

REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2020

()

Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades conferidas por los artículos 137 y 138 de la Ley 1448 de 2011, 2º numeral 30 del Decreto – Ley 4107 de 2011, 2.2.6.1.2., 2.2.6.1.4., 2.2.7.5.2 y 2.2.7.5.3 del Decreto 1084 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que, de acuerdo con la Ley 715 de 2001, corresponde a la Nación la dirección del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional y, en específico, formular los programas de interés nacional para dicho sector y Sistema, así como coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.

Que la Ley 1751 de 2015 reguló el derecho fundamental a la salud y señaló que las víctimas del conflicto armado gozarían de especial protección por parte del Estado. Así mismo indicó que *“Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención”* y que *“En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011”*.

Que atendiendo lo dispuesto en los artículos 137 y 138 de la Ley 1448 de 2011, le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social crear el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado, así como definir su estructura, funciones y operatividad.

Que el párrafo primero del artículo 137 y el artículo 174 de la misma normativa, señala frente a las fuentes de financiación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado, los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Fosyga), Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, salvo que estén cubiertos por otro ente asegurador en salud, hoy bajo la administración de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES-, y aquellos propios de las entidades territoriales, incluidos dentro los respectivos planes de desarrollo y ceñidos a los lineamientos establecidos en el Plan Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Que el numeral 2 del artículo 2.2.7.5.3. del Decreto 1084 de 2015, fijó entre las funciones del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado, la de *“definir los criterios técnicos con base en los cuales se prestan los servicios de atención psicosocial y salud integral a las víctimas en el marco del artículo 3º de la Ley 1448 de 2011”*. Así mismo, el mencionado decreto en los artículos 2.2.1.11 y 2.2.1.12, señala que las entidades del nivel nacional y territorial deben trabajar armónicamente para realizar los fines del Estado y en particular, para garantizar el goce efectivo de los

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

derechos de las víctimas en los términos del artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, así como actuar oportuna y conjuntamente, en busca de un objetivo común, respetando siempre el ámbito de competencias propio y de las demás entidades.

Que conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.6.1.2. de la misma normativa, corresponde al Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social, diseñar y ajustar, con la participación de los demás actores en salud, el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial que contemple los mecanismos de articulación y coordinación entre las redes de servicios de salud y otras redes definidas por la Unidad Administrativa Especial de Atención y Reparación Integral a las Víctimas que presten asistencia a la población de la que trata la Ley 1448 de 2011.

Que para efectos de diseñar el referido protocolo, el Ministerio de Salud y Protección Social contó con el apoyo técnico del Instituto de Evaluación de Tecnológica en Salud – IETS–, cuyo proceso involucró los aportes realizados por expertos, víctimas del conflicto, actores institucionales y organizaciones de la sociedad civil con experiencia en manejo de grupos vulnerables que fueron citados en sendos espacios de participación, y sus orientaciones e indicaciones se establecieron en el marco de lo dispuesto en el Plan Decenal de Salud adoptado a través de la Resolución 1841 de 2013, así como en la Política Integral de Atención en Salud [PAIS] y en su Modelo Integral de Atención en Salud [MIAS] expuestos en la Resolución 429 de 2016, reconocido e incorporado en el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, dispuesto en la Resolución 2626 de 2019.

Que la jurisprudencia constitucional, en particular la Sentencia T-045 de 2010, ha destacado la necesidad respecto a que el Gobierno Nacional brinde a las víctimas una atención psicosocial para la superación de los impactos generados a nivel emocional como consecuencia de las dinámicas del conflicto armado. Así mismo, ha insistido que la atención psicosocial a las víctimas deberá vincular a sus familiares y a los miembros de su comunidad que constituyen su red de apoyo social.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social diseñó los fundamentos conceptuales, profundizaciones metodológicas y orientaciones de implementación que deben adoptarse para brindar la atención psicosocial dispuesta en la Ley 1448 de 2011, y en desarrollo de lo establecido en su artículo 192, y como garantía de participación, estos fundamentos y orientaciones se socializaron desde 2013 hasta 2017 ante los espacios de participación de víctimas y, con ocasión a ello, se recogieron e incorporaron las propuestas formuladas en estos espacios.

Que, de conformidad con lo anterior, este Ministerio considera necesario adoptar el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, y definir su operatividad, entre otros aspectos.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto adoptar el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado –PAPSIVI, como

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

medida de asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial, en el marco de la reparación integral.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones contenidas en el presente acto administrativo serán de obligatorio cumplimiento para las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, las Entidades Promotoras de Salud –EPS- del régimen subsidiado y contributivo, las entidades adaptadas y las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS- habilitadas según la Resolución 3100 de 2019 o aquella que la modifique o sustituya.

Artículo 3. *Alcance del PAPSIVI.* El alcance del PAPSIVI estará orientado hacia la mitigación de las afectaciones físicas, mentales y psicosociales de la población víctima del conflicto armado, en los terminos establecidos por el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, a través de la atención psicosocial y la atención integral en salud con enfoque psicosocial, como respuesta a la medida de asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial en el marco de la reparación integral a las víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

Artículo 4. *Población sujeto del PAPSIVI.* Las medidas y acciones establecidas en el PAPSIVI están dirigidas a las víctimas del conflicto armado que voluntariamente así lo dispongan, se encuentren en el territorio colombiano y hayan sido reconocidas administrativa o judicialmente a través de los instrumentos, procedimientos o medios de protección previstos o aprobados por la Ley.

Las víctimas deberán brindar información veraz y completa a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS encargadas de hacer el registro y el seguimiento de su situación o la de su hogar, salvo que existan razones justificadas que impidan suministrar esta información.

Las entidades descritas en el artículo 2 de la presente resolución serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y veracidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tiene acceso.

Artículo 5. *Estructura del PAPSIVI.* Para el cumplimiento de su objeto, el PAPSIVI se estructurará en dos componentes, uno de atención integral en salud con enfoque psicosocial y el segundo de atención psicosocial.

Artículo 6. *Coordinación técnica del PAPSIVI.* La coordinación técnica del PAPSIVI estará a cargo de la Oficina de Promoción Social e implicará impulsar su armonización con los planes, programas y proyectos del sector de salud, así como el fortalecimiento técnico territorial para su implementación.

Artículo 7. *Articulación territorial del PAPSIVI.* La articulación territorial del PAPSIVI estará a cargo de la Oficina de Promoción Social y comprende las siguientes acciones:

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

- 7.1. Coordinar y orientar a las entidades territoriales respecto a su deber de articular los componentes del PAPSIVI con la oferta de asistencia y reparación a víctimas nacional o local que se implemente en su jurisdicción.
- 7.2. Brindar acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales frente a la articulación técnica del PAPSIVI en el ámbito territorial, así como su implementación operativa.
- 7.3. Comunicar oportunamente y a través de mecanismos expeditos los lineamientos para la articulación territorial del PAPSIVI, que le permitan a dichas entidades la adecuación de sus instrumentos de planeación territorial y la asignación efectiva de recursos presupuestales, técnicos y humanos.
- 7.4. Constituir un eje articulador entre el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas –SNARIV y el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS para la gestión de la información sobre identificación de las víctimas.
- 7.5. Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales en su participación dentro de los Comités Territoriales de Justicia Transicional a que hace referencia el artículo 173 de la Ley 1448 de 2011, así como en la formulación de los Planes de Acción Territorial (PAT).
- 7.6. Coordinar con las entidades territoriales la implementación de mecanismos de divulgación para facilitar y conducir el acceso de las víctimas al PAPSIVI.
- 7.7. Efectuar monitoreo y seguimiento a la implementación de los componentes del PAPSIVI.

Parágrafo. Para la articulación técnica del PAPSIVI en el ámbito territorial, cada una de las entidades departamentales, distritales y municipales, las Entidades Promotoras de Salud –EPS- del régimen subsidiado y contributivo, las entidades adaptadas y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS-, designarán un referente que participe en los Comités Territoriales de Justicia Transicional establecidos en el marco del Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas y en los Consejos de Seguridad Social en Salud de su respectiva jurisdicción.

Artículo 8. Coordinación y articulación del PAPSIVI. La Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social coordinará la implementación y articulación técnica y operativa del PAPSIVI con la ejecución de las medidas asistencia, de restitución, indemnización, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual o colectiva que promuevan otras entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas definido en la Ley 1448 de 2011, así como con la ejecución de las medidas de salud física y mental del sistema de salud.

Parágrafo 1. Las dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social responsables de las políticas de salud transversales al PAPSIVI, definirán herramientas técnicas para asegurar que la población víctima sea atendida conforme al enfoque psicosocial y en coherencia con los principios del PAPSIVI.

Parágrafo 2. El acceso al PAPSIVI no constituirá condición o requisito previo para acceder a las demás medidas de reparación.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

CAPÍTULO II

Componente de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial

Artículo 9. Definición. El Componente de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial como medida de asistencia en salud y rehabilitación, hace referencia a la totalidad de actividades y procedimientos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, tendientes a contribuir al mejoramiento de la salud física y mental de la población víctima, que le serán garantizados en el marco del aseguramiento definido en el la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las indicaciones y orientaciones específicas para brindar esta atención estarán contenidas en el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado.

Artículo 10. Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado. Adóptese el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado contenido en el anexo que hace parte integral del presente acto administrativo, el cual contiene las indicaciones basadas en evidencia que orientan la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial, como medida de asistencia y/o rehabilitación para la población víctima del conflicto armado, incorporando acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 11. Responsables del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado. Los responsables de la adopción e implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud, serán las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, las Entidades Promotoras de Salud –EPS- del régimen subsidiado y contributivo, las entidades adaptadas y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS habilitadas según la Resolución 3100 de 2019 o aquella que la modifique o sustituya. También lo serán los equipos de atención psicosocial referidos en el artículo 25 de la presente resolución que tengan responsabilidades en la implementación de las medidas de asistencia y rehabilitación en salud física, mental y psicosocial a víctimas en el marco del PAPSIVI.

Para promover la calidad de la atención integral en salud e incorporar el enfoque psicosocial de acuerdo con las indicaciones del Protocolo de Atención Integral en Salud, los responsables indicados en el inciso anterior deberán además adoptar los lineamientos para el talento humano definidos en la Resolución 1166 de 2018, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 del presente acto administrativo.

Parágrafo 1. Para efectos de asegurar que la población víctima es atendida conforme al enfoque psicosocial y en coherencia con los principios del PAPSIVI, las guías, protocolos, modelos o lineamientos de atención en salud física y mental que respondan a otras políticas de salud, procurarán la articulación con el Protocolo de Atención Integral en Salud.

Parágrafo 2. Los regímenes Especial y de Excepción podrán adaptar el Protocolo de Atención Integral en Salud o adoptarán el propio.

Artículo 12. Progresividad en la adopción e implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

Armado. La adopción e implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud será exigible seis (6) meses posteriores a la expedición de la presente resolución, lapso dentro del que sus responsables realizarán todas las acciones pertinentes para ello.

Artículo 13. Equipos Multidisciplinarios de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud –EPS- del régimen subsidiado y contributivo, y las entidades adaptadas con su red prestadora de servicios, deberán facilitar en los términos previstos en el Protocolo de Atención Integral en Salud, la conformación de Equipo Multidisciplinario de Salud para la adecuada implementación de la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial.

Parágrafo 1. Los integrantes de este equipo podrán suplir otras necesidades dentro de una IPS toda vez que no se requiere su exclusividad para la atención a personas víctimas del conflicto armado.

Parágrafo 2. El equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de Atención Integral en Salud para las víctimas de violencias sexuales establecidos por este Ministerio, se deberá articular al equipo multidisciplinario descrito en el presente artículo.

Artículo 14. Acceso a la Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial. El acceso a la atención integral en salud con enfoque psicosocial de acuerdo con lo previsto en el Protocolo de Atención Integral en Salud requerirá que la víctima esté afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en virtud de lo dispuesto en la normativa vigente, por lo que será la primera acción que deban garantizar los actores del Sistema.

El ingreso de las personas víctimas del conflicto armado al proceso de atención integral en salud con enfoque psicosocial podrá efectuarse por demanda inducida por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, remisión por parte de algún profesional de la salud al Equipo Multidisciplinario de Salud, por remisión por parte de otros prestadores primarios, por demanda espontánea o, por derivación del profesional psicosocial de acuerdo a lo previsto en el artículo 27 de la presente resolución.

Artículo 15. Obligatoriedad de formación en Talento Humano. Las Entidades Promotoras de Salud –EPS- del régimen subsidiado y contributivo, las entidades adaptadas, así como las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS- encargadas de la aplicación del Protocolo de Atención Integral en Salud, deberán implementar procesos de formación y cualificación continua al talento humano vinculado a éstas, con el fin de promover la calidad en la atención a las víctimas, de conformidad con lo establecido en numeral 4.2, del Anexo Técnico de la Resolución 3100 de 2019, “*Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*”, y en apego a los estándares establecidos en el Anexo de la Resolución 1166 de 2018, “*Por la cual se adoptan los lineamientos para el talento humano que orienta y atiende a las víctimas del conflicto armado y se dictan otras disposiciones*”.

Artículo 16. Identificación de la población para la Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial. Para efectos de identificar a la población para la Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial, las Entidades Promotoras de Salud –EPS- de los regímenes subsidiado y contributivo, y las entidades adaptadas, deberán adaptar sus sistemas de información para la realización de los cruces de información de que trata el

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

artículo 87 del Decreto 4800 de 2011, de acuerdo a las disposiciones periódicas que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 17. Remisiones. De acuerdo con el criterio y autonomía profesional, el Equipo Multidisciplinario de Salud podrá remitir a la persona víctima a servicios especializados o de urgencias de conformidad a lo dispuesto en el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado.

De igual modo, el Equipo Multidisciplinario de Salud podrá derivar a la víctima a la atención psicosocial a que hace referencia el Capítulo III de la presente resolución, una vez se coordinen y gestionen los procesos de comunicación y relacionamiento con el equipo de atención psicosocial del PAPSIVI en el territorio, de conformidad con las indicaciones del Protocolo de Atención Integral en Salud.

Parágrafo. Para la remisión de personas víctimas, el Equipo Multidisciplinario de Salud además, tendrá en cuenta las disposiciones contenidas en protocolos, guías o rutas sobre hechos victimizantes específicos.

Artículo 18. Seguimiento y monitoreo. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará las acciones de monitoreo y seguimiento a la adopción e implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud. Para tal efecto, se hará uso de la información disponible en el cubo de información de víctimas creado para tal fin en el Sistema Integral de la Protección Social – SISPRO, de acuerdo con la normatividad vigente.

Parágrafo. La información de monitoreo también contemplará, según se requiera, los indicadores generados en Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud –ROSS-.

Artículo 19. Inspección, vigilancia y control frente a la adopción e implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado. La adopción e implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud y las acciones desarrolladas en el marco del componente de atención integral en salud con enfoque psicosocial del PAPSIVI, serán objeto de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales en el marco de sus competencias y responsabilidades establecidas en la normatividad vigente.

CAPÍTULO III **Componente de Atención Psicosocial**

Artículo 20. Definición. El Componente de Atención Psicosocial como medida de rehabilitación se define como el conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

Parágrafo. El Componente de Atención Psicosocial al ser una medida de rehabilitación, en el marco del componente de reparación integral, no contempla acciones para atención y asistencia de eventos de emergencia, como los contemplados en el artículo 47 de la Ley 1448 de 2011.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

Artículo 21. Implementación del Componente de Atención Psicosocial. El Componente de Atención Psicosocial se implementará de manera gradual y progresiva en el nivel territorial y será responsabilidad de los departamentos, distritos y municipios, bajo la coordinación técnica de la Oficina de Promoción Social, comenzando en las zonas con mayor presencia de víctimas.

Las entidades territoriales podrán hacer uso de los siguientes mecanismos o fuentes de financiación para la implementación del componente psicosocial del PAPSIVI:

- a) Recursos propios para la ejecución de proyectos de inversión.
- b) Recursos destinados a la ejecución de los procesos de Gestión de la Salud Pública y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC, siempre que cumplan con las disposiciones contenidas en la Resolución 518 de 2015 o aquella que la modifique o la sustituya.
- c) Proyectos de inversión susceptibles de financiación o cofinanciación con recursos del Sistema General de Regalías con sujeción a lo dispuesto en el Acuerdo No. 45 de 2017 proferido por la Comisión Rectora del Sistema General de Regalías o aquél que lo sustituya o modifique.
- d) Transferencia o asignación directa de recursos para la financiación o cofinanciación por parte de la Nación con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones de acuerdo con lo previsto en el numeral 42.2. de la Ley 715 de 2001.
- e) Transferencia o asignación directa de los recursos a que hace referencia el parágrafo 1° del artículo 137 de la Ley 1448 de 2011, administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES-, previa asignación y distribución objetiva a partir de la aplicación de los criterios establecidos en la Resolución 1050 de 2016 o en aquella que la modifique o la sustituya.

Artículo 22. Modalidades de atención psicosocial. La población referida en el artículo 4 de la presente resolución podrá recibir voluntariamente la atención psicosocial a través de las modalidades individual, familiar, comunitaria o colectiva étnica.

Cuando la atención psicosocial recaiga sobre la víctima como sujeto individual de atención, se entenderá que se trata de atención en modalidad individual y sólo podrá brindarse a la población a que hace referencia el artículo 4 del presente acto administrativo.

La atención psicosocial podrá dirigirse a las personas que la víctima identifique como familia, atendiendo el marco cultural, los diferentes vínculos, roles y las circunstancias asociadas al hecho victimizante y cuya relación sea indispensable para la rehabilitación psicosocial de la misma. En este caso, se tratará de atención en modalidad familiar.

En la atención psicosocial comunitaria, la víctima también podrá, con la asistencia del profesional psicosocial, involucrar a los miembros de su comunidad entendidos como aquellos no miembros de su grupo familiar, con quienes comparte intereses, objetivos, necesidades, problemas y formas de afrontarlos, en un espacio y un tiempo determinado.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

Artículo 23. Estrategia de Atención Psicosocial. Adóptese la Estrategia de Atención Psicosocial contenida en el anexo que hace parte integral del presente acto administrativo, como instrumento que contiene los fundamentos conceptuales, técnicos y orientaciones metodológicas para la atención psicosocial en la modalidad individual, familiar, comunitaria y colectiva étnica, dirigidos a favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

Artículo 24. Responsables de la Estrategia de Atención Psicosocial. Los responsables de adoptar la Estrategia de Atención Psicosocial serán las entidades departamentales, distritales y municipales, bajo la coordinación técnica de la Oficina de Promoción Social.

Parágrafo 1. Bajo la coordinación de la Oficina de Promoción Social y la concurrencia de las demás dependencias, este Ministerio impulsará las acciones que permitan articular la Estrategia de Atención Psicosocial con aquellos planes, programas y proyectos que el Gobierno Nacional esté ejecutando en materia de salud, salud pública y de control de los riesgos provenientes de afectaciones psicosociales que afectan a las personas, grupos, familias o comunidades.

Parágrafo 2. Las entidades territoriales mantendrán sus responsabilidades aun cuando celebren y ejecuten convenios de asociación público-privadas u otro acto contractual para la implementación de la atención psicosocial.

Parágrafo 3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS- de carácter privado y asociaciones u organizaciones sin ánimo de lucro legalmente constituidas, podrán adoptar e implementar la Estrategia de Atención Psicosocial para la implementación de la atención psicosocial con recursos propios, siempre que la Oficina de Promoción Social, emita concepto de viabilidad técnica y operativa de un proyecto presentado por las interesadas, de acuerdo a los lineamientos que para tal efecto establezca este Ministerio.

Artículo 25. Equipos de Atención Psicosocial. Los Equipos de Atención Psicosocial tienen un carácter interdisciplinario y estarán conformados por profesionales de ciencias de la salud, psicología, trabajo social, antropología o sociología, un(a) promotor(a) psicosocial que, como requisito esencial, deberá ser una víctima que haya sido reconocida administrativa o judicialmente a través de los instrumentos, procedimientos o medios de protección previstos o aprobados por la Ley.

La coordinación de los equipos de atención psicosocial estará a cargo de la entidad territorial departamental, distrital o municipal a través del referente a cargo de las funciones de promoción social y/o gestión diferencial de las poblaciones vulnerables.

Parágrafo. Las mesas municipales de participación efectiva de víctimas serán las encargadas de postular a las víctimas que podrán ser seleccionadas como promotores(as) psicosociales, en los municipios en los cuales se implemente el componente psicosocial del PAPSIVI. El proceso de selección será definido, de acuerdo con las orientaciones procedimentales que para tal efecto disponga la Oficina de Promoción Social.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

Artículo 26. Acceso a la atención psicosocial. El acceso a la atención psicosocial será gratuito y se desarrollará principalmente por oferta inducida a través de las acciones y criterios de focalización y priorización que empleen los equipos de atención psicosocial en los territorios de acuerdo con lo dispuesto en la Estrategia de Atención Psicosocial contenida en el anexo que hace parte integral del presente acto administrativo. También podrá acceder por demanda o derivación de los Equipos Multidisciplinarios de Salud y/o entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación a Víctimas.

Parágrafo. En todo caso, la priorización tendrá en cuenta la población sujeto de atención de especial protección conforme a lo definido en la Ley Estatutaria de Salud.

Artículo 27. Orientación y derivación a servicios especializados. Cuando a criterio del profesional psicosocial se identifiquen situaciones que pueden rebasar el ámbito de la atención psicosocial, por su impacto o especificidad, podrá orientarse y derivarse a la víctima a servicios en salud física y mental, promoviéndose la articulación de la atención psicosocial con la atención integral en salud, de acuerdo a las indicaciones previstas en la Estrategia de Atención Psicosocial.

Artículo 28. Seguimiento y monitoreo. El Ministerio de Salud y Protección Social mediante su Oficina de Promoción Social, desarrollará acciones de monitoreo y seguimiento a la adopción e implementación de la Estrategia de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, en los términos establecidos en el anexo de la presente resolución. Para tal efecto, se hará uso de la información registrada por las entidades territoriales sobre atenciones psicosociales en el aplicativo web del PAPSIVI dispuesto para tal fin, así como de toda aquella que se considere necesaria para el cumplimiento del objetivo.

CAPÍTULO IV Disposiciones finales

Artículo 29. Reportes a autoridades judiciales. Será responsabilidad de cada entidad territorial informar a las autoridades judiciales y administrativas que hacen seguimiento al cumplimiento de órdenes o exhortos que versen sobre la atención integral en salud con enfoque psicosocial, en el marco de la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud. Para tal efecto, las Entidades Promotoras de Salud –EPS- del régimen subsidiado y contributivo, las entidades adaptadas y los prestadores de servicios de salud deberán brindar los insumos y la información pertinente para la construcción de dichos reportes.

Por su parte, la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con la Oficina de Promoción Social será responsable de brindar los reportes que requieran las autoridades judiciales que hacen seguimiento al cumplimiento de providencias judiciales que versen sobre la atención psicosocial y la implementación de la Estrategia de Atención Psicosocial.

Artículo 30. Archivo documental. Las entidades territoriales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS- y las asociaciones u organizaciones sin ánimo de lucro que implementen la Estrategia de Atención Psicosocial, deberán seguir las disposiciones relativas a la gestión del archivo documental relacionado con la atención a víctimas, de conformidad con lo dispuesto con la Ley 594 de 2000, “*Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones*”. El Ministerio de Salud

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

y Protección Social, comunicará las condiciones de almacenamiento, tenencia y traslado del archivo documental relacionado con la atención a víctimas.

Artículo 31. Vigencia. La presente resolución entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a los

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

**ANEXO
PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS
(PAPSIVI)**

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	15
2.	GENERALIDADES DEL PAPSIVI	16
3.	PRINCIPIOS, ENFOQUES Y FUNDAMENTOS DEL PAPSIVI	17
3.1.	Principios	17
3.2.	Enfoques	18
3.3.	Fundamentos	18
4.	ESTRATEGIAS TRANSVERSALES	20
4.1.	Formación y cuidado de talento humano	20
4.2.	Participación efectiva de las víctimas	21
4.3.	Seguimiento y monitoreo del Papsivi	21
4.4.	Coordinación y articulación Nación-Territorio	21

**COMPONENTE DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE
PSICOSOCIAL DEL PAPSIVI**

1.	INTRODUCCIÓN	22
2.	PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL	23
2.1.	Enfoques para la atención integral en salud para las víctimas del conflicto armado	24
3.	OBJETIVO GENERAL	25
3.1.	Objetivos específicos	25
3.2.	Alcance	25
4.	POBLACIÓN SUJETO DEL PROTOCOLO	26
5.	INDICACIONES PARA LA ACCIÓN	26
5.1.	Indicaciones amplias	26
	5.1.1. Indicaciones para la incorporación del enfoque psicosocial en el marco del SGSSS26	
	5.1.2. Dirigidas a los equipos de atención multidisciplinarios - EMS.....	30
	5.1.3. Indicaciones para la incorporación del enfoque diferencial en el marco del SGSSS34	
	5.1.4. Dirigidas a los equipos multidisciplinarios - EMS.....	36
	5.1.5. Dirigidas al proceso de atención en salud	38
	5.1.6. Generalidades de la atención	39
	5.1.7. Generalidades del seguimiento	42
	5.1.8. Conformación, roles, competencias y funciones del Equipo Multidisciplinario de Salud - EMS.....	43
	5.1.9. Orientaciones específicas: Equipo Multidisciplinario de Salud - EMS: Atención integral en salud con enfoque psicosocial	confor
5.2.	Atención y Seguimiento	50
	5.2.1. Dirigidas al EMS en conjunto	50
	5.2.2. Dirigidas al auxiliar de enfermería y/o gestor del EMS	52
	5.2.3. Dirigidas al proceso de seguimiento por parte del EMS	54
	5.2.4. Procesos de remisión.....	60
	5.2.5. Proceso de remisión	61
5.3.	Cierre de caso	62

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

5.3.1.	En personas mayores de 18 años.....	62
5.3.2.	Personas menores de 18 años	63
5.4.	Atención a la víctima y su familia.....	63
5.4.1.	Evaluación del funcionamiento familiar.....	65
6.	GESTIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL	65
6.1.	Secretarías Departamentales de Salud	66
6.2.	Secretarías Distritales y Municipales de Salud	67
6.3.	Empresas Promotoras de Salud -EPS.....	67
6.4.	Instituciones prestadoras de servicios de salud –IPS	68
6.5.	Otros actores relacionados con la atención a las víctimas del conflicto armado	69
6.5.1.	Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas	69
6.5.2.	Personas y organizaciones de víctimas del conflicto armado	69
6.6.	Condiciones mínimas de alistamiento institucional para la implementación del protocolo.....	69
6.6.1.	Coordinación.....	69
6.6.2.	Socialización	71
6.6.3.	Caracterización de la situación de salud de la población víctima	72
6.6.4.	Formación al talento humano en salud	75
6.6.5.	Atención en salud a víctimas del conflicto armado	78
6.6.6.	Monitoreo y seguimiento	80
COMPONENTE DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEL PAPSIVI		
1.	INTRODUCCIÓN.....	86
2.	OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL.....	86
2.1.	Objetivo general.....	86
2.2.	Objetivos específicos	86
3.	FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL	86
3.1.	Atención psicosocial como medida de rehabilitación.....	86
3.2.	Enfoque en la atención psicosocial	87
3.2.1.	Enfoque de Derechos Humanos	87
3.2.2.	Enfoque psicosocial	87
3.2.3.	Enfoque de curso de vida.....	88
3.2.4.	Enfoque diferencial	88
3.2.5.	Enfoque transformador.....	91
3.2.6.	Enfoque de acción sin daño y de acciones afirmativas	91
3.3.	Los dominios de la atención psicosocial	91
3.3.1.	Dominio Ontológico.....	91
3.3.2.	Dominio Epistemológico	92
3.3.3.	Dominio Ético-Político	92
3.3.4.	Dominio Metodológico.....	92
3.4.	Daño psicosocial	93
3.4.1.	Daños morales	93
3.4.2.	Daños en el proyecto de vida	94
3.4.3.	Daños psicoemocionales.....	94
3.4.4.	Daños socioculturales	94
3.4.5.	La interseccionalidad en el abordaje de los daños psicosociales	95
3.4.6.	Discapacidad y afectaciones psicosociales en el marco del conflicto armado	95
3.4.7.	Daño transgeneracional y conflicto armado	95

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

3.4.8.	Daños psicosociales en los NNA víctimas del conflicto armado.....	96
3.4.9.	Daños psicosociales en los y las jóvenes víctimas del conflicto armado ...	97
3.4.10.	Daños psicosociales en personas adultas mayores.....	98
3.4.11.	Identidades de género, orientaciones sexuales y daños psicosociales en el conflicto armado	98
3.4.12.	Violencia sexual en el marco del conflicto armado	99
3.4.13.	Daños colectivos del conflicto armado en el pueblo rom o gitano y las comunidades afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras	100
3.5.	Afrontamiento y Resiliencia	101
4.	PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL	102
4.1.	Momentos en la atención psicosocial	102
4.1.1.	Alistamiento y análisis de contexto.....	102
4.1.2.	Focalización y priorización.....	103
4.1.3.	Acercamiento y reconocimiento	104
4.1.4.	Inicio de los planes de trabajo concertados	104
4.1.5.	Valoración para el cierre	105
4.2.	Modalidades de atención	105
4.2.1.	Atención psicosocial en la Modalidad Individual	106
4.2.2.	Atención psicosocial en la Modalidad Familiar	106
4.2.3.	Atención psicosocial en la Modalidad Comunitaria	106
4.2.4.	Atención psicosocial en la Modalidad Colectiva Étnica para el pueblo gitano y las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras	106
4.2.5.	Orientación y derivación a servicios especializados	107
5.	ESTRATEGIA COMPLEMENTARIA AL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL	107
5.1.	Objetivos.....	108
5.1.1.	Objetivo General.....	108
5.1.2.	Objetivos Específicos.....	108
5.2.	Eje de formación	109
5.2.1.	Justificación	109
5.2.2.	Objetivos.....	109
5.2.3.	Componentes	109
5.2.4.	Herramientas y Actividades	109
5.3.	Eje de cuidado emocional.....	110
5.3.1.	Justificación	110
5.3.2.	Objetivos Eje Cuidado Emocional	111
5.3.3.	Componentes.....	111
5.3.4.	Herramientas.....	112
5.4.	Eje de seguimiento técnico.....	114
5.4.1.	Justificación	114
5.4.2.	Objetivos.....	115
5.4.3.	Herramientas y Actividades	115

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS (PAPSIVI)

1. INTRODUCCIÓN

La Reparación Integral a las víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos (DDHH) e infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH) encuentra su fuente en el deber estatal de reparar el daño, que las violaciones cometidas en el marco del conflicto armado interno han generado en la población civil, la cual se encuentra expresamente protegida tanto por el artículo 3 común de los Convenios de Ginebra como por el Protocolo Adicional II aplicable a los conflictos armados de carácter no internacional, ratificados por Colombia mediante la Ley 5 de 1960 y la Ley 171 de 1994, respectivamente.

En este contexto, la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras (Ley 1448 de 2011) y los Decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011 sientan las bases para la implementación de la política pública para la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas bajo los principios de progresividad, gradualidad y sostenibilidad.

Sin duda, el marco normativo orientado a la población víctima del desplazamiento forzado, en respuesta al estado de cosas inconstitucional declarado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-025 de 2004 y sus autos de seguimiento, cuyo objetivo es encaminar esfuerzos hacia el Goce Efectivo de Derechos, así como lo establecido en la Sentencia T-045 de 2010, han generado los fundamentos para la definición de programas y estrategias que respondan a las medidas de atención y asistencia del universo de víctimas definido en el artículos 3 de la Ley 1448 de 2011.

En consecuencia, es importante referir que el proceso diseño del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (Papsivi) se consolidó a partir de la revisión sistemática de productos que han sido elaborados en los últimos años en el campo de la atención psicosocial y la salud integral, en Colombia y Latinoamérica, así como con la participación de las víctimas y la experiencia acumulada en su implementación. En el proceso de diseño, implementación y seguimiento, se ha contado con el trabajo de equipos especializados en estos dos temas, permitiendo la consulta a expertos del tema psicosocial, funcionarios públicos, profesionales psicosociales, expertos y profesionales en temas de salud y organizaciones de grupos étnicos.

El presente acto administrativo se pone a disposición de los equipos interdisciplinarios que brindarán la atención a la salud integral y la atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado colombiano, sus familias, comunidades y colectivos étnicos, así como a la sociedad civil, las instituciones académicas, las instituciones de los diferentes niveles de Gobierno y la comunidad internacional.

Finalmente, los lineamientos y orientaciones técnicas del Programa se podrán consultar en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Victimas/Paginas/papsivi.aspx>

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

2. GENERALIDADES DEL PAPSIVI

Con la formulación de la Política de Atención, Asistencia y Reparación a las víctimas del conflicto armado, mediante la expedición de la Ley 1448 de 2011 y los decretos con fuerza de Ley 4634 y 4635 de 2011, Colombia crea un mecanismo administrativo de Reparación que complementa los mecanismos judiciales que se venían implementando por órdenes nacionales e internacionales. Estas normas ordenaron al MSPS el diseño, implementación, seguimiento y monitoreo del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (Papsivi), considerando particularidades culturales para el pueblo gitano (Rrom) y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, para quienes deberá desarrollarse un módulo étnico especial.

Por su parte, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) propone un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud; la Ley 1751 de 2015, que garantiza el derecho fundamental a la salud, y la Ley 1753 de 2015, que plantea reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes para asegurar el acceso a los servicios de salud. En este sentido, la PAIS tiene como objetivo la generación de mejores condiciones de salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

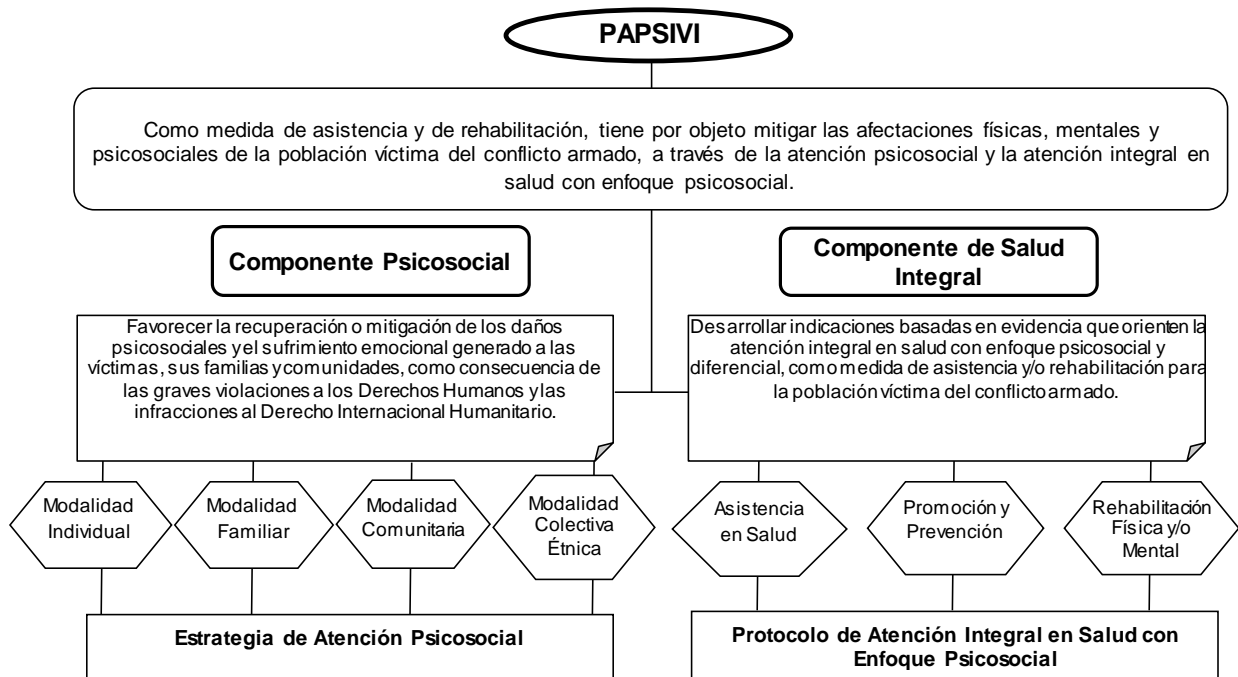
Así mismo, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 contiene ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales que hacen referencia a aspectos o situaciones relacionados con el bienestar, el desarrollo humano y la calidad de vida, y que por su importancia se deben intervenir, preservar y mejorar para garantizar la salud y el bienestar de todas y todos los colombianos. La Dimensión Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables contiene políticas que garantizan el derecho al reconocimiento de las diferencias sociales para garantizar y mejorar el acceso a la salud de poblaciones vulnerables. Dentro de sus componentes se encuentra el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes; envejecimiento y vejez; salud y género; salud en poblaciones étnicas; discapacidad, y víctimas del conflicto armado interno.

En este sentido, el Papsivi recoge lo expuesto anteriormente y se define para dar respuesta a medida de asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial, en el marco de la reparación integral, y se implementa de conformidad con las disposiciones que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La estructura del Papsivi está definida a través del componente de salud integral y el componente psicosocial, así como estrategias transversales de coordinación Nación-Territorio, Talento Humano, Participación y Seguimiento y Monitorio.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones"

Gráfico No. 1. Estructura del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (Papsivi)



Fuente: MSPS, 2017

Así, el componente de salud integral comprende la totalidad de actividades y procedimientos, desde la garantía del aseguramiento universal (afiliación), pasando por promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, tendientes a satisfacer las necesidades de salud física y mental de la población víctima. Por su parte, el componente psicosocial, comprende las modalidades de atención individual, familiar, comunitaria y colectiva étnica, en consonancia con la configuración del daño psicosocial que el conflicto armado ha generado en las víctimas, así como la gestión y/o derivación a servicios especializados.

3. PRINCIPIOS, ENFOQUES Y FUNDAMENTOS DEL PAPSIVI

3.1. Principios.

El Papsivi se implementa con absoluto respeto por los derechos fundamentales de las víctimas y sus familiares, de conformidad con la Constitución Política, los tratados internacionales en materia de Derechos Humanos y por los principios definidos en la Ley 1448 de 2011 y los Decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011, en particular los que se relacionan a continuación, en los siguientes términos:

- **Dignidad humana.** La atención brindada en el marco del Papsivi por las autoridades y las entidades relacionadas en este decreto deberá estar enmarcada en el respeto de la dignidad humana de las víctimas, garantizando en todo caso su autonomía individual para el ejercicio pleno de sus derechos y deberes.
- **Colaboración armónica.** El Ministerio de Salud y Protección Social podrá apoyarse en las entidades que hacen parte del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas (SNARIV) y otras autoridades estatales del nivel nacional cuando así lo requiera. Estas deberán brindar el apoyo, colaboración e información

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

solicitados de manera oportuna e idónea. De igual modo, el apoyo de las autoridades territoriales se realizará en el marco de los propósitos de la Ley 1448 de 2011, de conformidad con sus competencias y en el marco de autonomía territorial.

- Progresividad y Gradualidad. La ejecución del Papsivi se desarrollará en el territorio nacional de manera paulatina, creciente, continua y sostenible, atendiendo en todo caso a la disponibilidad de los recursos presupuestales.
- Sostenibilidad. La ejecución del Papsivi deberá realizarse de tal manera que se asegure la sostenibilidad fiscal, con el fin de darle continuidad y progresividad en conjunto, a efectos de garantizar su efectivo cumplimiento.

3.2. Enfoques

El Papsivi se enmarca en el enfoque de derechos humanos, psicosocial, curso de vida, diferencial, transformador, de acción sin daño y acciones afirmativas, entendidos como métodos de análisis que guían la actuación, por un lado, desde la comprensión del sujeto de derechos, a nivel individual o colectivo, a partir de sus contextos tanto sociales como culturales y geográficos, y, por el otro, desde la reflexión ética sobre las actuaciones que se desarrollan desde el Estado.

Las acciones del componente psicosocial y en salud integral del Papsivi están dirigidas a las víctimas del conflicto armado, las que por su naturaleza se conciben como sujetos de derechos, con sufrimientos derivados de la victimización, con capacidad de intervenir y actuar en su propia transformación, con identidades y particularidades propias.

3.3. Fundamentos

El Papsivi concibe al ser humano en varias facetas y ello genera acciones particulares, integradas, integrales y trascendentes. Dicha concepción derivó en la configuración de un:

- Dominio ontológico.

La concepción de ser humano que sustenta el Papsivi se centra en la comprensión de ser un agente social inmerso en una relación dialógica con su medio, es un sujeto en permanente construcción por la capacidad de interacción con su medio y con otros seres humanos, así como por su habilidad para dotar de sentido sus experiencias y de actualizar los niveles de significado otorgados a estas. Interactúa con otros y les da sentido a sus vivencias, lo cual le permite valorar o dar vigencia a unas sobre otras. Desde esta lógica, la experiencia de victimización puede ser transformada por la interacción con otros y otras, con base en los recursos de afrontamiento. Por eso, la noción de reparación trasciende el otorgamiento de medidas externas e involucra necesariamente un proceso subjetivo que no puede reducirse a lo estrictamente individual.

Se comprende, entonces, un ser multidimensional, bio-psico-social, con un marco sociopolítico e histórico de actuación que lo faculta para transformar su propia realidad y sobreponerse al dolor y a la adversidad en la medida en que cuenta con recursos para afrontarlos y hacerlos más o menos vigentes en su devenir.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

- Dominio Epistemológico.

Desde el componente interpretativo o hermenéutico, la atención psicosocial y en salud integral es fundamentalmente un ejercicio que requiere actos de comprensión colectiva de los sucesos y lectura contextualizada de la realidad, asignando un lugar central a las diversas concepciones de quienes participan las visiones y opciones de los equipos que realizan el trabajo. Con el componente crítico se enfatiza en la necesidad de que la atención psicosocial y en salud integral se oriente hacia el enfoque transformador de las condiciones estructurales y coyunturales de la exclusión social y la inequidad.

En este sentido, el lugar de quienes acompañan los procesos de atención psicosocial y la atención en salud integral se dirige a la comprensión de la experiencia del otro/a, lo que implica construir un diálogo con quien o quienes han sido víctimas del conflicto armado, sin pretensiones de una única verdad; con reconocimiento de sus perspectivas e intereses, así como con reconocimiento de su propia realidad y su rol dentro de ella.

- Dominio Ético-político

Se fundamenta en el conjunto de deberes y derechos ciudadanos alrededor de los cuales se realiza la convivencia humana, en condición de pluralidad y multiculturalidad. Refiere el conjunto moral mínimo aceptado por una sociedad de valores, que además deben preservar y estimular la diferencia y la diversidad de proyectos humanos.

Para el Papsivi, es una declaración de estar al lado de quienes han sido víctimas en tanto sujetos de derechos vulnerados. Se reconoce la intencionalidad de daño infligida por otro ser humano, lo que marca la diferencia en cuanto al sufrimiento emocional, pues este necesariamente estará conectado con los principios de dignidad e integridad. Asimismo, se reconoce el deber de reparar que tiene el Estado y, en este sentido, son los equipos psicosociales y el personal de salud quienes lo representan, con las implicaciones emocionales que conlleva en el proceso de construcción de confianza.

- Dominio Metodológico

Hablar de un dominio metodológico requiere contemplar las acciones y procedimientos necesarios para llevar a cabo, específicamente, la atención psicosocial. Lo anterior teniendo como marco los tres dominios anteriormente expuestos, en donde las acciones psicosociales permitan promover estrategias que incidan profundamente en la construcción y transformación de las subjetividades de quienes han sido victimizados. En la atención en salud integral, si bien se requieren acciones y procedimientos, lo fundamental es poder realizarlos con un enfoque psicosocial que permita comprender la vivencia y realizar la atención de la manera más pertinente posible, de modo que se evite la re-victimización y se logre que las barreras de acceso en virtud de la condición de víctimas sean eliminadas.

Para la realización de la atención psicosocial se han propuesto técnicas narrativas, expresivas y performativas que se detallan en la introducción a las orientaciones metodológicas. Asimismo, para la atención psicosocial a los grupos étnicos se han desarrollado lineamientos metodológicos que permitan la recuperación de sus afectaciones psicológicas, espirituales, culturales y sociales a partir de sus conocimientos tradicionales y coadyuvando al fortalecimiento de sus propias maneras culturales de resistencia.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

Por su parte, el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial integra recomendaciones para el logro de los fines mencionados. Así mismo, para la atención integral, describe las etapas, fases, pautas y formatos necesarios para desarrollar actividades o tareas específicas relacionadas con un tema, que responden a puntos críticos o no claros en la atención clínica de pacientes, constituyéndose en una herramienta adecuada para dar respuesta a preguntas específicas en el marco de atención integral a víctimas del conflicto.

- Daños generados por el conflicto armado en Colombia

Atendiendo las particularidades de la noción de daño y las afectaciones que suelen expresar las víctimas directas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos, el MSPS plantea una mirada ontológica del Ser Humano que vivencia la guerra, que ha permitido comprender un Ser bio-psico-social, cuya integralidad permite inferir que los daños y perjuicios causados por el conflicto armado afectan sus dimensiones física, simbólico-cognitiva, trascendental, emocional, comportamental y relacional, bien sea de manera transitoria o permanente.

Mediante esta comprensión ontológica, el MSPS identifica que existen unas características externas e internas para configurar los daños producidos en las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos, a causa del conflicto armado colombiano. Las externas están relacionadas con las formas y tiempos de ocurrencia de los hechos violentos, responsables e intereses en su comisión. Las internas se asocian más con el mundo subjetivo de quien vivencia esta experiencia de atrocidad. Ello lleva a plantear que el daño no existe *per se*. La dimensión de lo transformado y de lo perdido a causa de la guerra solo la puede configurar quien ha vivido estos hechos de violencia y todas sus veces será distinta en cada caso. Siguiendo esta postura, no solo se trata del hecho de violencia y sus formas de comisión, se trata también de la representación que la víctima o las víctimas hacen de la experiencia y ello transita por el mundo simbólico y narrativo. Así mismo, en la forma de dimensionar las afectaciones, entran a jugar los recursos de afrontamiento con que cuentan quienes han vivido estas experiencias de la guerra. Sus historias personales, sus recursos psicológicos, sociales, culturales, económicos, políticos.

4. ESTRATEGIAS TRANSVERSALES

Programa cuenta con estrategias complementarias y transversales, las cuales permiten que su implementación se desarrolle de manera integral.

4.1. Formación y cuidado de talento humano

Papsivi desarrolla acciones de formación y cuidado emocional, que favorezcan la cualificación del talento humano con funciones de atención a víctimas, y con ello mejorar la calidad de los servicios prestados. En ese sentido, los componentes formativos del Papsivi tienen como propósito desarrollar y consolidar las destrezas necesarias para realizar la atención a víctimas del conflicto armado.

En cuanto al Cuidado Emocional, es importante recordar que la labor de apoyo a comunidades, grupos y personas en contextos violentos o de desastres tiene características diferentes a las de cualquier otro trabajo, en gran medida por cuanto supone una relación permanente con el sufrimiento humano. En dichos procesos, se ha

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

encontrado como formas de agotamiento en contextos laborales el síndrome de burnout, la contaminación temática, la traumatización vicaria, la traumatización de los equipos y la fatiga por compasión.

Por lo anterior, desde el Papsivi se desarrollan acciones de carácter institucional, grupal e individuales dirigidas al talento humano del sector salud con funciones de atención a víctimas del conflicto armado con el propósito de prevenir el agotamiento emocional y el estrés laboral.

4.2. Participación efectiva de las víctimas

La participación es un derecho humano fundamental que consiste en la facultad de los sujetos de intervenir en todas las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación. En el marco del conflicto armado, el derecho de las víctimas a la participación tiene una relación directa y estrecha con los derechos a recibir medidas de atención, asistencia y reparación efectivas y adecuadas, ya que busca fortalecer, facilitar y proteger los mecanismos de incidencia efectiva de las víctimas y sus organizaciones, formales e informales, bajo una mirada de reconocimiento de los distintos hechos victimizantes, y aceptando los enfoques diferenciales y étnicos.

Así las cosas, en el marco del Papsivi, el proceso de participación se desarrolló desde el diseño, implementación, seguimiento y evaluación, como una forma de materializar el enfoque psicosocial. En consecuencia, el objetivo de este proceso es incentivar la participación de instituciones nacionales y territoriales, organismos nacionales e internacionales y organizaciones de sociedad civil con interés, mandato o compromiso en el tema, acompañantes de víctimas y principalmente las organizaciones de víctimas y las víctimas, en el proceso de implementación del Papsivi.

4.3. Seguimiento y monitoreo del Papsivi

El desarrollo de la estrategia comprende el seguimiento permanente de las actividades desarrolladas en el marco del Programa a través de una medición regular y continua, para verificar si las acciones planificadas se están realizando y si estas se implementan de acuerdo con los planes y los recursos asignados. El propósito del seguimiento y monitoreo consiste en detectar de manera oportuna las fortalezas y deficiencias de los procesos de ejecución, para hacer ajustes conducentes a una gestión óptima de las iniciativas. Así como las evaluaciones que permitan verificar el cumplimiento de los objetivos del Programa y de cada uno de sus componentes.

4.4. Coordinación y articulación Nación-Territorio

La estrategia de coordinación y articulación Nación-Territorio del Papsivi se orienta por el principio de coordinación armónica contemplado en el artículo 113 de la Constitución Política. Así, la Nación y las entidades territoriales deben concertar esfuerzos, medios, recursos, entre otros elementos, para una acción común para la atención de las víctimas del conflicto armado interno.

En este sentido, la estrategia de articulación Nación-Territorio responde a la necesidad de establecer un procedimiento que permita reconocer los escenarios de articulación y coordinación en tres niveles identificados: (i) Nacional, (ii) Nación-Territorio: Departamentos, Distritos y Municipios, y (iii) Interinstitucional.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

COMPONENTE DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL DEL PAPSIVI

1. INTRODUCCIÓN

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; MSPS, 2013a).

Entendiendo este contexto, la Ley 1448 de 2011¹ 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 (...), 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 (...)”.

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.

¹ La Ley 1448 de 2011, según su artículo 208, tiene una vigencia de diez años a partir de su promulgación.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

Dado lo anterior, se hace necesaria la construcción de un protocolo que oriente la atención en salud física y mental 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 transparencia, que permita brindar acciones efectivas que redunden en un impacto positivo en la salud y calidad de vida de las víctimas.

El desarrollo general del Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial podrá ser consultado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, a través del enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf>

2. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL

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), reconocido e incorporado en el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, dispuesto en la Resolución 2626 de 2019, 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”.

Así mismo, 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)

En consecuencia, 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.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

2.1. Enfoques para la atención integral en salud para las víctimas del conflicto armado.

2.1.1. 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, por lo tanto, el enfoque psicosocial privilegia 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.

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).

2.1.2. Enfoque diferencial²

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” (MSPS, 2013b).

Así, 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 (MSPS, 2013b).

En dicho contexto, el Papsivi reconoce en sus procesos de atención el enfoque diferencial a: i) personas con discapacidad; ii) niños, niñas y adolescentes; iii) jóvenes; iv) personas adultas mayores; y, v) mujeres, hombres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas. 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.

² El Enfoque Diferencial se profundiza en el documento anexo *Elementos para la Incorporación del Enfoque Psicosocial en la Atención Integral a Víctimas*, capítulo 5.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

2.1.3. Enfoque de derechos

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 (MSPS, 2013b).

2.1.4. 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.

3. 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).

3.1. Objetivos específicos

- 3.1.1. 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.
- 3.1.2. 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.
- 3.1.3. 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.
- 3.1.4. 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.

3.2. 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).

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

El Protocolo está dirigido a brindar herramientas a los prestadores de servicios de salud y EPS 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.

4. POBLACIÓN SUJETO DEL PROTOCOLO

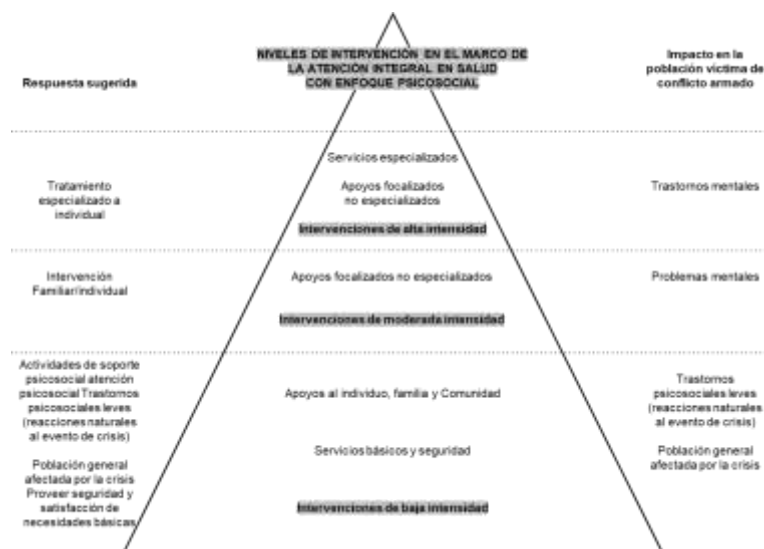
El concepto **víctima del conflicto armado** se comprende en este Protocolo de acuerdo con lo establecido en el artículo 4 de la presente resolución.

5. INDICACIONES PARA LA ACCIÓN

5.1. Indicaciones amplias

5.1.1. Indicaciones para la incorporación del enfoque psicosocial en el marco del SGSSS

La incorporación del enfoque psicosocial en el marco del SGSSS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Territoriales del nivel Departamental y Municipal, así como su personal asistencial y administrativo. En su implementación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Promotoras de Salud, 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:



Fuente: Tol, W.A. et al (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet*, 378, 1581-1591. Adaptado por el grupo desarrollador de la Pirámide de IASC.

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:
 - a. Intervención de baja intensidad: atención psicosocial en las modalidades individual, familiar y/o comunitaria, brindada a través de equipos interdisciplinarios que operan

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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

3. 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 existentes.
4. 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.
5. Para que la incorporación del enfoque psicosocial en la atención integral en salud contribuya a la rehabilitación, en el marco de la reparación integral, se recomienda 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 comprensión 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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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 la 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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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 Promotoras de Salud, 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 Víctimas, 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. Las IPS 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.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

- 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, contrarreferencia 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 con 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 los líderes y lideresas 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. Las EPS e IPS deberán incorporar programas de cuidado y autocuidado para el talento humano en salud.

Cuidado y autocuidado

26. Las IPS 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

5.1.2. Dirigidas a los equipos de atención multidisciplinarios - EMS

27. La incorporación del enfoque psicosocial involucra la conformación de un EMS, que

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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:

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

- 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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

5.1.3. Indicaciones para la incorporación del enfoque diferencial en el marco del SGSSS

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 (figura 1).



Figura 1. Interseccionalidad

Fuente: Documento de Estrategia de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - Papsivi. Marco conceptual para la atención psicosocial individual, familiar, comunitaria y colectiva étnica.

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

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 adecúen la atención en términos de servicios interculturales.
35. Se sugiere que en zonas geográficas del país donde la densidad de población indígena, población afro, rom o raizales sea baja, las instituciones prestadoras de

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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 identidad 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, ver en documento completo de Protocolo).

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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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

5.1.4. Dirigidas a los equipos multidisciplinares - EMS

42. 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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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, rom, 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:

Elas 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.

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.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

5.1.5. 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, ver en documento completo de Protocolo).
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).

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

5.1.6. 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.

ii) 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 EPS 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 EPS.

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 con el 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 con 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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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 EPS.

*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 EPS 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

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Débil a favor

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

**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 (*ver en documento completo de Protocolo*) 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:

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

- 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.

5.1.7. Generalidades del seguimiento

Consideraciones específicas: Entidades Territoriales y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EPS

Las EPS 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

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

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 EPS 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.

5.1.8. 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 seguimiento 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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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, ver en documento completo de Protocolo.

** 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 con 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 (ver en documento completo de Protocolo)
- 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.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

- 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 (ver en documento completo de Protocolo)
- 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 EPS.
- 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.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

- 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 a las recomendaciones y orientaciones del mh-GAP.

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, facilitar la comunicación del equipo psicosocial con la persona víctima, es decir, 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

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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 revictimización, 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

5.1.9. 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:

- Las diferentes “puertas de entrada”
- 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.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

- 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 autorreconoce 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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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 EPS 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 EPS.

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 Promotoras de Salud (EPS), en el marco del Convenio Interadministrativo de Cooperación para el Intercambio de Información N° 635 de 2012”.

5.2. Atención y Seguimiento

5.2.1. 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.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

- ✓ 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 (ver en documento completo de Protocolo).

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, EPS, 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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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, ecomapa 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 (ver en documento completo de Protocolo) se propone el formato genérico de historia clínica del EMS.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Débil a favor

5.2.2. 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?

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

- ¿Consumen 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 (ver en documento completo de Protocolo) 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.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

5.2.3. 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, concentrarse 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**.

** Ver anexo técnico III (ver en documento completo de Protocolo).

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Débil a favor

Punto de Buena práctica

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

- ✓ 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 revictimización.

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 autoagresivas.
- Tener en cuenta si la persona víctima de un hecho victimizante 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.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

- 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 Mh-GAP, 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. Mh-GAP 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:

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570eng.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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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 del 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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

trastorno mental o una condición física que han requerido ser remitidas a servicios de mediana o alta complejidad para manejo especializado.

92. Posterior a estos seis meses, se recomienda 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. En caso de identificar afectaciones físicas en un niño o adolescente víctima del conflicto armado, realícese recomienda realizar 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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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 Mh-GAP, 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.

5.2.4. Procesos de remisión

5.2.4.1. 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, ver en documento completo de Protocolo):
 - 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:

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

- 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.

5.2.5. Proceso de remisión

108. En los casos en que se requiera derivación a servicios especializados, se recomienda explicar 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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

111. En los casos en que se observe mejoría en los signos y síntomas del trastorno mental o condición física, se recomienda al médico especialista realizar el proceso de contra remisión 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. 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, se sugiere que realice un proceso de contra referencia a este equipo, en el cual se explicita 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

5.3. Cierre de caso

5.3.1. 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 determine 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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

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.

5.3.2. Personas menores de 18 años

118. En el momento en que el individuo cumpla los 18 años de edad, se recomienda realizar 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

5.4. 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:

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

- 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 Ecomapa). 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.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

5.4.1. 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, ver en documento completo de Protocolo).

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

6. GESTIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL

El Protocolo, fue diseñado por un equipo multidisciplinario de expertos temáticos y metodológicos de diferentes ciudades del país, y contó con la participación de personas víctimas. Define un nuevo marco de operación para los actores del Sistema General de Seguridad Social en salud [en adelante SGSSS], y un nuevo proceso de atención en salud para las víctimas. A partir de estas nuevas disposiciones, se desarrollan los lineamientos e indicaciones para la construcción de planes de gestión departamental para la implementación del Protocolo, así como precisiones sobre los roles y competencias de los actores del SGSSS para la identificación oportuna de las personas víctimas, sus necesidades en salud, la atención, el seguimiento con enfoque psicosocial y diferencial, la formación continua del talento humano en salud (administrativo y asistencial), y el flujo de información entre las instituciones.

Las orientaciones aquí presentadas retoman elementos conceptuales y estratégicos de diversos proyectos relacionados con la atención integral en salud para las víctimas del conflicto desarrollados por el MSPS, las recomendaciones del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS para la implementación del protocolo, y los aportes de las distintas áreas del MSPS, Entidades Territoriales, Empresas Prestadoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y personas/comunidades víctimas del conflicto armado.

Así la puesta en marcha de los planes de gestión departamental para la implementación del protocolo requerirá actividades desde los siguientes actores:

- Responsables a nivel administrativo y de gestión: Las Gobernaciones y las Alcaldías en cabeza de las Secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o quien haga sus veces.
- Responsables a nivel asistencial: Las EPS, IPS, ESE y los profesionales de los equipos multidisciplinarios - EMS.
- Copartícipes y aliados estratégicos: Las personas víctimas, las comunidades, las organizaciones de víctimas, las organizaciones acompañantes de víctimas, la sociedad civil y la Cooperación Internacional.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

6.1. Secretarías Departamentales de Salud

En su calidad de directores, coordinadores y vigilantes del sector salud y el SGSSS en el territorio de su jurisdicción, a las secretarías Departamentales les corresponde coordinar la implementación del Papsivi y, por tanto, del Protocolo. Este rol está enmarcado en sus competencias (Ley 715/2001) e implica, según estos lineamientos nacionales:

- Delegar en un área o dependencia de la SDS a un líder del proceso de implementación del protocolo.
- Establecer una mesa técnica para la coordinación, socialización y tomar decisiones frente a la gestión e implementaciones de las acciones del Protocolo y sus componentes, permitiendo que cada una de las áreas; (salud pública, aseguramiento, prestación de servicios, planeación, desarrollo del Talento Humano, comité interno de víctimas, entre otras) puedan comprender sus alcances y roles en la gestión de la salud integral para la población víctimas del conflicto armado.
- Realizar acciones de abogacía con las entidades gubernamentales (Gobernación Departamental, Asamblea Departamental, Consejo Municipal, Alcaldía, Comités de Justicia Transicional departamentales, subcomités de rehabilitación, entre otros), que faciliten la sostenibilidad financiera y técnica de los dos componentes del Papsivi.
- Realizar las gestiones para la inclusión del Papsivi [sus dos componentes] en los Planes de Acción Territorial para la atención, asistencia y reparación a víctimas del conflicto armado como medida de reparación integral a las víctimas del conflicto armado.
- Generar a través del subcomité de rehabilitación departamental (o el espacio institucional que haga sus veces como espacio de seguimiento de las políticas y acciones tendientes a la medida de rehabilitación de la Ley 1448/2011 del Comité de Justicia Transicional) la socialización y seguimiento a las acciones departamentales tendientes a la gestión e implementación del Protocolo.
- Realizar asistencia técnica y asesoría sobre el contenido y propósito del Protocolo: al interior de la SDS, con los actores del SGSSS y del SNARIV presentes en su jurisdicción, con las organizaciones de personas víctimas y con otros actores claves en la atención a víctimas del conflicto armado en el territorio. Se recomienda a la SDS que para el desarrollo de estas actividades se articule con el profesional de la salud y el asesor de gestión de los equipos de atención psicosocial (donde los hubiere).
- Designar a una o un colaborador designado como persona responsable para la habilitación de una carpeta FPT donde se podrá hacer el cruce masivo de información con la RNI. Es altamente recomendado que dicho profesional tenga conocimiento sobre el uso de las bases de datos y el cargue y descargue de archivos desde carpetas FPT u otros mecanismos de transferencia masiva de información.
- Analizar la situación de salud de la población con un enfoque diferencial, incluyendo información específica de la situación y necesidades en salud de las personas víctimas del conflicto armado. Dicho análisis se deberá hacer a partir de la identificación de la PVCA (reconocida en el Registro único de víctimas –RUV y en Sentencias/órdenes judiciales/administrativas). Además de las fuentes de información locales, se podrá acceder a información complementaria desde los cubos dinámicos de información SISPRO: Víctimas y Papsivi. Esta información deberá incluirse en el ASIS y otros instrumentos de caracterización territorial.
- Gestionar la inclusión de las acciones contempladas en el protocolo dentro del Plan Territorial de Salud.
- Convocar a los actores claves del SGSSS y del SNARIV presentes en su jurisdicción y liderar los espacios de gestión necesarios para la elaboración y formalización del plan de gestión para la implementación del Protocolo.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

- Realizar seguimiento y monitoreo a los compromisos adquiridos para la implementación del plan de gestión en consonancia con sus competencias de inspección, vigilancia y control.
- Monitorear el nivel de avance del proceso de implementación, identificando los problemas y estableciendo medidas de mejoramiento para la acción/operación del protocolo.
- Realizar la inclusión del enfoque psicosocial y enfoque diferencial en los planes de formación y actualización a su talento humano para la atención a las personas víctimas del conflicto armado, en armonía con los Lineamientos para el talento humano que atiende y orienta a víctimas del conflicto armado (Resolución 1166/2018 del MSPS), y realizar seguimiento sobre este particular a los actores del SGSSS presentes en el territorio.
- Establecer mecanismos de inspección y vigilancia en los procesos de asistencia técnica municipal, para la verificación del funcionamiento de las actividades de coordinación con los equipos de atención psicosocial municipal (donde lo hubiera) y los de atención integral en salud, para conocer los avances y necesidades de articulación de los dos componentes del programa.

6.2. Secretarías Distritales y Municipales de Salud

- Delegar en un área o dependencia de la misma a un líder del proceso de implementación del protocolo que facilite la articulación con las áreas que tienen competencias relacionadas (salud pública, aseguramiento, prestación de servicios, planeación, entre otras).
- Posicionar y formalizar las estrategias propuestas por el protocolo en su territorio (Alcaldía, Consejo municipal, Comité de Justicia Transicional municipales, entre otros), facilitando el posicionamiento y la sostenibilidad financiera y técnica de la implementación del Papsivi (dos componentes).
- Socializar el protocolo a sus funcionarios y al personal administrativo y asistencial de las IPS / ESE del municipio. Para ello, se recomienda a la Secretaría Municipal de Salud, coordinarse con el referente Papsivi de la ESE del municipio, así como con el asesor de gestión territorial del equipo de atención psicosocial para poder incluir y complementar con en el proceso de socialización del Protocolo, los avances del componente de atención psicosocial en el municipio (donde lo hubiere).
- Analizar la situación de salud de la población con un enfoque diferencial, incluyendo información específica de la situación y necesidades en salud de las personas víctimas del conflicto armado. Dicho análisis se deberá hacer a partir de la identificación de la PVCA (reconocida en el Registro único de víctimas –RUV y en Sentencias/órdenes judiciales/administrativas). Además de las fuentes de información locales, se podrá acceder a información complementaria desde los cubos dinámicos de información SISPRO: Víctimas y Papsivi. Esta información deberá incluirse en el ASIS local.
- Realizar las gestiones para la inclusión del Papsivi [sus dos componentes] en los Planes de Acción Territorial para la atención, asistencia y reparación a víctimas del conflicto armado.
- Establecer un mecanismo de diálogo con el equipo de atención psicosocial municipal (donde lo hubiere), para conocer los avances y necesidades de articulación de los dos componentes del programa.

6.3. Empresas Promotoras de Salud -EPS

- Identificar a las personas víctimas del conflicto armado dentro de sus afiliados a través

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

del cruce de base de datos a la Red Nacional de Información y adaptar sus sistemas de información para la gestión de la información en el nivel nacional y territorial.

- Posterior a la identificación de la población asegurada víctima del conflicto armado, realizar un ejercicio de caracterización con las fuentes y reportes de información de salud propios y externos tales como los reportes de eventos en salud del SIVIGILA, los RIPS, las coberturas de la Resolución 4505/2012, cuenta de alto costo, etc.
- Asignar enlace nacional y enlaces regionales para PVCA e informar al MSPS, a la ET que correspondan y a su red integrada se servicios de salud. El enlace nacional o colaborador designado actuará como representante de la EPS para la gestión del Protocolo ante el MSPS, y canalizará las solicitudes de acceso a la plataforma Vivanto de todos sus enlaces territoriales conforme a las comunicaciones que emita el MSPS y la Unidad para las víctimas.
- Delegar en el nivel departamental, al enlace Papsivi de la EPS como parte de los equipos técnicos departamentales para la implementación del protocolo, (en donde participan los equipos asesores para la atención psicosocial del Papsivi, donde los hubiere).
- Realizar acciones de socialización de los contenidos y estrategia de implementación del protocolo con sus funcionarios, para lo cual se recomienda articularse con el Asesor de Gestión de los equipos de atención psicosocial del Papsivi, donde los hubiere. Este profesional dará a conocer el componente de atención psicosocial y la georreferenciación de equipos de atención psicosocial.
- Implementar un plan de socialización del protocolo de atención con su red integrada de servicios de salud, en articulación con los asesores de gestión/profesionales de la salud de los equipos de atención psicosocial (donde los hubiere) y con los referentes de la Secretaría Departamental de Salud.
- Enviar la base de datos de afiliados con la marcación de la población víctima a sus sedes regionales y a su red integrada de servicios de salud de manera bimestral después de cruce de base de datos.
- Realizar formación y actualización a su talento humano en enfoque psicosocial y enfoque diferencial en la atención a las personas víctimas, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el MSPS y la UARIV.
- Definir, implementar y monitorear las actividades para la implementación del protocolo con su red integrada de servicios de salud.
- Reportar a la Secretaría Departamental de Salud las actividades desarrolladas para la implementación del protocolo para ser incluidas en la formulación y seguimiento del plan departamental. Estas propuestas, que surgen a partir de las competencias de las EPS y de la caracterización de la población víctima afiliada, podrán ser discutidas en el marco del equipo técnico departamental (en donde participan los equipos asesores para la atención psicosocial del Papsivi, donde los hubiere).
- Adoptar las competencias establecidas en el PDSP 2012-2021, entre ellas: vincularse y participar en los mecanismos de articulación territorial de salud pública para gestionar el riesgo en salud de la población; participar en la elaboración del Plan Territorial de Salud en los municipios donde tenga presencia; desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica y auditoría para las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS que hacen parte de su red, que garantice el cumplimiento de las metas de las acciones individuales de salud pública incluidas en el Plan Territorial de Salud de acuerdo a lo indicado en el PDSP 2012-2021.

6.4. Instituciones prestadoras de servicios de salud –IPS

- Asignar entre sus funcionarios la persona delegada como enlace institucional del

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

- Papsivi, e informar de tales datos a las EPS y a la Entidad Territorial que corresponda.
- Establecer mecanismos de gestión de la información (a partir de la información proveída por la EPS), y adaptar sus sistemas de información, para identificar a las personas víctimas del conflicto armado que hacen parte de sus usuarios e informar a sus EPS periódicamente sobre el desarrollo de atenciones específicas.
 - Realizar formación y actualización a su talento humano en relación con el enfoque psicosocial y enfoque diferencial en la atención a las personas víctimas) (Resolución 1166/2018 del MSPS)
 - Con este fin, se recomienda que la IPS establezca mecanismos de articulación con el equipo asesor del componente de atención psicosocial del Papsivi (donde lo hubiera), para optimizar y coordinar mecanismos de formación en enfoque psicosocial y demás competencias y elementos comunes de la formación del talento humano que se busca desarrollar en los equipos de ambos componentes del programa.
 - Conformar los EMS de acuerdo con el marco de operación establecido en el protocolo y generar los mecanismos administrativos y de gestión que faciliten su adecuado funcionamiento.
 - Hacer seguimiento y reporte de las atenciones en salud brindadas a la población víctima en el marco del Protocolo.
 - Acoger las competencias establecidas en el PDSP 2012-2021, entre ellas: generar la información requerida por el sistema de información de salud, e implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos.

6.5. Otros actores relacionados con la atención a las víctimas del conflicto armado

6.5.1. Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas

El Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas –SNARIV– está conformado por las entidades públicas del nivel nacional y territorial y organizaciones públicas o privadas, encargadas de formular o ejecutar acciones específicas orientadas a la atención y reparación integral de las víctimas. A nivel local, será indispensable que las Entidades Territoriales establezcan mecanismos de articulación clara con tales entidades y escenarios que conforman el sistema.

6.5.2. Personas y organizaciones de víctimas del conflicto armado

Dentro de los objetivos de la Ley 1448/2011, se contempla el fortalecimiento del compromiso político del Estado con las personas víctimas para la construcción de un camino efectivo hacia la paz. Por lo tanto, las víctimas no sólo son *receptoras de la reparación*, sino que *tienen el derecho a participar activamente*, con plenas garantías, en todas las fases de las políticas públicas orientadas al goce efectivo de sus derechos (según se precisa en los artículos 192, 193 y 194 de tal ley). Dado que el Protocolo hace parte de tales políticas, su proceso de implementación deberá contar con la participación de las víctimas, que puede ser a través de las Mesas de Participación efectiva de víctimas y de los espacios de participación social en salud de cada territorio.

6.6. Condiciones mínimas de alistamiento institucional para la implementación del protocolo

6.6.1. Coordinación

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

El primer componente para la implementación y operación del Protocolo a nivel territorial es la coordinación. Este componente es liderado por las Entidades territoriales (en el marco de la mesa departamental de gestión o escenario que haga sus veces), responsables de coordinar, con los diferentes actores locales del sistema de salud y con la población víctima del conflicto armado, la formulación y actualización periódica del plan de gestión para la implementación del protocolo.

En este componente, se encuentran los siguientes procesos:

- a) Conformación y/o fortalecimiento de un equipo técnico o instancia de carácter permanente, creada de manera formal, para impulsar la implementación de las indicaciones del protocolo:
- b) La articulación del plan de gestión para la implementación del protocolo con planes estratégicos del sector salud, como el Plan Territorial de Salud, el Plan Operativo Anual de Inversiones y Plan de Acción Territorial para víctimas.
- c) La articulación entre los dos componentes del Papsivi: atención psicosocial y atención en salud con enfoque psicosocial.
- d) El desarrollo del plan y cronograma de acciones por EPS para la atención en salud a la población víctima con enfoque psicosocial según indicaciones del protocolo.

A modo de resumen de este componente se presentan dos tablas, la tabla 1 con indicadores para las ET y la tabla 2 con indicadores para las EPS:

Tabla 1. Indicador, propósito del indicador y tareas claves del componente de Coordinación para ET.

Componente 1: Coordinación		
Indicador	Propósito del indicador	Tareas clave sugeridas
Existencia de la Mesa de Coordinación para la Implementación del protocolo en el ET.	Conocer si la Entidad Territorial creó la Mesa de Coordinación Territorial para la Implementación del Protocolo de Atención en salud con enfoque psicosocial para PVCA, o si incorporó formalmente esta gestión en un escenario de coordinación preexistente.	Crear la Mesa de Coordinación Territorial para la Implementación del Protocolo a través de acto administrativo
Existencia de un Plan Territorial vigente para 24 meses para la Implementación del Protocolo en el ET.	Conocer si la Entidad Territorial cuenta con un Plan Territorial para la Implementación del Protocolo de atención en salud con enfoque psicosocial para PVCA.	Una vez se encuentre establecida la Mesa territorial, crear un Plan Territorial anual para la implementación del protocolo.
Municipios que tienen un plan de implementación y EPS que compitieron el plan de implementación del Protocolo.	Conocer el número de Municipios y EPS que cuentan con un plan de Implementación del Protocolo. Este plan municipal y por EPS le permitirá a la E.T cualificar la asistencia técnica y proyectar acciones de fortalecimiento institucional y mejora.	Realizar Asistencia técnica a Municipios y EPS donde se oriente la elaboración del plan de Implementación del Protocolo.
Porcentaje de sesiones evidenciadas de la Mesa Territorial Para la Implementación del Protocolo en los últimos 6 meses.	Conocer el porcentaje de sesiones que la Entidad Territorial realizó durante la implementación del protocolo en un plazo de 6 meses, a partir de las recomendaciones establecidas en estos lineamientos.	La mesa Territorial deberá reunirse 6 veces al año para evaluar los avances de la implementación del protocolo

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

Tabla 2. Indicador, propósito del indicador y tareas claves del componente de Coordinación para EPS.

Componente 1: Coordinación		
Indicador	Propósito del indicador	Tareas clave sugeridas
Existencia de un Plan anual para la Implementación del Protocolo en la EPS.	Conocer si la EPS creó el Plan para la Implementación del Protocolo de atención en salud con enfoque psicosocial para PVCA como punto de partida para la institucionalización del mismo.	Crear un Plan anual para la implementación del protocolo de la EPS en línea de los cinco componentes.
EPS con referente nacional de PVCA.	Conocer si la EPS cuenta con un referente nacional de PVCA y si este ha sido notificado formalmente al Grupo de asistencia y reparación a víctimas del conflicto armado del MSPS.	Designar un referente nacional de PVCA.
Proporción de referentes departamentales de PVCA	Conocer la proporción de referentes departamentales de PVCA con que cuenta la EPS según los territorios donde tiene presencia y si estos han sido notificados formalmente a las E.T.	Designar un referente departamental de PVCA en cada territorio y/o región donde tiene presencia.
Proporción de Departamentos en los que la EPS participó en escenarios de coordinación.	Conocer la proporción de Departamentos donde la EPS participó en escenarios de coordinación según los territorios donde tiene presencia.	Articularse con SSD para la participación en escenarios de coordinación de la gestión territorial del protocolo.
Proporción de ET a quienes la EPS compartió avances en la gestión del protocolo y plan del mismo.	Conocer la proporción de ET a quienes la EPS compartió el plan de acción y los avances en la gestión del protocolo según los territorios donde tiene presencia, para facilitar la articulación en términos de gestión del riesgo de este grupo poblacional.	Compartir los avances de la gestión periódicamente con las SSD

6.6.2. Socialización

El segundo componente para la implementación del protocolo corresponde a la asistencia técnica y asesoría respecto del Protocolo, según **las competencias de las Secretarías Departamentales. Este componente también es liderado por las Entidades Territoriales**, responsables de adoptar y difundir los contenidos del Programa y del Protocolo a los actores del SGSSS, incluyendo a las comunidades beneficiarias, así como de brindar asistencia técnica y asesoría.

En este componente se incluyen diferentes procesos:

- Socialización de los contenidos del protocolo y sus responsables con las diferentes dependencias de las Secretarías de Salud.
- Socialización, asistencia técnica y asesoría sobre los contenidos del protocolo y las responsabilidades de los diferentes actores locales del sistema de salud, incluyendo las Direcciones y Secretarías Municipales de Salud, las EPS, las IPS (públicas y privadas) y las organizaciones, grupos, mesas o redes comunitarias. Se recomienda que en estos escenarios se haga mención también del componente psicosocial del Papsivi, y el quehacer de los equipos de atención psicosocial, como estrategia de fortalecimiento de la integralidad del programa.
- Socialización de los contenidos del protocolo y las responsabilidades de los diferentes actores del SNARIV, departamentales y municipales, incluyendo las Mesas de Participación Efectiva de las Víctimas.

A modo de resumen de este componente se presentan dos tablas, la tabla 3 con

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

indicadores para las ET y la tabla 4 con indicadores para las EPS:

Tabla 3. Indicador, propósito del indicador y tareas claves del componente de Socialización para ET

Componente 2: Socialización		
Indicador	Propósito del Indicador	Tareas clave sugeridas
Proporción de Municipios que recibieron asistencia técnica por la Entidad Territorial.	Conocer la proporción de Municipios que son acompañados por la Entidad Territorial para el fortalecimiento de las acciones de gestión local necesarias para la implementación del protocolo.	Acompañar a través de la Socialización del protocolo a los Municipios del Departamento.
Proporción de EPS que recibieron asistencia técnica por la Entidad Territorial.	Conocer la proporción de EPS que son orientadas por la Entidad Territorial para la institucionalización territorial de las indicaciones del protocolo.	Acompañar a través de la Socialización del protocolo a las EPS que tienen presencia en el Departamento.
Proporción de IPS que recibieron socialización del protocolo y del enfoque psicosocial.	Conocer la proporción de IPS que son orientadas por la Entidad Territorial para la apropiación y puesta en marcha de las indicaciones del protocolo.	Acompañar a través de la Socialización del protocolo a las IPS que tienen presencia en el Departamento, con un énfasis especial en el enfoque psicosocial.

Tabla 4. Indicador, propósito del indicador y tareas claves del componente de Socialización para EPS

Componente 2: Socialización		
Indicador	Propósito del Indicador	Tareas clave sugeridas
Proporción de personal administrativo con quien se socializó el Protocolo al interior de la EPS en el último año.	Conocer la proporción de personal administrativo con quien se socializó el Protocolo al interior de la EPS.	Socializar el protocolo y las acciones para la gestión del mismo al interior de la EPS por lo menos una vez al año.
Proporción de departamentos en que está presente la EPS donde se socializó el Protocolo en el último año.	Conocer la proporción de departamentos en los que se socializó el protocolo.	Socializar el protocolo y las acciones para gestión del mismo en todas las regionales o departamentos donde la EPS tiene presencia.
Proporción de personal administrativo y asistencial de la red de prestadores con quien se socializó el Protocolo en el último año.	Conocer la proporción de personal administrativo y asistencial de la red de prestadores con quien se socializó el Protocolo.	Socializar el protocolo y las acciones para la gestión del mismo con la red de prestadores por lo menos una vez al año.

6.6.3. Caracterización de la situación de salud de la población víctima

Este componente tiene como objetivo comprender de manera actualizada, la situación de salud de la población víctima del conflicto armado en los diferentes territorios del país. Lo anterior implica dos procesos muy importantes: identificar a la población víctima y caracterizar la situación de salud de esta población.

- a) Identificación de la población víctima. Las Secretarías de Salud departamentales/distritales/municipales deben tener identificada a la población según la BDUA, o quien haga sus veces. Igualmente, las EPS deben conocer la población víctima afiliada; finalmente, las redes integradas de servicios de salud, y en ellas las IPS, deben poder identificar a las víctimas del conflicto al momento de entrada y tránsito por los servicios de salud. El proceso de identificación requiere del cruce de bases de datos entre la UARIV, RNI y el MSPS. Para tal efecto el MSPS y la UARIV emitirán orientaciones sobre los mecanismos para acceder a los usuarios y claves de

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

acceso a Vivanto, y para realizar cruces de bases de datos para la identificación y marcación de la población víctima.

Una vez las Secretarías y las EPS hayan identificado a la población víctima mediante el cruce de bases de datos, las IPS deberán incorporar en sus sistemas de información, incluido el sistema de historias clínicas, un mecanismo de marcación que permita al personal de salud identificar a la población víctima en el marco de las atenciones y el seguimiento a las atenciones.

- b) Caracterización de situación de salud de la población víctima. A partir de la identificación, es responsabilidad de las Secretarías de Salud y de las EPS hacer una caracterización de la situación de salud de este grupo poblacional, ejercicio que permitirá hacer una adecuada planeación en salud, tanto de las actividades colectivas como de las individuales. Esta caracterización no se limitará a la descripción de los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población víctima, sino que incluirá un análisis comparativo con los recursos y/o capacidades institucionales y comunitarias del territorio.

A modo de resumen de este componente se presentan dos tablas, la tabla 5 con indicadores para las ET y la tabla 6 con indicadores para las EPS:

Tabla 5. Indicador, propósito del indicador y tareas claves del componente de Caracterización para ET

Componente 3: Caracterización		
Indicador	Propósito del Indicador	Tareas clave sugeridas
ET. con colaborador designado activo para el cruce de base de datos con RUV.	Conocer si la ET cuenta con un colaborador designado activo para el cruce de las bases de datos poblacionales con el Registro Único de Víctimas (RUV), de acuerdo al mecanismo establecido por la RNI	Delegar un Colaborador para que funja como enlace entre la Red Nacional de Información y la ET.
ET. con bases de datos Cruzadas con el RUV y PVCA plenamente identificadas en los últimos 6 meses.	Conocer si la ET cuenta con el resultado del cruce de base de datos con el Registro Único de Víctimas (RUV) en los últimos 6 meses.	Realizar la solicitud y acceso ante la RNI de acuerdo con las especificaciones que emita el MSPS y la UARIV.
ET. con base de datos unificada de sentencias en su ET.	Conocer si la ET cuenta con una base de datos unificada de personas reconocidas en Sentencias y órdenes judiciales/administrativas nacionales e internacionales, pues estas personas han de ser incluidas en todo el proceso de caracterización.	Solicitar bases de datos de Sentencias nacionales previa firma del acuerdo de confidencialidad. Unificar BD de sentencias en un único formato.
ET con un ASIS que incorpora información adicional de morbilidad y vigilancia en salud pública en el capítulo de víctimas en la vigencia actual.	Conocer si la ET incorporó información adicional (morbilidad y vigilancia en salud pública de PV) referente a PVCA dentro de su ASIS, reconociendo que el ASIS orienta los procesos de planeación e inversión en salud pública.	Por parte de la SDS: Identificación y acceso a fuentes de información clave; análisis interdisciplinario de información; valoración de inequidades en salud.
ET que accedieron a CUBOS dinámicos de Víctimas y Papsivi de SISPRO en los últimos 6 meses.	Conocer si la ET cuenta con usuarios y claves y accedió a los CUBOS de Víctimas y Papsivi en los últimos 6 meses. Estos accesos le permiten a la ET complejizar los análisis epidemiológicos de la PVCA.	Asistir a capacitación en CUBOS y solicitar usuario y clave. Utilizar la información estadística del CUBO como fuente de información para la caracterización.
Proporción de EPS que han compartido	Conocer la proporción de EPS presentes en el territorio que han compartido con la ET la	Solicitar información de caracterización a EPS del territorio.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones"

Componente 3: Caracterización		
Indicador	Propósito del Indicador	Tareas clave sugeridas
caracterización de su población afiliada.	caracterización de su PVCA afiliada. Esta información es de particular interés para el área de desarrollo de servicios de salud de la E.T y para el área que apoya la habilitación de las RIAS.	
ET con Planes Territoriales en Salud (PTS) que incorpora un componente de Víctimas.	Conocer si la ET incorporó información sobre la PVCA para la Construcción del PTS (medición cuatrienal)	Utilice como herramienta para la construcción del PTS los insumos del componente de caracterización, el ejercicio de comprensión en salud de PVCA y la caracterización de la PVCA realizado por las EPS.

Tabla 6. Indicador, propósito del indicador y tareas claves del componente de Caracterización para EPS

Componente 3: Caracterización		
Indicador	Propósito del Indicador	Tareas clave sugeridas
EPS con colaborador designado activo para el cruce de base de datos con RUV.	Conocer si la EPS cuenta con un colaborador designado activo para el cruce de datos de afiliados con el Registro Único de Víctimas (RUV), y si este ha sido notificado formalmente al Grupo de Asistencia y reparación a víctimas del conflicto armado del Ministerio.	Delegar un Colaborador para que funja como enlace entre la Red Nacional de Información y la EPS.
Número de veces que se realizó cruces de bases de datos de la EPS en los últimos 6 meses.	Conocer el número de veces que la EPS realizó el cruce de base de datos de afiliados con el Registro Único de Víctimas (RUV) y con las bases de Sentencias y órdenes judiciales/administrativas nacionales/internacionales (estas personas también han de ser incluidas en todo el proceso de caracterización)	Realizar la solicitud y acceso ante la RNI de acuerdo con las especificaciones que emita el MSPS y la UARIV. Solicitar bases de datos de Sentencias a la ET y al MSPS previa firma de acuerdo de confidencialidad u otros mecanismos que se dispongan.
EPS que ha accedido a CUBOS dinámicos de Víctimas y Papsivi de SISPRO en los últimos 6 meses.	Conocer si la EPS cuenta con usuarios y claves a los CUBOS dinámicos de Víctimas y Papsivi y ha accedido a los mismos.	Asistir a capacitación en CUBOS y solicitar usuario y clave. Utilizar la información estadística del CUBO como fuente de información para la caracterización.
La EPS han caracterizado su población VCA o establecido el perfil de riesgo en salud.	Conocer si la EPS ha caracterizado su PVCA afiliada o establecido el perfil de riesgo en salud.	Realizar el ejercicio de caracterización de la población teniendo en cuenta todas las fuentes de información.
Proporción de ET a quienes la EPS compartió la caracterización de PCVA en los últimos 6 meses.	Conocer la proporción de ET a quienes la EPS compartió la caracterización, según los territorios donde tiene presencia.	Compartir en los territorios donde tiene PVCA los resultados de la caracterización o el perfil de riesgo en salud.

6.6.3.1. Fuentes de información para la construcción de la caracterización de la situación de salud de la población víctima

La elaboración del plan de gestión e implementación del protocolo no solo es un proceso

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

de planeación de acciones, sino que, debe aportar al abordaje diferencial de la situación de salud de la población víctima del conflicto armado en cada territorio y responde a una perspectiva de gestión integral del riesgo y una identificación de las inequidades en la atención en salud de este grupo poblacional.

La gestión integral del riesgo en salud se constituye como eje central del este proceso, ya que las decisiones han de basarse en la evidencia territorial y en la lógica ‘*identificar – comprender – responder*’. Esta perspectiva está en armonía con el componente de Caracterización de la población propuesto en el modelo MIAS y la Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada en las EPS (MSPS, 2016).

Entonces, para hacer un análisis diferenciado de la situación de salud de la población víctima que permita identificar su perfil de riesgo y posibles inequidades en la atención en salud, se sugiere llevar a cabo las siguientes acciones:

- a) Identificar plenamente a la población víctima en la base de datos poblacional (de la ET) y en las bases de datos de afiliados de las EPS.
- b) Identificar e integrar analíticamente la información que sobre la población víctima contienen la aplicación territorial de las estrategias ASIS y PASE a la equidad en salud.
- c) Identificar y analizar la información enunciada en la Tabla 5 por parte de la ET, y las EPS (se considera esta como la información básica para dar curso al ejercicio de planeación).
- d) Articular las dependencias internas de la SDS y los actores clave para el análisis de la información y la toma de decisiones.
- e) Establecer prioridades para la acción. Por ej. municipios que requieren acompañamiento inmediato o diferido, escenarios de formación, vigilancia sobre hechos relevantes en salud pública, fortalecimiento de los procesos de afiliación, articulación intersectorial, etc.

El objetivo de establecer prioridades es maximizar el uso de los recursos institucionales para que el alcance de la intervención sea mayor. Se entiende entonces que, si bien la ET deberá adelantar acciones para la gestión e implementación del protocolo en todo el territorio, concentrará algunas de ellas en municipios, EPS e IPS gradualmente. En consecuencia, el plan de gestión e implementación del protocolo dará cuenta del horizonte temporal en que la ET se propone avanzar en cada producto esperado.

6.6.4. Formación al talento humano en salud

“Los procesos de formación y capacitación deben formar parte de la planeación interna de todas las entidades responsables de la asistencia, atención y reparación. Por lo anterior, se requiere formular para cada vigencia un **Plan Anual de Formación** que: (a) identifique las necesidades de formación; (b) aborde dichas necesidades a través de las respectivas estrategias de formación general o específica con enfoque de competencias; (c) cuente con mecanismos de seguimiento para medir los avances en la incorporación de las competencias en el ejercicio de las funciones, y finalmente (d) incorpore actualizaciones periódicas al Plan a partir de los avances en la incorporación de competencias”.³

³ Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Lineamientos para el Talento Humano que orienta y atiende a víctimas del conflicto armado.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

De acuerdo con la Resolución 1166 de 2018, los lineamientos para la formación del talento humano del sector salud, están dirigidos a:

- Personal administrativo en salud que no tiene contacto directo con las víctimas, los cuales hacen parte de las Direcciones Territoriales de Salud, de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). (Por ejemplo, profesionales y técnicos de las diferentes direcciones de la secretaría departamental de salud, gerentes de las EPS)
- Personal que realiza labores de asistencia directa en salud⁴. (Todo el personal administrativo y asistencial que realiza algún tipo de atención u orientación a las víctimas, como profesionales en medicina, enfermería, encargados de atención al usuario, facturación, vigilancia, entre otros)
- Profesionales y técnicos en salud que hacen parte de los Equipos Multidisciplinarios en Salud – EMS (Medico(a), enfermero(a), psicólogo(a), Trabajador(a) Social, y auxiliar de enfermería)

Para cada uno de los grupos anteriores se ha establecido un proceso de formación particular, que va de temas generales para el personal administrativo de las entidades territoriales y EPS y que se va haciendo más específico para el personal que realiza labores de asistencia directa en salud tanto asistencial como administrativo, y para los Equipos Multidisciplinarios de Salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, las secretarías Departamentales y Municipales de salud, así como las EPS y las IPS en cada departamento, deberán coordinar las acciones necesarias para la adopción de los lineamientos para la formación al talento humano sobre atención integral en salud con enfoque psicosocial para las víctimas del conflicto armado e incluirlos en sus planes institucionales anuales de formación.

Así mismo, las EPS e IPS en territorios donde esté operando el componente psicosocial, podrán coordinar con los operadores del componente (Secretarías Departamentales de Salud o convenientes) los procesos de formación al personal de salud con los de formación para los equipos psicosociales. El proceso de formación se propone realizarlo desde dos modalidades, una de manera virtual y otra de forma presencial, esto teniendo en cuenta los tiempos del personal de salud sobre todo del nivel asistencial, para el cual es difícil participar en formaciones prolongadas.

Cabe resaltar que en las formaciones de tipo presencial se debe retomar los temas vistos en la modalidad virtual, de manera que pueda revisarse el nivel de apropiación y entendimiento temático y poder hacer conexiones con las actividades y ejercicios propuestos para las sesiones presenciales.

Además, que las entidades responsables formen y dispongan de talento humano con competencias en atención con enfoque psicosocial, deben “diseñar e implementar planes, programas, estrategias o proyectos institucionales de bienestar y protección de la salud en el ámbito laboral de dicho talento humano a través de la prevención del

⁴ Durante las jornadas de formación a personal asistencial de las IPS-ESE, será necesario incluir el quehacer de los equipos de atención psicosocial, la noción de daño psicosocial, la estructura metodológica del componente psicosocial y la georeferenciación de estos equipos, para brindar información complementaria que contribuye a la integralidad de la medida de Rehabilitación. De igual forma será necesaria la presencia del referente Papsivi de la Secretaría Municipal de Salud, en estos espacios de formación, para que en calidad de coordinador de la implementación del Papsivi en su municipio, cuente con los elementos necesarios para tomar decisiones oportunas frente a la implementación del Programa.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

desgaste emocional y el estrés laboral derivado de sus funciones de atención.”⁵

A modo de resumen de este componente se presentan dos tablas, la tabla 7 con indicadores para las ET y la tabla 8 con indicadores para las EPS:

Tabla 7. Indicador, propósito del indicador y tareas claves del componente de formación del talento humano para ET.

Componente 4: Formación del Talento Humano.		
Indicador	Propósito del Indicador	Tareas clave sugeridas
Proporción de profesionales en medicina (general y familiar) que han recibido formación en atención en salud con enfoque psicosocial para víctimas.	Conocer la proporción de profesionales en Medicina formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial por la ET.	Establecimiento de diagnóstico pre y post en cada proceso de formación. Inclusión de acciones de formación en el enfoque psicosocial en planes de formación y actualización del Talento Humano en salud. - Realización de formaciones de acuerdo con lineamientos del Talento Humano en salud. - Establecimiento de esquemas de formación en cascada. - Gestión de procesos de articulación con la academia y otros potenciales aliados.
Proporción de profesionales en enfermería que han recibido formación en atención en salud con enfoque psicosocial para víctimas.	Conocer la proporción de profesionales en enfermería formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial por la ET.	
Proporción de profesionales en psicología que han recibido formación en atención en salud con enfoque psicosocial para víctimas.	Conocer la proporción de profesionales en psicología formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial por la ET.	
Proporción de profesionales en trabajo social que han recibido formación en atención en salud con enfoque psicosocial para víctimas.	Conocer la proporción de profesionales en trabajo social formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial por la ET.	
Proporción de técnicos en auxiliar de enfermería que han recibido formación en atención en salud con enfoque psicosocial para víctimas.	Conocer la proporción de técnicos en auxiliar de enfermería formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial por la ET.	
Número de personal de las ET territoriales formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial.	Conocer el número de personas de las ET (departamentales y municipales) formadas en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial.	
Número de personal de las EPS formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial.	Conocer el número de personas de las EPS formadas en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial.	
Número de personal de otras organizaciones formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial.	Conocer el número de personas de otras organizaciones formadas en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial.	

Tabla 8. Indicador, propósito del indicador y tareas claves del componente de formación del talento humano para EPS.

Componente 4: Formación del Talento Humano.		
Indicador	Propósito del Indicador	Tareas clave sugeridas
Proporción de profesionales en medicina (general y familiar) de la red de prestación de servicios que han recibido formación en atención en salud con enfoque psicosocial	Conocer la proporción de profesionales en Medicina formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial por la EPS.	- Establecimiento de diagnóstico pre y post en cada proceso de formación. - Inclusión de acciones de

⁵ Resolución 1166/2018 del MSPS.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

Componente 4: Formación del Talento Humano.		
Indicador	Propósito del Indicador	Tareas clave sugeridas
para víctimas en los últimos 12 meses.		formación en el enfoque psicosocial en planes de formación y actualización del Talento Humano en salud.
Proporción de profesionales en enfermería de la red de prestación de servicios que han recibido formación en atención en salud con enfoque psicosocial para víctimas en los últimos 12 meses.	Conocer la proporción de profesionales en enfermería formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial por la EPS.	- Realización de formaciones de acuerdo con lineamientos del Talento Humano en salud.
Proporción de profesionales en psicología de la red de prestación de servicios que han recibido formación en atención en salud con enfoque psicosocial para víctimas en los últimos 12 meses.	Conocer la proporción de profesionales en psicología formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial por la EPS.	- Establecimiento de esquemas de formación en cascada.
Proporción de profesionales en trabajo social de la red de prestación de servicios que han recibido formación en atención en salud con enfoque psicosocial para víctimas en los últimos 12 meses.	Conocer la proporción de profesionales en trabajo social formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial por la EPS.	- Gestión de procesos de articulación con la academia y otros potenciales aliados.
Proporción de técnicos en auxiliar de enfermería de la red de prestación de servicios que han recibido formación en atención en salud con enfoque psicosocial para víctimas en los últimos 12 meses.	Conocer la proporción de técnicos en auxiliar de enfermería formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial por la EPS.	
Número de personal administrativo de las EPS formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial en los últimos 6 meses.	Conocer el número de personas del área administrativa de las EPS formadas en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial.	
Número de personal administrativo de la Red de Prestación de Servicios formados en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial en los últimos 6 meses.	Conocer el número de personas del área administrativa de la Red de Prestación de Servicios formadas en Atención en Salud con Enfoque Psicosocial.	

6.6.5. Atención en salud a víctimas del conflicto armado

La implementación de las indicaciones del protocolo se materializa en las atenciones en salud física/mental que realizan los equipos multidisciplinarios y los demás profesionales de la salud involucrados en la atención en salud a las víctimas. Para ello, es indispensable que los actores clave del proceso desarrollen las acciones planteadas en los componentes expuestos anteriormente y que, en el marco del MIAS, las Entidades Territoriales, las EPS y las IPS garanticen las redes y los procesos necesarios para la atención en salud.

En ese orden de ideas, son responsabilidades de:

6.6.5.1. Las secretarías de salud

- La implementación de estrategias locales para el aseguramiento prioritario de la población víctima no asegurada
- La revisión y ajuste a las redes integrales de servicios de salud y atenciones a población víctima en los planes de Intervenciones colectivas, con base en el

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

componente caracterización, para que sean suficientes ante las necesidades de atención en salud de la población víctima.

6.6.5.2. EPS

- Coordinar con la secretaría de salud departamental la revisión y ajuste a las redes integrales de servicios de salud.
- Garantizar la atención en salud a la población víctima según las indicaciones del Protocolo.
- Definir un marco de reporte y seguimiento a las atenciones en salud con enfoque psicosocial de la población víctima.
- Hacer seguimiento a las atenciones brindadas a la población víctima en el marco del protocolo por parte de su red integrada de servicios de salud. Para ello se recomienda que los enlaces departamentales Papsivi de las EPS, sostengan una comunicación fluida y encuentros periódicos de seguimiento con el profesional de la salud de los equipos de atención psicosocial (donde los hubiere).

6.6.5.3. IPS

- Prestar la atención integral en salud con enfoque psicosocial de acuerdo con la ruta de atención.
- Reportar e informar las atenciones realizadas
- Coordinar y monitorear con los equipos psicosociales la atención integral en salud a las víctimas del conflicto armado
- Participar en las reuniones de coordinación intersectorial para el monitoreo y seguimiento a las medidas de salud
- En el caso de víctimas de violencias sexuales en el marco del conflicto armado, se requiere articular las atenciones con el Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencias Sexuales (Resolución 0459 de 2012) con la respectiva notificación en SIVIGILA y registro en RIPS. A modo de resumen del componente de atención se presentan dos tablas, la tabla 9 con indicadores para las ET y la tabla 10 con indicadores para las EPS.

Tabla 1. Indicador, propósito del indicador y tareas claves del componente de Atención en Salud para ET

Componente 5: Atención en Salud		
Indicador	Propósito del Indicador	Tareas clave sugeridas
Proporción población víctima vinculada a las actividades de intervenciones colectivas en los últimos 12 meses.	Conocer la proporción de PVCA que se vinculan a las actividades del PIC en las ET.	Con la información de los ejercicios de caracterización tanto de la ET, como el de las EPS, programe actividades dentro de los POAS que vincule la proporción de PVCA existente en la ET.
Proporción de personas víctimas reportadas por las EPS que han recibido las tres consultas mínimas.	Conocer la proporción de personas víctimas reportadas por las EPS que han recibido las tres consultas mínimas (medicina general, enfermería y psicología)	Con la información aportada por cada EPS realice inspección y vigilancia del cumplimiento del protocolo e impulse la creación de EMS en las IPS.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

Tabla 10. Indicador, propósito del indicador y tareas claves del componente de Atención en Salud para EPS

Componente 5: Atención en Salud		
Indicador	Propósito del Indicador	Tareas clave sugeridas
Proporción de población víctima atendida en los programas de Protección Específica y Detección Temprana de la Ruta de Promoción y Mantenimiento en los últimos 6 meses.	Conocer la proporción de PVCA que es atendida en los programas de Protección Específica y Detección Temprana de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.	Posterior al cruce de base de datos y caracterización, realice demanda inducida a PE y DT de la PVCA.
Número de veces que compartió la base de datos de afiliados con la marcación de PVCA a su Red de Prestación de Servicios en los últimos 6 meses.	Conocer el Número de veces que la EPS compartió la base de datos de afiliados con la marcación de PVCA a su Red de Prestación de Servicios	Cada vez que realice un cruce masivo de base de datos con RUV o Sentencias comparta a su Red de Prestación de Servicios esta marcación, para que las PVCA sean atendidas con enfoque psicosocial.
Proporción de PVCA reportadas por las IPS y ESE que han recibido las 3 consultas mínimas.	Conocer la proporción de PVCA que han recibido las 3 consultas mínimas (medicina, enfermería y psicología) en su red prestadora.	Con la información de su red de prestación realice demanda inducida a las PVCA que no han recibido la atención en las tres consultas. Verifique que su red de prestación tenga la capacidad para ofertar estos servicios y sea suficiente para las demandas de la población.

6.6.6. Monitoreo y seguimiento

El proceso de monitoreo y seguimiento comprende:

- Las *acciones de gestión* para la implementación territorial del Protocolo, sobre las cuales se monitorea a la Entidad territorial (Secretarías de salud Departamentales y Distritales)
- Las *acciones de gestión* para la apropiación institucional del Protocolo, sobre las cuales se monitorea a las EPS.
- Las *atenciones en salud* brindadas a la población víctima de acuerdo con las indicaciones del Protocolo que se miden a la Entidad territorial en relación con las intervenciones colectivas (Secretarías de salud Departamentales y Distritales) y a la EPS en relación con las atenciones individuales en salud en el marco de la operación de los EMS.

6.6.6.1. Monitoreo y seguimiento a las acciones de gestión para la implementación territorial del protocolo

Para facilitar la planeación y el acompañamiento de las acciones de gestión para la implementación territorial del Protocolo, el MSPS realizará mediciones periódicas a las E.T de los indicadores descritos en las tablas anteriores de estos lineamientos.

En el ejercicio de proyección de cumplimiento de los mencionados indicadores, las Entidades territoriales considerarán:

La capacidad de técnica y de gestión de la ET.

- a) Es decir, que las acciones propuestas sean alcanzables y se disponga de mecanismos funcionales para medir tales alcances. Este factor es de particular importancia, pues de acuerdo con lo reportado en este plan se efectuará seguimiento y evaluación desde el nivel nacional.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

- b) El principio de progresividad y gradualidad en la planeación de las acciones.
- c) La planeación de las acciones expresadas ha de responder a un crecimiento gradual de la cobertura y del impacto del proceso. Esto es, la focalización y acompañamiento secuencial de nuevos municipios en cada año de ejecución, así como el alcance de nuevas EPS, IPS y talento humano integrados al proceso. La aplicación de estos principios se materializa en el aumento de las personas víctimas atendidas año a año por parte de los EMS, en el marco de la reparación integral.
- d) La articulación con estrategias que ya adelanta el territorio en torno a la medida de Rehabilitación.
- e) Se sugiere que las ET divulguen el protocolo junto a estos lineamientos para la acción departamental y municipal, de manera que todos los actores participantes del proceso de gestión e implementación compartan las mismas precisiones sobre los productos esperados. Dada esta claridad, el protocolo desarrolla los siguientes aspectos fundamentales, que han de tomarse en consideración para la construcción de los planes de gestión e implementación:

6.6.6.2. Monitoreo y seguimiento a las acciones de gestión para la apropiación institucional del Protocolo por parte de las EPS

Para facilitar la planeación y el acompañamiento de las acciones de gestión para la implementación territorial del Protocolo, el MSPS realizará mediciones periódicas a las EPS de los indicadores descritos en las tablas consignadas en el presente lineamiento.

Estas mediciones se complementarán con la información de procesos de atención en salud individual disponibles en el Sistema integrado información para la Protección social -SISPRO del MSPS.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- 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>
- _____ (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.secretariassenado.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:

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

<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. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

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/PortallCBF/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/10.1080/17442222.2015.1056070>

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-

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

- [atencion-a-la-poblacion-desplazada-confinada-o-en-riesgo&Itemid=688](#)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Resolución 429 de 2016. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%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%20medidas%20de%20acci%C3%B3n%20afirmativa%20o%20medidas%20especiales%20para%20reparar%20las.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%20FINAL.pdf>
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2016). *Temas de salud*. 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.
- 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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

- 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 victimizantes y solicitudes de perdón público*. Recuperado de: <https://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/Lineamientos%20para%20llevar%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.
- 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%20para%20la%20incorporacion%20del%20enfoque%20psicosocial%20en%20la%20atencion,%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%20DISCAPACIDAD.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.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

COMPONENTE DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEL PAPSIVI

1. INTRODUCCIÓN

Este apartado presenta los fundamentos conceptuales y las orientaciones metodológicas para desarrollar la atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado en Colombia como medida de rehabilitación, los cuales están desarrollados con profundidad en la Estrategia de Atención Psicosocial a víctimas del conflicto armado del Programa para la Atención Psicosocial y en Salud Integral (Papsivi).

Inicialmente, se plantean los objetivos de la Estrategia de Atención Psicosocial, luego se presentan los enfoques que orientan la atención psicosocial, a continuación, los dominios que definen la atención, seguidos por la definición de daño y su constitución desde la atención psicosocial. Posteriormente, se presentan los mecanismos de afrontamiento y resiliencia de las víctimas frente a los hechos de violencia, seguidos de los momentos de la atención psicosocial y sus modalidades de atención.

Finalmente, es importante mencionar que el MSPS constituyó en el año 2016 un equipo interdisciplinario, el cual apoyó la elaboración de la estrategia atendiendo lo definido en la Ley 1448 de 2011 y sus decretos reglamentarios. Esta construcción se basó en la revisión sistemática de documentos de literatura gris, como en consultas a expertos del acompañamiento psicosocial, funcionarios públicos, profesionales psicosociales y organizaciones de grupos étnicos. De igual manera, consideró los resultados de la sistematización de la implementación del Papsivi en los años 2013 y 2014, los resultados de la validación realizada durante 2015, como los aportes de profesionales, organizaciones e instituciones que han brindado atención o acompañamiento psicosocial a víctimas en Colombia durante los últimos 20 años.

2. OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

2.1. Objetivo general

Favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

2.2. Objetivos específicos

- Facilitar la elaboración y representación del sufrimiento emocional, así como la integración de la experiencia de violencia en la historia de vida de las víctimas.
- Contribuir a la reconstrucción de los vínculos, tejido social y cohesión sociocultural de las víctimas.
- Fortalecer los recursos y estrategias de afrontamiento que afiancen la autonomía y participación de las víctimas como sujetos de derechos.

3. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

3.1. Atención psicosocial como medida de rehabilitación

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

El MSPS y la Unidad para las Víctimas han construido de manera conjunta⁶ el concepto de atención psicosocial que guía el accionar de las dos instituciones en la materia⁷: “La atención psicosocial se define como el conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH”.

De este modo, la atención en el marco de la medida de Rehabilitación está dirigida a las víctimas del conflicto armado, definidas en la Ley 1448 de 2011 como en los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011, la cual supone que tanto los equipos psicosociales que realizan la atención como las víctimas han identificado la constitución del “daño psicosocial, es decir, poder ver el carácter lesivo que produjeron los hechos; permitir el sufrimiento que sobrevendrá cuando se perciba el lugar para situar la enunciación de lo que se ha perdido” (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2016).

Es así como, la atención psicosocial como medida de rehabilitación, no contempla acciones para atender eventos de emergencia o medidas de asistencia, dado que, en situaciones de emergencia por conflicto armado, por la complejidad psicológica de las víctimas que se caracteriza por estados de confusión y desorientación, lo que se comprende como daño psicosocial no alcanza a configurarse. 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.

3.2. Enfoque en la atención psicosocial

3.2.1. Enfoque de Derechos Humanos

Este enfoque incorpora la comprensión de las víctimas como sujetos de derechos (tanto individuales como colectivos), que a través de la política de atención, asistencia y reparación pueden tener acceso a la verdad, la justicia y la reparación integral, principios que se empezaron a reconocer a partir de la Ley 975 de 2005. Es un referente ético para la acción, así como una orientación que guía a los responsables de la atención psicosocial, para realizar acciones que promueven los derechos a la verdad, la justicia y la reparación, teniendo presente que el alcance de la atención se da en virtud de aliviar el sufrimiento y de generar escenarios de restablecimiento de la dignidad de las víctimas. Asimismo, el enfoque posibilita la comprensión de las víctimas como sujetos activos, a partir de lo cual la estrategia reconoce, activa y promueve alternativas propias de afrontamiento, cambio y recuperación.

3.2.2. Enfoque psicosocial

Para la estrategia, el enfoque psicosocial se concibe como un elemento transversal que guía el actuar y posicionamiento de los equipos psicosociales, donde todas las acciones que se realicen deben garantizar la recuperación y/o fortalecimiento de la dignidad de las víctimas, familias, comunidades y grupos étnicos. También posibilita una mirada integral

⁶ Teniendo en cuenta el marco normativo y jurídico que a nivel internacional y nacional aportan a la definición y comprensión del Concepto de Rehabilitación, y a lo establecido en el artículo 135 de la Ley 1448 de 2011 y en los artículos 79 y 83 de los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011.

⁷ Teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo, la Unidad para las Víctimas ha diseñado y se encuentra implementando la Estrategia de Recuperación Emocional a Nivel Grupal - ERE como acción complementaria al PAPSIVI.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

y compleja del ser humano, donde se comprende como un ser biopsicosocial y, por tanto, busca dar respuesta a los daños psicosociales que se manifiestan en lo relacional, trascendental, físico, emocional, comportamental y simbólico-cognitivo.

De igual manera, el enfoque permite evidenciar la capacidad de resistencia y de activación de los recursos de afrontamiento, comprendiendo que “la afectación psicosocial no necesariamente se traduce a categorías de lesión o de secuelas, y no solo se comprende desde las acepciones de la enfermedad o la psicopatología” (Unidad para las Víctimas & Organización Internacional para las Migraciones, 2014).

3.2.3. Enfoque de curso de vida

En la Estrategia de Atención Psicosocial dirigida a las víctimas del conflicto armado, el Enfoque de Curso de Vida toma sentido en la medida en que permite reconocer que los hechos victimizantes son sucesos vitales que pueden ocasionar fuertes cambios, modificaciones o transformaciones en el curso de vida de la persona, la familia, la comunidad y/o el colectivo étnico. Es así como la vivencia de un hecho victimizante puede generar nuevas posturas frente a la vida, roles y formas de relación que cambian el rumbo de sus trayectorias.

3.2.4. Enfoque diferencial

Para la incorporación del enfoque diferencial y dadas las características particulares de los sujetos de especial protección, en la atención psicosocial es importante tener en cuenta los siguientes elementos conceptuales:

3.2.4.1. *Del enfoque diferencial a personas con discapacidad víctimas del conflicto armado*

Reconocer la diversidad como un atributo inherente a la condición humana permite comprender cómo la discapacidad hace parte de esta diversidad, indivisible al momento de generar respuestas que aseguren el Goce Efectivo de Derechos (GED) de las Personas con Discapacidad (PcD), en un escenario de igualdad y no discriminación. Puede considerarse como un suceso vital del curso de vida, determinada además por el género, la pertenencia étnica, condiciones familiares, sociales, económicas, educativas, el conflicto armado, las emergencias y desastres, creando un entorno con situaciones particulares que facilitan o restringen la participación autónoma e independiente de quien la vive.

Para lograr una comprensión la Convención sobre los Derechos de las PcD de 2006 y la Ley Estatutaria 1618 de 2013 incluyen dentro de este grupo de personas a “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Congreso de Colombia, 2013).

3.2.4.2. *Del enfoque diferencial a niñas, niños y adolescentes (NNA) víctimas del conflicto armado*

Teniendo en cuenta lo establecido en el enfoque de curso de vida, se reconoce que las trayectorias de los NNA son diferentes y están ligadas a los aspectos particulares de cada uno. Es así como algunas de sus trayectorias abarcan varios ámbitos como el escolar,

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

familiar, social, físico, relacional, entre otros; estos ámbitos son interdependientes, es por ello que es importante en la atención psicosocial comprender y entrelazar las trayectorias vitales de los NNA y de sus sistemas inmediatos, como lo son la familia, el entorno educativo, sus redes sociales y grupos de pares, entre otros. Es importante reconocer cómo en los NNA víctimas pueden ocurrir diferentes transiciones de manera simultánea donde los NNA pueden experimentar nuevos roles y nuevas facetas de su identidad.

También, la estrategia de atención tiene en cuenta que, en los niños y niñas el desarrollo está permeado por la capacidad creativa y simbólica. Es así como ellos y ellas construyen su realidad a través de diferentes formas de representación como lo es la lectura, la exploración del medio, el juego y las expresiones artísticas, por otro lado, en los y las adolescentes, el desarrollo se encuentra ligado a los cambios físicos y a las dinámicas relacionales, así como al fortalecimiento de su identidad. Dada la capacidad creativa y de resiliencia que poseen los NNA y que les permite sobreponerse a las adversidades de la vida, es crucial que en la atención psicosocial se reconozca su papel como sujeto activo y transformador.

3.2.4.3. Del enfoque diferencial a jóvenes víctimas del conflicto armado

El enfoque diferencial acoge el concepto de juventudes como una categoría que hace referencia a un segmento poblacional construido socioculturalmente y que alude a unas prácticas, relaciones, estéticas y características que se construyen y son atribuidas socialmente. Esta construcción se desarrolla de manera individual y colectiva, en relación con la sociedad. Es además un momento vital donde se están consolidando las capacidades físicas, intelectuales y morales (Congreso de Colombia, 2013).

Atendiendo a lo anterior, la atención psicosocial a los y las 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 en que esta población transita de un estado o situación a otro. También, busca favorecer 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.

3.2.4.4. Del enfoque diferencial a las personas adultas mayores víctimas del conflicto armado

Dentro del enfoque de curso de vida, las personas adultas mayores 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 GED en un ambiente de igualdad e inclusión.

Entonces, hablar del envejecimiento como parte del curso de vida hace que todas las personas reconozcan la importancia que tiene el cuidado de la salud en su integridad y las consecuencias que pueden llegar a tener ante la ocurrencia de situaciones como los hechos victimizantes, que afectan no solo a la persona sino a su familia y grupo social. Para las personas adultas mayores víctimas del conflicto armado, estas afectaciones impactan de forma desproporcionada en su proyecto de vida relacionado directamente

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

con el momento vital en el que se encuentran.

3.2.4.5. De la atención a mujeres, hombres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas víctimas del conflicto armado

Para efectos de la atención psicosocial se propone un abordaje que 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. La comprensión del género como el ejercicio de los roles construidos histórica y políticamente es muy importante para la atención psicosocial, toda vez y atendiendo a la lógica del continuum de violencias, 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.

Por otro lado, se precisa que frente al grupo de 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. También, este enfoque se centra 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.

3.2.4.6. Del enfoque diferencial a grupos étnicos víctimas del conflicto armado

El Enfoque diferencial étnico parte del reconocimiento de grupos humanos con características históricas, sociales y culturales comunes, que se conciben como sujetos colectivos de derechos y a su vez como sujetos individuales. En Colombia, la CP de 1991 reconoció bajo estas características además de los pueblos y comunidades indígenas, los siguientes sujetos colectivos⁸: Pueblo rom o gitano, Comunidades negras y afrocolombianas, Pueblo palenquero y el Pueblo raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia.

En enfoque diferencial étnico en el marco de la atención psicosocial se propone como una herramienta que permite reconocer la diversidad étnica del país a partir del entendimiento de las dinámicas sociales y culturales propias que caracterizan a estos grupos en particular. Es un instrumento clave para la atención psicosocial, ya que con este se esbozan elementos culturales constitutivos de estos grupos, con el fin de permitir en los equipos psicosociales el abordaje y la comprensión de las diversas maneras de entendimiento del mundo que cada pueblo, comunidad o kumpania posee, y por lo tanto del relacionamiento existente entre sus estructuras culturales, sociales, espirituales, históricas, políticas y económicas.

Los eventos de violencia sufridos en el marco del conflicto armado han generado

⁸ Es importante aclarar que, si bien la Constitución Política de 1991 reconoce dentro de la diversidad étnica a los pueblos y comunidades indígenas, para efectos del desarrollo de la Estrategia de Atención Psicosocial del PAPSIVI y en concordancia con lo establecido en los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011, el abordaje del enfoque diferencial étnico en este documento se desarrolla con el ánimo de brindar herramientas conceptuales que permitan la atención psicosocial desde la comprensión de las estructuras culturales y sociales y de la dimensión colectiva en tanto da respuesta a lo establecido en los mencionados decretos de elaborar un módulo étnico del PAPSIVI para el pueblo rom o gitano y para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

importantes cambios en las poblaciones étnicas en sus ciclos de vida, afectando al individuo, al colectivo y así a sus dinámicas socioculturales. Por esta razón, es indispensable tener en cuenta estas nociones en la atención psicosocial, pues de su comprensión se garantizará no solamente procesos de fortalecimiento que incidan en su rehabilitación psicosocial como individuos, sino también su rehabilitación espiritual y étnica comprendida desde la dimensión colectiva.

3.2.5. Enfoque transformador

El MSPS propone para la incorporación del Enfoque Transformador en la atención psicosocial, con el propósito de propender por que las víctimas recuperen la sensación de seguridad, autonomía y capacidad de autodeterminación y control sobre sus propias vidas, así como la posibilidad de decidir sobre su futuro. Este enfoque orienta las acciones de la atención a la profundización de la democracia y al fortalecimiento de las capacidades de las personas, comunidades e instituciones para su interrelación en el marco de la recuperación de la confianza ciudadana en las instituciones. Asimismo, las impulsa a la recuperación o reconstrucción de un proyecto de vida digno y estable para las víctimas (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011).

3.2.6. Enfoque de acción sin daño y de acciones afirmativas

Las orientaciones metodológicas reconocen las necesidades y particularidades de las víctimas que son atendidas, además posibilita el reconocimiento de nuevas voces, nuevos significados y actores que den cuenta de sus necesidades, sus potencialidades y de su propia idea de Dignidad-Autonomía-Libertad.

Asimismo, en el proceso de atención psicosocial se realizan las siguientes acciones afirmativas: (i) el reconocimiento de las voces de todos los miembros de la familia, comunidad o grupo étnico, (ii) contar con intérpretes que garanticen que las personas con discapacidad expresen sus pensamientos desde su propio sentir, (iii) que los grupos étnicos puedan representar sus afectaciones psicosociales, usos y costumbres en el idioma (materno o español) con el que ellos se sientan más representados. (iv) permitir que se generen diálogos intergeneracionales (NNA-adultos-personas mayores), (v) realizar adecuaciones a las actividades proyectadas teniendo en cuenta las necesidades específicas de las PcD y (vi) reconocer la identidad de género o la orientación sexual no hegemónicas como normales y no patológicas.

3.3. Los dominios de la atención psicosocial

Con base en la reflexión de los dominios que permiten comprender los fundamentos del Papsivi, a continuación, se presenta de qué manera cada uno de ellos está vinculado con la atención psicosocial.

3.3.1. Dominio Ontológico

El ser humano es concebido como un agente social inmerso en una relación dialógica con su medio y, por ello, es un sujeto en construcción permanente que da sentido a su experiencia al interactuar con otros. En ese sentido, las seis esferas del ser humano (corporal, trascendental, emocional, simbólico-cognitiva, relacional y comportamental) son el mapa sobre el cual se desarrolla la atención psicosocial, donde toda la atención tiene presente que debe concebir al ser humano en su integralidad y que cualquier acción que se desarrolle ha de tener efectos en cualquiera de estas esferas.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

3.3.2. Dominio Epistemológico

La atención psicosocial, asumiendo el enfoque interpretativo o hermenéutico, tiene como finalidad la comprensión colectiva de los sucesos y la lectura contextualizada de la realidad. Así las cosas, la atención psicosocial se concibe como una construcción colectiva del sentido, evitando que las respuestas y acciones estén en manos de los profesionales, para llevarlas al campo del sentido compartido, de la narración esperanzadora de las experiencias violentas.

3.3.3. Dominio Ético-Político

El dominio ético-político, fundamentado en el conjunto de deberes y derechos ciudadanos alrededor de los cuales se realiza la convivencia humana, en condición de pluralidad y multiculturalidad, orienta la atención psicosocial para que reconozca la diversidad que enriquece la vida social y frente a la cual, con frecuencia, se han realizado acciones violentas. En este sentido, las orientaciones metodológicas se basan en la capacidad de enfrentar la adversidad de las personas y comunidades, como en reconocer la responsabilidad del Estado en la reparación integral de los daños causados por el conflicto armado.

3.3.4. Dominio Metodológico

Dadas las afectaciones psicosociales y los sufrimientos ocasionados por el conflicto armado, se requieren herramientas que permitan reconstruir significados, favorezcan la autonomía, promuevan en las víctimas la capacidad de agenciar⁹ y posibiliten un abordaje de la realidad a diversos niveles tanto en lo subjetivo como interpersonal, social y cultural.

En este sentido, considera los siguientes tipos de herramientas de atención psicosocial:

- Las herramientas narrativas (derivadas de la terapia narrativa) son aquellas que recurren a los códigos simbólicos, los significados, las emociones, los recursos, con el propósito de construir historias alternativas frente a una experiencia, dotándola de nuevas posibilidades que permitan mitigar el sufrimiento generado por los hechos de violencia (White & Epston, 1993).
- Las herramientas expresivas son aquellas que permiten representar lo que aún no es posible verbalizar o hablar para la víctima. Se ubican en el campo simbólico, artístico y cultural, y cuentan con una semiótica particular que se refiere a lo estético, lo escénico y lo arquético.
- Las herramientas performativas son aquellas que en sí mismas producen cambios en la intersubjetividad, que tienen efectos inmediatos en las interacciones sociales. Entre estas herramientas se encuentran las inspiradas en el sociodrama, psicodrama, el teatro del oprimido y otras técnicas activas.
- El diálogo de saberes o el diálogo intercultural, que debe tenerse en cuenta para la atención psicosocial al pueblo gitano y las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, ya que a través de este se constituyen escenarios de aprendizaje mutuo entre las comunidades sujetos de la atención

⁹ Entendida como “la capacidad de ejercitar el control sobre nuestro propio funcionamiento y sobre los eventos que afectan nuestra vida” (Jong, 2011).

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

psicosocial y los equipos interdisciplinario, que promueve el intercambio de ideas, sentires, imágenes, creencias, nociones, conceptos, prácticas, historias, deseos, vivencias y emociones para alcanzar la comprensión común frente a las afectaciones que ha causado el conflicto armado en sus colectivos y sus familias.

3.4. Daño psicosocial

El MSPS identifica que existen unas características externas e internas para configurar los daños producidos en las víctimas, sus familias y comunidades, a causa del conflicto armado colombiano. Las externas están relacionadas con las formas y tiempos de ocurrencia de los hechos violentos, los responsables y los intereses en la comisión de los hechos, y las internas que se asocian más con el mundo subjetivo de quien vivencia esta experiencia de violencia atroz. Ello lleva a plantear que el daño no existe per se. La dimensión de lo transformado y de lo perdido a causa de la guerra solo la puede configurar quien ha vivido estos hechos de violencia y siempre será distinta en cada caso, aún entre integrantes de una misma familia o de una misma comunidad que experimentaron los mismos hechos.

Así mismo, en la forma de dimensionar el daño, entran a jugar los recursos de afrontamiento con que cuentan quienes han vivido estas experiencias de la guerra. Las historias personales, los recursos psicológicos, familiares, sociales, culturales, económicos y políticos también aportan en la dimensión que cobra el daño para la víctima. El daño, entonces, al ser subjetivo, podrá ser transitorio o permanente. Teniendo en cuenta esto, MSPS ha establecido dos tipos de daño que, como se dijo antes: daño a la salud y daño psicosocial.

En estos términos, se define el daño psicosocial como: “todo perjuicio o menoscabo permanente o transitorio, que genera la pérdida o transformación negativa de valores significativos y creencias; del mundo emocional, el equilibrio anímico y la integridad psicológica, así como del vínculo familiar, comunitario y colectivo. Estas pérdidas o transformaciones suelen manifestarse con el deterioro del sentido propio de la existencia; la capacidad de proyección futura, sea esta individual o colectiva; los sentidos de pertenencia y filiación social, identidad, seguridad, dignidad, honorabilidad, libertad, autonomía y empoderamiento, ocasionando profundos estados de sufrimiento emocional, desesperación, miedo, temor e irritación, y deteriorando, a la vez, los soportes sociales y legados espirituales propios del bienestar individual y colectivo”¹⁰.

Se presenta a continuación la categorización del daño psicosocial:

3.4.1. Daños morales

Las afectaciones propias de los daños morales conllevan expresiones de dolor, aflicción, sentimientos de desesperación, desasosiego, temor y zozobra causados a las víctimas y sus allegados (Consejo de Estado, 2014), que afectan el honor, la reputación y el equilibrio (Centro Nacional del Memoria Histórica, 2014), así como el menoscabo en sus valores y creencias significativos. Están presentes en este tipo de daño sentimientos como indignación ante la burla, el desprecio y la estigmatización ejercidos por los actores armados que transgreden la dignidad y honorabilidad de las víctimas; se transgreden los sistemas de creencias y valores de las personas, limitan o imposibilitan su capacidad de

¹⁰ En este documento se presentan los principales aspectos sobre el daño psicosocial, tomando como base la taxonomía del daño presentada desde diferentes perspectivas como son la jurídica actualizada por el Consejo de Estado (2014), psicosocial (Bello & Chaparro, 2011) y de memoria histórica (Centro Nacional del Memoria Histórica, 2014).

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

disfrute de la vida, restringiendo el ejercicio de prácticas interactivas que sentaban las bases para el reconocimiento y la identidad no solo individual sino grupal o colectiva.

3.4.2. Daños en el proyecto de vida

Se relacionan con las transformaciones o afectaciones en las identidades, la autonomía y el empoderamiento (Bello & Chaparro, 2011). Las bases con las que se configura un proyecto de vida se sustentan con las dimensiones existenciales del SER, TENER, HACER O ESTAR. La capacidad de decidir emprender una meta o proyecto se relaciona con las definiciones que de sí misma ha hecho una persona, las historias que otros cuentan sobre ella, los recursos materiales, relacionales y psicológicos de los que dispone, lo que hace y el territorio que habita. La guerra rompe abruptamente estas nociones de quién se es, pues cambia el relato biográfico de personas, familias o comunidades enteras; por consiguiente, la guerra transforma elementos que facilitaban el marco referencial para decir quién se era, en la medida en que destruye las fuentes de honorabilidad, estabilidad y seguridad (material y espiritual), debilitando las bases necesarias para realizar una proyección futura individual o colectiva (Bello & Chaparro, 2011).

También, la guerra impide el ejercicio autónomo sobre la propia vida en la medida en que coarta la libertad e incrementa las dependencias para decidir. Lo anterior se traduce en un debilitamiento de los niveles de empoderamiento. En estos daños se reflejan también las afectaciones psicosociales que sufren las familias tras la ocurrencia de los hechos de violencia, en la medida en que cambian abruptamente los roles que daban sentido a quién se era en la familia y quiénes eran como familia.

3.4.3. Daños psicoemocionales

Estos daños se relacionan directamente con el mundo emocional, cognitivo-simbólico y comportamental. Los hechos de violencia en el marco de la guerra lesionan la integridad psicológica, imprimiendo huellas como el sufrimiento emocional, caracterizado por el dolor, el miedo a que se repita la experiencia, la culpa por haber sobrevivido mientras que otros no, la frustración y rabia por la forma en que la vida cambió de forma inesperada. Así mismo, suelen habitar pensamientos desesperanzadores que le restan energía a la capacidad de ilusionarse o proyectarse nuevamente, animados por la incertidumbre que queda tras la irrupción de la violencia. Ello interfiere en el mundo relacional, paralizando a las personas frente al encauzamiento de sus vidas, muchas veces encontrando en el silencio y en el aislamiento formas para afrontar emociones como la tristeza, desconfianza, culpa, vergüenza, rabia y miedo, producto de la ocurrencia de los hechos de violencia, lo que, a su vez, deteriora las relaciones familiares y comunitarias.

3.4.4. Daños socioculturales

Hacen referencia a las lesiones y transformaciones sufridas en los vínculos y nivel relacional que trastocan las creencias, valores y formas de vivir de las comunidades (Centro Nacional del Memoria Histórica, 2014), elementos necesarios para la construcción de identidad grupal y colectiva. Las formas comunes de expresión de estos daños se relacionan con la fragmentación del tejido social, la instalación de climas de desconfianza y noción del enemigo interno, que conlleva al sostenimiento de rumores y señalamientos, exacerbando el conflicto comunitario. Estos daños involucran también lo que los actores armados generan contra las comunidades étnicas, los cuales lesionan su patrimonio e identidad cultural y su equilibrio espiritual, conllevando a la pérdida de

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

costumbres, tradiciones y mecanismos propios de resolución de conflictos, al igual que aquellas lesiones en contra de cualquier colectivo debido a sus convicciones políticas o sociales, que se caracterizan por la estigmatización, señalamientos, persecución y exclusión.

3.4.5. La interseccionalidad en el abordaje de los daños psicosociales

Para el abordaje de los daños psicosociales, la interseccionalidad se constituye como una herramienta que permite a los equipos psicosociales realizar cruces de categorías de las formas en que la sociedad se organiza, asignando lugares diferentes a las personas que ostentan distintas identidades de manera simultánea (Association for Women's Rights in Development, 2004). Es decir, esta estrategia busca reconocer la intersección de diferentes identidades y contextos biofísicos y sociales, construyendo identidades dinámicas y complejas, en lugar de sectores incomunicados entre sí. De esta manera, la interseccionalidad en la atención psicosocial reconoce las múltiples dimensiones del ser, por lo tanto, una atención simultánea a todas, sabiendo que son móviles e inseparables.

3.4.6. Discapacidad y afectaciones psicosociales en el marco del conflicto armado

La Corte Constitucional establece que “el conflicto armado y el desplazamiento forzado son fenómenos que causan y exacerbando la discapacidad. El grado de discriminación, aislamiento y exclusión que sufren a diario las personas con discapacidad se ve agudizado por el conflicto y el desplazamiento” (Corte Constitucional, 2009). Al presentarse situaciones como estas, las PcD no son reconocidas como tal y afrontan barreras adicionales tanto en el espacio físico como en su relación con otras personas y con su entorno.

Dentro de los riesgos reconocidos por la Corte (2009) y que generan discriminación y exclusión se encuentran los relacionados con barreras actitudinales, de acceso al entorno físico, el transporte, la información y la comunicación, la afectación a las estructuras y capacidades familiares, pérdida de redes sociales y del entorno, obstáculos agravados para el acceso, permanencia y adaptabilidad al sistema educativo en NNA, para mayores de 15 años no solo en lo relacionado con el sistema educativo sino también con programas de capacitación laboral acorde a sus necesidades y para la población en edad productiva, la inserción al sistema económico y el acceso a oportunidades laborales y productivas. También, muchos se enfrentan al deterioro o pérdida de su entorno familiar y social, lo cual limita sus posibilidades de participar de forma autónoma e independiente.

Dentro del proceso de atención psicosocial en lo individual, familiar, comunitario y colectivo étnico, deben tenerse en cuenta características como las diferencias que generan el hecho victimizante, las singularidades de cada caso y la existencia de la discapacidad antes del hecho o como consecuencia de este, entre otros. La atención psicosocial debe centrarse en identificar los recursos existentes y la forma de potenciarlos con el apoyo del Estado y de las instituciones que lo conforman, para vincular redes operantes que apunten a mejorar el bienestar físico, mental y social de las PcD.

3.4.7. Daño transgeneracional y conflicto armado

La existencia de casi 60 años de conflicto armado en Colombia y el fuerte impacto psicosocial que ha generado su forma de operar en la vida de las personas, familias y comunidades ha llevado a que en algunas familias estas afectaciones permanezcan y

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

sean transmitidas de generación en generación. Por ello, en algunas dinámicas familiares, los daños que se configuraron en la primera generación por la vivencia directa del hecho victimizante, los NNA (segunda y tercera generación) los experimentan sin comprender su origen y proceder. La noción de daño que se transmite y se configura en la siguiente o siguientes generaciones va adquiriendo significados y formas de manifestación propias, dado que el distanciamiento con el hecho de violencia se va haciendo mayor de una generación a otra.

3.4.8. Daños psicosociales en los NNA víctimas del conflicto armado

A lo largo del conflicto armado, los NNA han sido victimizados de distintas maneras, algunos por la acción directa del hecho victimizante y otros por la ocurrencia del hecho sobre la familia o algún miembro del sistema familiar. Si bien esta estrategia se enmarca en los daños psicosociales y no en los hechos de violencia, para efectos de la atención dirigida a NNA el abordaje de estos daños reconoce, además de lo anterior, las particularidades que algunos hechos de violencia han generado y desde allí se propone la siguiente mirada:

Cuando se presenta un hecho de violencia, la dinámica relacional se transforma generando en cada uno de sus miembros impactos diferentes. Existen algunas dinámicas familiares en las que se niega o no surgen espacios para hablar acerca de lo sucedido. Esto hace que los NNA no encuentren un escenario propicio para conversar acerca de lo que ocurrió recientemente o en el pasado. En algunos casos, se privilegia el impacto emocional que ha dejado el hecho de violencia en los adultos de la familia, desconociendo las afectaciones que este pudo dejar en la vida emocional, psicológica, física y social de los NNA. Esto ocurre cuando se tiene la falsa premisa de que por su condición de niñez o adolescencia no comprenden lo que sucedió ni se cuestionan frente a ello.

Lo anterior ha generado que el NNA vivencie de manera solitaria el hecho de violencia. Sus emociones de rabia, frustración, tristeza, temor, entre otras, quedan silenciadas en la dinámica familiar y son contenidas por ellos mismos a través de sus propios recursos sin contar con un espacio para nombrarlas y re-significarlas.

Es por lo anterior que la atención psicosocial está orientada a construir espacios de confianza y seguridad donde el NNA pueda dialogar en torno a sus comprensiones sobre el conflicto armado, de las emociones generadas alrededor de esta experiencia y de los posicionamientos que puede asumir frente al ello como hombres/mujeres/hijos (as)/hermanos (as), estudiantes/víctimas/NNA.

3.4.8.1. *Daños psicosociales en NNA víctimas directas del reclutamiento forzado*

El Reclutamiento Ilícito ha generado cambios, transformaciones y afectaciones psicosociales diferenciales en los NNA, sus familias y comunidades, las cuales se pueden revisar en el Anexo Técnico de la Estrategia de Atención Psicosocial

3.4.8.2. *Daños psicosociales en NNA víctimas directas de violencia sexual*

En el marco del conflicto armado, este hecho de violencia tiene el propósito de causar dolor, generar miedo, silenciar, vulnerar los derechos de las víctimas y mostrar el control y poder de los actores armados sobre las comunidades. Particularmente, la violencia sexual y otras violencias basadas en el género ejercida en las niñas, las adolescentes y

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

las mujeres adultas han generado un efecto desproporcionado y diferenciado¹¹. Sin embargo, no se puede desconocer que este hecho victimizante también lo han vivido niños y adolescentes hombres, y es un delito que tiene un fuerte impacto emocional, familiar, social y cultural.

La violencia sexual es un hecho que no solo genera agresión física, sino que también atenta contra la identidad, dignidad e integridad del NNA. Luego de la experiencia de este hecho de violencia, los NNA presentan cambios en la relación con su cuerpo y sentimientos de tristeza, rabia, impotencia, miedo, temor, inseguridad e incapacidad para realizar actividades de la vida cotidiana, esto se debe a que el hecho de violencia ultrajó y violentó su cuerpo. En ocasiones, esos sentimientos pueden ser difíciles de representar, y por ello la atención psicosocial debe estar relacionada con la construcción de un espacio de confianza en el que ellas y ellos puedan representar de diferentes formas sus emociones y pensamientos recurrentes.

3.4.8.3. *Daños psicosociales en NNA víctimas directas de Minas Antipersonales (MAP) y Munición Sin Explotar (MUSE)*

Es importante comprender que una de las afectaciones psicosociales que deja la vivencia de este hecho de violencia está relacionada con la necesidad de rehabilitación física, en donde el NNA se ve inmerso en la incorporación de nuevas dinámicas de cuidados, terapias, adaptación a prótesis y demás procesos de salud que acompañan la medida de rehabilitación.

En estas situaciones, los NNA experimentan cambios en relación con su cuerpo, en algunos casos, la exposición a artefactos MAP y MUSE, causa discapacidad de manera inmediata o progresiva, generando en el NNA ajustes en sus dinámicas personales, familiares y sociales, y también el reconocimiento y visibilización de recursos que no conocía. Este tránsito en la historia de vida puede generar sentimientos de rabia, culpa, impotencia, temor e incertidumbre frente al futuro, pero también la puesta en marcha de otras habilidades, fortalezas y potencialidades tanto del NNA como de su familia. En algunos casos se activa la red de apoyo familiar reorganizándose su dinámica a favor del bienestar integral del NNA, en otros, asumir esta nueva situación desborda la capacidad de respuesta de la familia o el sistema cuidador, limitando las posibilidades de desarrollo, ajuste y recuperación del NNA.

Teniendo en cuenta lo anterior, la atención psicosocial debe estar enfocada a desarrollar el reconocimiento de capacidades, recursos para el afrontamiento y potencialidades de los NNA y su sistema cuidador, así como facilitar la representación de los sentimientos que surjan alrededor de los cambios físicos y la noción de identidad que puede reconfigurarse como resultado de la vivencia de este hecho victimizante.

3.4.9. *Daños psicosociales en los y las jóvenes víctimas del conflicto armado*

A continuación, se presentan las afectaciones psicosociales más comunes en los y las jóvenes víctimas del conflicto armado: ruptura de sus expectativas de vida y de la capacidad de proyectar sueños e intereses a futuro, dificultades en el ejercicio pleno de sus derechos, cambios en las relaciones familiares, afectivas y/o sociales, las cuales en algunos casos son fragmentadas y distanciadas por la dinámica del conflicto armado y

¹¹ Tomado del artículo “La violencia sexual en contra de las mujeres como estrategia de despojo de tierras en el conflicto armado colombiano” (Céspedes, 2010), en donde se describe el operar de los actores armados específicamente en lo relacionado con el ejercicio de poder que han tenido sobre las mujeres a través del delito de violencia sexual y violencias basadas en género.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

por los impactos que este mismo tiene sobre la persona, la familia y la comunidad, dificultades en la culminación de los estudios en educación básica, media o superior, sentimientos de temor, incertidumbre, tristeza, frustración, rabia, entre otros, los cuales en ocasiones son difíciles de reconocer, expresar y contener por parte de los y las jóvenes; también, dificultades económicas que limitan su sostenimiento independiente y el de su familia, discapacidad por actos terroristas, MAP/MUSE que puede generar la deserción del proceso educativo y reducir las posibilidades de desarrollar su vida productiva, familiar y social, ruptura y desarraigo cultural de los y las jóvenes étnicas y/o pérdida de prácticas culturales por la ruptura de los diálogos intergeneracionales y de transmisión de los conocimientos culturales de la comunidad o grupo étnico.

Por ello, la atención psicosocial debe estar encaminada al reconocimiento de sus recursos para el afrontamiento, capacidades y potencialidades. Asimismo, se debe promover su rol activo, posibilitando de esta manera la construcción y puesta en marcha de sus propuestas de cambio, las cuales pueden ser aportes significativos para sí mismos, su familia y su comunidad.

3.4.10. Daños psicosociales en personas adultas mayores

El conflicto armado colombiano ha afectado a las personas mayores de manera diferenciada; las ha puesto en desventaja con sus pares y las ha sometido a un peligro mayor de que sus derechos sean vulnerados. Están más expuestas a la victimización, pues oponen más resistencia al desplazamiento forzado, y corren un alto riesgo de abandono y marginación por su menor capacidad de respuesta en situaciones de riesgo y emergencia relacionadas con el conflicto armado. Además, las víctimas mayores son más propensas al desarraigo y a la exclusión social en sus lugares de residencia, por los pocos recursos personales, familiares y sociales de los que disponen para adaptarse, y enfrentan un gran riesgo de ver deteriorada su calidad de vida, su salud y alimentación, pues como consecuencia del conflicto armado pierden sus medios de generación de ingreso y el apoyo familiar, se hacen más dependientes y eso dificulta la estabilización socioeconómica.

Reconocer los roles que la persona adulta mayor tiene dentro de su familia o en la comunidad, directamente relacionado con construcciones culturales y sociales, permite comprender la importancia que los procesos participativos tienen en la identidad de esta población; la ocurrencia de hechos en el marco del conflicto armado significa, entre otras cosas, la pérdida de estos roles y con ello sentimientos de frustración, angustia y muchas otras emociones que se derivan del abrupto cambio en su proyecto de vida. Dejar de ser la persona responsable de proveer a su familia el cuidado, la protección y el sustento, para pasar a ser una persona que experimenta una posible dependencia funcional, emocional o económica, hace que las personas adultas mayores vean más limitada la posibilidad de retomar su vida a nivel individual, familiar y social, en un tiempo que se concibe más corto con respecto al proceso de envejecimiento.

3.4.11. Identidades de género, orientaciones sexuales y daños psicosociales en el conflicto armado

El continuum de violencia en el que se instala el conflicto armado opera desde el prejuicio, la discriminación y las desventajas sociales que estos implican, así como en los roles que tradicionalmente han asumido hombres y mujeres en la sociedad. Teniendo en cuenta que los efectos del conflicto son desproporcionados en las mujeres, es importante, cuando se trabaje con ellas, reconocer el proyecto de vida que tenían antes de los hechos

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

violentos, así como la manera en que ha cambiado y el lugar que le dan a las afectaciones que han sufrido.

En este marco, el enfoque transformador es fundamental en la atención a las mujeres, pues permite proveer de herramientas para que la situación en la que viven las mujeres no sea de nuevo opresiva y de control por parte de los hombres de su familia o comunidad. Este enfoque es importante para la atención en todos los niveles (individual, familiar, comunitario y colectivo étnico).

Por otra parte, es importante reconocer que, en los conflictos armados alrededor del mundo, los hombres han sido los que tienen el rol de enfrentamiento y combate. En este contexto, se debe repensar la masculinidad simultáneamente desde el enfoque de género y desde el enfoque transformador. La aplicación de este enfoque permite a los hombres reflexionar sobre su propio rol y la manera como construyen las relaciones entre ellos mismos, con las mujeres y con las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas.

Frente a las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas en el conflicto armado, la atención psicosocial debe generar espacios de confianza y seguridad donde las personas de estos sectores sociales puedan hablar de sus afectaciones. Buscando su elaboración, especialmente estaría relacionada con la construcción de una relación de confianza hacia el Estado, toda vez que con frecuencia es quien los sanciona. De igual manera, se deben reconocer cuáles han sido las relaciones con el núcleo familiar y las respuestas que a esas primeras violencias han dado las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas.

3.4.12. Violencia sexual en el marco del conflicto armado

Dado el impacto que genera la violencia sexual en la vida de las personas, familias y comunidades, por los usos que de esta han tenido los actores armados, tanto del Estado como al margen de la ley, así como la relación que guarda con los continuum de violencia, y siguiendo la normatividad vigente, la violencia sexual como delito de lesa humanidad reconoce una serie de conductas que van más allá del acceso carnal violento. En este sentido, la violencia sexual no tiene como objetivo vulnerar el cuerpo de las mujeres en sí mismo, sino el cuerpo social de la comunidad. Tiene efectos directos en las relaciones familiares y comunitarias de las mujeres, pero también en las relaciones intracomunitarias a través del miedo, la zozobra y la culpa.

Así, la violencia sexual genera afectaciones en la identidad propia de las mujeres, su dignidad y su relación consigo mismas. Este tipo de violencia genera un impacto contundente sobre la emocionalidad de las mujeres, no solo de quienes han sufrido los hechos directamente, sino en las mujeres a su alrededor, produciendo además sensaciones de preocupación y angustia por sus hijas y demás parientes mujeres. Esto conduce a contemplar que la violencia sexual puede generar daños transgeneracionales. Tanto en el caso de las niñas como de las mujeres adultas e incluso adultas mayores, la violencia sexual afecta directamente su proyecto de vida, no solo en los planes para el futuro, sino en sus relaciones con los hombres, el placer sexual, los imaginarios sobre los hombres, entre otros.

En las personas con orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas debe tenerse en cuenta que la violencia sexual es el hecho victimizante más reportado en el RUV. Es muy importante tener en cuenta que este tipo de violencia está, como en

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

el caso de las mujeres, relacionada con los continuum de discriminación y violencia que estas personas vivieron en la vida cotidiana previa al conflicto.

De igual manera, la violencia sexual en el conflicto armado es usada como una forma de “corrección”, en algunos casos, o como una forma de demostrar la virilidad propia. Así, el manejo de las afectaciones producidas por esta violencia particular sobre las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas pasa por el reconocimiento de sí mismas como sujetos diferentes a la norma, pero no inferiores.

3.4.13. Daños colectivos del conflicto armado en el pueblo rom o gitano y las comunidades afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras

A través de los decretos con fuerza de ley que legitiman a estos grupos étnicos como población víctima del conflicto armado, se reconoce que estas afectaciones se reflejan en los siguientes daños específicos, los cuales impactan las dinámicas sociales y culturales de cada una de las comunidades y kumpaño:

3.4.13.1. Daño colectivo¹²

cuando la acción viola la dimensión material e inmaterial, los derechos y bienes de los grupos étnicos como sujetos colectivos de derechos. Esto implica una mirada holística de los daños y afectaciones que estas violaciones ocasionan. La naturaleza colectiva del daño se verifica con independencia de la cantidad de personas individualmente afectadas. Se presentan daños colectivos, entre otros, cuando se vulneran sistemáticamente los derechos de los integrantes de la colectividad por el hecho de ser parte de ella.

3.4.13.2. Daño individual con efectos colectivos¹³

cuando el daño sufrido en el marco del conflicto armado por una víctima individualmente considerada, perteneciente a un grupo étnico, pone en riesgo la estabilidad social, cultural, organizativa, política, ancestral o la capacidad de pervivencia cultural y permanencia como grupo. Cuando se produzca un daño individual con efectos colectivos, este se asimilará al daño colectivo, y el pueblo o la Comunidad a la que pertenece el afectado se entenderá como sujeto étnico colectivo víctima.

3.4.13.3. Daño a la integridad étnica y cultural¹⁴

cuando se manifiesta pérdida o deterioro de la capacidad para la reproducción cultural, la conservación y transmisión intergeneracional de su identidad. Se produce un daño étnico cultural colectivo cuando el evento afecta los derechos territoriales, el patrimonio cultural y simbólico de las comunidades, las formas de organización, producción y representación propias, así como los elementos materiales y simbólicos sobre los que se funda la identidad étnica cultural. Para los individuos de estos grupos, el daño étnico y cultural se manifiesta en la pérdida de la integridad étnica como miembro de su comunidad y/o pueblo, la cual trae como consecuencia la asimilación cultural forzada y menores oportunidades para el GED.

Es de esta manera que la atención psicosocial para víctimas étnicas del conflicto armado

¹² Estas definiciones fueron tomadas del artículo 6º del Decreto 4634, y artículo 6º del Decreto 4635 de 2011.

¹³ Estas definiciones fueron tomadas del artículo 7º del Decreto 4634 y artículo 7º del Decreto 4635 de 2011

¹⁴ Estas definiciones fueron tomadas del artículo 8º del Decreto 4634 y artículo 8º del Decreto 4635 de 2011.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

en Colombia deberá tener un carácter transformador¹⁵, lo que implica que no se limitará al resarcimiento del daño material y espiritual, o al restablecimiento de la situación anterior al hecho victimizante, sino que también se verá complementada por acciones que contribuyan a la eliminación de los esquemas de discriminación y marginación que pudieron ser la causa de los hechos victimizantes.

Una de las premisas fundamentales dentro de la atención es la declaración del territorio étnico como víctima del conflicto¹⁶. Es necesario, por lo tanto, realizar una operación de restitución, saneamiento y reconstrucción. Se hace énfasis en este ítem, ya que el territorio juega un papel fundamental dentro de las dinámicas de las comunidades anteriormente citadas, no solo a nivel material y de abastecimiento, sino también en lo espiritual y ritual. Por consiguiente, la atención psicosocial debe ser integral y efectiva, según la comunidad lo requiera. Además, debe articularse con los acervos y las tradiciones culturales de las comunidades.

3.5. Afrontamiento y Resiliencia

El afrontamiento se entiende como la puesta en marcha de recursos que exigen una valoración de los sucesos, en términos de comprensión, significados y estimación de las capacidades de respuesta a estos acontecimientos. Su fin último es de adaptación y restauración del equilibrio (Boxer, Sloan-Power, Mercado & Schappell, 2012). Los recursos para el afrontamiento ante la adversidad se comprenden como aquellos elementos que las personas o comunidades despliegan ante la violencia. Estos elementos hacen parte del acervo personal o colectivo y son aprendizajes que surgen a partir de los cambios que tuvieron que hacer para enfrentar el conflicto armado. Son los medios para la realización de estrategias que permitan reconstruir sus proyectos de vida, elaborar la afectación moral y restablecer las relaciones que son significativas.

El afrontamiento es fundamental para el proceso de atención psicosocial, pues se centra en la posibilidad de reconocer lo que ya han hecho las víctimas y lo que podrían seguir haciendo en el marco de la rehabilitación; si bien esto no le resta responsabilidad al Estado, la atención psicosocial se basa en el reconocimiento de que se trabaja con sujetos activos que han estado enfrentando la adversidad.

Por su parte, la resiliencia se ha descrito con diversas acepciones. La más recurrente la describe como la capacidad de un individuo —o de una familia— para enfrentarse a circunstancias adversas, condiciones de vida difíciles, a situaciones potencialmente traumáticas y recuperarse saliendo fortalecido y con más recursos.

En la resiliencia se pueden diferenciar dos componentes, a saber: primero, la capacidad para protegerse y manejar situaciones potencialmente destructivas, como lo es el afrontamiento, y segundo (más allá de esa resistencia a la presión), la capacidad de desarrollar una conducta vital positiva, a pesar de las circunstancias difíciles. Es fundamental valorar que la relación entre afrontamiento y resiliencia es que el afrontamiento inicia cuando los eventos son inmediatos, pero la resiliencia es un proceso de mayor duración y sostenibilidad.

En el proceso de atención psicosocial, además de conocer los daños que ha dejado el conflicto en las personas, el/la profesional debe llevar a cabo un ejercicio en el que se

¹⁵ Esto hace referencia a las definiciones de los conceptos de Reparación Transformadora consignados en el artículo 28 del Decreto 4633 de 2011 y en el artículo 33 del Decreto 4634 de 2011.

¹⁶ De acuerdo a los establecido en los artículos 45 del Decreto 4633 de 2011 y 9° del Decreto 4635 de 2011.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

reconozcan y valoren las estrategias que le han permitido a la víctima sobrevivir. Se requiere promover la construcción de comprensiones y significados de lo ocurrido para así impulsar reconstrucciones que contribuyan al enriquecimiento, la recuperación del poder y el control como forma de rehabilitación de los daños padecidos.

4. PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

El presente apartado contiene elementos orientadores para cada uno de los momentos de la atención psicosocial para proseguir con sus modalidades de atención: Individual, Familiar, Comunitaria y Colectiva.

4.1. Momentos en la atención psicosocial

Como forma de orientación de las acciones de los equipos en territorio, la atención psicosocial en el marco del Papsivi definió unos momentos para el abordaje de la población víctima del conflicto armado, que aplican en las diferentes modalidades de atención:



Fuente: Minsalud (2017).

4.1.1. Alistamiento y análisis de contexto

Es indispensable que el equipo revise los análisis de contexto elaborados previamente, que los actualice o construya en los casos en que no exista y tenga presente un documento que dé cuenta de las particularidades del territorio, que permita comprender las características y manifestaciones de un grupo o comunidad que ha sido victimizada por el conflicto armado o puede estar en riesgo psicosocial por persistencia de esta violencia. Para ello se propone disponer de la siguiente información:

- Características geográficas, disponibilidad de mapas de la región, lugares de asentamiento
- Observación directa de la zona, que pueda dar cuenta de tipos de construcción, disponibilidad de servicios y manejo de desechos
- Información socioeconómica. Principales fuentes de trabajo, desempleo, instituciones educativas
- Análisis de situación de salud.
- Historia de la región - Procedencia de habitantes de la zona.
- Expresión del conflicto armado en la región

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

- Estado de atención a población víctima. Identificación del momento en que se llevó a cabo esta atención, cobertura, modalidades, lugares de atención
- Prejuicios basados en las identidades de género y las orientaciones sexuales; las diferencias culturales y étnicas; las personas con discapacidad, y los NNA como sujetos de derechos debido a que dichos prejuicios suelen generar a priori reacciones en quienes van a realizar las atenciones o el acompañamiento

4.1.2. Focalización y priorización

Se establecen los siguientes criterios para la focalización y atención a las víctimas:

- Población incluida en el Registro Único de Víctimas (RUV), según lo definido en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011.
- Población víctima que esté cubierta por las sentencias, autos y órdenes judiciales nacionales e internacionales que incluyen, entre otras: sentencias de Justicia y Paz, sentencias de Restitución de Tierras, autos de seguimiento a la Sentencia T-025 de 2005, medidas ordenadas en el marco de los Comités de Evaluación de Riesgo y Recomendación de Medidas (CERREM) y sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Para su atención se tendrá en cuenta el análisis y la disponibilidad de cobertura existente en el municipio donde residen las víctimas.
- Población étnica (pueblo gitano y comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras), según lo definido en los procesos de reparación colectiva y/o las sentencias judiciales de carácter nacional o internacional.
- Los criterios de priorización y focalización establecidos para los Módulos Étnicos del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del pueblo rom o gitano y las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, son los siguientes:
- Kumpaño víctimas sujetos de reparación colectiva que cuenten con diagnóstico de daño psicosocial elaborado.
- Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras víctimas sujetos de reparación colectiva que cuenten con diagnóstico de daño psicosocial elaborado.
- Kumpaño víctimas focalizadas y priorizadas por instituciones de nivel departamental y municipal que hagan parte del SNARIV, aunque en el momento no tengan Plan de Reparación Colectiva.
- Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras víctimas focalizadas y priorizadas por instituciones del nivel departamental y municipal que hagan parte del SNARIV, aunque en el momento no tengan Plan de Reparación Colectiva.
- Kumpaño víctimas priorizadas en sentencias, autos y órdenes judiciales nacionales y/o internacionales, teniendo en cuenta el análisis y la disponibilidad de cobertura existente en el municipio.
- Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras víctimas priorizadas en sentencias, autos y órdenes judiciales nacionales y/o internacionales, teniendo en cuenta el análisis y la disponibilidad de cobertura existente en el municipio.
- Por último, es importante aclarar que, si bien mediante estos mecanismos se han identificado casos individuales de sujetos étnicos que se encuentran, por su condición de víctima u otra, en las ciudades o municipios, lejos de sus comunidades y/o kumpaño, la metodología IAP propuesta para la atención psicosocial estará enfocada a permitir asociaciones y diálogos interculturales para que desde el entendimiento de la diversidad cultural se generen procesos de apoyo y acompañamiento.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

4.1.3. Acercamiento y reconocimiento

El encuentro con la o las víctimas podrá realizarse en una o dos sesiones, según la disponibilidad de las personas, grupo familiar o comunidad, con el apoyo del promotor psicosocial. Si se cuenta con la familia (grupo consanguíneo que comparte techo y funciones de cuidado y desarrollo de sus miembros), se inicia con el formato de acercamiento familiar.

Durante el momento de acercamiento y reconocimiento, se pretende establecer una conversación con la población víctima en la que se aborde al individuo, su familia o su comunidad de una manera lo más integral posible, se comprendan las áreas y formas en que se ha visto afectado/a por los hechos victimizantes ocasionados en medio del conflicto armado, y la manera como ha sido afrontado. A partir de esta información es posible acordar un proceso de atención psicosocial de acuerdo con las necesidades identificadas. El Papsivi cuenta diseñadas unas fichas de acercamiento y reconocimiento por modalidad de atención que manejan las dimensiones existenciales del individuo (ser, tener, hacer, estar) y enuncian una serie de pasos a seguir para el adecuado abordaje de la entrevista.

En este momento se pretende comprender la situación de la víctima, su familia o comunidad, así como el alcance de las acciones que desde los equipos psicosociales se pueden adelantar a partir de: (i) La comprensión de los recursos de afrontamiento, (ii) las afectaciones psicosociales identificadas, (iii) la Proyección futura, (iv) el análisis de estrategias y acciones para la atención psicosocial. y (v) las acciones propuestas de trabajo.

En cuanto al registro de la información, se han dispuesto los siguientes instrumentos de seguimiento y monitoreo: FICHA PAP 010. Registro General para Acercamiento y Reconocimiento Adultos [Aplica para las tres modalidades de atención (individual, familiar y comunitaria)], FICHA PAP 011. Registro Acercamiento y Reconocimiento Técnica Individual Grupal Adultos, FICHA PAP 012. Registro para Acercamiento y Reconocimiento Modalidad Individual Niños, Niñas y Adolescentes NNA y FICHA PAP 013. Registro para Acercamiento y Reconocimiento Modalidad Individual Grupal Niños, Niñas y Adolescentes NNA.

4.1.4. Inicio de los planes de trabajo concertados

Con base en el insumo aportado en el momento de Acercamiento y Reconocimiento, se da continuidad al proceso de atención llevando a cabo acciones dirigidas a apoyar los procesos de mitigación de daños e impactos que los hechos de violencia han generado en la población víctima. Para ello, la Estrategia de Atención Psicosocial tiene diseñadas una serie de Orientaciones Metodológicas por modalidad de atención. En cuanto al registro de la información relativa a este momento de la atención, se han dispuesto unos instrumentos de seguimiento y monitoreo que incluyen el momento de cierre y seguimiento de la atención: FICHA PAP 020. Registro General para Atención, Seguimiento y Cierre para Adultos y NNA [Aplica para las tres modalidades de atención (individual, familiar y comunitaria)], FICHA PAP 021. Atención, Seguimiento y Cierre Técnica Individual – Grupal para Adultos y NNA y FICHA PAP 030. Registro General de Asistencia.

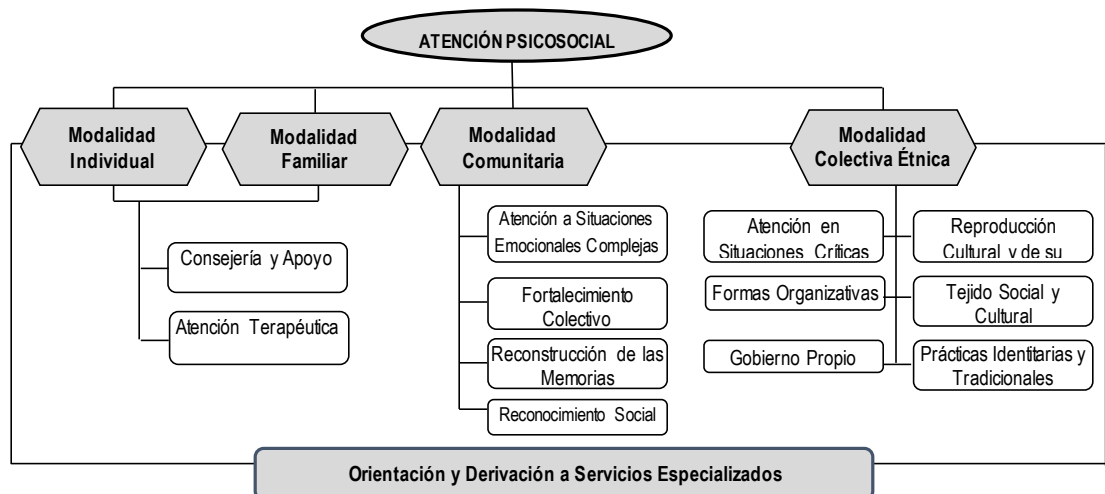
Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

4.1.5. Valoración para el cierre

Cada acción requiere de un permanente seguimiento, que proporcionará información de acuerdo con los objetivos planteados, si se promueven cambios informados y observados en la dirección esperada o no y la manera en que estos cambios contribuyeron a mitigar el daño psicosocial y sufrimiento emocional producto de los hechos victimizantes. En estas condiciones se van construyendo las bases para concluir el trabajo de acompañamiento o bien replantear y redirigir las acciones a otros niveles o focos.

En cuanto al registro de esta información, el instrumento de seguimiento y monitoreo es el mismo del momento de inicio de los planes de trabajo concertados, en razón a que tiene incluido un apartado específico para registro de la actividad de cierre y seguimiento: FICHA PAP 020. Registro General para Atención, Seguimiento y Cierre para Adultos y NNA [Aplica para las tres modalidades de atención (individual, familiar y comunitaria)], FICHA PAP 021. Atención, Seguimiento y Cierre Técnica Individual - Grupal para Adultos y NNA y FICHA PAP 030. Registro General de Asistencia.

4.2. Modalidades de atención



Fuente: Minsalud (2016).

La Estrategia de Atención Psicosocial del Papsivi tiene definidas cuatro modalidades de atención. Tanto las modalidades de la atención como las orientaciones metodológicas diseñadas en cada una de ellas responden a las dimensiones del daño psicosocial, las cuales no se configuran solamente en formas individuales, sino que también tienen expresiones familiares, comunitarias, colectivas y diferenciales:

- La dimensión individual refiere el daño moral, al buen nombre, el proyecto de vida, las lesiones físicas, emocionales y mentales;
- La dimensión familiar, en razón a cambios abruptos en los roles y estructuras familiares;
- La dimensión comunitaria está relacionada con los efectos del conflicto en el tejido social, visto en el temor, la desconfianza, el individualismo y la eliminación del “oponente”, entre otros efectos.
- La dimensión colectiva, que incluye los daños ocasionados a comunidades, grupos poblacionales y sectores sociales que comparten una identidad colectiva¹⁷.

¹⁷ NOTA: Las orientaciones colectivas dirigidas a la Atención Psicosocial para el pueblo gitano y las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, en este momento, no hacen parte de los documentos que integran la atención psicosocial,

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

4.2.1. Atención psicosocial en la Modalidad Individual

Comprende los procesos dirigidos a favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional que los hechos de violencia han generado en las víctimas. Esta modalidad de atención plantea la posibilidad de realizarse de manera individual propiamente dicha o en grupos cerrados sobre una temática específica.

La estrategia cuenta con dos formas de atención para esta modalidad, de acuerdo con la severidad y complejidad del daño psicosocial: a) Consejería y Apoyo (acciones dirigidas a problemáticas en las que, si bien se mantiene un nivel de funcionamiento y participación social, se requiere de apoyo de carácter preventivo) y b) Atención Terapéutica (procesos dirigidos a la estabilización emocional cuando han ocurrido circunstancias de violencia actual o pasada que ocasionan alguna forma de crisis).

4.2.2. Atención psicosocial en la Modalidad Familiar

En esta modalidad de atención es central comprender la familia desde una noción plural, amplia, diversa, no asociada únicamente al vínculo matrimonial, ya que puede tomar diversas formas, según los grupos culturalmente diferenciados en donde se releva el derecho de las personas a que configuren sus opciones para establecer una familia de manera libre. En el marco de la Estrategia se hace necesario brindar atención psicosocial a las víctimas, junto con los integrantes de su familia, procurando la reestructuración y fortalecimiento de los vínculos y las funciones de protección y apoyo que esta tiene. Siguiendo la estructura de la modalidad de atención individual, la estrategia también cuenta con dos formas de atención en lo familiar, de acuerdo con la severidad y complejidad del daño psicosocial: Consejería y Apoyo y Atención Terapéutica.

4.2.3. Atención psicosocial en la Modalidad Comunitaria

En la modalidad comunitaria se comprende a las víctimas del conflicto armado como seres sociales y parte de un sistema comunitario y a este como vincular dinámico, cambiante y de desarrollo espiritual, cultural, político, social, económico y solidario, se reconoce que en el marco del conflicto armado dicho sistema se puede afectar. Por esto, puede haber diferentes formas de expresión o configuración del daño psicosocial y del sufrimiento emocional, desde una perspectiva relacional, vincular y de tejido sociocultural de las víctimas individualmente consideradas. Por lo anterior, para la atención psicosocial en la modalidad comunitaria, la estrategia cuenta con cuatro niveles: Atención a Situaciones Emocionales Complejas, Fortalecimiento Colectivo, Reconstrucción de las Memorias y Reconocimiento Social.

4.2.4. Atención psicosocial en la Modalidad Colectiva Étnica para el pueblo gitano y las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

En esta modalidad de atención es fundamental comprender el impacto colectivo sobre las estructuras tradicionales, socioeconómicas, culturales y organizativas de estos grupos étnicos. Asimismo, es importante entender que la dimensión colectiva de los grupos étnicos no solamente determina su carácter colectivo en términos de garantía de sus derechos fundamentales, sino también en la configuración de sus cosmologías y del entendimiento del mundo en tanto su relación con este supone una integralidad (de todos

ello debido a que se requiere una consulta previa con estas comunidades. La descripción incluida es con fines informativos y de preparación para los equipos psicosociales.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

los elementos materiales e inmateriales) y un engranaje social y cultural específico.

Siguiendo la estructura de la modalidad de atención individual y familiar, esta modalidad cuenta con las siguientes formas de atención: a) atención colectiva de situaciones críticas, b) fortalecimiento de la capacidad para la reproducción cultural y la conservación y transmisión intergeneracional de su identidad, c) fortalecimiento de sus formas organizativas y del gobierno propio, d) fortalecimiento del tejido social y cultural, y, e) Fortalecimiento de prácticas identitarias y tradicionales.

4.2.5. Orientación y derivación a servicios especializados¹⁸

Se entiende como aquellas acciones dirigidas a la identificación de situaciones que pueden rebasar el ámbito del acompañamiento por su severidad o especificidad, por lo que se requiere atención especializada. La Ficha de Remisión a otros Servicios es la PAP040.

5. ESTRATEGIA COMPLEMENTARIA AL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

La Estrategia complementaria a la atención psicosocial, es un proceso paralelo a la Estrategia de Atención Psicosocial del Papsivi (MSPS, 2017), que permite la incorporación y puesta en práctica de conocimientos, habilidades y actitudes en los asesores, profesionales y promotores que realizan la atención psicosocial a las víctimas, de tal forma que se traduzca en acciones que contribuyan a la rehabilitación como parte del conjunto de medidas que componen la Reparación Integral a las víctimas del conflicto armado.

Es así como se propone la estrategia complementaria bajo una concepción de cuidado en conexión con las dimensiones del ser, la relación con el otro y su entorno. Procurando la generación de prácticas para la formación, la prevención del desgaste emocional y el seguimiento técnico.

En ese orden de ideas, el proceso complementario cuenta con tres componentes relacionados, que en su conjunto pretenden mejorar la calidad de los procesos de Atención Psicosocial a las Víctimas, mediante la cualificación del talento humano encargado de materializarla. Estos son:

- a) Formación
- b) Cuidado Emocional
- c) Seguimiento Técnico

Sumado a ello, se ha reconocido la necesidad de articular las acciones de formación y cuidado emocional, con un proceso de seguimiento técnico a la implementación de la metodología de atención psicosocial a las víctimas, cuya integralidad se traduce en procesos pertinentes y eficientes frente a:

- La elaboración y representación del sufrimiento emocional, así como la integración de la experiencia de violencia en la historia de vida de las víctimas.
- La reconstrucción de los vínculos, tejido social y cohesión sociocultural de las víctimas.

¹⁸ Esta acción se puede realizar desde cualquiera de las modalidades de atención psicosocial.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

- El fortalecimiento de recursos y estrategias de afrontamiento que afiancen la autonomía y participación de las víctimas como sujetos de derechos.

El eje de formación pretende desarrollar y consolidar conocimientos, habilidades y actitudes para la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado, mediante herramientas presenciales, virtuales y de autoaprendizaje, retomando los siguientes fundamentos pedagógicos:

- La educación popular
- La educación para la paz y la convivencia
- El enfoque de inteligencias múltiples

El eje de cuidado emocional busca desarrollar acciones institucionales, grupales e individuales para la prevención del agotamiento emocional y el estrés laboral con acciones basadas en la comprensión del *Ser Humano* en sus ámbitos físico, social y psicológico y el conocimiento del riesgo de afectación en cuatro nociones de conciencia:

- Conciencia de sí y del otro
- Conciencia corporal
- Conciencia del territorio
- Conciencia comunicacional

Finalmente, el eje de seguimiento está orientado a realizar acompañamiento técnico a profesionales y promotores psicosociales frente a la implementación de los lineamientos de la atención psicosocial, cargue de la información en el aplicativo web y valoración de la recuperación emocional de víctimas participantes del proceso de atención psicosocial.

5.1. Objetivos

5.1.1. Objetivo General

Garantizar procesos de atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado con calidad.

5.1.2. Objetivos Específicos

- Desarrollar y consolidar conocimientos, habilidades y actitudes para realizar la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en los equipos psicosociales del Papsivi.
- Desarrollar acciones institucionales, grupales e individuales para la prevención del agotamiento emocional y el estrés laboral de los equipos psicosociales del Papsivi.
- Realizar acompañamiento técnico a los profesionales psicosociales Papsivi, para mejorar sus habilidades, actitudes y coherencia con los lineamientos en la implementación de atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado como medida de Rehabilitación.
- Realizar seguimiento técnico para valorar la recuperación emocional de víctimas participantes del proceso de atención psicosocial.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

5.2. Eje de formación

5.2.1. Justificación

El proceso de formación en el ámbito de la Atención a las Víctimas del Conflicto Armado requiere del desarrollo, de por lo menos, tres elementos: conocimientos, habilidades y actitudes que permitan la apropiación conceptual, la utilización de las orientaciones de una manera autónoma y responsable, así como la incorporación de acciones afirmativas en los casos que sea necesario. Esto con el propósito de garantizar procesos de rehabilitación psicosocial de las víctimas de la violencia social y política, según lo establecido por la Ley 1448 de 2011.

Teniendo en cuenta que la conformación de los equipos psicosociales presenta rotación entre un periodo de implementación y otro, es indispensable que este trabajo promueva el diálogo entre quienes han tenido experiencia en vigencias anteriores y quienes la inician en este momento.

5.2.2. Objetivos

- *Objetivo General.* Desarrollar y consolidar conocimientos, habilidades y actitudes en los equipos psicosociales del Papsivi para realizar la atención psicosocial con enfoque diferencial e interseccionalidad a las víctimas del conflicto armado.
- *Objetivos Específicos.* a) Comprender los fundamentos legales y conceptuales de la estrategia de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado, asumiendo una postura crítica y proactiva. b) Generar o consolidar habilidades para la atención individual, familiar, comunitaria o colectiva étnica en los equipos psicosociales. c) Ejercer actitudes favorables que permitan la acción sin daño, el trato digno y la generación de confianza durante el proceso de atención psicosocial a las víctimas.

5.2.3. Componentes

- **Conocimientos.** Dominios de la atención psicosocial; Enfoques de la atención psicosocial: El daño psicosocial y herramientas de afrontamiento; El principio de la Interseccionalidad
- **Actitudes.** Respeto y aceptación de las diferencias; Trato digno a las víctimas; Disposición al servicio; Generación de alternativas; Reconocimiento de las poblaciones de especial protección constitucional; Reconocimiento reflexivo de imaginarios, prejuicios, estereotipos
- **Habilidades.** Empatía y Asertividad; Manejo de emociones; Pensamiento crítico y creativo; Toma de decisiones; Técnicas de atención psicosocial; Incorporación del análisis desde la interseccionalidad; Manejo de metodologías participativas

5.2.4. Herramientas y Actividades

Operativamente se cuenta con tres tipos de herramientas: las presenciales, las virtuales y las de autoaprendizaje.

- **Herramientas presenciales.** Realización de al menos dos (2) sesiones de formación orientadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Es deseable que sumando la primera y segunda sesión se puedan realizar al menos 40 horas de trabajo

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

presencial durante el año. Los contenidos se encuentran se encuentran definidos en documentos internos de lineamientos para la formación.

- Herramientas virtuales.
 - Curso virtual. La virtualidad: Es una oportunidad para el auto aprendizaje, por lo que pueden compartirse documentos, lecturas cortas, videos complementarios, entre otros, ya que estas herramientas, posibilita que enriquezcan lo trabajado presencialmente. En la actualidad el MSPS cuenta con cursos virtuales certificados por el SENA que tienen como objetivo fortalecer los aspectos conceptuales y metodológicos que hacen énfasis en la atención a víctimas con enfoque psicosocial para los dos componentes del Papsivi: atención psicosocial y atención integral en salud
 - Asistencia técnica virtual por el Ministerio de Salud y Protección Social. El Grupo Asistencia y Reparación a Víctimas de la Oficina de Promoción Social, prestará asistencia técnica a los territorios por medio de una relación continua con el equipo coordinador y/o el equipo articulador de los territorios respecto a la implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral (Papsivi). Esta se podrá realizar por diversos medios tecnológicos.
 - Herramientas de autoaprendizaje. (Estudio de Caso). Comprende las sesiones de trabajo mensual de aproximadamente 3 a 4 horas en el cual podrán presentar un caso complejo que un profesional o equipo estén atendiendo actualmente. La presentación del caso se hará durante 30 minutos con base en el esquema general que está en el descrito en extenso en el documento del Ministerio de Salud Estrategia Complementaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017) . El resto del tiempo se centra en los aportes técnicos de los colegas promoviendo un análisis crítico del manejo realizado. Es importante evitar los juicios y enfatizar en las fortalezas y debilidades de la atención realizada. La lectura de textos es fundamental y se inicia con el documento del Papsivi y los tomos de la estrategia de atención psicosocial que posteriormente se complementará con otros materiales que son seleccionados y puestos a disposición por el MSPS para los equipos psicosociales, con estas lecturas se espera lograr la apropiación de las orientaciones y contar con elementos conceptuales más amplios que la sustentan.

5.3. Eje de cuidado emocional

5.3.1. Justificación

La labor de apoyo a comunidades, grupos y personas en contextos violentos o de desastres tiene características diferentes a las de cualquier otro trabajo, en gran medida por cuanto supone una relación permanente con el sufrimiento humano. 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.

El Eje de Cuidado Emocional se fundamenta, en que la atención y apoyo terapéutico a la población víctima del conflicto armado en Colombia, demanda el desarrollo de actividades extramurales en zonas donde la situación de orden público es compleja, con labores que contienen altas cargas emocionales y de trabajo afectando diferentes dimensiones del ser humano como la emocional, trascendental, simbólico/cognitiva, comportamental, relacional y física.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

Este eje contiene actividades institucionales, grupales e individuales como la relevancia de afiliación de profesionales y promotores/as de los equipos al Sistema General de Riesgos Laborales a Clase de Riesgo V (Alto Riesgo), de acuerdo a lo expuesto en el Decreto 1563 de 2016 (Ministerio del Trabajo, 2016) y Decreto 0723 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013); el desarrollo de encuentros grupales de cuidado emocional con una periodicidad bimensual; y, el fomento de prácticas de protección cotidianas, así como de control de las fuentes generadoras de estrés laboral, que puedan estar afectando el bienestar y desempeño de los integrantes del equipo.

5.3.2. Objetivos Eje Cuidado Emocional

- *Objetivo General.* Orientar el desarrollo de acciones institucionales, grupales e individuales para la prevención del agotamiento emocional y el estrés laboral de los equipos psicosociales del Papsivi.
- *Objetivos Específicos.* a) Identificar fuentes y señales de desgaste emocional y estrés laboral derivadas de la función de acompañamiento que cumplen los profesionales y promotores/as de los equipos psicosociales. b) Realizar encuentros grupales de cuidado emocional, de acuerdo con las orientaciones técnicas definidas para tal fin. c) Fomentar prácticas cotidianas de autocuidado, en procura de la salud y bienestar integral de cada integrante del equipo psicosocial. d) Promover acciones de control de las fuentes generadoras de estrés laboral, que pueden estar afectando el bienestar y desempeño de los integrantes del equipo.

5.3.3. Componentes

En consonancia con los lineamientos técnicos del Ministerio para la atención a las víctimas del conflicto armado, el cuidado emocional también es visto desde una perspectiva psicosocial la cual indica que “*el apoyo se brinda en una dimensión relacional y biográfica, pero también en contextos políticos e históricos concretos*” (MSPS, 2017). La perspectiva psicosocial señala que las manifestaciones de desgaste en los equipos son formas de responder ante las altas cargas emocionales y de trabajo que se reciben en contextos de vulneración de derechos, así mismo insta a que el cuidado emocional sea visto como un proceso que aliente la creación de prácticas de protección cotidianas en el individuo, el grupo de trabajo y la institución. Con base en la propuesta desarrollada por la Corporación AVRE (Ministerio de Justicia y del Derecho., Corporación AVRE, 2012), es importante establecer como componentes del Cuidado Emocional, cuatro elementos que se centran en la conciencia y se destacan a continuación.

- **Conciencia de sí y del otro:** Comprende el tipo de vínculos que establezco y mantengo con otros, dentro de los que está el cuidado y autocuidado. De qué manera encuentro en los recursos del otro apoyo y viceversa, de qué manera mis recursos pueden brindar apoyo al otro. Responsabilidad en el trato con las víctimas.
- **Conciencia corporal:** Reconocer señales físicas, emocionales y mentales. De qué manera yo reconozco el estar aquí y el ahora de todas las emociones y sensaciones que se deriven de la atención a las víctimas del conflicto armado.
- **Conciencia del territorio:** Reconocer riesgos en los territorios, especialmente en aquellos donde la situación de orden público en determinadas zonas puede ser compleja.
- **Conciencia comunicacional:** Reconocer de qué manera puedo abrir conversaciones sobre lo que siento, buscar ayuda y ayudar a otro. Identificar las diferentes formas en

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

que establecemos comunicaciones con las víctimas, los/las compañeros/as de trabajo, las instituciones y conmigo mismo.

5.3.4. Herramientas

5.3.4.1. *Herramientas Individuales*

Hace referencia a todas aquellas acciones que realiza el/la profesional y promotor psicosocial para controlar los factores internos y externos que pueden afectar su salud y desempeño. Son prácticas cotidianas que se realizan en procura de la salud y bienestar integral de cada integrante del equipo. Para ello, se pueden seguir las siguientes recomendaciones de prevención del agotamiento emocional y el estrés laboral, se mencionan algunas dentro de muchas: (International Rehabilitation Council for Torture Victims. - IRCT, 2011).

- Identifique y reconozca la contribución positiva que usted realmente hace a las personas a quienes sirve.
- Haga descansos y no trabaje fuera de su horario.
- Busque tiempo para pasarlo con amigos o familia.
- Tome las cosas con más calma y busque tiempo para estar a solas.
- Consiga supervisión, consulta o apoyo para casos difíciles.
- Establecer pequeñas metas en el desarrollo del trabajo permite una mayor percepción de logro y así se desarrolla una actitud para considerar que en las siguientes ocasiones la meta se alcanzará con mayor facilidad.
- Tenga en cuenta la posibilidad de rotar o hacer cambios en las funciones de su trabajo.
- Procure entrenamiento en el manejo de ansiedad y estrés ante situaciones de crisis en la atención a los usuarios.
- Cuídese físicamente, aliméntese bien, descanse, duerma.
- Aprenda técnicas de relajación, yoga y otras, para optimizar las condiciones de afrontamiento.
- Reconozca que puede sentirse mal o agotado física o emocionalmente.

5.3.4.2. *Herramientas Grupales*

Apoyándonos en el trabajo de Aron y Llanos (Arón, 2004) se sugieren algunos factores protectores que aportan al cuidado y bienestar de los equipos:

- Condiciones mínimas de seguridad relacionadas con el desempeño laboral: resguardos a la integridad personal en el trabajo; espacios de vaciamiento y descompresión en relación con las problemáticas recibidas; espacios que permitan afianzar y fortalecer conceptualmente a los equipos; compartir la responsabilidad de las decisiones riesgosas y de acciones que puedan poner en riesgo la vida e integridad de algún profesional.

Estilos de liderazgo y de supervisión de los lugares de trabajo: establecer relaciones de confianza y espacios de distensión en el equipo; lograr estilos de supervisión protectores y fortalecedores de los recursos propios en cada uno de los miembros del equipo; aumentar estilos de liderazgo democráticos que ayuden a interacciones y dinámicas positivas y fomentar espacios para resolver conflictos de una forma adecuada.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”

5.3.4.3. Herramientas Institucionales.

Se recomienda a la entidad que implemente la estrategia psicosocial, las siguientes medidas (Millán, 2015) tendientes al cuidado de los equipos dedicados a la atención de personas víctimas, algunas de ellas:

- Garantizar la afiliación de trabajadores, independientemente de su forma de vinculación al sistema general de riesgos laborales, para la implementación de planes y programas de seguridad y salud en trabajo, para la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
- Promover planes, programas y acciones de bienestar laboral, que incluya a los/las servidores/as públicos/as independientemente de su modalidad de contratación.
- Adoptar medidas de prevención del riesgo psicosocial dentro de las cuales se pueden contemplar: Asegurar las condiciones mínimas laborales y de seguridad, la formación en herramientas psicosociales para el cuidado emocional, el registro de las fuentes de malestar, entre otros.
- Adoptar medidas de atención de las afectaciones psicosociales, entre las que se encuentran el apoyo psicológico, preferiblemente con una instancia ajena a la institución y/o la derivación al sistema de salud en caso de ser necesario.
- Se recomienda que los riesgos en salud ocupacional y los factores de riesgo psicosocial, sean intervenidos de igual manera desde las Administradoras de Riesgos Laborales.
- Facilitar espacios grupales estructurados o grupos de apoyo para la expresión de las emociones y preocupaciones relacionadas con los casos y/o problemáticas recibidas.
- Facilitar espacios para el estudio de casos representativos de manera interdisciplinaria o posibilitar grupos de intercambio de experiencias de profesionales y técnicos en el área.
- Incorporar actividades lúdicas o de coaching para el manejo de temas organizacionales propios de los equipos: Responsabilidades compartidas, relaciones de confianza, liderazgos democráticos.
- Realizar intervención a empleados y grupos que reporten altos niveles de estrés, con técnicas de relajación, fortalecimiento de habilidades para el trabajo (atención, análisis de casos, manejo del tiempo, técnicas de afrontamiento, autonomía frente al trabajo).

5.3.4.4. Actividades Generales

El Eje Cuidado Emocional considera acciones institucionales, grupales e individuales y requiere el desarrollo conjunto de las siguientes actividades generales:

- Información Sociodemográfica de los Equipos de Atención. En la fase de Alistamiento para el desarrollo de la Estrategia de Atención Psicosocial, el equipo de talento Humano seleccionado deberá contar con un registro de las características sociodemográficas el que apoyará el registro de usuarios para el acceso del Aplicativo Papsivi¹⁹
- Articulación Territorial. Acorde a los lineamientos técnicos del Ministerio para la implementación del Papsivi, se han dispuesto recursos para la cotización al Sistema General de Riesgos Laborales de los equipos Papsivi, bajo el Código 5851501

¹⁹ Corresponde a la denominación de la herramienta web, que dispone el Ministerio de Salud y Protección Social para el registro de las acciones realizadas en el marco del Papsivi

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

denominado ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO, que a su vez corresponde a CLASE DE RIESGO V (ALTO RIESGO). La afiliación a trabajadores independientes que laboran en actividades de alto riesgo se encuentra regulada en el Decreto 1563 de 2016²⁰, y el Decreto 0723 de 2013²¹ y en concordancia con sus artículos 15, 16 y 17 existen una serie de obligaciones para los Contratantes, Contratistas y Administradoras de Riesgos Laborales respectivamente.

Se requiere la articulación del empleador con la ARL desde el momento de contratación de los equipos, de tal manera que se formule un plan de trabajo que incluya actividades presenciales o virtuales que contenga recomendaciones de promoción y prevención del riesgo laboral, asistencia técnica y estilos de vida saludables. El reporte de dichas acciones de articulación la debe realizar directamente el empleador al Ministerio de Salud y Protección Social, con una periodicidad bimensual.

- Jornadas de cuidado, para la prevención del agotamiento emocional y el estrés laboral. En los Lineamientos técnicos para la implementación del Papsivi, el Ministerio tiene presupuestado un rubro para el Cuidado Emocional, que deben ser programados al finalizar cada ciclo de atención o bimestralmente. Para el desarrollo de cada jornada de cuidado emocional, el Ministerio brinda lineamientos para el desarrollo de actividades específicas dirigidas al cuidado. Cada encuentro grupal será realizado por una persona externa a los equipos, tendrá una duración de ocho horas y se trabajará lo siguiente:
 - Espacio reflexivo sobre situaciones personales que están emergiendo en la vida de los integrantes de los equipos y pueden estar interfiriendo en la atención.
 - Expresión del desgaste emocional que la labor de atención a víctimas puede estar generando.
 - Expresión del estrés laboral por temas administrativos y operativos.
 - Actividades lúdicas para el trabajo en equipo.

5.4. Eje de seguimiento técnico

5.4.1. Justificación

Teniendo en cuenta que la Atención Psicosocial constituye una medida de Rehabilitación dentro del conjunto de medidas de Reparación Integral a víctimas del conflicto armado en Colombia, se hace necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social implemente una Estrategia que monitoree la calidad de la atención brindada a las víctimas, así como los niveles de recuperación emocional y psicosocial frente a las afectaciones del daño psicosocial generadas por las violaciones graves y manifiestas a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

Esta estrategia, de seguimiento técnico de la implementación de las orientaciones metodológicas propuestas para la Atención Psicosocial, permitirá realizar oportunamente los ajustes metodológicos y actitudinales en las personas responsables de su implementación, lo cual contribuye a incorporar el enfoque de Acción Sin Daño. Así

²⁰ Por el cual se adiciona al capítulo 2 del título 4 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, una sección 5 por medio de la cual se reglamenta la afiliación voluntaria al sistema general de riesgos.

²¹ Decreto 723 de 2013 “por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo y se dictan otras disposiciones”

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

mismo, permitirá analizar los niveles de recuperación y mitigación del daño psicosocial y del sufrimiento emocional de las víctimas.

5.4.2. Objetivos

- *Objetivo General.* Realizar seguimiento a los procesos de recuperación psicosocial de las víctimas y las acciones desarrolladas por los equipos psicosociales Papsivi, en el marco de la Estrategia de Atención Psicosocial.
- *Objetivos Específicos.* a) Monitorear los procesos de recuperación psicosocial de víctimas participantes en el proceso de atención psicosocial. b) Realizar acompañamiento técnico a los equipos psicosociales Papsivi para fortalecer sus conocimientos, habilidades, actitudes y coherencia con los lineamientos en la implementación de la atención psicosocial. c) Monitorear las prácticas de Atención Psicosocial a las víctimas, así como el registro de la información de este proceso en el aplicativo web del Papsivi. d) Realizar acompañamiento técnico a equipos psicosociales en el desarrollo de la atención psicosocial.

5.4.3. Herramientas y Actividades

5.4.3.1. Acompañamiento Técnico a los profesionales y promotores psicosociales.

Esta actividad consiste en acompañar técnicamente a los profesionales y promotores psicosocial en los procesos de atención psicosocial. Dicha asistencia debe estar encaminada en la comprensión de los lineamientos definidos en la Estrategia de Atención Psicosocial, las acciones de cuidado y autocuidado, contando así con información, de fuente primaria, acerca del proceso de atención psicosocial que realizan profesionales y promotores psicosociales en el marco del Papsivi.

Este acompañamiento se puede desarrollar de manera presencial y/o virtual (telefónica, videoconferencia o correo electrónico) y se debe garantizar de manera permanente al 100% de los profesionales y promotores psicosociales. La misma se debe programar y desarrollar mensualmente, y su reporte se presentará en los informes mensuales y periódicamente, en el *Informe de Consolidado Técnico de la Implementación del Programa* dispuesto por el Ministerio de Salud.

5.4.3.2. Acompañamiento técnico a casos y sesiones de Atención Psicosocial que realizan los equipos psicosociales.

Esta actividad consiste en acompañar técnicamente o asistir a algunas de las sesiones de atención psicosocial a víctimas en las diferentes modalidades: Individual, Familiar, Comunitaria y Colectiva Étnica, para que el asesor Psicosocial obtenga información, de fuente primaria, acerca del proceso de atención psicosocial que realizan profesionales y promotores psicosociales.

Durante el acompañamiento a sesiones, el rol del/la Asesor/a es de observador/a activo, participando de las actividades de atención psicosocial propuestas para el individuo, familia, comunidad o colectivo étnico, por cada profesional psicosocial. Se propone que el asesor/a no intervenga frente al desempeño del equipo psicosocial en presencia de las víctimas acompañadas. Para ello se propone que, desde el primer contacto con las víctimas, los equipos psicosociales informen de manera clara y cálida, que, en cualquier

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

momento del proceso de atención psicosocial, es posible que tuvieran el acompañamiento de un tercero, con el ánimo de mejorar la calidad del proceso.

Dicho acompañamiento debe buscar la identificación de aspectos por mejorar y buenas prácticas en el proceso de atención psicosocial a las víctimas, el conocimiento del estado emocional de los equipos, así como la apropiación de conocimientos, habilidades y actitudes que ponen en práctica durante la Atención Psicosocial a las víctimas del conflicto armado. La cantidad y tipología de casos se establecerá con el equipo técnico del Ministerio.

Instrumentos para el registro: Formato físico de Acompañamiento Técnico firmado por Asesor/a y equipo Psicosocial. Este lo integran 3 componentes²²:

- Conocimientos, habilidades y actitudes del equipo psicosocial.
- Estado emocional del equipo psicosocial: Considerando los tres ámbitos de la Estrategia de cuidado emocional: ámbito físico, ámbito psicológico y ámbito social.
- Seguimiento al registro en el Aplicativo Web

5.4.3.3. Seguimiento al cargue y registro de la información en el aplicativo web

Esta actividad busca monitorear los tiempos y calidad en que los equipos psicosociales efectúan el registro de las atenciones psicosociales en el aplicativo web del PAPSIVI. Dicha actividad busca monitorear los niveles de calidad de la información registrada del proceso de atención psicosocial a las víctimas que realizan los equipos psicosociales e implementar medidas que permitan su mejoramiento continuo.

En el Documento *Procedimiento para la auditoría de la información registrada y cargada en el Aplicativo Papsivi* ²³del Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra descrito todo el lineamiento técnico para desarrollar estas acciones

Instrumentos para el registro: Ficha PAP A-1

5.4.3.4. Entrevistas a víctimas para valorar sus niveles de recuperación psicosocial

Esta actividad se propone para complementar el seguimiento técnico brindado a los equipos psicosociales, mediante la voz primaria de personas participantes del proceso de atención psicosocial. Esta actividad busca establecer los niveles de recuperación psicosocial de víctimas participantes del proceso de atención psicosocial del Papsivi.

Procedimiento: Mediante un formato de entrevista semi-estructurada²⁴ se obtiene información de las víctimas que recibieron acompañamiento técnico por parte del/la Asesor/a Psicosocial, durante algunas sesiones de atención psicosocial realizadas por los integrantes del equipo psicosocial a cargo del caso. Será el formato que guíe la entrevista a víctimas que participaron del proceso de atención psicosocial y será utilizado únicamente por Asesores Psicosociales y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Instrumento para el Registro:

²² Los instrumentos detallados para la realización de estas actividades se encuentran en el documento de Estrategia Complementaria – Munay. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017)

²³ Documento interno que integra los lineamientos para la ejecución del Papsivi.

²⁴ Disponible en el documento Estrategia complementaria de Atención Psicosocial – Munay (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017)

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones*”

- Formato Entrevista Semi-estructurada para la valoración de la recuperación psicosocial
- Formulario electrónico. En el que se registrará la información recolectada mediante el formato de entrevista semi-estructurada

5.4.3.5. Asistencia Técnica a Asesores Psicosociales

Esta actividad, busca fortalecer aquellas debilidades conceptuales y metodológicas frente a la implementación de la Estrategia de Atención Psicosocial, así como socializar las buenas prácticas, a través de Asistencia técnica. La actividad busca realimentar a los asesores psicosociales acerca de las buenas prácticas encontradas, así como aspectos técnicos por mejorar de los equipos psicosociales en los procesos de atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado. La actividad se lleva a cabo con el respectivo Coordinador Técnico

Instrumentos para el registro: Formato de Asistencia Técnica²⁵

²⁵ Disponible en el documento Estrategia complementaria de Atención Psicosocial – Munay (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017)

Continuación de la resolución *“Por la cual se adopta el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado y se dictan otras disposiciones”*

REFERENCIAS

- Arón, A. y. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*. 2004. *Sistemas Familiares (1-2)*, 5,15.
- Colombia. Congreso de la República. (10 de junio de 2011). Ley 1448. Ley de víctimas y restitución de tierras. (D. O. 2011, Ed.) Bogotá, Colombia.
- International Rehabilitation Council for Torture Victims. - IRCT. (2011). *Manual de Buenas Prácticas y Gestión en el Centro de Trauma. Aspectos Estructurales del Estrés Laboral – Cuidado para los Cuidadores*. Manual, Copenhagen.
- Millán, H. (2015). El riesgo de agotamiento emocional en funcionarios de estado en el contexto de la atención a víctimas del conflicto armado. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá: Documento Interno.
- Ministerio de Justicia y del Derecho., Corporación AVRE. (2012). *Cuidándonos. Programa de formadores en autocuidado*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (15 de abril de 2013). Decreto 0723 de 2013. Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *ESTRATEGIA COMPLEMENTARIA A LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL*. Documento interno. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Estrategia de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado. En el marco del programa de atención psicosocial y en salud integral a víctimas - Papsivi*. Recuperado el febrero de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/estrategia-psicosocial-Papsivi.zip>
- Ministerio del Trabajo. (30 de septiembre de 2016). Decreto 1563 de 2016. Colombia.

*