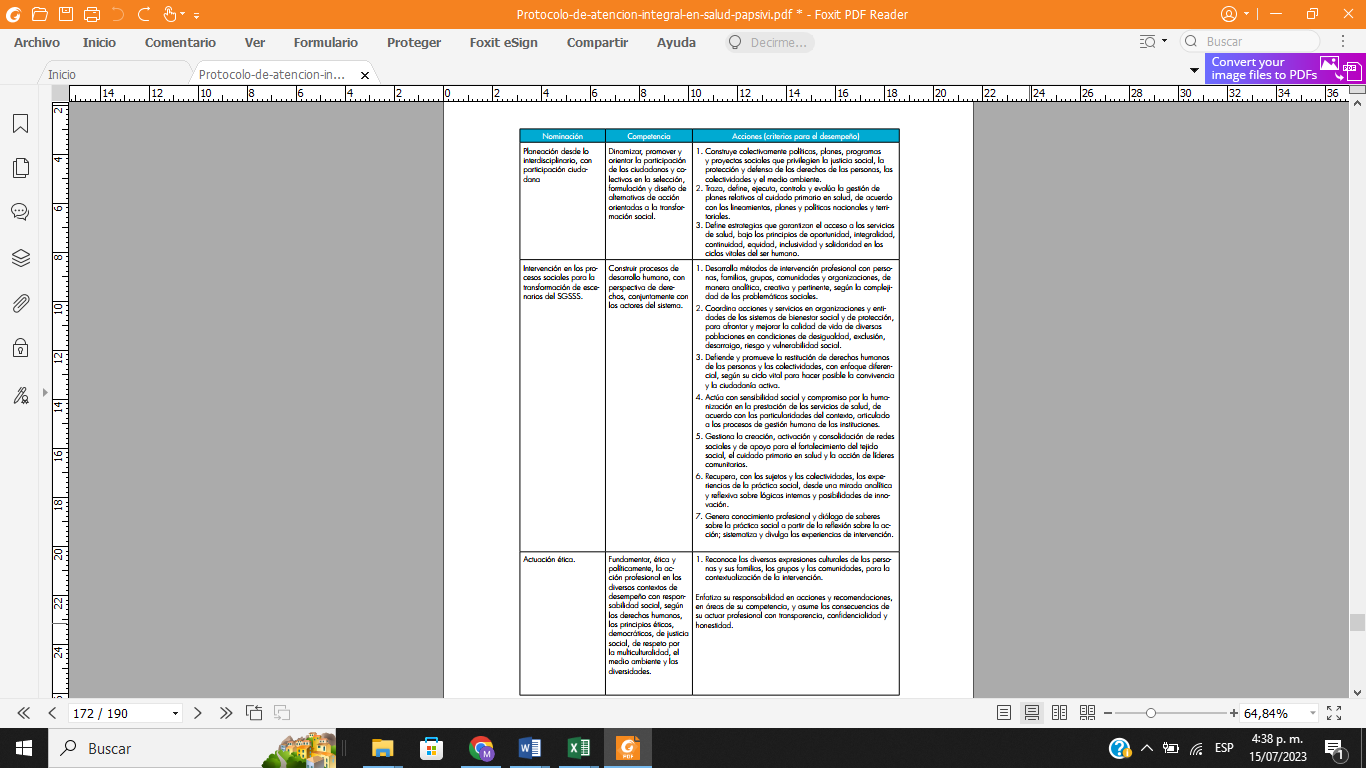
4. “Dirige, coordina y/o participa en la  
gestión sectorial y atención primaria en salud, que integren el cuidado de la  
salud mental, o tengan énfasis en salud mental y priorizando la atención de los  
grupos de mayor vulnerabilidad de la población y los riesgos más relevantes  
en salud mental, en coordinación con los diferentes grupos interdisciplinarios e intersectoriales”.

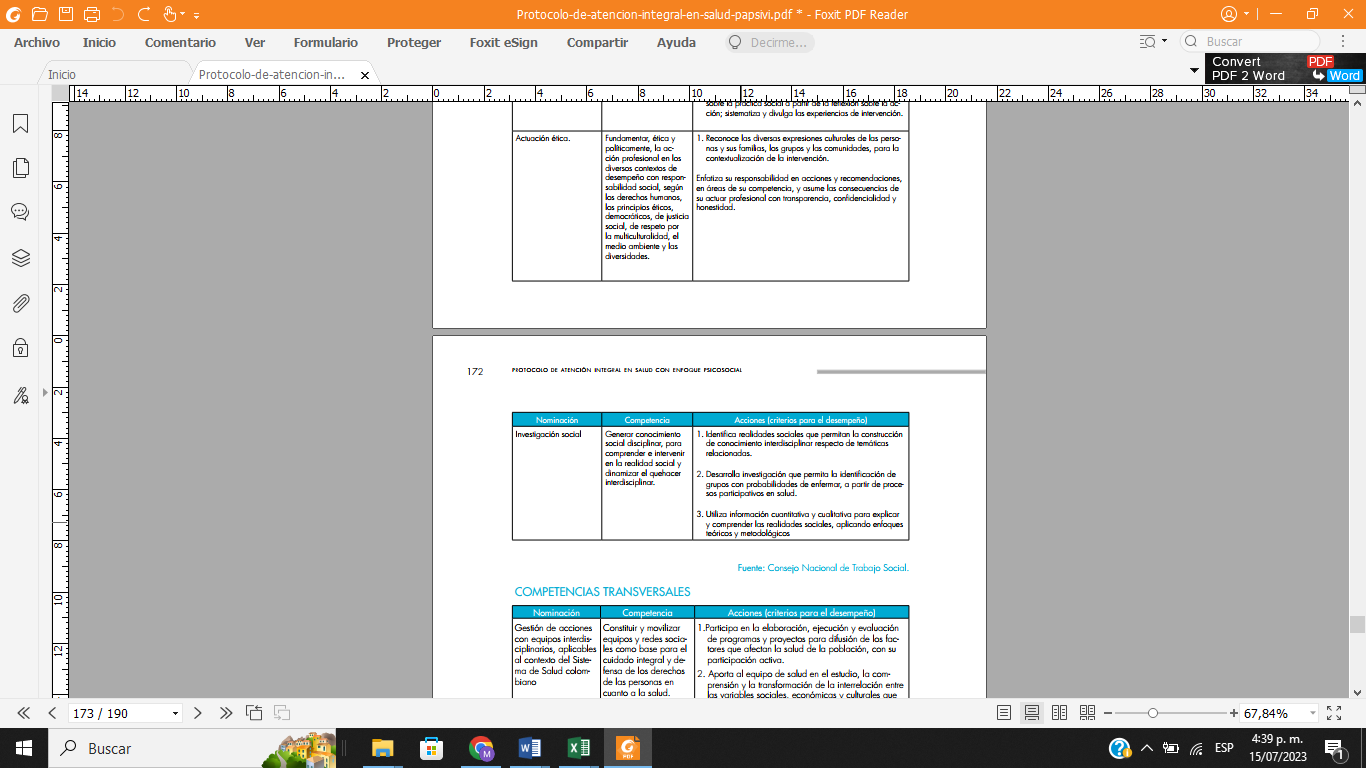
5. “Ejerce responsabilidades y funciones  
de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, asesorías y consultorías en el área de salud mental”.

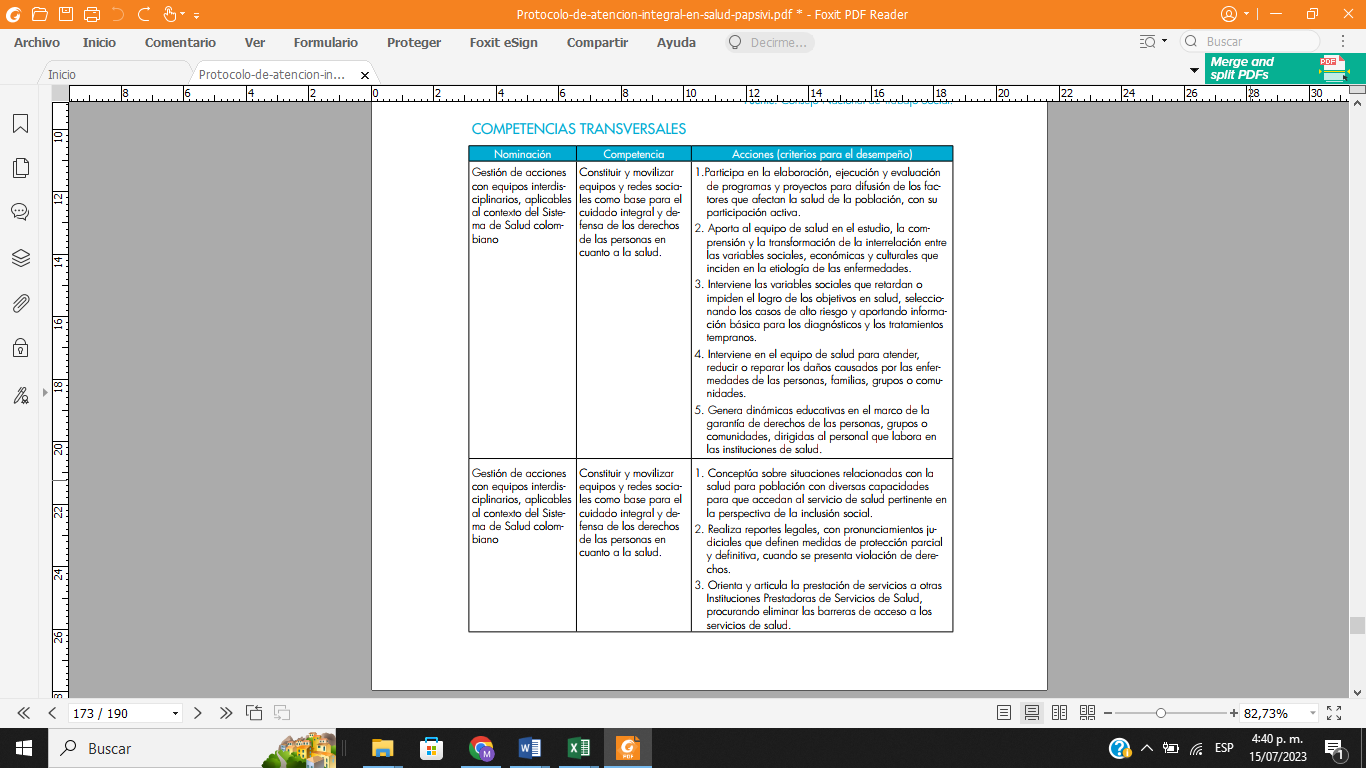
6. “Define y aplica los criterios y estándares de calidad en las dimensiones ética, científica y tecnológica de la disciplina de enfermería en salud mental”.

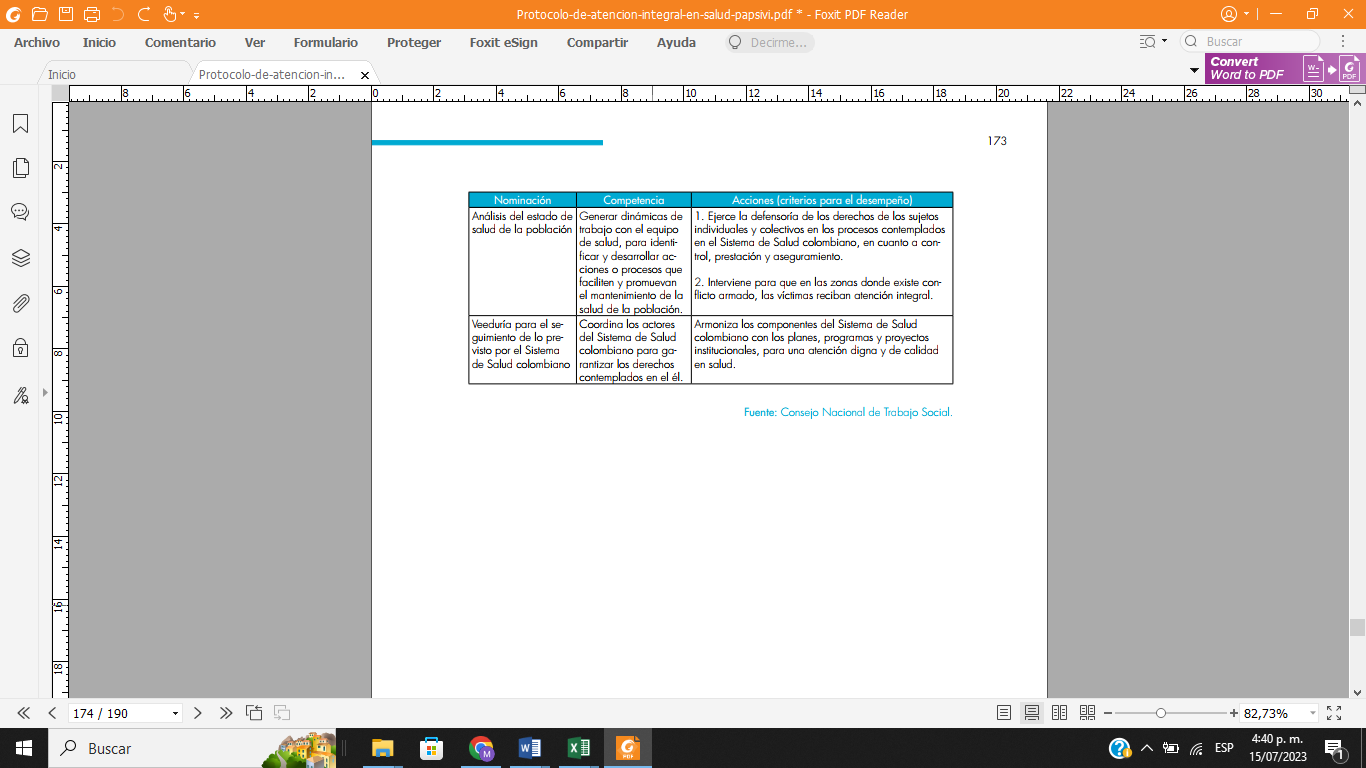
5. COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL  
COMPETENCIAS ESPECÍFICAS











ANEXO V: HISTORIA CLÍNICA

Este anexo sugiere aspectos a abordar en la entrevista con una víctima del conflicto armado.  
Cabe resaltar que la historia clínica deberá responder a la normatividad nacional vigente.

A. Información General:  
1. Nombre  
2. Dirección Domicilio  
Teléfono Celular E-mail  
3. Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento  
4. ¿Quién te sugirió consultar?  
5. En caso de emergencia avisar a Teléfono

B. Antecedentes Médicos  
A. Información General:  
1. Nombre  
2. Dirección Domicilio  
Teléfono Celular E-mail  
3. Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento  
4. ¿Quién te sugirió consultar?  
5. En caso de emergencia avisar a Teléfono  
6. Si en la actualidad sufres, o anteriormente has sufrido de alguna enfermedad  
7. Si en la actualidad te encuentras bajo algún tratamiento médico:  
8. Si en la actualidad te encuentras bajo algún tratamiento con drogas, por favor indica:  
9. Si has estado en tratamiento psicológico o psiquiátrico anteriormente, por favor explica:  
Motivo Tipo de tratamiento Fechas

C. Información Familiar  
10. Por favor cuéntame los siguientes datos sobre tus padres y hermanos (Nombre, Edad,  
Escolaridad, Ocupación) y nivel de satisfacción de la relación con cada uno de ellos en  
una escala de 1 a 10. (1 = Totalmente insatisfecho (a);  
10 = Totalmente satisfecho (a))  
Padre  
Madre  
Hermanos  
Esposo  
11. Si existen o han existido problemas da algún tipo en tu familia por favor descríbelos:  
12. ¿Cómo describirías el tipo de relaciones que predominan en tu familia? (Es una familia  
unida, independiente, conflictiva, afectuosa, etc.) Información religiosa  
13. Por favor indica tu religión

14. En una escala de 1 a 10, indica por favor ¿Qué tan creyente eres?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada Medianamente Totalmente

15. En una escala de 1 a 10, indica por favor ¿Qué tan practicante eres?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nunca Ocasionalmente Siempre

D. Ambiente social  
16. ¿Con quién vives en la actualidad?  
Nombre, Edad, Relación  
17. ¿Qué personas son importantes para ti? Por favor incluye aquí a las personas con  
quienes actualmente tienes una relación continua o permanente. No repitas ninguno de  
los nombres que diste en el punto anterior.  
Nombre, Edad, Relación

18. ¿Con qué frecuencia participas en actividades sociales (reuniones con amigos, fiestas,  
paseos)?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nunca Ocasionalmente Siempre

19. ¿Cuál es tu nivel actual de satisfacción en tus actividades sociales?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada Medianamente Totalmente  
Observaciones  
E. Información Académica  
20. Por favor, escribe en orden cronológico los colegios en los cuales has estudiado  
Edades Fecha Colegio Curso  
21. En una escala de 1 a 10, por favor describe cómo es o fue, en general, tu desempeño  
académico  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Muy bajo Medio Excelente

22. ¿Cuál es tu nivel actual de satisfacción con el estudio?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Muy bajo Medio Excelente

Observaciones  
G. Aficiones, intereses y recreación  
23. Por favor escribe a continuación el tipo de actividades a las que te dedicas actualmente  
en tu tiempo libre, cuando no tienes que desempeñar ninguna obligación académica  
(v.g. Lectura, música, arte, deportes, juego, cine teatro, etc.) Describe la frecuencia  
en una escala de 1 a 5 (diariamente = 5; semanalmente = 4, dos veces al mes = 3;  
mensualmente o menos = 25)  
24. ¿Qué tipo de aficiones o actividades de recreación que no estés realizando en la  
actualidad te gustaría desarrollar en el futuro?

Tipo de actividad Frecuencia Satisfacción  
25. ¿Cuál es tu nivel de satisfacción actual en tus aficiones, intereses y recreación?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Muy bajo Medio Muy alto  
Observaciones  
H. Autodescripción  
26. Describe tu aspecto físico ¿Cómo eres?

27. ¿Cuáles son tus preferencias? ¿Qué te gusta? ¿Qué cosas, personas, situaciones o  
actividades te producen agrado o placer?  
28. ¿Qué cosas, personas, situaciones o actividades específicas te producen nervios,  
incomodidad, tensión o tristeza?  
29. ¿Qué tipo de reacciones tienes cuando estás de mal genio? ¿Qué cosas haces?  
30. ¿Qué tipo de reacciones tienes cuando estás nervioso (a) o tenso (a)?  
31. Generalmente ¿Qué haces y cómo reaccionas cuando estás triste?  
32. ¿Cuáles son tus cualidades personales? ¿Qué diría una persona que te conoce bien si  
le preguntaran cuáles son tus puntos positivos?  
33. ¿Cuáles son tus limitaciones personales? ¿Qué diría una persona que te conoce bien si  
le preguntaran cuáles son tus principales defectos?  
I. Motivo de consulta  
34. Por favor, describe las principales razones, problemas o quejas por los cuales has  
decidido buscar la atención.  
35. ¿Desde cuándo has tenido estas dificultades?

36. ¿A qué crees que se deben estos problemas?  
37. ¿Qué personas, situaciones o actividades parecen producir o empeorar estas dificultades?  
38. ¿Qué personas, situaciones o actividades parecen ayudar a mejorar estas dificultades?  
39. ¿A quién le has pedido consejo respecto de estos problemas? ¿Cuándo y con qué  
resultados?  
J. Otras áreas de ajuste  
40. ¿Tienes o has tenido dificultades para hacerte respetar y para hacer valer tus derechos,  
o para expresar desacuerdo o resentimiento cuando es apropiado, o para impedir que  
otras personas se aprovechen de ti? Por favor explica  
41. ¿Tienes o has tenido periodos de profunda tristeza o depresión en los que no sientes  
ánimo para desempeñar ninguna actividad? Explica  
42. ¿Tienes o has tenido alguna dificultad para establecer relaciones afectivas con otras  
personas?  
Por favor, explica  
43. ¿Tienes o has tenido algún tipo de temor muy intenso ante alguna situación u objeto que  
interfiera en tu actividad normal? Por favor explica  
44. ¿Tienes dolores de cabeza con frecuencia?

45. ¿Tienes o ha tenido problemas para controlar tu consumo de bebidas alcohólicas? Por  
favor explica  
46. ¿Has probado alguna vez marihuana, u otras sustancias no prescritas médicamente? Por  
favor, explica  
K. Metas personales  
47. A continuación describe tus metas personales en las siguientes áreas:  
Familiar:  
Pareja:  
Social:  
Académica:  
Recreación/Deporte/Tiempo/Libre:  
Salud:  
Espiritual:

Responsabilidades personales  
48. ¿Qué esperas obtener de la presente atención?  
49. ¿Qué otra información que no haya estado incluida en la presente entrevista consideras  
que podría ser útil para tu atención?

**BIBLIOGRAFIA**

Programa PAPSIVIN de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado

Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del conflicto armado, Bogotá, 2017

Derecho Internacional Humanitario (DIH)

Decreto 1011 de 2006

Resolucion 5095 de 2018.

Aguilera, A. (2013). Componentes epistemológicos y metodológicos de la atención  
psicosocial a víctimas de guerra y violencia política en Colombia. *Revista Tesis  
Psicológica,* 8 (1), 68-79.

Arce, R. (2013). *Diálogo e interculturalidad en contextos de conflictos vinculados a la  
gestión de los recursos naturales*. Perú: Cooperación Alemana Deutsche Gesellschaft  
für Internationale Zusammenarbeit, GIZ.

Arévalo, L. (2007). Retos para la intervención con individuos, familias y comunidades en  
el contexto de la violencia sociopolítica. En Y. Puyana & M. H. Ramírez. *Familias:  
cambios y estrategias*. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de  
Ciencias Humanas - Alcaldía Mayor de Bogotá - Secretaría Distrital de Integración  
Social.

Arteaga, B. I. (2012). El enfoque diferencial: ¿una apuesta para la construcción de paz? En B.  
I. Arteaga, D. A. Walteros y O. D. Andrade (coords.). *Identidades, enfoque diferencial  
y construcción de paz*. [serie Documentos para la paz N.º 3]. Bogotá: Universidad de  
Bogotá Jorge Tadeo Lozano, Observatorio de Construcción de Paz. Recuperado de:  
<http://www.utadeo.edu.co/files/collections/documents/field_attached_file/serie3_1.pdf>

Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*.  
Washington: Banco Mundial.  
Balshem, H. et al. (2011). Grade guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of  
Clinical Epidemiology*, 64, 401-406.

Bardach, E. (2012). *Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective  
Problem Solving*. 4th Edition. Sage.

Bello, M. N. (2014). *Aportes teóricos y metodológicos para la valoración de los daños  
causados por la violencia*. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica.  
Carrasquilla, G. (coord.). (2014). *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica  
Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud  
Colombiano*. Bogotá: Fundación Sata Fe de Bogotá. Recuperado de: http://gpc.minsalud.  
gov.co/recursos/Documentos%20compartidos/Guia\_Metodologica\_Web.pdf

International Crisis Group (2006). Colombia: ¿hacia la paz y la justicia? *Informe sobre  
América Latina*, 16.

184 protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial  
Congreso de Colombia. (16 de febrero de 2015). *Ley Estatutaria de Salud*. [Ley 1751 de  
2015]. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1>.

jsp?i=60733 \_\_\_\_\_\_\_ (21 de enero de 2013). *Ley de Salud Mental*. [Ley 1616 de 2013]. Recuperado  
de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=51292> \_\_\_\_\_\_\_(20 de diciembre de 2011). Decreto 4800 de 2011. Recuperado de: http://  
[www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=45063](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=45063) \_\_\_\_\_\_\_ (19 de enero de 2011). *Ley de Reforma a la Salud*. [Ley 1438 de 2011]. Recuperado  
de:: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355  
\_\_\_\_\_\_\_ (10 de junio de 2011). *Ley General de Víctimas*. [Ley 1448 de 2011]. DO: 48.096. Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/  
ley\_1448\_2011.html\_\_\_\_\_\_\_. (25 de julio de 2005). *Ley de Justicia y Paz*. [Ley 975 de 2005]. Recuperado de: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=17161  
Corte Constitucional. (2015).*Constitución Política de Colombia*. Recuperado de:http://www.  
corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf \_\_\_\_\_\_\_ (2 de febrero de 2010). Sentencia T-045. [MP María Victoria Calle Correa].  
Recuperado de: http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-045-10.htm  
\_\_\_\_\_\_\_ (31 de julio de 2008). Sentencia T-760 de 2008. [MP Manuel José Cepeda  
Espinosa].

Donabedian A. (1985). *Explorations in quality assessment and monitoring.* Vol. I: The  
definition of quality and approaches to its assessment; Vol. II: The criteria and standards  
of quality; Vol. III: The methods and findings of quality assessment and monitoring: An  
illustrated analysis. Ann Arbor: Health Administration Press.  
\_\_\_\_\_\_\_ (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Q*, 44,  
166-206.  
Echeverri, J. Á. & Román, Ó. (2008). Diálogos de saberes y meta-saberes del diálogo. Una  
perspectiva amazónica. *Revista de Estudios Sociales Comparativos*, 2(1), 16-45.  
Elder, G. (1991). Lives and social change. En W. R. Heinz. *Status passages and the Life  
Course.* Volumen I: Theoretical advances in life course research. Weinhein: Deutscher  
Studien Verlag.  
185  
Equipo técnico Comité Ejecutivo Sistema Nacional de Bienestar Familiar (2016). *Lineamientos  
para la inclusión de la primera infancia, la infancia y la adolescencia en los planes  
territoriales de desarrollo*. Recuperado de: http://www.icbf.gov.co/portal/page/  
portal/PortalICBF/bienestar/sistema-nacional/2.%20LINEAMIENTOS%20INFANCIA\_  
VERSION%20COMPLETA.pdf  
Frenk, J. (2000). Perspectives. *Bull World Health Organ*, 78(6), 857-860.  
González, F.; Kellison, J. G.; Boyd, S. J. & Kopak, A. (2010). A Methodology for Conducting  
Integrative Mixed Methods Research and Data Analyses. *J Mix Methods Res*. 20, 4(4),  
342–360.[doi:10.1177/1558689810382916].  
González, P. A. & Macías, A. (2015). *An ontological turn in the debate on Buen Vivir –  
Sumak Kawsay – in Ecuador: Ideology, Knowledge, and the Common*. Latin American  
and Caribbean Ethnic Studies. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1080/174422  
22.2015.1056070  
Grupo de Psicología Social Crítica (2010). Principios éticos para la atención psicosocial.  
*Revista de Estudios Sociales*, 36, 127-131. Recuperado de: http://revistas.uniandes.  
edu.co/doi/pdf/10.7440/res36.2010.11  
Joanna Briggs Institute (2014).

*Reviewers’ Manual*, Suplemento.

Lansdown, G. (2004). La participación y los niños más pequeños. En: *La participación en la  
primera infancia ¿Retórica o una creciente realidad? Espacio para la infancia*.  
Laurell, A.C. (1992). La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas  
y realidades sociopolíticas. *Cuadernos Médico Sociales*, 60.

Lira, E. (ed.) (1989). *Derechos humanos: Todo es según el dolor con que se mira*. Santiago  
de Chile: Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos.  
Mesa Nacional de Organizaciones Afrocolombianas (2011). *Propuesta de decreto ley  
para las víctimas afrocolombianas, negras, palenqueras y raizales, con ocasión de  
las facultades extraordinarias otorgadas en el artículo 205 de la Ley 1448 de 2011*.  
Bogotá: Embajada del Reino de los Países Bajos en Colombia.

Ministerio de la Protección Social (2009). *Enfoque psicosocial en la atención a la  
población desplazada, confinada o en riesgo*. Bogotá: Ministerio de la Protección  
Social - Organización Panamericana de la Salud - Universidad Tecnológica de  
Pereira. Recuperado de: http://www.paho.org/col/index.php?option=com\_  
docman&view=download&category\_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=240-  
enfoque-psicosocial-en-la-atencion-a-la-poblacion-desplazada-confinada-o-enriesgo&Itemid=688  
186 protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial  
Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Resolución 429 de 2016. Recuperado de:  
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20  
de%202016.pdf  
\_\_\_\_\_\_\_ (2013a). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Recuperado de: https://  
www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx  
\_\_\_\_\_\_\_. (2013b). *Anexo 1. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas*.  
[Documento interno]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de  
Promoción Social.  
\_\_\_\_\_\_\_. (2004). *Lineamientos de Intervención Psicosocial con víctimas de la violencia y el  
desplazamiento forzado 2004-2012*. Bogotá: Minsalud.  
Montealegre, D. M. & Urrego, J. H. (2010). Enfoques diferenciales de género y etnia.  
Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Programa de Iniciativas Universitarias  
para la Paz y la Convivencia (PIUPC).  
Murillo, P. E. (2010). Las medidas de acción afirmativa o medidas especiales: para reparar  
las injusticias históricas y la discriminación. Recuperado de: http://webcache.  
googleusercontent.com/search?q=cache:cOQ6yRHGCzwJ:s5b33cdf930697ef6.  
jimcontent.com/download/version/1460337976/module/9570648452/  
name/Las%2520medidas%2520de%2520acci%25C3%25B3n%2520afirmativa  
%2520o%2520medidas%2520especiales%2520para%2520reparar%2520las.  
pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co  
Murphy, M. K. et al. (1998). Consensus development methods, and their use in clinical  
guideline development. *Health Technology Assessment NHS, R&D HTA Programme*, 2(3).  
Navarro, S; Pérez. P. & Kernaj, F. (2011). Consenso mundial de principios y normas mínimas  
sobre trabajo psicosocial en procesos de búsqueda e investigaciones forenses para  
casos de desapariciones forzadas, ejecuciones arbitrarias o extrajudiciales. Recuperado  
de: http://www.hchr.org.co/publicaciones/libros/normas%20minimas%20NRJ%20  
FINAL.pdf  
Organización Mundial de la Salud - OMS (2016). *Temas de salud*. Ginebra. WHO.  
World Health Organization.  
Organización Panamericana de la Salud - OPS (2002). *Protección de la Salud Mental en  
Situaciones de Desastres y Emergencias*. Cap. III, sección 3.5.  
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2004). Cómo elaborar una  
estrategia de género para una Oficina de País. San Salvador: PNUD.  
187  
Rappaport, J. (ed.) (2004). *Retornando la mirada: una investigación colaborativa interétnica  
sobre el Cauca a la entrada del milenio*. Popayán: Universidad del Cauca.  
Rodríguez, A. L. (2010). *El enfoque ético de la acción sin daño*. Bogotá: Oficina de  
Cooperación Suiza en Colombia - Ministerio Federal de Cooperación Económica y  
Desarrollo (GTZ) - PIUPC - Universidad Nacional de Colombia.  
Rycroft, J. (2001). Formal consensus: the development of a national clinical guideline. *Quality  
Health Care*, 10, 238- 244.  
Savigny, D. & Taghreed, A. (eds.) (2009). *Aplicación del pensamiento sistémico al  
fortalecimiento de los sistemas de salud.* Alianza para la Investigación en Políticas y  
Sistemas de Salud. OMS.  
Sánchez, G. (coord.). (2011). *La memoria histórica desde la perspectiva de género.  
Conceptos y herramientas*. Bogotá: CNRR – Grupo de Memoria Histórica. Recuperado  
de: https://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2011/la\_  
reconstruccion\_de\_la\_memoria\_historica\_desde\_la\_perspectiva\_de\_genero\_final.pdf  
Sánchez, N. et al. (2011). *Reparación psicosocial. Fundamento para la reparación integral  
de personas víctimas del conflicto armado*. Bogotá: Cinep.  
Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas - SNARIV (2015). *Guía  
de medidas de satisfacción*.  
\_\_\_\_\_\_\_(2012). *Guía interinstitucional para la atención a las víctimas del conflicto armado*.  
Bogotá: Scripto SAS.  
\_\_\_\_\_\_\_ - Subcomité Técnico de Medidas de Satisfacción (s.f.). *Lineamientos para llevar  
a cabo procesos de reconocimiento público de la responsabilidad en la comisión  
de hechos víctimizantes y solicitudes de perdón público*. Recuperado de: https://  
rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/Lineamientos%20para%20  
llevar%20a%20cabo%20procesos%20de%20reconocimiento%20publico.pdf  
Svendsen, M.L.; Ehlers, L. H.; Andersen, G. & Johnsen, S. P. (2009). Quality of care and  
length of hospital stay among patients with stroke. *Med Care*, 47(5), 575-582 [doi:  
10.1097/MLR.0b013e318195f852].  
Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas - UARIV (2015). *Guía para  
la Orientación a víctimas del conflicto armado desde el enfoque de orientaciones  
sexuales e identidades de género. Guía para servidores públicos*. Bogotá: Presidencia  
de la República.  
\_\_\_\_\_\_\_ (2013). *Conceptualización enfoque diferencial*. Enlaces Grupos enfoque diferencial.  
Bogotá.  
188 protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial  
Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas - UARIV, Organización  
Internacional para las Migraciones - OIM, Agencia de los Estados Unidos para el  
Desarrollo Internacional - USAID (2014). *Elementos para la incorporación del enfoque  
psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas*. Recuperado de:  
https://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/Elementos%20  
para%20la%20incorporacion%20del%20enfoque%20psicosocial%20en%20la%20  
atencion,%20asistencia%20y%20reparacion.pdf  
\_\_\_\_\_\_\_ (s.f.). *Subcomité Técnico de Enfoque Diferencial. Personas con discapacidad*.  
Recuperado de: http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/  
LINEAMIENTO%20ENFOQUE%20DIFERENCIAL%20PERSONAS%20CON%20  
DISCAPACIDAD.pdf  
\_\_\_\_\_\_\_(s.f.). *Enfoque étnico. Pueblos y comunidades indígenas, comunidades negras,  
afrocolombianas, raizales, palenqueras y pueblos rom*. Recuperado de: https://www.  
unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/enfoqueetnico.PDF  
Valcárcel, M. (2006). *Génesis y evolución del concepto y enfoque sobre el desarrollo*. Lima:  
Pontificia Universidad Católica del Perú.

VII. ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL

El Manual de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial requerirá un proceso de actualización periódica de los contenidos.

Este proceso se deberá hacer cada tres años, considerando que la evidencia científica recomienda este periodo, en el cual se deben desarrollar los procesos de implementación y adherencia de las indicaciones del Protocolo y un proceso de vigilancia y monitoreo, que dé cuenta de los avances en resultados en salud de las víctimas del conflicto armado.

Se recomienda en este lapso tener en cuenta los siguientes criterios para tomar la decisión de actualizar las indicaciones del Protocolo.

• Identificación y valoración de nueva evidencia científica.

• Opinión de expertos y del grupo desarrollador del Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado.

• Percepción de los pacientes.

• Análisis del contexto.

**Identificación y valoración de nueva evidencia científica**

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer los mecanismos de monitorización periódica para identificar nueva evidencia científica local, nacional e internacional que pueda afectar la vigencia del Protocolo.

Se proponen las siguientes estrategias que permiten identificar nueva evidencia científica:

a) Realizar búsquedas rápidas de la literatura

En los resultados de estas búsquedas rápidas de la literatura se recolecta información de nuevos estudios que pueden producir cambios en la atención en salud a víctimas del conflicto armado; por lo tanto, tiene que ser valorado desde el punto de vista que comprometa la vigencia de las intervenciones propuestas en el Protocolo de atención integral a víctimas del conflicto armado.

b) Se recomienda hacer búsquedas periódicas de la evidencia en los siguientes aspectos:

• Técnicas de atención en salud con enfoque psicosocial.

• Tiempos de seguimiento a las víctimas del conflicto armado que hagan parte de una atención en salud con enfoque psicosocial.

Esta tarea la podrá realizar el MSPS y/o el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, que se encargarán del reconocimiento de evidencia local desarrollada por expertos, pacientes y organizaciones que atienden víctimas del conflicto armado. La construcción de este Protocolo nos enseñó que la evidencia local y literatura gris generada por estas experiencias son de suma importancia para garantizar la validez de los contenidos del Protocolo como su proceso de implementación.

Es así como se recomienda continuar con los puentes de comunicación con los expertos, la academia y Colciencias, a fin de identificar tempranamente evidencia local que pueda documentar cambios efectivos en la atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado.

**Percepción de los usuarios del Protocolo**

También juega un papel importante conocer las percepciones de los profesionales de la salud que hacen parte del EMS y de las víctimas del conflicto armado que acceden a este Protocolo, ya que ellos son los actores que constantemente están expuestos a las variables del contexto que pueden estar relacionadas con la efectividad de las atenciones propuestas en este documento.

Esto permite reconocer su percepción frente a los efectos en la salud de las víctimas del conflicto armado. Para ello se propone que las IPS que presten servicios de salud a víctimas del conflicto armado implementen en sus procesos de auditoria médica y de evaluación de la calidad de los servicios de Percepción de los usuarios del Protocolo salud los indicadores de proceso propuestos en este Protocolo.

Así mismo, de manera periódica (mínimo cada seis meses), se sugiere realizar una encuesta de percepción de la calidad a los profesionales de la salud que hagan parte del EMS y a una muestra representativa de víctimas del conflicto armado atendidas bajo este Protocolo.

El Ministerio de Salud y Protección Social podría crear un espacio virtual de acceso permanente para los pacientes atendidos bajo los principios del Protocolo de Atención Integral con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, donde manifiesten su opinión frente a su experiencia y percepción de la atención prestada por el EMS.

**Análisis del contexto**

En este escenario es relevante analizar periódicamente el contexto político, social y del sistema de salud, que pudiese invalidar las atenciones en salud o que cambien la configuración de la prestación de servicios de salud, así como las reformas en la normativa a víctimas del conflicto armado, la estructura y funcionamiento del sistema de salud o estados de la sociedad colombiana que modifiquen las relaciones sociales en el territorio.

Es necesario aclarar que no solo un criterio de los anteriormente mencionados es suficiente para tomar la decisión de actualizar los contenidos del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado; debe ser una ponderación de estos criterios, teniendo en cuenta su impacto y las circunstancias del país.

ELABORACIÓN Y CONTROL DE CAMBIOS

ELABORACIÓN INICIAL DEL DOCUMENTO

| **CONTROL** | **FECHA** | **NOMBRE Y APELLIDO** | **CARGO** |
| --- | --- | --- | --- |
| REALIZÓ | 22/05/2017 | MABIS MERCADO RUA | LIDER URGENCIAS |
| REVISÓ | 10/06/20217 | ELCYBETH GONZALEZ C. | LIDER CALIDAD |
| APROBÓ | 22/07/2017 | CLAUDIA HENRIQUEZ | SUBGERENTE CIENTIFICA |

CONTROL DE CAMBIOS

| **NOMBRE DEL DOCUMENTO** | **CÓDIGO** | **VER**  **SIÓN** | **FECHA MODIFICACIÓN** | **MODIFICACIÓN** | **RESPONSABLE** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MANUAL DEL MODELO PAPSIVI | C.E-MN:006 | 2 | 10/07/2023 | CONTENIDO | MABIS MERCADO RUA |
|  |  |  |  |  |  |

registro de comunicación del documento

| **NOMBRE Y APELLIDO** | **CARGO** | **FIRMA** | **FECHA** |
| --- | --- | --- | --- |
| LESSY BETANCOURT GOMEZ | PSICOLOGA |  | 22/07/2023 |
| CARLA ESCOBAR HERNANDEZ | LIDER CONSULTA EXTERNA |  | 22/07/2023 |
| HENRY MARTINEZ VEGA | SUBGERENTE CIENTIFICO |  | 22/07/2023 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |