

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO 2405 DE****2021****(31 DIC 2021)**

Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública –PDSP 2012-2021

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por los artículos 173, numeral 3, de la Ley 100 de 1993, 6 de la Ley 1438 de 2011 en desarrollo del artículo 11 de la Ley 1751 de 2015, numerales 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, y 2 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que, conforme a los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, quien, en el marco del principio de universalidad, garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a los habitantes del territorio nacional.

Que la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-025 de 2004 declaró la existencia de un estado de cosas inconstitucional para la población desplazada, e impartió varias órdenes encaminadas a superar la vulneración masiva y continua de los derechos de dicha población y *"asegurar que el deber de protección efectiva de los derechos de todos los residentes del territorio nacional, sea cumplido y los compromisos definidos para tal protección sean realizados con seriedad, transparencia y eficacia"*.

Que, la autoridad constitucional, mediante la Sentencia T-045 de 2010, ha destacado la necesidad de una atención psicosocial para la prestación integral de servicios de salud a las víctimas del conflicto armado dadas sus necesidades particulares, especialmente en lo referido a la recuperación de los impactos producidos por su exposición a eventos traumáticos desencadenados por la violencia.

Que la Ley 1448 de 2011, *"Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno"*, estableció un conjunto de medidas administrativas, sociales y económicas, de carácter individual y colectivo, siguiendo el principio de *enfoque diferencial*, en beneficio de las víctimas del conflicto armado definidas en el artículo 3 de la citada Ley como *"Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° Enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno"*.

Que, de conformidad con los compromisos internacionales asumidos por el Estado Colombiano, también serán tenidas como víctimas aquellas personas reconocidas administrativa o judicialmente a través de los instrumentos, procedimientos o medios de protección previstos, aprobados o ratificados por la Ley.

Que la Ley 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones", estableció en su artículo 2 que la salud es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable, que incluye *"el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción"*

mt

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

de la salud" y, en su artículo 11, que las víctimas del conflicto armado gozarán de especial protección por parte del Estado, por lo cual se deben definir procesos de atención psicosocial y salud integral de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

Que de conformidad con el artículo 2.2.1.11 del Decreto 1084 de 2015, "*por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación*", las entidades del nivel nacional y territorial deben trabajar armónicamente para garantizar el goce efectivo de los derechos de las víctimas en los términos del artículo 3 de la Ley 1448 de 2011.

Que en cumplimiento a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, este Ministerio formuló el Plan Decenal de Salud Pública-PDSP 2012-2021, adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013, a partir de ocho dimensiones prioritarias: salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, y salud en el ámbito laboral; a su vez definió dos dimensiones transversales: gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, concebidas como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y coordinación de acciones sectoriales, comunitarias y transectoriales para mejorar la salud de la población.

Que la dimensión transversal "*Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables*" del mencionado plan decenal contiene el componente "*Víctimas del Conflicto Armado Interno*" descrito en el numeral 8.1.4.6 de su anexo técnico el cual determinó como meta que el país cuente con un capítulo específico en el mismo Plan, dirigido a garantizar el acceso a la salud y mejorar las condiciones de dicha población, en el marco del enfoque diferencial.

Que, con fundamento en lo anterior, se elaboró el capítulo diferencial para la Población Víctima del Conflicto Armado en Colombia, que tiene como objetivo asegurar acciones diferenciales en salud pública para dicha población, tendientes a garantizar el acceso a los servicios de salud, a mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables. Asimismo, se enmarca en el enfoque diferencial, concebido como un imperativo de acción pública en los marcos normativos y de política nacionales e internacionales, a través de los cuales se reconoce la existencia de poblaciones como las víctimas de violencia, que por sus características particulares se encuentran en condición de desventaja y de una mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud.

Que la formulación de este capítulo fue el resultado de un amplio proceso técnico y participativo, a partir de fases de consulta, formulación, validación, reglamentación, socialización e implementación, que incluyó el diálogo con la población víctima del conflicto armado, a través de sus líderes, lideresas y demás representantes en 30 encuentros departamentales, incluida la Mesa Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas del Conflicto Armado como instancia formal y legal de representación de esta población.

Que, en dichos encuentros se identificaron las necesidades y expectativas legítimas de esta población en relación con su salud, y sus resultados, una vez validados en el Plenario Nacional con la Mesa de Participación Efectiva de Víctimas realizado el 26 de julio del 2017 y el 12 de diciembre de 2018, así como los aportes allí recibidos y los recopilados a la fecha fueron incorporados a la propuesta de Capítulo Diferencial de Víctimas del Conflicto.

Que, conforme a lo anterior, se hace necesario adoptar el Capítulo Diferencial para la Población Víctima del Conflicto Armado en Colombia y modificar la Resolución 1841 de 2013.

En mérito de lo expuesto,

WZ

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el artículo 1 de la Resolución 1841 de 2013, modificada por la Resolución 050 de 2021, el cual quedará así:

"Artículo 1. Plan decenal de salud pública. Adóptese el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 el cual será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones.

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

El Plan Decenal de Salud Pública estará conformado por tres anexos técnicos, esto es: Plan Decenal de Salud Pública-PDSP 2012-2021, Capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia y Capítulo Diferencial de la población víctima de conflicto armado, los cuales harán parte integral de la presente resolución.

Parágrafo. Los capítulos indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia y el diferencial para la población víctima del conflicto armado, adoptados mediante este acto, constituirán un insumo fundamental para la formulación del siguiente Plan Decenal que, de implicar ajustes y complementariedades, serán construidas en el marco de los espacios participativos de las comunidades indígenas a través de las organizaciones y sus representantes, en especial la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas y de la población víctima de conflicto armado, respectivamente".

Artículo 2. Modifíquese el artículo 2 de la Resolución 1841 de 2013, modificada por la Resolución 050 de 2021. el cual quedará así:

"Artículo 2. Responsabilidades de las entidades territoriales. Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar y adoptar los contenidos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud y coordinar su implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que para el efecto defina este Ministerio.

Para la incorporación y desarrollo de los capítulos adoptados mediante la presente resolución se tendrá en cuenta lo siguiente:

2.1. Capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia

Para el desarrollo del capítulo Indígena de los pueblos y comunidades en los planes territoriales de salud, las entidades territoriales propiciarán los espacios de participación, en garantía del diálogo con ellos, a través de sus representantes, para la inclusión de acciones propias e interculturales de los aspectos socio culturales de la población indígena, que les permita ampliar y comprender mutuamente el conocimiento de su situación de salud. Para este fin deberán:

- a) Elaborar la priorización en salud pública, teniendo en cuenta los instrumentos de planeación propia de y, i.) Definirán, organizarán y convocarán, la participación de actores comunitarios pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas, ii.) convocarán los actores comunitarios que harán presencia en las mesas de trabajo para la formulación de los PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud y iii.) Vincularán a los actores comunitarios, las autoridades propias y/o tradicionales, sabedores de la medicina ancestral y de las estructuras propias de salud de las comunidades indígenas definidas, en el marco del proceso de planeación integral en salud, con el fin de profundizar en el reconocimiento integral y comprensión de las condiciones particulares en que se encuentra este grupo y los factores socioculturales que inciden en su situación de salud, y iv) Gestionarán los procesos de participación y brindarán acompañamiento y apoyo a todas las instancias, respetando su autonomía.
- b) Definir, con la participación de los pueblos y comunidades indígenas, los lineamientos para la incorporación de las variables propias e interculturales, así como incorporar información socio

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

cultural de la población indígena, en los Análisis de Situación de Salud territoriales, que les permita comprender y ampliar el conocimiento de la situación de salud de los pueblos y comunidades indígenas, en coherencia con los lineamientos y metodologías dispuestas por este Ministerio para la elaboración del Análisis de la Situación de Salud (ASIS).

- c) Elaborar el componente estratégico y de inversión plurianual del PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud, tomando como referente las líneas estratégicas planteadas en el Capítulo étnico de los pueblos y comunidades indígenas para cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP.
- d) Elaborar el componente operativo y de inversión del PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud, así como el Plan Anual de Salud - PAS.

2.2. Capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia

Para la incorporación del capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en los planes territoriales de salud, las entidades territoriales propiciarán los espacios de participación para la garantía del diálogo y la concertación con la población víctima del conflicto armado, lo cual implica:

- a) Identificar y convocar a las mesas de participación de víctimas del nivel municipal, distrital, departamental y nacional a las que hace referencia la Ley 1448 de 2011, pudiendo incluir, a miembros o representantes de la Mesa Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas del Conflicto Armado a los espacios participativos de formulación de los Planes Territoriales de Salud.
- b) Propiciar los espacios de diálogo y participación de los representantes de la población víctima del conflicto armado al desarrollo de los momentos de identificación y comprensión integral de las condiciones en que se encuentra la población víctima del conflicto armado, de los factores diferenciales que inciden en su situación de salud y de las acciones y respuestas diferenciales que se incorporarán a los Planes Territoriales de Salud en sinergia con los demás instrumentos y procesos de gestión en el territorio.

Parágrafo. Este Ministerio orientará y asesorará la implementación y el desarrollo del capítulo indígena del PDSP, en el marco del SISPI."

Artículo 3. Modifíquese el artículo 6 de la Resolución 1841 de 2013, el cual quedará así:

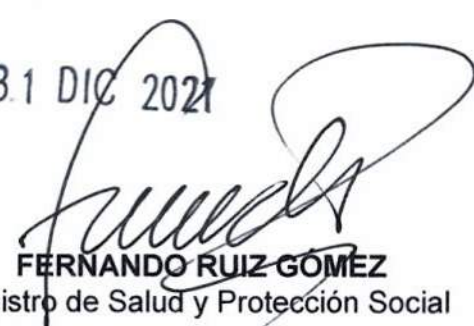
"Artículo 6. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y hasta la entrada en vigencia del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, en consecuencia, los plazos aquí establecidos que culminen el 31 de diciembre de 2021 se entenderán prorrogados hasta que se expida el nuevo Plan Decenal de Salud Pública"

Artículo 4. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a los

31 DIC 2021


FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
Dirección de Epidemiología y Demografía
Dirección de Promoción y Prevención
Oficina de Promoción Social
Dirección Jurídica

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

ANEXO TÉCNICO

CAPÍTULO DIFERENCIAL PARA LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA

PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

PDSP 2012 - 2021

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	8
1 ANTECEDENTES.....	8
2 MARCO CONCEPTUAL.....	9
2.1 La violencia y su relación con la salud.....	9
2.2 El conflicto armado en Colombia y sus efectos en la salud.....	10
2.3 La salud en el post-acuerdo: nuevas perspectivas.....	10
2.4 Enfoque diferencial.....	11
3 CONTEXTO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO.....	12
3.1 Caracterización general de la población víctima del conflicto armado.....	12
3.1.1. Hechos victimizantes declarados por la población víctima del conflicto armado.....	12
3.1.2. Estructura demográfica.....	13
3.1.3. Distribución territorial de la población víctimas del conflicto armado según distrito y departamento de residencia.....	13
3.1.4. Movilidad por desplazamiento.....	16
3.2 Caracterización de las condiciones de vida y salud de la población víctima del conflicto armado.....	15
3.2.1. Morbilidad atendida.....	15
3.2.2. Discapacidad.....	16
3.2.3. Afiliación y acceso al sistema.....	17
3.2.4. Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI).....	17
3.2.5. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional.....	18
3.2.6. Dimensión Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables en la Población Víctima del Conflicto Armado.....	23
4 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	24
4.1 Objetivo general.....	24
4.2 Objetivos estratégicos.....	24
5 LÍNEAS ESTRATÉGICAS DIMENSIONES PRIORITARIAS.....	24
5.1 Dimensión salud ambiental (SA).....	25
Definición de la dimensión salud ambiental.....	25
Objetivo general de la dimensión salud ambiental.....	25
Objetivos específicos de la dimensión SA.....	25
5.2 Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles (VSCNT).....	27
Definición de la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles.....	27
Objetivo general de la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles.....	27
Objetivos específicos de la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles.....	27
5.3 Convivencia social y salud mental (CSSM).....	28
Definición de la dimensión convivencia social y salud mental.....	28
Objetivo general de la dimensión convivencia social y salud mental.....	29
Objetivos específicos de la dimensión convivencia social y salud mental.....	29
5.4 Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos (SDSR).....	30
Definición de la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.....	30
Objetivo general de la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.....	30
Objetivos específicos de la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.....	30

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

5.5	Seguridad alimentaria y nutricional (SAN)	32
	Definición de la dimensión alimentaria y nutricional	32
	Objetivo general de la dimensión alimentaria y nutricional	32
	Objetivos específicos de la dimensión alimentaria y nutricional	32
5.6	Vida saludable y enfermedades transmisibles (VSET)	33
	Definición de la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles	33
	Objetivo general de la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles	34
	Objetivos específicos de la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles	34
5.7	Salud y ámbito laboral (SAL)	35
	Definición de la dimensión salud y ámbito laboral	35
	Objetivo general de la dimensión salud y ámbito laboral	36
	Objetivos específicos de la dimensión salud y ámbito laboral	36
5.7.	Salud pública en emergencias y desastres (SPED)	37
	Definición de la dimensión salud pública en emergencias y desastres	37
	Objetivo general de la dimensión salud pública en emergencias y desastres	37
	Objetivos específicos de la dimensión salud pública en emergencias y desastres	37
6.	LÍNEAS ESTRATÉGICAS DIMENSIONES TRANSVERSALES	39
6.1.	Gestión diferencial de poblaciones vulnerables (GDPV)	39
	Definición de la dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables	39
	Objetivo general de la dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables	39
	Objetivos específicos de la dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables	39
6.2.	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria (FASN)	42
	Definición de la dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria	42
	Objetivo general de la dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria	42
	Objetivos específicos de la dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria	42
7.	INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DIFERENCIAL PARA LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN LA PLANEACIÓN TERRITORIAL EN SALUD	44
7.1.	Competencias	44
7.2.	Lineamientos	45
8.	RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES	46
8.1.	Responsabilidades de los departamentos, distritos y municipios	46
8.2.	Responsabilidades de las entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas a compensar, administradoras de los regímenes Especial y de Excepción	47
8.3.	Responsabilidades de las instituciones prestadoras de servicios de salud	47
8.4.	Responsabilidades de los Comités Territoriales de Justicia Transicional	47
9.1	Responsabilidades de la población víctima del conflicto armado	47
8.5.	Responsabilidades de los miembros de la Mesa Nacional y Departamentales de Participación Efectiva de la Población Víctima del Conflicto Armado	47
8.6.	Responsabilidades de las Organizaciones Defensoras de Víctimas y de Derechos Humanos	48
8.7.	Responsabilidades del Subcomité Técnico de Medidas de rehabilitación	48
9.	FINANCIACIÓN	48
10.	MONITOREO Y EVALUACIÓN	48
11.	BIBLIOGRAFÍA	49

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

INTRODUCCIÓN

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

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

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

- El primero, presenta los fundamentos conceptuales, políticos, normativos y de diagnóstico que permitieron la identificación de un conjunto de respuestas y prioridades en salud para la población víctima del conflicto armado,
- El segundo contiene una propuesta de objetivos estratégicos y líneas de acción, intersectoriales y comunitarias para cada una de las dimensiones del PDSP 2012-2021. Es resultado de análisis técnicos y procesos de concertación con los representantes de la población víctima frente a sus condiciones de salud, las desigualdades que dichas condiciones representan en comparación con la población general y las respuestas que actualmente existen, con el fin de reconocer cuáles son los principales asuntos hacia los que se deben dirigir los esfuerzos y recursos disponibles. El tercero señala los lineamientos que definen la ruta para la incorporación del enfoque diferencial de la población víctima del conflicto armado a través de los Planes Territoriales de Salud. Tiene en cuenta el uso de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud y señala la articulación con iniciativas como el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), y en especial con los Planes de Acción Territorial (PAT), como el principal instrumento que a nivel territorial permite planear y materializar la respuesta a las necesidades de protección, asistencia, atención y reparación integral de esta población y,
- El cuarto y último apartado presenta los mecanismos de financiación para la implementación del capítulo, las responsabilidades de los distintos actores frente al mismo y el diseño e integración del modelo de monitoreo y evaluación de este capítulo en relación con lo ya definido para el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

1 ANTECEDENTES

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

La condición de víctima del conflicto armado agrupa un sector poblacional que ha sufrido la vulneración de sus derechos debido a la situación de violencia vivida y su definición está dada por la Ley 1448 de 2011 en su artículo 3, en los siguientes términos:

"Se consideran víctimas, (...) aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al derecho internacional humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de derechos humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno".

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

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Ahora bien, la Corte Constitucional, en sentencia C-052 de 7 de febrero de 2012 declaró exequible dicha disposición normativa en el entendido de que *"también son víctimas aquellas personas que hubieren sufrido un daño, en los términos del inciso primero de dicho artículo"*

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

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

El sector salud viene incorporando el enfoque diferencial en las políticas públicas que lidera, siendo el principal antecedente en dicha materia el presente PDSP 2012-2021 concebido como *"una apuesta de política pública por la equidad en salud, la cual se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas"* y que define desde su anexo inicial la formulación de este capítulo como una parte de este que precisa una respuesta diferencial a la situación de salud de la población víctima.

En consecuencia, este capítulo desarrolla una de las estrategias del componente de víctimas del conflicto armado interno incluido en la dimensión *"Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables"*, la cual reconoce las diferencias entre distintos grupos poblacionales y la exigencia de responder con medidas pertinentes y adecuadas a las necesidades de las poblaciones en las que dichas diferencias significan desventaja o están relacionadas con múltiples causas que generan inequidades, y que desarrolla el objetivo planteado de *"Asegurar las acciones diferenciales en salud pública entre la población víctima del conflicto armado tendiente a garantizar el acceso, a mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancias con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del capítulo específico para esta población..."*.

Para cumplir con este objetivo se definieron como metas, la formulación de un capítulo específico para las víctimas del conflicto armado que direcciona la ruta de la salud pública para esta población. Lo anterior vinculado a un modelo de atención integral en salud en el que las entidades territoriales cuenten con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctimas del conflicto armado.

2 MARCO CONCEPTUAL

2.1 La violencia y su relación con la salud

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

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

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

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

2.2 El conflicto armado en Colombia y sus efectos en la salud

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

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

Así, el número de muertes, hospitalizaciones e incapacidades desde 1990, ubicaron la violencia en un plano prioritario para el sector salud. Los estudios indicaban que el homicidio y las lesiones no fatales intencionalmente infligidas generaban el 25% de los días saludables perdidos, carga muy por encima de las enfermedades infecciosas, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. (Ministerio de Salud, 1994)

Los análisis sobre las características de las personas afectadas por el conflicto señalan que las mayores víctimas directas de homicidios han sido hombres, mientras que las mujeres han sido más afectadas por el desplazamiento. Concomitantemente los hombres ocupan los primeros lugares como víctimas de desaparición forzada, masacres y minas antipersonales, mientras que las mujeres se convierten en las principales sobrevivientes como viudas o huérfanas del conflicto y padecen de manera acentuada la violencia de género, psicológica y la violencia sexual, física y moral. Además, un importante número de estas mujeres son cabezas de familia con hijos menores de edad a cargo (Hewitt, Juárez, & Parada, 2016); (Colombia Corporación Casa de la Mujer Trabajadora, Alianza Iniciativa de Mujeres Colombianas por la Paz, 2007).

Así mismo, el daño intergeneracional asociado con el número de niños y niñas nacidos en estos cerca de 60 años de conflicto armado incluye 965 personas nacidas a raíz del hecho victimizante delitos contra la libertad e integridad sexual según el Registro Único de Víctimas (RUV) a octubre de 2019.

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

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

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

2.3 La salud en el post-acuerdo: nuevas perspectivas

El Gobierno Nacional adelantó un proceso de negociación, con el actor armado de mayor incidencia - Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC-EP)- tendiente al logro de una solución pacífica al conflicto. Como resultado, en noviembre del año 2016 se ratificó el "Acuerdo para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" y se incorporó al ordenamiento constitucional, a través del Congreso de la República, mediante el Acto Legislativo 02 de 2017.

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

A su vez, este Ministerio, de manera conjunta con la Agencia para la Reincorporación y la Normalización – ARN, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas – UARIV y el Centro Nacional de

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Memoria Histórica - CNMH lideró el Plan Nacional de Rehabilitación para la convivencia y la no repetición que establece tres líneas de trabajo a saber:

- **Línea 1.** Articulación con los mecanismos del sistema integral de verdad, justicia, reparación y no repetición;
- **Línea 2.** Medidas para la recuperación emocional individual;
- **Línea 3.** Medidas de rehabilitación comunitaria y colectiva. Precisamente, en desarrollo de la segunda línea sobre medidas para la recuperación emocional individual, uno de sus objetivos es aumentar la oferta de atención psicosocial y en salud integral a víctimas del conflicto armado, por lo que este Ministerio ha venido avanzando en la construcción del "Módulo del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado – PAPSIVI para zonas rurales".

En el marco de la línea 3, relacionada con medidas de rehabilitación comunitaria y colectiva, cuyos objetivos son convocar y trabajar de forma colaborativa con todos los grupos poblacionales presentes en el territorio, agrupados principalmente en población víctima del conflicto armado, población civil, excombatientes de las FARC-EP u otros grupos armado ilegales, e integrantes activos y/o retirados de la Fuerza Pública, alrededor de procesos de construcción de paz, convivencia y reconciliación. Al respecto, este Ministerio ha avanzado en dos temas, por un lado, en el aumento de la oferta de la medida de rehabilitación psicosocial para grupos étnicos que hacen parte de Sujetos de Reparación Colectiva y, por el otro, en el diseño de la "Estrategia de Rehabilitación Psicosocial Comunitaria para la Convivencia y la No Repetición", la cual tiene como objetivo contribuir al diálogo entre diversos sectores sociales, reconocer el sufrimiento social ocasionado por el conflicto armado y fortalecer las capacidades comunitarias para promover la convivencia y la no repetición

Así mismo, este Ministerio ha diseñado técnicamente el Plan Nacional de Salud Rural, que tiene como objetivo general el hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades de las zonas rurales de Colombia, en especial los grupos y personas en condiciones de vulnerabilidad, asegurando cobertura, acceso, oportunidad, y calidad de las atenciones en salud, con un enfoque territorial, étnico y de género, para así lograr mejores resultados en salud y cerrar la respectiva brecha urbano-rural.

Como objetivos específicos, se encuentran proyectados los de (i) Cerrar la brecha urbano-rural vía el mejoramiento de los resultados en salud en las zonas rurales del país, (ii) consolidar un modelo especial de salud pública para zonas rurales, y con énfasis en la promoción y prevención, que permita brindar atención en los distintos entornos en donde viven las personas (hogar, vereda, corregimiento, etc.), los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, entre otros, (iii) Disminuir la brecha en afiliación de la población rural y disponer los medios para facilitar la continuidad en el aseguramiento en salud, (iv) Lograr el desarrollo y fortalecimiento de la infraestructura y dotación en las zonas rurales del país allí donde sea necesario, (v) Fortalecer las redes integrales de prestación de la oferta de servicios de salud y la disponibilidad y competencias del Talento Humano en salud en las zonas rurales del país, con miras a mejorar la oportunidad, resolutivez y la pertinencia de la prestación de los servicios de salud, (vi) Promover que todos los sectores del Estado incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas dirigidas a las zonas rurales del país, y con ello, abordar de manera efectiva los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud, (vii) Aunar esfuerzos intersectoriales para mejorar la salud materno-infantil, la salud nutricional, la prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles, la atención psicosocial para la recuperación emocional de las víctimas, la salud de los consumidores de sustancias psico-activas y la salud ambiental en las zonas rurales del país, (viii) Promover en las personas, familias y comunidades la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, el desarrollo humano y la calidad de vida en el ámbito rural y rural disperso, (ix) Acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades, en especial los grupos y personas en condiciones de vulnerabilidad y (x) Proteger especialmente en salud a los niños, niñas y adolescentes, en consideración a su interés superior del menor.

2.4 Enfoque diferencial

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

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Este enfoque implica reconocer y analizar las desigualdades injustas y evitables entre distintos grupos de población y adoptar respuestas focalizadas y acciones afirmativas específicas para superar dichas condiciones adversas. En efecto, se promueve la acción gubernamental y no gubernamental para el diseño de políticas y la definición de una oferta de bienes y servicios que responda de forma adecuada a las necesidades y aspiraciones legítimas de la población víctimas del conflicto armado.

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

3 CONTEXTO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

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

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

Lo anterior está complementado por el perfil de morbilidad, discapacidad y mortalidad por grandes causas, así como por algunos factores que condicionan su estado de salud, se mencionan algunas respuestas específicas del sistema de salud para esta población.

Luego se presenta el diagnóstico por dimensiones del PDSP. Este componente integra los hallazgos desde la perspectiva normativa y percibida de las necesidades de salud y constituye el soporte de evidencia que permitió la definición de objetivos, estrategias y metas.

3.1 Caracterización general de la población víctima del conflicto armado

La población en Colombia para el año 2021 es de 51.049.498 habitantes. De este total, el 18% está inscrito en el Registro Único de Víctimas (9.153.078). (RNI, UARIV, 2021); sin embargo, según el Sistema Integrado de Información para la Protección Social (SISPRO) con corte a 1 de julio de 2021, solamente 8.117.556 personas están plenamente identificadas como víctimas, de las que 229.365 que corresponden al 2,8% aparecen como fallecidas en la base de datos de nacimientos y defunciones del DANE; por tanto, la información que se presenta a continuación las excluye y representa a las 7.888.443 personas restantes de las que 1.234.482 que representa un 15,6% se auto reconoce como perteneciente a algún grupo étnico en el RUV, respecto a las cuales son afrodescendientes un 81,2%, seguido por la población indígena con 16,8% y por la etnia raizal y palenquera con el 1,4%.

3.1.1. Hechos victimizantes declarados por la población víctima del conflicto armado

Los hechos victimizantes declarados por la población víctima del conflicto armado se concentran en su mayoría en tres categorías así: el desplazamiento forzado constituye el evento de mayor magnitud con el 90,4%, con una diferencia amplia y el homicidio y la amenaza ocupan el segundo y tercer lugar cada uno con un 10,9% y 6,2% respectivamente. El porcentaje restante incluye los demás hechos victimizantes con un total de 7,4%.

Hecho victimizante	Número de Personas	Porcentaje
Desplazamiento forzado	7.131.274	90,4%
Homicidio	859.892	10,9%
Amenaza	491.997	6,2%
Desaparición forzada	149.815	1,9%
Perdida de bienes muebles o inmuebles	110.843	1,4%
Acto terrorista / atentados / combates / enfrentamientos / hostigamientos	76.710	1,0%
Confinamiento	66.453	0,8%

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Sin información	37.869	0,5%
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	32.436	0,4%
Secuestro	31.915	0,4%
Abandono o despojo forzado de tierras	28.186	0,4%
Lesiones personales psicológicas	13.007	0,2%
Lesiones personales físicas	12.948	0,2%
Minas antipersonal, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado	10.696	0,1%
Tortura	9.513	0,1%
Vinculación de niños niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	7.016	0,1%

Tabla 2. Fuente: Red Nacional de Información - Fecha Corte: lunes, 30 de junio de 2021

3.1.2.Estructura demográfica

La composición de la población por edad muestra que el 73% de la población víctima del conflicto armado tiene entre 15 a 64 años, el 18% tiene 14 años o menos y el 8% 65 años o más, porcentajes similares a los encontrados en la población general cuya concentración de población se encuentra en el grupo de 15 a 64 años con un 67.2%. Sin embargo, la pirámide poblacional de la población víctima del conflicto armado muestra mayor proporción de población entre los 10 a 29 años, superando a la población general en 10,7 puntos porcentuales tal y como se observa en la Figura 2 en la que se muestra una pirámide poblacional muestra la distribución de la población víctima del conflicto armado identificada plenamente en SISPRO, por grupos de edad y sexo en comparación con la población general.

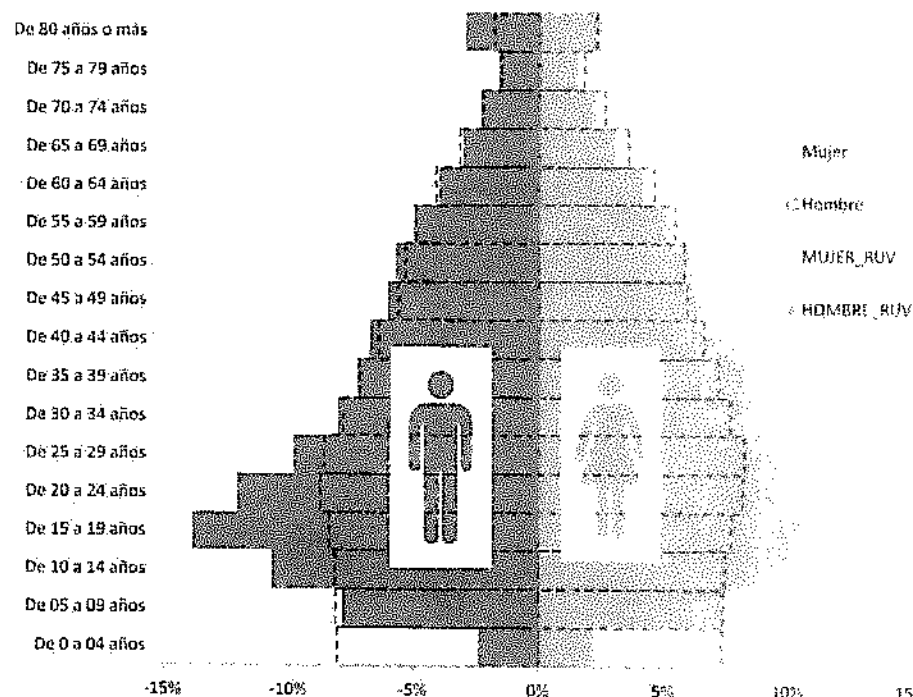


Figura 2: Distribución de la población general y de la población víctima del conflicto armado por grupos de edad y sexo, 2021 - Fuente: SISPRO. MSPS Cubo de víctimas a corte de junio de 2021

3.1.3.Distribución territorial de la población víctimas del conflicto armado según distrito y departamento de residencia

En todos los departamentos y en el distrito capital reside esta población. Más del 70% de esta población está concentrada en 12 de ellos: Antioquia tiene el 20% (1.487.427); Valle del Cauca el 7.6% (567.796); Bogotá D.C. 5.5% (410.537), Bolívar el 5,5% (407.352), Nariño, Cesar, Magdalena, Córdoba, Cauca registran entre 5% y 4% de víctimas. Sucre, Norte de Santander y Santander completan el grupo de

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021"

concentración con porcentajes entre el 3.8 y 3.1% de población víctima con un promedio de 256.953 personas en cada uno de estos departamentos.

05 - Antioquia	567.796
76 - Valle del Cauca	410.537
11 - Bogotá, D.C.	407.352
13 - Bolívar	373.931
52 - Nariño	343.583
20 - Cesar	325.639
47 - Magdalena	314.030
23 - Córdoba	300.472
19 - Cauca	284.135
70 - Sucre	257.498
54 - Norte de Santander	229.227
68 - Santander	227.672
50 - Meta	209.128
27 - Chocó	193.509
73 - Tolima	193.118
41 - Huila	190.215
08 - Atlántico	180.395
18 - Caquetá	162.126
25 - Cundinamarca	134.201
86 - Putumayo	134.677
44 - La Guajira	106.019
66 - Risaralda	99.146
17 - Caldas	89.207
81 - Arauca	68.606
85 - Casanare	49.144
63 - Quindío	41.667
15 - Boyacá	31.680
95 - Guaviare	9.996
94 - Guainía	6.889
99 - Vichada	5.988
97 - Vaupés	2.952
91 - Amazonas	666
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia...	

Figura 3. Distribución víctima del conflicto armado según departamento de residencia - Fuente: SISPRO, MSPS Cubo de víctimas a corte de junio de 2021

Según se observa en la Figura 3 el departamento con menor número de víctimas es San Andrés, Providencia y Santa Catalina, le siguen Amazonas, Vaupés, Vichada, Guainía, Guaviare, Boyacá, Quindío, Casanare, Arauca y Caldas, quienes concentran el 5.5% de población víctima en sus territorios.

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

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

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

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

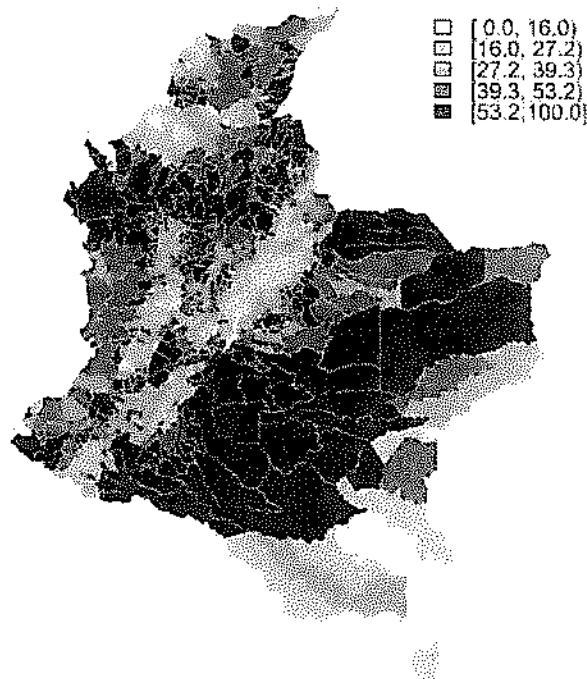


Figura 4. Mapa de intensidad del conflicto armado en Colombia, 1985-2015 - Fuente: INS/ONS. Informe Técnico 9 de 2017

3.1.4. Movilidad por desplazamiento

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

Según el RUV, con corte al 01 de septiembre de 2019, los departamentos que presentaron mayor impacto por expulsión de población desplazada, reflejado en un mayor índice de intensidad, esto es número de individuos expulsados por un municipio/departamento sobre la población del municipio/departamento expulsor por cada mil habitantes, son: Chocó con 6,2 expulsados por cada mil habitantes del departamento, seguido de Nariño con 4,1, Arauca con 4,0 y Norte de Santander y Córdoba, ambos con un promedio de 3 expulsados por 1.000 habitantes. En contraste, los departamentos que tienen los menores índices de intensidad son Atlántico con 0,018, Cundinamarca con 0.008 y Bogotá con 0,003 (RUV, 2019).

Los departamentos que alojan más población desplazada y que por tanto tienen un índice de presión mayor, esto es el número de individuos que llegan a un municipio/departamento sobre la población del municipio/departamento receptor por cada mil habitantes, son en orden descendente Sucre con 3,2 alojados por cada mil habitantes del departamento, seguido de Norte de Santander con 2,1, Nariño con 1.9 y Guainía, Arauca y Antioquia, con un promedio de 1,3 x 1.000 habitantes. (RUV, 2019)

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

3.2.1.Morbilidad atendida

Durante el año 2020, 3.732.110 personas victimas accedieron a la prestación de servicios de salud. Se realizaron 44.894.821 intervenciones que se desagregan en consultas que representa el tipo de atención

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública— PDSP 2012-2021"

más utilizado junto con los procedimientos y en menores proporciones la atención de urgencias y las hospitalizaciones, para un promedio de 12 atenciones por cada persona VCA atendida.(Figura 5).

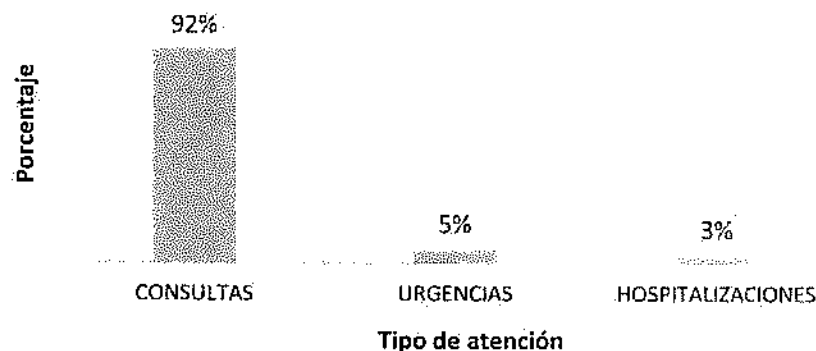


Figura 5. Prestación de servicios de salud a población víctima del conflicto armado por tipo de atención en el año 2020 - Fuente: SISPRO. MSPS Cubo de víctimas a corte de junio de 2021

El diagnóstico más frecuente para la población víctima del conflicto armado durante el año 2020 corresponde a las enfermedades relacionadas con sistema digestivo casi duplicando a las enfermedades del sistema genitourinario y del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.

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

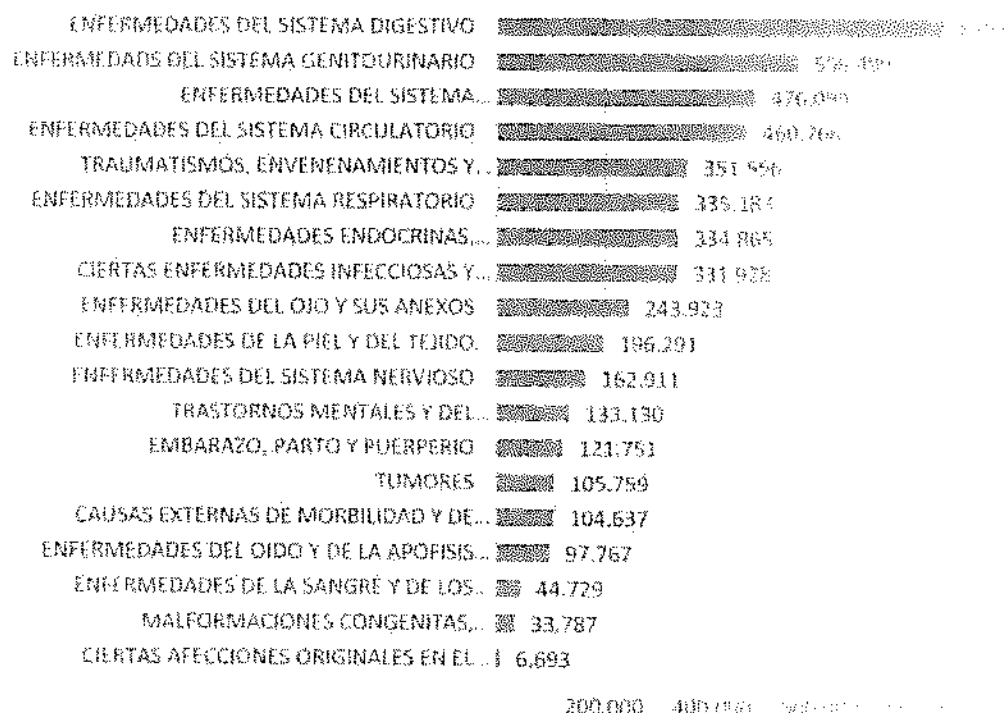


Figura 6. Porcentaje de población VCA según grupo de diagnósticos CIE-10 en el año 2020 - Fuente: SISPRO. MSPS Cubo de víctimas a corte de junio de 2021

3.2.2.Discapacidad

El registro de localización y caracterización de personas con discapacidad muestra que en Colombia 190.863 personas víctimas de conflicto armado declaran algún tipo de discapacidad; esta población se concentra principalmente en Antioquia, Valle del Cauca, Nariño y Cesar. En contraste, San Andrés, Providencia y Santa Catalina Guainía y Amazonas concentran la menor proporción de esta población.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

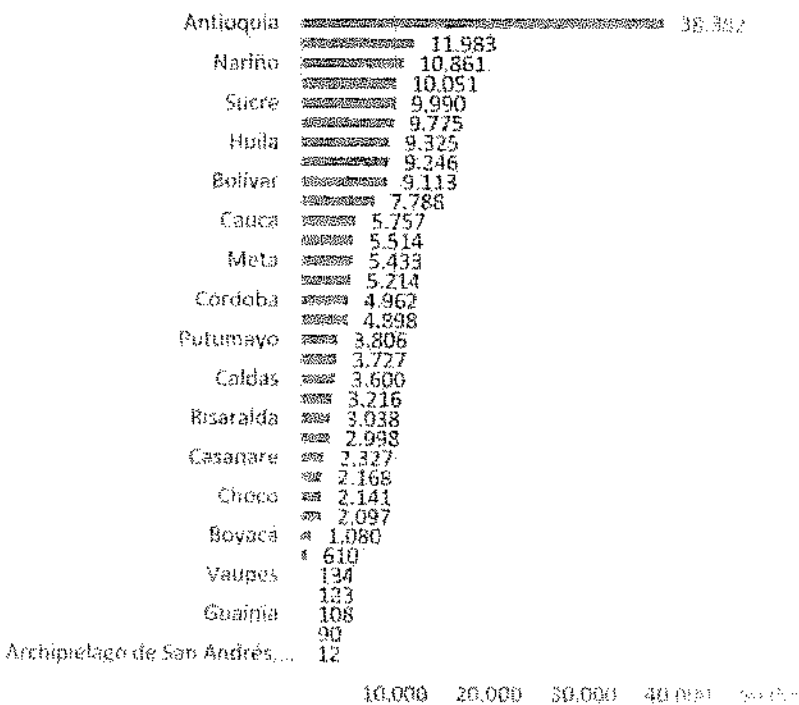


Figura 7. Porcentaje personas VCA con discapacidad según departamento de residencia - Fuente: SISPRO. MSPS Cubo de víctimas a corte de junio de 2021

El tipo de discapacidad más frecuente son las alteraciones del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con un porcentaje del 38%, seguido de la discapacidad del sistema nervioso con un 24.6%. La discapacidad de los ojos ocupa el tercer lugar con un 15.5%.

Tipo de discapacidad	No. de Personas	Porcentaje
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	72.454	38,0%
El sistema nervioso	46.938	24,6%
Los ojos	29.473	15,5%
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	13.077	6,9%
Los oídos	9.546	5,0%
La voz y el habla	9.296	4,9%
La digestión, el metabolismo, las hormonas	4.319	2,3%
El sistema genital y reproductivo	2.689	1,4%
La piel	1.555	0,8%
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	879	0,5%
No Reportado	478	0,3%
Total general	190.681	100,0%

Tabla 3. Población VCA con discapacidad según tipo de discapacidad, 2020 - Fuente: SISPRO. MSPS Cubo de víctimas a corte de junio de 2021

3.2.3.Afiliación y acceso al sistema

La Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) muestra para julio de 2021 que el 95.1% (7.328.219) de la población víctima del conflicto armado plenamente identificada, viva y vigente se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De este número de afiliados el 70.5% pertenece al Régimen Subsidiado, el 26.9% al Régimen Contributivo y el 2.6% al régimen Especial y de Excepción.

3.2.4.Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI)

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

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Este programa se crea en cumplimiento a la Ley 1448 de 2011 y se centra en la implementación de medidas de atención, asistencia y rehabilitación dirigidas a la población víctima de conflicto armado. Las atenciones se integran en un componente psicosocial y en un componente de salud integral que buscan la superación de las afectaciones de esta población y que están relacionadas con las secuelas de su condición de víctima.

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

Entre el año 2013 y 2020, fueron atendidas 693.506 personas víctima del conflicto armado en el componente psicosocial del PAPSIVI, donde el 49.2% de las personas atendidas reside en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Bolívar, Nariño, Córdoba y Cauca (Figura 9):

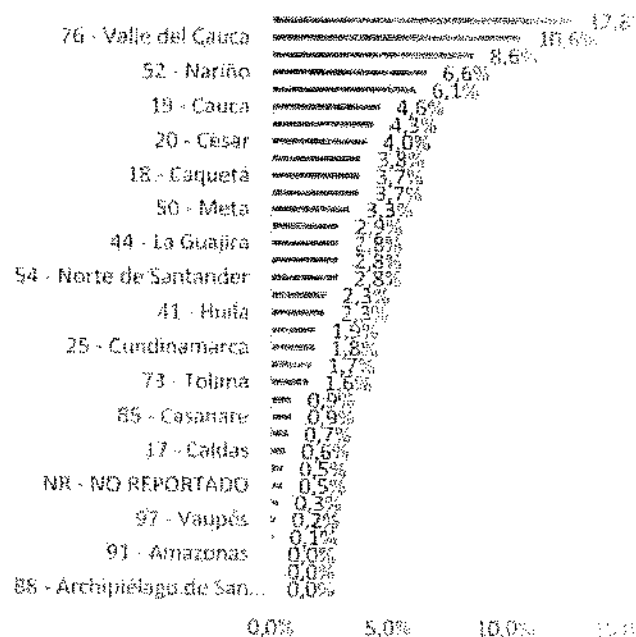


Figura 9. Número de personas atendidas en el componente psicosocial de PAPSIVI, según departamento de Residencia - Fuente: SISPRO. MSPS Cubo de PAPSIVI a corte de diciembre de 2020

Durante el periodo de 2013 al 2020, el 57.5% de las personas víctimas del conflicto armado fueron atendidas en la modalidad familiar, 23.5% en la modalidad comunitaria, 23.1% bajo la modalidad individual y 1.7% recibieron atención individual, cabe resaltar que una persona puede ser atendida en más de una modalidad. El 14.8% se identifica al interior de SISPRO como población con pertenencia étnica y el promedio anual de atenciones por grupo étnico fue el siguiente: afrocolombiana 8.848 personas; indígena 3.883; pueblo Rom 268; palenqueros 129 y raizales 91.

3.2.5.Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional

Esta dimensión incorpora el conjunto de acciones que hacen parte de las condiciones mínimas para implementar el protocolo de atención en salud con enfoque psicosocial y enmarcan la planificación y respuesta intersectorial en términos de regulación, financiamiento, participación, aseguramiento y provisión adecuada de servicios de salud para la atención a la población víctima del conflicto armado, por parte de todos los actores del sistema.

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

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

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

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

- **Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud:** Las víctimas perciben problemas respecto a la afiliación acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En dichos encuentros sostienen que:

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

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

Como se mencionó anteriormente la Base de Datos Única de Afiliados muestra para junio de 2021 que el 95% (7.328.219) de la población víctima del conflicto armado se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de los cuales el 70% pertenece al régimen subsidiado y 27% al régimen contributivo y el 3% cuenta con afiliación en salud al régimen especial.

Clasificación	Total población	Proporción
Personas vivas plenamente identificadas	7.709.347	100%
Personas no afiliadas	381.125	5%
Personas afiliadas	7.328.219	95%

Fuente: MSPS - SISPRO, Base de datos BDUA-BDEX fecha de corte 30/06/2021, Base de datos RUV fecha de corte 01/07/2021

Clasificación	Total población asegurada	Proporción población asegurada
Personas afiliadas Régimen Especial	190.839	3%
Personas afiliadas Régimen Contributivo	1.972.605	27%
Personas afiliadas Régimen Subsidiado	5.164.775	70%

Fuente: MSPS - SISPRO, Base de datos BDUA-BDEX fecha de corte 30/06/2021, Base de datos RUV fecha de corte 01/07/2021

El 5% de la población aún registra sin afiliación a pesar de los esfuerzos de este Ministerio y de las entidades territoriales para alcanzar el 100% de cobertura. En este sentido en el año 2015, bajo el reconocimiento de esta población como especial, con derecho prioritario al subsidio y a la afiliación, se implementó una estrategia con el objetivo de promover y gestionar con las EPS la afiliación de las personas en condición de víctima que no estaban afiliadas a SGSSS, a los regímenes subsidiado o contributivo, según correspondiera.

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

- Las personas víctimas prefieran estar vinculadas al sistema de salud en condición de población pobre no afiliada ya que, ante posibles dinámicas de movilidad o desplazamiento, se percibe como inconveniente estar afiliados a una EPS que podría generar barreras para acceder a la atención en salud ante cambios del lugar de residencia.
- La afiliación al régimen contributivo representa la posibilidad de perder los beneficios a los que tienen derecho mientras están afiliados a los regímenes de la población sin capacidad de pago. Se sostiene en los encuentros que:

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

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

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

- **Coordinación:** La articulación institucional representa uno de los retos más visibles y reiterados en el marco de la atención integral a las víctimas:

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

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

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

En este sentido una variedad de mecanismos, actores y sectores se encuentran inmersos en la atención integral de esta población. El SNARIV - Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas- fue creado con la Ley 1448 de 2011 y lo conforman instituciones públicas gubernamentales y estatales y organizaciones públicas o privadas responsables de formular o ejecutar los planes, programas, proyectos y acciones específicas dirigidos a la atención y reparación integral de las víctimas.

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

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

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

En específico para el sector salud en cuanto a la atención psicosocial a las víctimas se afirma por partes de la población víctima del conflicto armado que asistió a los encuentros que existe desarticulación lo cual podría ir en contra del principio de acción sin daño y que la ausencia de coordinación en el desarrollo de las acciones IPS se convierten en una prioridad para esta población:

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

Por lo tanto, se requiere que las entidades territoriales responsables de coordinar, con los diferentes actores locales del sistema de salud y con la población víctima del conflicto armado, formulen y actualicen de manera periódica el plan de gestión para la implementación del protocolo de atención en salud con enfoque psicosocial, mediante la conformación y/o fortalecimiento de un equipo técnico o instancia de carácter permanente para impulsar la implementación de las indicaciones del protocolo. Adicionalmente es necesario que se realice 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.

- **Asistencia técnica y socialización:** 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. Este proceso implica un diálogo abierto y multilateral donde también se pueda dar cuenta de los procesos que adelantan diferentes actores y que están relacionados con la atención en salud y/o a la rehabilitación de la población víctima, en el marco de la reparación integral. Este diálogo permitirá no sólo fortalecer el proceso desde su concepción, ganando conocimiento y apoyo desde todos los actores relevantes del territorio, sino también articular la diversa oferta institucional y comunitaria para que redunde en una atención integral a las víctimas.
- **Caracterización de la población víctima del conflicto armado:** Según lo manifestado por la población víctima del conflicto armado, la necesidad de mantener actualizados los sistemas de información que los identifican se convierte en una prioridad, no aparecer en los registros representa barreras para beneficiarse de los diferentes servicios y programas:

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

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

En este sentido la propuesta es garantizar en entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas a compensar, administradoras de los regímenes Especial y de Excepción e instituciones prestadoras de servicios de salud, la disponibilidad de la información actualizada del total de víctimas del conflicto armado registradas en diversas fuentes de información (RUV, sentencias, órdenes judiciales y administrativas) e instituciones gubernamentales que lideran las políticas para la población víctima del conflicto armado.

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

A partir de la identificación mencionada, es necesario que las Secretarías de Salud y las entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas a compensar, administradoras de los regímenes Especial y de Excepción realicen un proceso de 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.

Para las víctimas el hecho de que se desconozcan las condiciones de vida y las necesidades particulares de esta población limita la posibilidad de implementar medidas adecuadas para responder de manera efectiva a los retos de mejorar su salud y bienestar.

Las solicitudes anteriores coinciden con el informe de seguimiento e implementación de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras 2016-2017" (Defensoría del Pueblo et.al., 2017) el cual plantea dentro de sus conclusiones que: "La información reportada por las Entidades Territoriales Departamentales y los Municipios Capitales en el "Tablero PAT" y en el Formato Único Territorial (FUT-Víctimas) presentan serias inconsistencias que hacen dudar de la calidad de la información reportada por ellas en el FUT-Víctimas y en el Tablero PAT".

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

- Formación del talento humano: como una categoría transversal, los aportes de las víctimas establecen la necesidad de mejorar la calidad de la atención en salud.

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

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

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

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

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

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

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

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

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

- Atención: Las barreras de acceso geográficas emergieron e incorporan el acceso a los programas de atención psicosocial. Se indica por la población víctima que existe una percepción de no existencia de centros de atención, ni personal que atienda en las zonas donde viven las víctimas, cuando estas son distantes de los centros urbanos.

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

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

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

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

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

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, conforme a sus responsabilidades y las definidas en el presente anexo y que, las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas a compensar, administradoras de los regímenes Especial y de Excepción y las IPS garanticen las redes y los procesos necesarios para la atención en salud.

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

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

En efecto, es importante que desde la institucionalidad se promueva la adopción de medidas afirmativas para superar las barreras que imponen asuntos relacionadas con el hecho de ser mujer y el trabajo de cuidado no remunerado que dificulta participar en espacios de gestión de políticas, tener una lengua distinta, dificultades para la movilidad por discapacidad, residencia en zonas geográficas de difícil acceso, entre otras situaciones.

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

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

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

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

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

= Fortalecer el cumplimiento de la normatividad para la población víctima del conflicto armado e implementación de la Ley 1448 de 2011

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

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

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

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

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

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

La población víctima también menciona como obstáculos para la oportuna y efectiva respuesta a las víctimas, el desconocimiento que se tiene a nivel institucional y comunitario sobre las medidas y disposiciones que reconocen a estas personas como sujetos de especial protección constitucional.

3.2.6. Dimensión Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables en la Población Víctima del Conflicto Armado

Dentro del conjunto de las víctimas del conflicto armado, se encuentran poblaciones con características diferentes y para las cuales se han producido hechos victimizantes que han tenido diferentes impactos por razón de sus condiciones. Es el caso de los niños, niñas y adolescentes, los adultos mayores, hombres y mujeres en razón del género y orientación sexual, las personas con discapacidad, y los grupos étnicos, entre quienes se encuentran indígenas, afrocolombianos incluyendo a los negros, palenqueros y raizales y el pueblo Rrom o Gitano.

Esta diversidad establece heterogéneas necesidades en salud, por lo cual es importante aproximarse a los grupos objeto de análisis del presente capítulo con el fin de identificar el tipo de acciones que responden a sus realidades y posibilidades de mejorar sus condiciones de vida y salud.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública -- PDSP 2012-2021"

4 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

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

4.1 Objetivo general

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

4.2 Objetivos estratégicos

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

5 LÍNEAS ESTRATÉGICAS DIMENSIONES PRIORITARIAS

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

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

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

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

Se suman los actores de la sociedad civil, de la cooperación internacional y de la propia población víctima del conflicto armado, quienes, representados a través de los miembros de las mesas de participación de víctimas del nivel municipal, distrital, departamental y nacional a las que hace referencia la Ley 1448 de 2011, asumen importantes compromisos ante su contribución en los espacios de diálogo para la planeación integral territorial y en aquellos que se derivan del control ciudadano para las políticas de salud. De igual manera se convierten en impulsores de la implementación del capítulo en sus territorios y de la adopción de acciones y políticas diferenciales que aporten al mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida de esta población.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

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

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

5.1 Dimensión salud ambiental (SA)

Definición de la dimensión salud ambiental

Constituye el conjunto de políticas que se planifican y desarrollan de manera sectorial y transectorial dirigidas a favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población víctima del conflicto armado en el marco del derecho a un ambiente sano.

Objetivo general de la dimensión salud ambiental

Mejorar la salud de la población víctima del conflicto armado mediante la modificación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales y el fortalecimiento de la gestión intersectorial y la participación comunitaria para los temas de salud ambiental.

Objetivos específicos de la dimensión SA

- Proteger la salud de la población víctima del conflicto armado a través de la promoción de entornos saludables.

Estrategias	Definición de las estrategias
Gestión del conocimiento sobre las condiciones en las que habita la población víctima del conflicto armado y su relación con la salud.	Esta estrategia está encaminada a la generación de información y conocimiento relacionado con el diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de las acciones que buscan mejorar las condiciones de habitabilidad de la población víctima del conflicto armado. Busca fomentar la investigación y la realización de estudios que aporten evidencia sobre las problemáticas relacionadas con el medio ambiente y la salud de la población víctima del conflicto armado, así como identificar las mejores estrategias de solución que permitirían responder de manera diferencial y efectiva a las necesidades de esta población. También implica establecer líneas de base sobre la situación de salud de las familias al beneficiarse de proyectos de vivienda, mejoramiento o intervenciones del entorno, con el propósito de medir el impacto de las acciones adelantadas en relación con esta temática.
Fortalecimiento de los espacios intersectoriales para la articulación de esfuerzos que conlleven a intervenciones integrales, dirigidas a la transformación de entornos saludables para la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia consiste en realizar acciones de coordinación intersectorial que permita articular planes / programas / proyectos / estrategias relacionadas con la promoción de entornos y en especial viviendas acorde con el contexto territorial y poblacional y que contribuyan a la afectación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales.
Promoción de intervenciones para la promoción de la salud, la gestión del riesgo y el avance hacia entornos saludables para la población	Esta estrategia consiste en el desarrollo de programas y proyectos de carácter intersectorial, que permitan potenciar la salud de la población víctima del conflicto armado a través del control de los factores sanitarios y medioambientales que representan riesgos para la salud de población víctima del conflicto armado y de la promoción de entornos protectores para

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021"

Estrategias	Definición de las estrategias
victima del conflicto armado.	la salud. Implica definir acciones articuladas y coordinadas entre las distintas políticas e iniciativas que se desarrollan a nivel nacional y territorial para este mismo objetivo como por ejemplo la "Estrategia de Entornos Saludables", liderada por este Ministerio, a través de la cual se busca implementar acciones de promoción, prevención y protección que contribuyen al mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones en su entorno (hogar, educativo, laboral con énfasis en la informalidad, comunitario). También señala la puesta en marcha de iniciativas como la de vivienda saludable y de estrategias que promuevan condiciones y estilos de vida saludables, que hagan de la vivienda y del entorno inmediato un lugar confortable, armónico y seguro para la salud y la sana convivencia.

- **Promover hábitos de vida saludables en la población víctima del conflicto armado a través de la gestión de la salud y el medio ambiente.**

Estrategias	Definición de las estrategias
Información, educación y comunicación para la cultura del autocuidado en lo relacionado con los componentes de salud ambiental	Esta estrategia está orientada a fortalecer o desarrollar las capacidades que permitan a la población víctima del conflicto armado apropiarse del conocimiento, tomar decisiones y acciones favorables para el cuidado de sí, del otro y del ambiente.
Incorporación del componente de tenencia responsable de animales en proyectos productivos para población víctima del conflicto armado.	Consiste en promover que los proyectos productivos que benefician a la población víctima del conflicto armado relacionados con el sector pecuario (aves de corral, cerdos, ganado entre otros animales), tengan en cuenta las recomendaciones de las autoridades pecuarias y ambientales. El propósito es garantizar la tenencia de animales bajo criterios de sostenibilidad y seguridad, que evite los problemas de salud pública por la emisión de olores ofensivos y vertimientos sin control, que además de afectar los entornos, afectan los acuíferos, las fuentes de abastecimiento de agua y son generadores de enfermedades respiratorias, diarreicas y dérmicas en la comunidad.

- **Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en lo relacionado con la salud ambiental.**

Estrategias	Definición de las estrategias
Incidencia y participación de la población víctima para el reconocimiento de problemáticas que afectan su salud y la búsqueda de soluciones en los temas relacionados con los componentes de salud ambiental.	Busca fortalecer las capacidades de la población víctima en lo relacionado con la participación social en los espacios y mecanismos establecidos, de tal forma que puedan influenciar y participar en las decisiones y construcción de las políticas, programas y proyectos de gestión ambiental y en la defensa del goce efectivo del derecho a la salud y a un ambiente sano.
Planificación territorial en salud para la dimensión salud ambiental con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia está encaminada a posicionar la importancia de incorporar respuestas focalizadas y diferenciales hacia esta población en la dimensión salud ambiental en el marco de la planeación territorial en salud. Busca que las propuestas en este tema reconozcan a esta población como un grupo prioritario de atención, que demanda acciones específicas y efectivas.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

	Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud y de las personas víctima del conflicto armado en los escenarios de planificación territorial. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de la realidad de esta población en relación con los factores medioambientales que impactan su salud y condiciones de vida, de tal forma que se incorporen en los PTS metas y estrategias relacionadas con este tema y se avance en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora la capacidad de las víctimas del conflicto armado para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control de acuerdo a lo establecido en la ley respecto a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las acciones que en materia de salud y ambiente se programen para esta población. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para la planificación territorial en salud con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en el área de salud ambiental
--	---

5.2 Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles (VSCNT)

Definición de la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

Integra el conjunto de intervenciones que contribuyen a la adopción de estilos de vida saludables en la población víctimas del conflicto armado y al fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitarias para identificar y responder de manera oportuna, integral y diferencial a aquellas condiciones que, en relación con las ECNT, pueden estar generando una mayor afectación en esta población como consecuencia del conflicto armado.

Objetivo general de la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

Contribuir al mejoramiento de la salud y el bienestar de la población víctima del conflicto armado mediante la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles y de sus factores de riesgo a lo largo de todo el curso de vida.

Objetivos específicos de la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

- Desarrollar capacidades institucionales y comunitarias para transformar modos, condiciones y estilos de vida que favorecen la salud y bienestar de la población víctima del conflicto armado

Estrategias	Definición de las estrategias
Información, Educación y Comunicación (IEC) para promover intervenciones que permitan la transformación de entornos y la toma de decisiones positivas sobre estilos de vida.	Procesos dirigidos a la población víctima del conflicto armado para que incremente sus conocimientos e información en relación con las ECNT de tal forma que se puedan desarrollar en ellos las capacidades, motivaciones y habilidades para la toma de decisiones con respecto a modificaciones de los entornos y la toma de decisiones para transformar estilos de vida saludables en la vida cotidiana. Señala especialmente la promoción de la alimentación saludable, el fomento de la actividad física incluido entre otros el aprovechamiento del tiempo libre, el control del consumo de tabaco y del consumo abusivo de alcohol y sustancias psicoactivas.
Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable (gestión con participación de varios sectores e instituciones)	Se refiere a la identificación y gestión intersectorial y transectorial para la generación de infraestructuras, espacios, bienes y servicios sostenibles, orientados a mejorar la oferta y facilitar el acceso a programas de recreación, cultura y actividad física; el fortalecimiento del transporte activo no motorizado; el acceso a una alimentación saludable; la disminución en la exposición y el consumo de tabaco y del consumo nocivo de alcohol y sustancias psicoactivas; y que se generen condiciones que garanticen la autonomía e independencia en la población con limitaciones motoras, visuales y auditivas.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Entornos saludables para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable en la población víctima del conflicto armado	Hace referencia a la adaptación e implementación de lineamientos y acciones para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida en los entornos laborales, educativos, comunitarios, hogar e instituciones en donde predomina población víctima del conflicto armado para lograr la transformación de dichos entornos, con miras a lograr el desarrollo de factores protectores y la mejora y sostenibilidad de condiciones de salud y calidad de vida de esta población. Esta adaptación e implementación se despliega con la participación de diversos actores y con la movilización social haciendo uso de estrategias disponibles en los territorios que integren sus gestiones.
--	--

- **Mejorar la respuesta en salud dirigida a la población víctima del conflicto armado en relación con las ECNT**

Estrategias	Definición de las estrategias
Detección temprana y protección específica para las Enfermedades No Transmisibles (ENT) y las alteraciones de la salud bucal, visual.	Señala las acciones encaminadas a realizar la detección temprana de las principales enfermedades no transmisibles, de la morbilidad bucal y visual para atender lo más anticipatoriamente posible las afecciones y reducir complicaciones, mortalidad y discapacidad relacionadas con estos eventos en la población víctima del conflicto armado.

- **Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en lo relacionado con las ECNT.**

Estrategias	Definición de las estrategias
Planificación territorial en salud para la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado.	Esta estrategia está encaminada a posicionar la importancia de incorporar respuestas focalizadas y diferenciales hacia la población víctima del conflicto armado en el marco de la planeación territorial en salud. Busca que las propuestas en este tema reconozcan a esta población como un grupo prioritario de atención, que demanda acciones específicas y efectivas en el marco de la reparación y protección integral de su derecho a la salud. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud y de las personas víctimas del conflicto armado en los escenarios de planificación territorial. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de la realidad de esta población en relación con las ECNT, de tal forma que se incorporen en los PTS metas y estrategias relacionadas con este tema y se avance en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora la capacidad de las víctimas para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las acciones que en materia de ECNT se programen para dicha población. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para la planificación territorial en salud con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en el área de las crónicas no transmisibles.

5.3 Convivencia social y salud mental (CSSM)

Definición de la dimensión convivencia social y salud mental

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

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

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

Objetivo general de la dimensión convivencia social y salud mental

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

Objetivos específicos de la dimensión convivencia social y salud mental

- Fortalecer la respuesta integral e integrada de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud frente a las necesidades de salud mental y convivencia de la población víctima del conflicto armado en el marco de la Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Estrategias	Definición de las estrategias
Desarrollo del enfoque psicosocial para la atención en la población víctima del conflicto armado en el plan de implementación de la Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.	Esta estrategia consiste en desarrollar en el plan de implementación de las políticas el enfoque de desarrollo basado en derechos humanos, enfoque de curso de vida, de género, diferencial poblacional- territorial y enfoque psicosocial . Además, bajo los principios de la salud mental como parte integral del derecho a la salud; de participación social y de política pública basada en la evidencia científica, para una atención integral e integrada y el involucramiento de todos los actores del SGSSS.
Gestión de información y conocimiento sobre la salud mental y convivencia en población víctima del conflicto armado	Esta estrategia consiste en diseñar e implementar las acciones que permitan estudiar con mayor profundidad las situación de salud mental de las personas víctimas del conflicto armado. Busca integrar, captar, organizar, procesar y difundir datos e información relevante, pertinente y actualizada sobre esta temática y favorecer los espacios para el intercambio a nivel nacional e internacional de experiencias y buenas prácticas frente al abordaje de la problemáticas relacionadas con los temas de salud mental y convivencia en poblaciones que han sido afectadas por conflictos armados.

- Fortalecer la respuesta actual frente a las necesidades de atención psicosocial de las víctimas en el marco de la Ley 1448 de 2011

Estrategias	Definición de las estrategias
Implementación del componente de atención psicosocial del PAPSIVI	La atención psicosocial pretende: Favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario. En donde es importante destacar: el papel de la recuperación o mitigación, en donde se trata de disminuir las afectaciones y daños ocasionados por los hechos victimizantes. La estrategia pretende elaborar, darle otro significado al sufrimiento; reconstruir vínculos y fortalecer recursos, entendiendo que las víctimas poseen capacidades, recursos que han empleado para enfrentar lo ocurrido que merecen destacar y fortalecer. La atención psicosocial se realiza mediante las modalidades individual, familiar, comunitaria y colectiva étnica.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública-- PDSP 2012-2021"

- Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en la dimensión convivencia social y salud mental

Estrategias	Definición de las estrategias
Planificación territorial en salud para la dimensión convivencia social y salud mental con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia está encaminada a posicionar la importancia de incorporar respuestas focalizadas y diferenciales hacia la población víctima del conflicto armado en el marco de la planeación territorial en salud. Busca que las propuestas en este tema reconozcan a esta población como un grupo prioritario de atención, que demanda acciones específicas y efectivas en el marco de la reparación y protección integral de su derecho a la salud. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud y de las personas víctimas del conflicto armado en los escenarios de planificación territorial. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de la realidad de esta población en relación a las condiciones de salud mental y convivencia social, de tal forma que se incorporen en los PTS metas y estrategias relacionadas con este tema y se avance en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora la capacidad de las víctimas de dicho conflicto para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las acciones que en materia de salud mental y convivencia social se programen para esta población. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para la planificación territorial en salud con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en el área salud mental y convivencia social.

5.4 Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos (SDSR)

Definición de la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Constituye el conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que se articulan con las distintas políticas de atención integral a la población víctima del conflicto armado y que contribuyen a avanzar hacia la garantía del derecho de esta población a acceder a una respuesta oportuna, efectiva y humanizada frente a la salud sexual y reproductiva.

Objetivo general de la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Avanzar hacia la garantía y promoción del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población víctima del conflicto armado y contribuir a la reparación integral de las personas que han sufrido vulneraciones frente a este tema.

Objetivos específicos de la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

- Garantizar la atención integral en salud a las víctimas de violencias sexuales en el marco del conflicto armado

Estrategias	Definición de las estrategias
Gestión sectorial e intersectorial para la atención en salud y reparación integral de las víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado.	Busca mejorar el acceso efectivo de mujeres víctimas de delitos contra la libertad e integridad sexual a las rutas y protocolos de atención en salud y psicosocial. Establece la necesidad de articular el sector salud con las iniciativas que desde el SNARIV y demás entidades interesadas o competentes, responden a la atención integral de los daños específicos que ha causado

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Estrategias	Definición de las estrategias
	la violencia sexual a las mujeres víctimas del conflicto armado. Implica un abordaje intersectorial basado en el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, de tal forma que se avance hacia la reconstrucción de los proyectos de vida de las mujeres y al empoderamiento que les permita autonomía frente a sus cuerpos y su sexualidad. Para esta estrategia se hace fundamental la articulación de las respuestas a través de distintos instrumentos como la Resolución 459 de 2012 que adopta el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual (https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF) y la Ley 1719 de 2014 (capítulo V) que establece acciones para la atención en salud de las víctimas de violencia sexual, en especial de la violencia sexual asociada al conflicto armado interno y con prioridad en las necesidades de las mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas (http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1719_2014.htm). Se debe reconocer por el sector salud, el programa de reparación integral realizado en el marco de las mujeres víctimas de violencias sexuales de los diferentes autos emitidos por la corte y anexos reservados que en este momento se encuentra en curso. El sector salud también debe reconocer que las víctimas violencia sexual tienen graves afectaciones a su salud física y mental porque sus violencias sexuales al ocurrir en el marco del conflicto armado se registran de forma sistemática y reiterativa como una forma de control y poder sobre la población. El ser víctimas de conflicto armado presenta un mayor riesgo para ser víctima de otras formas de violencias de género.
Atención integral en salud a víctimas de violencias en el conflicto armado.	A través de esta estrategia los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, en articulación con las Rutas de Atención Integral en Salud, garantizan las condiciones que aseguran la integralidad en la atención de las personas víctimas de violencia Establece la coordinación Nación-Territorio y el desarrollo de acciones que se integran a la implementación de modelos de atención integral, con el fin de generar los esquemas de atención en salud que optimicen los resultados esperados frente a las necesidades de la población víctima de violencias en el conflicto armado.
Fortalecimiento del talento humano para la atención en sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Esta estrategia se integra a la implementación de la Resolución 1166 de 2018 y a una de las metas definidas en este capítulo para la dimensión "Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria". Busca enfatizar en el fortalecimiento de las capacidades y competencias de los formadores y prestadores de servicios de salud frente a la atención con enfoque psicosocial que requiere la atención de personas víctimas en temas de Salud Sexual y Salud Reproductiva, de tal forma que se reduzca al máximo el riesgo de que se produzcan acciones de revictimización en esta población.

- Incrementar las atenciones en ITS, VIH, coinfección con TB-VIH, hepatitis B y C en personas víctimas del conflicto armado.

Estrategias	Definición de las estrategias
Fortalecimiento de las acciones de promoción, prevención, diagnóstico y atención integral en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C a víctimas del conflicto armado, en el marco de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y ruta materno perinatal.	A través de esta estrategia los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, en el marco de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y ruta materno perinatal, garantizan la atención diferenciada a esta población teniendo en cuenta las vulnerabilidades a las que pudieron haber estado expuestos durante el conflicto armado y las que se hayan generado a raíz de este (desplazamiento forzado, confinamiento, etc.).

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

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

Estrategias	Definición de las estrategias.
Planificación territorial en salud con enfoque de género y diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Esta estrategia está encaminada a posicionar la importancia de incorporar respuestas focalizadas y diferenciales hacia la población víctima del conflicto armado en la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en el marco de la planeación territorial en salud. Busca que las propuestas en este tema reconozcan a esta población como un grupo prioritario de atención, que demanda acciones específicas y efectivas en el marco de la reparación y protección integral de su derecho a la salud. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud y de estas personas en los escenarios de planificación territorial. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de la realidad de esta población en relación con la salud y derechos sexuales y reproductivos, de tal forma que se incorporen en los PTS metas y estrategias relacionadas con este tema y se avance en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora la capacidad de las víctimas del conflicto armado para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las acciones que en materia de salud sexual y reproductiva se programen para esta población. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para la planificación territorial en salud con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en el área sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

5.5 Seguridad alimentaria y nutricional (SAN)

Definición de la dimensión alimentaria y nutricional

Constituye el conjunto de estrategias que se desarrollan con el propósito de asegurar la seguridad alimentaria y nutricional en la población víctima del conflicto armado, mediante la prevención de la malnutrición y la promoción de capacidades institucionales y comunitarias para el abordaje de esta temática.

Objetivo general de la dimensión alimentaria y nutricional

Contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional de la población víctima del conflicto armado a través de la articulación intersectorial y el desarrollo de acciones dirigidas a la prevención de la malnutrición y la promoción de una alimentación saludable.

Objetivos específicos de la dimensión alimentaria y nutricional

- **Mejorar la situación nutricional de la población víctima del conflicto armado con prioridad en la población más vulnerable**

Estrategias	Definición de las estrategias
Vigilancia en salud pública del estado nutricional de la población víctima del conflicto armado, con prioridad en la población más vulnerable.	Consiste en identificar y hacer seguimiento a la población víctima que presenta o está en riesgo de malnutrición. Supone el fortalecimiento de la vigilancia del estado nutricional incluyendo las variables que caracterizan esta población.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Estrategias	Definición de las estrategias
Atención a la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años con priorización en población víctimas del conflicto armado	Establece la priorización de la población menor de 5 años con desnutrición (DNT) aguda moderada y severa en la implementación de la ruta de atención a la desnutrición.
Promoción de estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) en alimentación saludable	La estrategia IEC en alimentación saludable pretende generar un cambio de comportamiento en la población víctima para que ésta adquiera prácticas alimentarias saludables, a través de un proceso participativo
Socialización y promoción de estrategia de información, educación y comunicación (IEC) en inocuidad y calidad de alimentos y bebidas.	La estrategia IEC en inocuidad y calidad de alimentos y bebidas busca dar a conocer las acciones preventivas necesarias para garantizar la inocuidad de los alimentos y bebidas, a través de un proceso participativo y de articulación sectorial.
Articulación intersectorial	Fortalecer los espacios de articulación intersectorial encaminados a aunar esfuerzos entre entidades gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, ONG, Organismos de Cooperación Internacional, sector privado, academia y demás instituciones interesadas en el mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional de la población víctima del conflicto armado.

- Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en la dimensión seguridad alimentaria y nutricional

Estrategias	Definición de las estrategias.
Planificación territorial en salud para la dimensión alimentaria y nutricional con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado.	Esta estrategia está encaminada a posicionar la importancia de avanzar hacia la seguridad alimentaria y nutricional en la población víctima del conflicto armado. Busca que las propuestas en este tema reconozcan a esta población como un grupo prioritario de atención, que demanda acciones específicas y efectivas en el marco de la reparación y protección integral de su derecho a la salud. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud y de estas personas en los escenarios de planificación territorial. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar en la identificación y comprensión de las situación de salud de la población víctima respecto a la SAN, en la definición de metas y estrategias como respuesta a dicha situación y en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora la capacidad de las víctimas del conflicto armado para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las acciones que en materia de seguridad alimentaria y nutricional se programen para esta población. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para el fortalecimiento de las capacidades de planeación en SAN con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto.

5.6 Vida saludable y enfermedades transmisibles (VSET)

Definición de la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles

Conjunto de intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias con enfoque diferencial hacia las personas, familias y comunidades víctimas del conflicto armado que buscan contribuir a una vida sana, reducir el impacto sobre la salud y el bienestar social y económico y mejorar el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública -- PDSP 2012-2021"

Objetivo general de la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles

Garantizar el derecho de la población víctima del conflicto armado a una vida libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del curso de vida, con enfoque diferencial y de equidad, que reduzcan el riesgo a las exposiciones y vulnerabilidades a situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes, reemergentes y desatendidas.

Objetivos específicos de la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles

- Reducir los riesgos de enfermar y morir por enfermedades prevenibles por las vacunas, en la población víctima del conflicto armado, mediante estrategias que permitan acceder a esquemas completos de vacunación, sin barreras

Estrategias	Definición de las estrategias
Fortalecimiento de las acciones de gestión para la garantía de la vacunación en la población víctima del conflicto armado	Define orientaciones dirigidas a los actores que lideran los programas de vacunación y al personal asistencial de salud sobre la necesidad de fortalecer las acciones para aumentar el acceso de la población víctima a los servicios de vacunación y fomentar la vacunación sin barreras en esta población aprovechando todas las oportunidades de contacto de esta población. También considera acciones de información en salud y procesos de educación y comunicación para la salud dirigidas a fortalecer los conocimientos y prácticas de las personas víctimas frente a la vacunación y mejorando el acceso y uso de los servicios de vacunación a partir de las diferentes estrategias y tácticas del PAI (Vacunación Institucional en las IPS, vacunación permanente, intensiva, por jornada y emergente y las tácticas, , vacuna casa a casa, por micro concentración, brigadas, canalización, entre otras), de acuerdo a las características geográficas y culturales de cada territorio. Lo anterior, busca intensificar las acciones de programación, gestión y operación y de las estrategias y tácticas de vacunación, de tal forma que se maximice la captación de la población víctima del conflicto armado en zonas rurales, dispersas, asentamientos y demás entornos de difícil acceso, donde se identifique concentración de esta población. Se propone la vinculación y participación de los diferentes actores social y organizaciones de la población víctima del conflicto armado presentes en el territorio como factor clave para el desarrollo exitoso de las estrategias y tácticas de vacunación
Monitoreo de vacunación en la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia consiste en adelantar las acciones que permitan tener información territorial relacionada con el estado vacunal en la población infantil víctima del conflicto objeto del PAI. Esta información puede ser tomada a través del análisis de cada territorio de la evaluación de cobertura de vacunación y monitoreos (Xunta de Galicia, Epidad 4. Análisis epidemiológico de datos. Versión 4.2., 2016) rápidos intencionales en población víctima del conflicto armado, que se realicen en cada territorio.

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

Estrategias	Definición de las estrategias
Información, educación y comunicación para la promoción de una vida	Implica un proceso de concertación y construcción con la población víctima del conflicto armado de los mensajes informativos y de las temáticas en la cuales se quiere fortalecer los conocimientos de los individuos, familias y comunidades sobre las Enfermedades

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Estrategias	Definición de las estrategias
saludable libre de enfermedades transmisibles	Transmisibles, para orientar, advertir, anunciar o recomendar promocionar sobre los factores de riesgos y protectores para la prevención de estas enfermedades, de acuerdo al contexto territorial y poblacional. Generar espacios de formación de educación para la salud de acuerdo a los diferentes entornos donde se concentra la población víctima del conflicto armado, de tal forma que a nivel individual, familiar y comunitario se logren adoptar las prácticas y medidas que permiten prevenir al máximo la aparición de enfermedades transmisibles y acudir a diagnósticos y tratamientos oportunos en caso de que se presenten. En concordancia con los lineamientos de la RMPS para la implementación en cuanto a las intervenciones colectivas y las orientaciones técnicas y operativas de adaptabilidad de la RMPS a las poblaciones VCA de acuerdo a las condiciones

- Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles.

Estrategias	Definición de las estrategias
Planificación territorial en salud para la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia está encaminada a incorporar respuestas focalizadas y diferenciales hacia la población víctima del conflicto armado en la dimensión salud y enfermedades transmisibles en el marco de los procesos de planeación territorial en salud. Busca que las propuestas en este tema reconozcan las vulnerabilidades y desigualdades que enfrenta esta población con el fin de planear acciones específicas y efectivas de manera articulada con las medidas de reparación y protección integral de su derecho a la salud. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud, de los demás sectores y de estas personas en los escenarios de planeación en salud del territorio. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de la realidad de esta población en relación con las enfermedades transmisibles y sus factores de riesgo, de tal forma que se incorporen en los PTS metas y estrategias relacionadas con este tema y se avance en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora la capacidad de las víctimas del conflicto armado para lograr empoderamiento para ejercer el derecho a la participación, información para tomar decisiones y educación para comprender las lógicas y políticas institucionales, a través de procesos de veeduría y control social a la ejecución de las acciones que se adelanten para el mejoramiento de las situaciones, condiciones y eventos transmisibles que se programen para esta población.. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para el fortalecimiento de las capacidades de planeación en vida saludable y enfermedades transmisibles con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto.

5.7 Salud y ámbito laboral (SAL)

Definición de la dimensión salud y ámbito laboral

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (trabajadores informales para el sector salud) de la Población Víctima del Conflicto Armado, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

social de dichas personas en todas sus ocupaciones y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para su salud en el trabajo.

Objetivo general de la dimensión salud y ámbito laboral

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo de la población trabajadora informal en calidad de víctima del conflicto armado, mediante la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales, que puedan afectar negativamente su estado de bienestar y salud.

Objetivos específicos de la dimensión salud y ámbito laboral

- Promover la salud en el trabajo de los trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (trabajadores informales para el sector salud) de la población víctima del conflicto armado.

Estrategias	Definición de las estrategias
Caracterización demográfica y epidemiológica de los trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (informales) de la población víctima del conflicto armado, por actividad económica y territorio.	Aplicar la metodología que identifique y analice los atributos demográficos y epidemiológicos de los trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales en calidad de víctimas del conflicto armado.
Diagnóstico de las condiciones de trabajo y de las condiciones de salud de los trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (informales) de la población víctima del conflicto armado caracterizados.	Desarrollar actividades diagnósticas de higiene, seguridad ocupacional, medicina preventiva y medicina del trabajo al ámbito laboral y a los trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales de la población víctima del conflicto armado caracterizados.
Elaboración, implementación y evaluación de planes de respuesta integral para mejorar las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (informales) de la población víctima del conflicto armado.	Diseñar las intervenciones en la fuente, el medio y las personas, de los peligros identificados en los diagnósticos de las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales de la población víctima del conflicto armado.

- Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión intersectorial y la participación social en el nivel departamental, distrital y municipal, para la promoción de la salud en el trabajo y la prevención del accidente de trabajo y la enfermedad laboral en los trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (trabajadores informales para el sector salud) de la Población Víctima del Conflicto Armado.

Estrategias	Definición de las estrategias.
Fortalecimiento y promoción de instancias organizativas de grupos de trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (informales) de la población víctima del conflicto armado.	Mantener o fundamentar espacios que faciliten la organización por grupos de trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales de la población víctima del conflicto armado, para facilitar su intervención y las construcciones participativas.
Promoción de la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de trabajadores informales en calidad de víctimas del conflicto armado.	Capacitar en la normatividad vigente del Sistema General de Riesgos Laborales, para conocer los derechos y deberes de los trabajadores en dicha materia, buscando estimular la afiliación.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Estrategias	Definición de las estrategias.
Alianzas estratégicas con las instancias públicas y privadas pertinentes para apoyar el logro del objetivo general de la dimensión salud y ámbito laboral para la población víctima del conflicto armado.	Gestionar alianzas intrasectoriales e intersectoriales que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo de la población trabajadora no afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales en calidad de víctima del conflicto armado.

- Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial hacia la población víctima del conflicto armado en la dimensión salud y ámbito laboral.

Estrategias	Definición de las estrategias
Planificación territorial en salud para la dimensión salud y ámbito laboral con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia está encaminada a incorporar respuestas focalizadas y diferenciales hacia la población víctima del conflicto armado en la dimensión salud y ámbito laboral en el marco de los procesos de planeación territorial en salud. Busca que las propuestas en este tema reconozcan las vulnerabilidades y desigualdades que enfrenta esta población con el fin de planear acciones específicas y efectivas de manera articulada con las medidas de reparación y protección integral de su derecho a la salud. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud, de los demás sectores y de estas personas en los escenarios de planeación territorial en salud del territorio. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de la realidad de esta población en relación con el entorno laboral y sus factores de riesgo, de tal forma que se incorporen en los PTS metas y estrategias relacionadas con este tema y se avance en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora su capacidad para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo, a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las acciones que en materia de salud y ámbito laboral se programen para esta población. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para el fortalecimiento de las capacidades de planeación en SAL con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto.

5.7. Salud pública en emergencias y desastres (SPED)

Definición de la dimensión salud pública en emergencias y desastres

Constituye el conjunto de acciones e intervenciones sectoriales y transectoriales dirigidas a fortalecer la respuesta y la protección de la población VCA ante las emergencias y desastres.

Establece la ejecución de estrategias enmarcadas en el Plan Decenal de Salud Pública, en articulación y coordinación con el conjunto de políticas y acciones que desarrollan las instituciones nacionales y territoriales encargadas de la implementación de acciones relacionadas con la prevención y atención de emergencias y desastres.

Objetivo general de la dimensión salud pública en emergencias y desastres

Contribuir a la protección de la vida y la salud de población víctima del conflicto armado en situaciones de emergencias y desastres.

Objetivos específicos de la dimensión salud pública en emergencias y desastres

- Reducir el riesgo de afectaciones a la salud que enfrenta la población víctima del conflicto armado por situaciones de emergencias y desastres.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021"

Estrategias	Definición de las estrategias
Identificación de las vulnerabilidades y escenarios de riesgo ante las emergencias y desastres que enfrenta de manera diferencial la población víctima del conflicto armado	Implica identificar los riesgos y vulnerabilidades de la población víctima del conflicto armado en las zonas en las cuales se han concentrado (asentamientos, riberas de ríos, zonas marginales de alto riesgo y amenaza), principalmente como resultado de los desplazamientos forzados, o anterior con el propósito de planear las medidas preventivas y correctivas que permitan proteger la vida y la salud de este grupo poblacional.

- **Aumentar la capacidad de respuesta de la población víctima del conflicto armado frente a las emergencias y desastres.**

Estrategias	Definición de las estrategias
Información, educación y comunicación para la autoprotección y cuidado de la salud de la población víctima del conflicto armado frente a las emergencias y desastres	Constituye el conjunto de medidas orientadas a lograr que la población víctima del conflicto armado reconozca sus condiciones de vulnerabilidad y los riesgos que enfrenta con el fin que adopte actitudes y prácticas seguras y preventivas que le permitan tomar decisiones y acciones oportunas y efectivas para proteger su propia salud, la de sus familias y la de sus comunidades. Como resultado esta población debe aumentar la capacidad para responder antes, durante y después a situaciones adversas relacionadas con las emergencias y desastres.

- **Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones diferenciales en el ámbito de la gestión de la salud pública en emergencias y desastres.**

Estrategias	Definición de las estrategias
Planificación territorial en salud para la dimensión salud pública en emergencias y desastres con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado.	Esta estrategia está encaminada a posicionar la importancia de incorporar respuestas focalizadas y diferenciales hacia la población víctima del conflicto armado en la dimensión salud pública en emergencias y desastres en el marco de la planeación territorial en salud. Busca que las propuestas en este tema reconozcan las vulnerabilidades y amenazas que enfrenta esta población con el fin de planear acciones específicas y efectivas de manera articulada con las medidas de reparación y protección integral de su derecho a la salud. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud y de estas personas en los escenarios de planificación territorial. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de la realidad de esta población en relación con las vulnerabilidades, y escenarios de riesgo y los mecanismos de respuesta, de tal forma que se incorporen en los PTS metas y estrategias relacionadas con este tema y se avance en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora su capacidad para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las acciones que en materia de emergencias y desastres se programen para esta población. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para el fortalecimiento de las capacidades de planeación en la SPED con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DIMENSIONES TRANSVERSALES

6.1. Gestión diferencial de poblaciones vulnerables (GDPV)

Definición de la dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables

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

Objetivo general de la dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables

Mejorar las condiciones de vida y de salud de la población víctima del conflicto armado, teniendo en cuenta las características y necesidades particulares de los grupos específicos de población: niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, hombres y mujeres en razón de género e identidad sexual, discapacidad, y pertenencia étnica como indígenas, negros, afrocolombianos, palenqueros, raizales y Rrom.

Objetivos específicos de la dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables

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

Estrategias	Definición de la estrategia
Gestión de conocimiento específico y diferencial sobre las condiciones de salud de los niños, niñas y adolescentes víctima del conflicto armado	Hace referencia a la identificación y comprensión de la situación de salud de la niñez y adolescencia víctima del conflicto armado, de sus necesidades y requerimientos, desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud y de las afectaciones en el marco de lo establecido en el artículo 204 de la Ley 1098 del 2006.
Gestión y fortalecimiento de políticas públicas en salud diferenciales para la infancia y adolescencia víctima del conflicto armado	En el proceso de ejecución de los planes de desarrollo y de las políticas de infancia y adolescencia, formulados para el periodo 2020-2024, las entidades territoriales, estarán ejecutando programas con enfoque diferencial en salud y desarrollo integral según afectaciones a la salud (incluidos hechos producto de violencia física, sexual, psicológica, entre otros) dirigidos a atender y restituir derechos de la población de niños, niñas y adolescentes víctima del conflicto armado.
Implementación del artículo 204 de la Ley 1098 de 2006	Este Ministerio en coordinación con las demás entidades públicas nacionales responsables, revisarán, ajustarán y socializarán ante los mandatarios territoriales los lineamientos técnicos para la inclusión de la infancia y la adolescencia en los planes territoriales de desarrollo, incluyendo a las poblaciones de niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado con los debidos enfoques: diferencial y de acción afirmativa, en concordancia con lo establecido en la Ley 1448 de 2011 y sus desarrollos.
Estrategia de coordinación y articulación nación - territorio	Hace referencia al desarrollo de procesos de coordinación y articulación entre los actores y sectores involucrados, para que en el marco de las políticas públicas territoriales que deben formular para la niñez y la adolescencia, según lo establecido en los artículos 201 a 204 de la Ley 1098 de 2006 y en correspondencia con las necesidades y requerimientos identificados en los diagnósticos hechos para población de niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado, incluyan, a nivel sectorial, programas específicos que contribuyan a la realización de derechos señalados en el Capítulo II de la Ley 1098 de 2006, los cuales se relacionan con: alimentación, salud, educación, desarrollo integral, recreación, participación y atención a la discapacidad, entre otros. Los anteriores, con la debida participación de las poblaciones concernidas y con enfoque diferencial.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

- **Garantizar la atención y reparación integral con enfoque diferencial para las distintas poblaciones que, por discriminación de género y orientación sexual, han sufrido afectaciones a la salud y vulneradas en sus derechos en el marco del conflicto armado.**

Estrategias	Definición de la estrategia
Gestión de conocimiento sobre la situación de vulneración de los derechos, afectaciones a la salud (física y mental) y discriminación desde un enfoque de género	Comprende las acciones para identificar y comprender las condiciones y afectaciones específicas en salud, así como los determinantes asociados de la población víctima del conflicto armado en relación con las identidades de género y orientaciones sexuales, con el propósito de generar e implementar lineamientos de acción que conduzcan a superar barreras, inequidades y actos de discriminación en el acceso a los servicios de salud.
Desarrollo de programas diferenciales con perspectiva de género	Hace referencia al desarrollo y ejecución de estrategias con enfoque diferencial, psicosocial y de género, para la atención y rehabilitación de la población con identidades LGBTI, con el fin de superar barreras de acceso a la atención en salud y prestar servicios adecuados y pertinentes en razón a la diversidad de géneros y orientaciones sexuales y según afectaciones y condiciones particulares para las personas víctimas del conflicto armado.
Fortalecimiento del talento humano para la atención en salud con enfoque de género	Consiste en el desarrollo de capacidades en el talento humano en salud del nivel nacional y territorial en temas relacionados con la atención psicosocial y la atención integral en salud con enfoque de género. Implica la capacitación en conceptos y acciones que contemplen la apropiación del enfoque diferencial y el trato digno y humanizado a personas con identidades de género no hegemónicas.

- **Garantizar el acceso de la población víctima del conflicto armado indígena, gitana, negra, afrocolombiana, palanquera y raizal, a planes, programas y proyectos con enfoque diferencial para el mejoramiento de sus condiciones de vida y salud.**

Estrategias	Definición de la estrategia
Consolidación y fortalecimiento de la implementación de componente étnico en el PAPSIVI	Dadas las particularidades socioculturales de la población víctima del conflicto armado perteneciente los pueblos y comunidades indígenas, el Pueblo Rrom o Gitano, las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, esta estrategia persigue la concreción del enfoque diferencial en salud con estas personas y colectivos a través del PAPSIVI. Previa concertación con los grupos étnicos se desarrollarán e incorporarán las rutas de atención diferenciales que sean adecuadas social y culturalmente a las expectativas de cada grupo, con el propósito de mejorar sus condiciones de vida y salud y contribuir a la atención integral y restablecimiento de sus derechos
Coordinación de acciones intersectoriales para la atención integral de la población étnica víctima del conflicto armado	Consiste en la gestión que desde el sector salud se realiza para lograr la implementación de las acciones sectoriales e intersectoriales en favor del mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de los pueblos y comunidades indígenas, del Pueblo ROM o Gitano y de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. El propósito es contribuir a la protección de sus derechos teniendo en cuenta las afectaciones y necesidades desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud y bajo las condiciones de respeto por la identidad cultural y la autonomía y gobierno propio a partir de la implementación de los Decretos Ley 4633, 4634 y 4635 de 2011.

- **Mejorar el acceso y la respuesta a las necesidades de salud de la población víctima del conflicto armado con discapacidad con el fin de contribuir a la garantía del goce efectivo de los derechos de esta población**

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Estrategias	Definición de la estrategia
Atención integral en salud para la población víctima del conflicto armado con discapacidad	Esta estrategia define todas las acciones que contribuyan a mejorar y adecuar la prestación de servicios de salud a las demandas, necesidades y circunstancias específicas que representa la situación de las personas víctimas del conflicto armado con discapacidad, de tal forma que se avance hacia la garantía de acciones de prevención y paliación frente a aquellos procesos derivados de la discapacidad a través de tratamientos y tecnologías apropiadas para que sus vidas se desarrollen con la mayor calidad, autonomía e independencia posible. Señala la implementación efectiva y el seguimiento a las medidas ya definidas para esta población como la Ruta Integral de Atención en Salud y de Rehabilitación Funcional de las personas víctimas de Minas Antipersonal (MAP) y Municiones sin Explotar (MUSE) y de las demás que han sido definidas para la atención integral en salud.
Articulación y acción intersectorial para la población víctima del conflicto armado con discapacidad	Constituye el conjunto de acciones con abordaje diferencial y bajo un enfoque de corresponsabilidad que se desarrollan desde el sector salud en articulación con otros sectores para promover el desarrollo humano y la inclusión social y efectiva de la población víctima del conflicto armado con discapacidad a los distintos escenarios y ámbitos de interacción y socialización del ser humano, en condiciones de dignidad y oportunidad iguales a las que se garantizan para la población que no tiene esta condición diferencial.
Fortalecimiento de la incidencia y participación de personas víctima del conflicto armado en las políticas de discapacidad.	Establece el conjunto de acciones que en el marco de las estrategias desarrolladas por este Ministerio para mejorar la participación de las organizaciones de personas con discapacidad (PcD) en cada uno de los niveles del Sistema Nacional de Discapacidad (SND) y en los demás espacios de socialización e incidencia, promueven y favorecen la participación de representantes de las víctimas para contribuir en la concertación, asesoría, consolidación, seguimiento y verificación de las políticas públicas para la población con discapacidad.

- Contribuir en el avance hacia la garantía del goce efectivo de los derechos de las personas adultas mayores víctima del conflicto armado, superando las desigualdades e inequidades en términos de salud y promoviendo medidas intersectoriales que mejoren la capacidad, calidad y cobertura de los programas de asistencia y apoyo social para favorecer las condiciones sociales, económicas y culturales que le permiten a esta población llevar una vida digna.

Estrategias	Definición de la estrategia
Gestión de información y conocimiento sobre vejez y envejecimiento	Esta estrategia consiste en avanzar desde el sector salud y protección social en la gestión y análisis de la información que permita el reconocimiento y comprensión de las necesidades en salud específicas de la población adulta mayor víctima del conflicto armado y de los retos asociados al envejecimiento humano.
Fortalecimiento del enfoque diferencial en la atención integral a las personas adultas mayores víctima del conflicto armado.	Se busca promover el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores víctima del conflicto armado y avanzar hacia la disminución de las desigualdades sociales en salud y eliminación de cualquier tipo de discriminación y abuso hacia esta población.
Articulación e intersectorialidad para la protección del adulto mayor víctima del conflicto armado.	Está orientada al análisis y la identificación de sinergias entre los distintos actores y sectores que destinan esfuerzos y recursos para la protección y atención de las personas adultas mayores. Implica que desde las organizaciones del orden nacional, territorial y de la sociedad civil se reconozcan las iniciativas que apuntan al mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de las personas adultas mayores víctimas y la de sus familias, y se propicien los espacios para planear y proyectar respuestas articuladas y en concordancia con las medidas que desde el nivel gubernamental se han dispuesto para la atención, asistencia y reparación integral y diferencial de esta población.

- Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la gestión, adopción y evaluación de acciones con abordaje diferencial y subdiferencial dirigidas a la población víctima del conflicto armado

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Estrategias	Definición de la estrategia
Planificación territorial en salud con enfoque diferencial y sub-diferencial hacia la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia busca que dentro de la situación diferencial que de por sí representa la población víctima del conflicto armado, se reconozcan y planeen respuestas en salud a partir de los sub-diferenciales de infancia y adolescencia, vejez y envejecimiento, género, discapacidad y etnicidad. Implica el desarrollo de procesos y acciones dirigidas a mejorar la capacidad de incidencia de las entidades del sector salud y de estas personas que se consideran pertenecientes a algún grupo sub-diferencial en los escenarios de planificación territorial. Para esto plantea el fortalecimiento de las competencias institucionales y comunitarias para participar y contribuir en la identificación y comprensión de las situación de salud de la población víctima en relación a cada situación particular (sub-diferencial), en la definición de metas y estrategias como respuesta a dichas situaciones y en el monitoreo y seguimiento de las acciones propuestas. Igualmente incorpora su capacidad para involucrarse y participar en procesos de vigilancia y control a la ejecución de las acciones que se adelanten, por ejemplo a través de las veedurías ciudadanas para el mejoramiento de las políticas en salud dirigidas a estas personas que pertenecen a algún grupo sub- diferencial. Incluye también el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades territoriales para el fortalecimiento de las capacidades de planeación en la GDPV con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto.

6.2. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria (FASN)

Definición de la dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria

Conjunto de acciones que enmarcan la planificación y respuesta desde la función rectora del sistema de salud en términos de regulación, participación, fiscalización, aseguramiento y provisión adecuada de servicios para la atención a la población víctima del conflicto armado.

Objetivo general de la dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria

Avanzar de manera progresiva y sostenible hacia la garantía del goce efectivo del derecho fundamental de la población víctima del conflicto armado a través del fortalecimiento de la adopción de medidas debidamente planeadas y articuladas para una respuesta diferencial y efectiva a las necesidades de salud de esta población.

Objetivos específicos de la dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria

- Mejorar la efectividad y oportunidad de las respuestas a las necesidades de salud de la población víctima del conflicto armado, mediante el cumplimiento de los mandatos que ordenan la atención integral en salud a esta población en articulación con la normatividad estipulada en la Ley 1448 de 2011

Estrategias	Definición de las estrategias
Aseguramiento de la población víctima del conflicto armado	De acuerdo a la información suministrada por la UARIV el Ministerio de Salud y Protección Social determina las personas plenamente identificadas pendientes por asegurar. Las entidades territoriales deberán gestionar la afiliación al SGSSS.
Fortalecimiento y consolidación del PAPSIVI para la atención integral en	Esta estrategia consiste en desarrollar e implementar las acciones que permitan consolidar el PAPSIVI como la principal política que en materia de salud, contribuye a la atención, asistencia y reparación integral de la población víctima del conflicto armado.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Estrategias	Definición de las estrategias
salud a la población víctima del conflicto armado	Por lo anterior, implica un incremento de manera gradual en las coberturas del componente psicosocial del programa con especial énfasis hacia las zonas rurales y dispersas e integrarse de manera efectiva y complementaria con el componente de salud integral que opera en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y las Rutas de Atención Integral que definen un enfoque territorial, diferencial y psicosocial hacia este tipo de población. Con lo anterior, se busca articular la atención en salud en el marco de las medidas de asistencia y rehabilitación de la población víctima del conflicto armado a través de la implementación de: 1. El Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (MSPS-IETS, 2017), 2. Los lineamientos para la construcción departamental de planes para la gestión e implementación del protocolo (MSPS, 2018), 3. La Guía para la territorialización de la medida de Rehabilitación (MSPS, 2018) y 4. Lo establecido en la Res. 1166/2018 para el talento humano que orienta y atiende a las víctimas del conflicto armado.
Gestión de información, conocimiento, monitoreo, seguimiento y evaluación.	Esta estrategia consiste en el fortalecimiento de las capacidades y recursos para mejorar la información y el conocimiento que sustenta los procesos de toma de decisiones para la salud de la población víctima del conflicto armado. La evidencia generada debe permitir orientar, ajustar e incidir en las mejores formas de abordar los retos y desafíos que significa los nuevos escenarios de paz y reconciliación. Implica también consolidar los mecanismos de monitoreo, seguimiento y evaluación de las políticas y respuestas en salud dirigidas a la población víctima del conflicto armado. Define la necesidad de fortalecer el sistema de seguimiento y monitoreo a las atenciones de las víctimas de tal forma que pueda integrarse al Sistema de Gestión de Datos (Bodega de Datos de SISPRO) y al sistema de seguimiento y monitoreo del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. En la actualidad este Ministerio cuenta con un instrumento vía Web en donde se registran las atenciones psicosociales brindadas a través de la modalidad psicosocial del PAPSIVI y se encuentra integrada al SISPRO y alimenta el Cubo de Víctimas.

- Aumentar los niveles de salud y calidad de vida de la población víctima del conflicto armado a través de la promoción y fortalecimiento de los procesos de participación social y gobernanza en salud

Estrategias	Definición de las estrategias
Implementación de la Política de Participación Social en Salud (Resolución No. 2063 de 2017) con enfoque diferencial hacia la población Víctima del Conflicto Armado	Esta estrategia consiste en asegurar que las acciones que se vayan planeando y ejecutando para lograr la implementación progresiva de la Política de Participación Social en Salud (PPSS), garanticen la inclusión y visibilidad de la población víctima del conflicto armado.
Promoción de la corresponsabilidad de la población víctima del conflicto armado frente al mejoramiento de sus condiciones de vida y salud.	Esta estrategia consiste en posicionar la participación de las personas y la comunidad frente a las acciones de autogestión y autocuidado de la salud. Establece la necesidad de proveer a la gente información suficiente, pertinente y objetiva sobre la salud y la gestión de la misma. Como resultado se espera generar una mayor comprensión de los problemas, los retos y las oportunidades que se tienen para mejorar la salud. Señala la necesidad de implementar una agenda que permita mejorar continuamente el acceso de las personas víctimas a la información sobre sus derechos y deberes en salud y sobre los mecanismos para acceder a las distintas rutas de atención diseñadas para los casos particulares que les concierne. Lo anterior deberá traducirse en mejores decisiones a nivel individual y comunitario y en soluciones e iniciativas que logren incidir en el

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Estrategias	Definición de las estrategias
	mejoramiento de las condiciones de vida de la población víctima del conflicto armado.
Fortalecimiento de la gobernanza para la planificación territorial en salud con enfoque diferencial hacia la población víctima del conflicto armado	Consiste en fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias frente a la formulación participativa de los planes territoriales de salud. Busca desarrollar las capacidades para identificar y priorizar bajo la metodología Pase a la Equidad en Salud las necesidades de la población víctima del conflicto armado de tal forma que los próximos PTS incorporen respuestas diferenciales y efectivas para esta población. Establece la ejecución de un proceso de asistencia técnica dirigido a las entidades nacionales y territoriales para la incorporación del enfoque diferencial de la población víctima del conflicto armado en los planes territoriales de salud y en los demás instrumentos de planeación que incorporan acciones que impactan en la salud y el bienestar de la población. Igualmente, en el marco de la implementación del PAPSIVI y otras estrategias psicosociales lideradas por este Ministerio, señala el fomento de la participación de distintos actores institucionales y comunitarios en los espacios pedagógicos diseñados para orientar la implementación de las diversas estrategias del Programa de Atención a Víctimas (Ej. Curso Virtual en Enfoque Psicosocial; Curso presencial o virtual en atención en salud con enfoque psicosocial).
Generación de espacios para la rendición de cuentas y transparencia en salud con la población víctima del conflicto armado	Esta estrategia se concibe desde dos perspectivas, una consiste en crear los espacios y mecanismos para que los actores institucionales del sistema de salud puedan informar sobre las acciones, recursos, resultados y demás aspectos relacionados con la gestión de la salud para la población víctima del conflicto armado, la otra implica definir e implementar los mecanismos a través de los cuales los representantes de la población víctima del conflicto armado también informan a la población que representan sobre las gestiones y la participación realizada para incidir en las políticas que impactan en la salud y la calidad de vida de esta población.

7. INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DIFERENCIAL PARA LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN LA PLANEACIÓN TERRITORIAL EN SALUD

Le corresponde a las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, en cumplimiento de las competencias asignadas en materia social y de las responsabilidades derivadas de la normatividad expedida para la garantía de los derechos de la población víctima del conflicto armado, la incorporación de este capítulo diferencial para esta población en sus Planes Territoriales de Salud -PTS- como instrumento de la función pública para la planeación territorial, el cual se formula cada cuatro años, obedeciendo a la Ley 152 de 1994, estableciendo en su Artículo 1º: *Propósitos. La presente Ley tiene como propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el artículo 342, y en general por el artículo 2 del Título XII de la Constitución Política y demás normas constitucionales que se refieren al plan de desarrollo y la planificación, lo que refiere que las metas sanitarias cuatrianuales se materializan y ejecutan en el marco de los Planes Territoriales de Salud, en coherencia y armonización en los establecido en la Resolución 1536 de 2015, la Resolución 2626 de 2019 o las normas que la modifiquen o las sustituyan y en consecuencia, su ejecución con la participación de los diferentes actores implicados en las respuestas que buscan el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de esta población.*

7.1. Competencias

Las competencias territoriales, respecto del sector salud, definen el deber de las entidades territoriales en cuanto al Plan Decenal de Salud Pública en los planes territoriales de salud. Al respecto, se tienen, entre otras, como normas guía, la Constitución Política, artículos 49, 298, 311, 356 y 357; las Leyes 152 de 1994, 715 de 2001, artículos 43, 44 y 46; 1438 de 2011, 1448 de 2011, artículos 135 a 138 y 174; la Resolución 1841 de 2013; Resolución 1536 de 2015 y la Resolución 2626 de 2019 de este Ministerio.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

7.2. Lineamientos

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

Así, los PTS deberán reflejar las necesidades, desigualdades e inequidades en salud que enmarcan la realidad de este colectivo en cada territorio. Por tanto, la ruta de incorporación considera como elementos conceptuales, transversales y fundamentales el enfoque diferencial y las acciones afirmativas. Desde la perspectiva metodológica define los componentes de participación, concertación y coordinación interinstitucional e intersectorial, como pilares para la incidencia en los determinantes sociales que requieren ser transformados para responder de manera efectiva a las demandas de esta población.

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

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

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

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

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

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

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

Como insumo fundamental para este proceso se cuenta con el Comunicado Conjunto No. 4 del Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado (UARIV) vigente a partir del 14 de septiembre del año 2018, el cual provee instrucciones a los actores del SGSSS para cruzar sus bases de datos con el Registro Único de Víctimas (RUV) y así lograr identificar plenamente a las personas víctimas que viven en sus territorios. Como resultado se podrá hacer una caracterización real de la situación de salud de esta población y así fortalecer los ASIS y los procesos de plantificación territorial con enfoque diferencial.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

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

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

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

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

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

8. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES

8.1. Responsabilidades de los departamentos, distritos y municipios

- a) Adoptar los contenidos establecidos en este anexo en el Plan Territorial de Salud, proponiendo orientaciones de carácter estratégico tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población víctima del conflicto armado.
- b) Realizar el seguimiento y evaluación de las metas de continuidad, cobertura y calidad establecidas para la población víctima del conflicto armado como instrumento gerencial de programación y control de ejecución anual.
- c) Promover la adecuada representación de todos los actores en el proceso de planeación, garantizando la participación de la población víctima del conflicto armado para la priorización de las acciones en salud que se incluirán en el Plan Territorial de Salud.
- d) Adelantar las acciones necesarias para la coordinación entre las instituciones de la entidad territorial y la población víctima del conflicto armado relacionadas con temáticas de salud con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de esta población.
- e) Promover la participación de la población víctima del conflicto armado y de la Mesa de Participación Efectiva de la Población Víctima del Conflicto Armado en escenarios de control social y rendición de cuentas frente a la ejecución de los planes territoriales de salud y la implementación de este capítulo.
- f) En el caso de los departamentos, apoyar con asesoría técnica a los municipios, para el desarrollo de procesos participativos y la debida inclusión del enfoque diferencial en la planeación territorial y en la ejecución de planes, proyectos y acciones dirigidos a la atención en salud la población víctima del conflicto armado.
- g) Implementar y mantener sistemas de información e indicadores de gestión, con enfoque diferencial, como soporte a la toma de decisiones.
- h) Elaborar el Análisis de Situación de Salud-ASIS bajo el modelo de determinantes de la salud y con enfoque diferencial, a partir de los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio para que sirva de insumo al proceso de planeación territorial.

Ahora bien, particularmente las secretarías de salud:

- i) Implementar estrategias locales para el aseguramiento prioritario de la población víctima no asegurada.
- j) Revisar y ajustar a las redes integrales de servicios de salud y atenciones a población víctima en los planes de Intervenciones colectivas, con base en el componente caracterización, para que sean suficientes ante las necesidades de atención en salud de la población víctima.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

8.2. Responsabilidades de las entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas a compensar, administradoras de los regímenes Especial y de Excepción:

- a) Organizar la forma y mecanismos que permitan el acceso de la población víctima del conflicto armado a los servicios de salud a nivel nacional.
- b) Instaurar procedimientos que garanticen el acceso de la población víctima del conflicto armado a las IPS en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional.
- c) Implementar los protocolos y orientaciones otorgadas desde este Ministerio para identificar y gestionar el riesgo y la atención en salud de la población víctima del conflicto armado.
- d) Coordinar con la secretaría de salud departamental la revisión y ajuste a las redes integrales de servicios de salud.
- e) Garantizar la atención en salud a la población víctima según las indicaciones del protocolo.
- f) Definir un marco de reporte y seguimiento a las atenciones en salud con enfoque psicosocial de la población víctima.
- g) 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 entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas a compensar, administradoras de los regímenes Especial y de Excepción sostengan una comunicación fluida y encuentros periódicos de seguimiento con el profesional de la salud de los equipos de atención psicosocial (donde los hubiere).

8.3. Responsabilidades de las instituciones prestadoras de servicios de salud

- a) Garantizar la atención integral en salud a la población víctima del conflicto armado en el marco del cumplimiento de sus funciones y de la normatividad vigente que oriente la adopción del enfoque diferencial para la atención en salud.
- b) Diseñar y ejecutar las estrategias de demanda inducida y de búsqueda activa de la población víctima del conflicto armado que pertenece a los grupos más vulnerables para garantizar la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública, ajustadas a las prioridades territoriales y al enfoque diferencial.
- c) Implementar los protocolos y orientaciones otorgadas desde este Ministerio para identificar y gestionar el riesgo y la atención en salud de la población víctima del conflicto armado.

8.4. Responsabilidades de los Comités Territoriales de Justicia Transicional

Les corresponde, en el ámbito de sus competencias:

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

8.5. Responsabilidades de la población víctima del conflicto armado

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

8.6. Responsabilidades de los miembros de las mesas de participación de víctimas del nivel municipal, distrital, departamental y nacional a las que hace referencia la Ley 1448 de 2011

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

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

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

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

Les corresponde, en el ámbito de sus competencias:

- a) Contribuir en la generación de mecanismos para la divulgación del capítulo de víctimas.
- b) Promover la participación de la población víctima del conflicto armado en los escenarios de planeación para la salud pública.

8.8. Responsabilidades del Subcomité Técnico de Medidas de Rehabilitación

Les corresponde, en el ámbito de sus competencias:

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

9. FINANCIACIÓN

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

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

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

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

10. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado, se integra al sistema de monitoreo y evaluación definido por este Ministerio, con el fin de establecer los avances y logros de los objetivos y las metas sanitarias definidas para diferentes grupos diferenciales y su contribución a los objetivos estratégicos del PDSP.

La metodología para el monitoreo y evaluación de los PTS inscrita en el proceso de planeación integral en salud y desarrollada a través de la metodología PASE a la Equidad en Salud, permitirá establecer las contribuciones de las entidades territoriales objetivo general del capítulo. Así, el componente de víctimas del PDSP, adopta la metodología para realizar la medición del monitoreo y evaluación de los PTS denominada "Medición del desempeño de la gestión integral en salud en las Entidades Territoriales", la cual se desarrolla

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

a través del análisis de cuatro componentes que se integran en un indicador sintético denominado Índice de Gestión Integral en Salud (IGIS). Dichos componentes son: Gestión institucional, Eficacia Técnica, Eficacia Financiera, Eficiencia.

En concordancia con la metodología de medición del desempeño de la gestión integral en salud en las entidades territoriales, para el monitoreo y evaluación del contenido del capítulo de víctimas, se adoptan los momentos de medición definidos así: Monitoreo a la gestión operativa del PTS y Evaluación del PTS.

Ahora bien, teniendo en cuenta que las líneas de acción tienen un carácter orientador, tanto las entidades territoriales como las entidades del orden nacional, de acuerdo a las metas seleccionadas e incorporadas a planes de acción del nivel nacional o territorial, podrán definir los mecanismos de monitoreo y evaluación y su integración con los instrumentos ya existentes en el marco de la gestión de la salud pública, la cual se hace a partir de los objetivos y metas establecidas para cada una de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública o de las demás políticas que incorporan respuestas diferenciales dirigidas a la población víctima del conflicto armado.

Igualmente, las futuras evaluaciones de procesos y resultados que se realicen al PDSP, deberán incorporar los métodos y estrategias adecuadas para generar información frente a los resultados de la implementación de capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado.

11. BIBLIOGRAFÍA

A, Z., Blumenfeld O. N. S., Gottfried, D., Y. T. R., & E. H. (2012). Increase in the incidence of type 1 diabetes in Israeli children following the Second. *Pediatr Diabetes*, 13(4), 326-33.

Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de salud mental* (21), 39 - 52.

Agudelo, L., Gallo, N., & Martínez, M. (2011). Situación de salud y derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes, bajo abuso y explotación sexual comercial, en situación de calle e institucionalizados. Medellín 2010. *Revista de Salud Pública de Medellín*, 1-10.

Arcos, P., Castro, R., & Busto, F. d. (2002). Desastres y salud pública: un abordaje desde el marco teórico de la epidemiología. *Rev. Esp. Salud Publica*.

Arias, M., Camacho, A., Ibáñez, A., Mejía, D., & Rodríguez, C. (2009). El desplazamiento forzoso en Colombia: un camino sin retorno hacia la pobreza. *Universidad de los Andes*.

Auto 006/09, Personas Desplazadas con Discapacidad (Corte Constitucional 2009).

Bautista, A., Capacho, B., & Martínez, M. (2018). Posconflicto y violencia sexual.

Bello Albarracín, M. N., & Chaparro Pacheco, R. (2011). El daño desde el enfoque psicosocial. M9. Bogotá, Colombia Universidad Nacional de Colombia. Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz (PIUPC).

Bedregal G, P. Q. (2002). Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Revista médica de Chile*, 127-129.

Benavides, A. O., & Gómez-Restrepo, C. (Jan./Mar. de 2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *rev.colomb.psiquiatr*, 34(1).

Bradshaw, J. (1972). A taxonomy of social need in New Society. Harvard University.

Castro, F. R. (2004). Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. *SEMERGEN*, 30(4), 180-9.

Donabedian, A. (1988). Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, D. F: Fondo de Cultura Económica.

Durante, S. J. (18 de 05 de 2010). Concepto de necesidad y problema. Obtenido de Metodología de la EpS I : <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/metodologia-de-la-eps-1>

Giraud, N., & Chiarpennello, J. (2012). Actualización: Educación para la salud basada en la comunidad (segunda entrega). *EVIDENCIA - Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 21-25.

Nicholas, M., & Catherine, P. (2000). Assessing quality in qualitative research. *BMJ*, 320(50).

Rodríguez Sabiote, C. P. (2006). La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior. *RELIEVE*, 12(2).

Camacho, A., & Mejía, D. (2014). Consecuencias de la aspersión aérea en la salud: evidencia desde el caso colombiano. En U. d. Andes, *Costos económicos y sociales del conflicto en Colombia ¿cómo construir un posconflicto sostenible?* (pág. 270).

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Castaño, Y. (2015). Condiciones habitacionales, satisfacción residencial y morbilidad percibida de las víctimas de desplazamiento forzado que residen en Viviendas de Interés Social (VIS), Turbo, Antioquia, 2014-2015.

Castillo, S. D., Garzón, M., & Gordillo, Á. (2007). Caracterización de la situación de seguridad alimentaria de la población en condición de desplazamiento: Una mirada a través de las familias. Estudio de caso Bogotá. Revista de la Facultad de Medicina, 55(3), 181-190.

Ceballos, O., Vega, R., Fernández, A., Martínez, J., & Ferney, R. (2015). La habitabilidad y la salud en Colombia: Una propuesta metodológica para su análisis. Bitácora 25, 31-41.

CELADE. (2011). Envejecimiento poblacional.

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2011). Mujeres y guerra: Víctimas y resistentes en el Caribe colombiano. Bogotá: Imprenta Nacional.

Centro Nacional de memoria Histórica. (2013). Basta Ya. Bogotá D.C.

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). Informe General.

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2017). Una guerra sin edad: Informe nacional de reclutamiento y utilización de niños, niñas y adolescentes en el conflicto armado colombiano. Bogotá: Panamericana Formas e Impresos S.A.

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2015). Aniquilar la diferencia: Lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en el marco del conflicto armado colombiano, Bogotá D.C. Procesos Digitales S.A.S. Bogotá.

CEPAL, C. E. (2012). Atlas sociodemográfico de los pueblos indígenas y afrodescendientes en Colombia. Santiago de Chile.

CEPAL, C. E. (2012). Atlas sociodemográfico de los pueblos indígenas de Chile. Santiago de Chile.

CEPAL, C. L. (s/f). Los censos y los pueblos indígenas en América Latina: Una metodología regional.

Chile, M. d. (2012). Perfil epidemiológico básico de la Población Mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Osorno. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile No 009, 102.

CICR. (2016). La violencia sexual en los conflictos armados: preguntas y respuestas. Obtenido de <https://www.icrc.org/es/document/la-violencia-sexual-en-los-conflictos-armados-preguntas-y-respuestas>

CIDH. (2006). Las mujeres frente a la violencia y la discriminación derivadas del conflicto armado en Colombia. Obtenido de <http://www.cidh.org/countryrep/ColombiaMujeres06sp/resumenejecutivo.html>

Colombia Corporación Casa de la Mujer Trabajadora; Alianza Iniciativa de Mujeres Colombianas por la Paz. (2007). Análisis sociodemográfico de las víctimas del conflicto armado: Brechas de género. Bogotá D. C.

Colombia. Centro Nacional del Memoria Histórica. (2014). Aportes teóricos y metodológicos para la valoración de los daños causados por la violencia. (M. Bello, Ed.) Bogotá, D.C., Colombia.

Comisión de Seguimiento a la Política Pública Sobre Desplazamiento. (2009). El reto ante la tragedia humanitaria del desplazamiento forzado: reparar de manera integral el despojo de tierras y bienes.

Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013.

Congreso de la República. (2014). Ley 1719 de 2014.

Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. (2018) Shuvila: Aportes sobre la situación de las mujeres Rom en Colombia. Bogotá.

Contraloría General de la República. (2015). Primera Encuesta Nacional de Víctimas. Construcción de la línea base para el seguimiento y el monitoreo al cumplimiento de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras en Colombia. Bogotá.

Correa, L., Martínez, S., Enriquez, É., Pertuz, M., Montoya, S., & Acevedo, M. (2015). Las personas mayores víctimas del conflicto armado. Bogotá.

Corte Constitucional. (2008). Auto 092: Protección de los derechos fundamentales de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado por causa del conflicto armado, en el marco de la superación del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T.

Corte Constitucional. (2009). Auto 006 de 2009.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Corte Constitucional. (2009). Auto N° 005 Protección de los derechos fundamentales de la población afrodescendiente víctima del desplazamiento forzado, en el marco del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025. Bogotá D.C.

COSUDE. (09 de 09 de 2014). Gestión de programas con enfoque sensible al conflicto. Obtenido de <https://www.eda.admin.ch/countries/colombia/es/home/cooperacion/temas/cosude/asd.html>

DANE. (2005). La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos.

DANE. (12 de 12 de 2005). Proyecciones de población DANE. Obtenido de <http://www.dane.gov.co/relor/>

DANE. (2015). Boletín técnico: Encuesta de goce efectivo de derechos 2013 - 2014.

De Castro, F. L. (2003). Planificación sanitaria (I)., SEMERGEN-Medicina de Familia, 29(5), 244-254

Debarati, G.-S., & Olivia, D. (2010). Demographic and health consequences of civil conflict. Washington, DC: World Development Report background papers.

Defensoría del Pueblo. (22 de agosto de 2017). Persiste el incumplimiento en la implementación de la Ley y los Decretos Leyes de Víctimas y Restitución de Tierras. Obtenido de <http://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/6548/Persiste-el-incumplimiento-en-la-implementaci%C3%B3n-de-la-Ley-y-los-Decretos-Leyes-de-V%C3%ADctimas-y-Restituci%C3%B3n-de-Tierras-V%C3%ADctimas-Reparaci%C3%B3n-Implementaci%C3%B3n-Decretos-Presupuesto-P>

Defensoría del Pueblo. (2014). Informe Defensoría: Prevención del reclutamiento de niños, niñas y adolescentes. Análisis de la política pública con enfoque étnico. B. Bogotá D.C.: DÍgitos y Diseño Industria Gráfica.

DNP. (2010). Documento CONPES 3660: Política para promover la igualdad de oportunidades para la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal. Bogotá: DNP.

DNP. (2010). Pueblo Rrom –Gitano– de Colombia: haciendo camino al andar.

DNP. (2016). Infografía El impacto de la guerra en el medio ambiente.

El País. (2012). Medio ambiente, otra víctima del conflicto armado en el país. Obtenido de <https://www.elpais.com.co/judicial/medio-ambiente-otra-victima-del-conflicto-armado-en-colombia.html>

El Tiempo. (01 de junio de 2017). Las enfermedades del conflicto: Urge respuesta a las enfermedades es aquellas zonas más aisladas donde ha imperado la guerra. Obtenido de <http://www.eltiempo.com/opinion/editorial/las-enfermedades-del-conflicto-94198>

ENCV. (2013). FAO. (2002). Alimentos, seguridad, justicia y paz.

Franco, s. (1997). Violencia y salud en Colombia. Rev. Panam. Salud Pública, 94-103.

Frenk, J. (1992). La salud de la población.: Hacia una nueva salud pública.

Gallo, N., Meneses, Y., & Minotta, C. (2014). Percepciones del proceso salud-enfermedad de las comunidades afrodescendientes de Medellín 2009-2010. Archivos de Medicina, 14(2), 210-2018.

Gómez Baos, A. D. (2010). Haciendo camino al andar. Bogotá.

Gómez, C., Rincón, C., & Medina, M. (2015). Enfermedades crónicas en población afectada por el conflicto armado en Colombia. Rev. Panam Salud Publica.

González, A., & De la Espriella, A. (2002). Aproximación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres desplazadas en Colombia. Bogotá.

Grupo Memoria Histórica. (2013). Basta Ya. Memorias de guerra y dignidad. Informe general Grupo Memoria Histórica. Bogotá: Imprenta Nacional.

Gutiérrez, A. (2016). La geografía del conflicto armado interno y los recursos naturales en Colombia. Pontificia Universidad Javeriana.

Heeke, C., Stammel, N., Heinrich, M., & Knaevelsrud, C. (2017). Conflict-related trauma and bereavement: exploring differential symptom profiles of prolonged grief and posttraumatic stress disorder. BMJ Psychiatry, 17(188), 1-10.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Hewitt Ramírez, N., Juárez, F., Parada Baños, A. J., Guerrero Luzardo, J., Romero Chávez, Y. M., Salgado Castilla, A. M., & Vargas Amaya, M. V. (2016). Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia*. Revista Colombiana de Psicología, 25(1), 125 - 140.

Hewitt, N., Juárez, F., & Parada, A. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. Revista Colombiana de Psicología, 125-140.

Ibañez, A., & Velásquez, A. (2008). El Impacto del desplazamiento forzoso en Colombia: condiciones socioeconómicas de la población desplazada, vinculación a los mercados laborales y política públicas. CEPAL.

INDEPAZ, I. (2009). Situación de los pueblos indígenas de Colombia. Bogotá D.C.: KAS- Konrad Adenauer Stiftung.

INS. (2017). Consecuencias del Conflicto armado en la Salud en Colombia. Bogotá.

INS. (2017). Informe Técnico 9/2017. Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Bogotá. Instituto Nacional de Salud -INS-. Observatorio Nacional de Salud., Bogotá D.C.

Instituto Nacional de Medicina Legal. (1998). Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Comportamiento de lesiones de causa externa. Bogotá.

ISTAS. (10 de 11 de 2017). Obtenido de <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=2633>
<http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=2633>

Itziar Larizgoitia. (2006). La violencia también es un problema de salud pública. Gaceta Sanitaria, 20(1), 63-70

Klevens, J., & Montoya, E. M. (2003). Un Abordaje de la Violencia desde la Salud Pública: el Proyecto de Prevención Temprana en Medellín. 5(1), 24 -39.

Larizgoitia, I. I. (2011). ¿Cómo influye la violencia colectiva en la salud? Modelo conceptual y diseño del estudio ISAVIC. Gaceta Sanitaria, 25(3), 246-253.

Londoño, M., & Martínez, J. (2015). El medio ambiente, otra víctima del conflicto armado colombiano actual. Obtenido de <http://www.elpais.com.co/judicial/medio-ambiente-otra-victima-del-conflicto-armado-en-colombia.html>

Méndez Méndez, N. (2015). INSTITUCIONALISMO COGNITIVO, CAPITAL SOCIAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA PAZ EN COLOMBIA. Economía & Región, 9(1), 67 - 90.

Ministerio de Salud. (1994). Carga de la Enfermedad en Colombia. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (27 de 07 de 2016). ¿Qué trae el Acuerdo Final para la salud de los colombianos? Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Qu%C3%A9-trae-el-Acuerdo-Final-para-la-salud-de-los-colombianos.aspx>
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Qu%C3%A9-trae-el-Acuerdo-Final-para-la-salud-de-los-colombianos.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. 2015. Bogotá. Colombia: Javegraf.

Ministerio del Interior. (2014). GAPV. Obtenido de <http://gapv.mininterior.gov.co/estrategia-de-corresponsabilidad/planteamiento-del-problema>

Mintrabajo. (2017). Informe de Gestión Vigencia 2017. Grupo Interno de Trabajo para la Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado. Bogotá.

Mock, N., Duale, S., Brown, L., Mathys, E., O'Maonaigh, H. C., Abul-Husn, N., & Elliott, S. (2004). Conflict and HIV: A framework for risk assessment to prevent HIV in conflict-affected settings in Africa. Emerging Themes in Epidemiology.

Mogollón Pérez, A. S. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. Revista Española de Salud Pública, 77(2), 257-266.

Mogollón, A., Vázquez, M., & García, M. d. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. Rev. Esp. Salud Pública, 77, 257-266.

Moiso, A., Mestorino, M., & Ojeda, O. (2007). Enfermedades crónicas no transmisibles: el desafío del siglo XXI. En: Fundamentos de salud pública.

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

MSPS. (2013). Lineamientos para el desarrollo del talento humano en la atención a personas víctimas del conflicto armado.

MSPS. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. Bogotá.

MSPS. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La Salud en Colombia la Construyes Tú. Bogotá: Imprenta Nacional.

MSPS. (2016). Estrategia de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral -- PAPSIVI. Bogotá.

MSPS. (2016). Estrategia atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en el marco del programa de atención psicosocial y salud integral -PAPSIVI_. Bogotá.

MSPS. (2017). Documento interno de trabajo: Sala situacional de la población víctima del conflicto armado en Colombia

MSPS. (2017). Documento interno de trabajo: Sala situacional de la población víctima del conflicto armado en Colombia.

MSPS. (2017). Ficha de caracterización población víctima del conflicto armado. Documento interno de trabajo.

MSPS. (2018). Lineamientos para el talento humano que orienta y atiende víctimas del conflicto armado. Resolución 1166 de 2018.

MSPS, UNFPA, & UEC. (2014). Estrategia PASE a la Equidad en Salud: Lineamientos conceptuales. Bogotá.

MSPS, UNFPA, & UEC. (2015). Estrategia PASE a la Equidad en Salud: Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos.

MSPS; IETS. (2016). ¿Cuáles son las afectaciones o impactos en la salud física y mental de las víctimas como consecuencia de los hechos victimizantes en el marco del conflicto armado?". Bogotá.

MSPS; OPS; UTP. (2009). Enfoque psicosocial en la atención a la población desplazada, confinada o en riesgo. Guía práctica para alcaldes y alcaldesas.

Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (2005). Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. Obtenido de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/RemedyAndReparation.aspx>

OMS. (2002). Prevención de la violencia y los traumatismos. Obtenido de Campaña Mundial de Prevención de la Violencia:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/es/

OMS. (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D.C.: Publicación Científica y Técnica No. 588. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica No. 588. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OMS. (01 de 06 de 2018). Enfermedades no transmisibles. Recuperado el 30 de 08 de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

OMS/OPS. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.

ONS. (2017). Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Bogotá.

ONS, O. N. (2015). Desigualdades sociales de salud en Colombia.

ONU. (04 de 09 de 2016). El medio ambiente otra víctima de la guerra por reparar. El colombiano.

ONU. (2017). Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en Colombia (A/HRC/34/3/Add.3) (Unofficial Spanish translation). Obtenido de <https://reliefweb.int/report/colombia/informe-anual-del-alto-comisionado-de-las-naciones-unidas-para-los-derechos-0>

ONU-PMA. (2018). Seguridad de la ONU por abordar la relación entre conflicto y hambre. Obtenido de <https://es1.wfp.org/noticias/el-programa-mundial-de-alimentos-aplaude-al-consejo-de-seguridad-de-la-onu-por-abordar-la>

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

OPS, O. P. (2011). Módulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades: Medición de las condiciones de salud y enfermedad en la población.

OPS/OMS. (2003). Acciones afirmativas para lograr la equidad de salud de grupos étnico/raciales. Montevideo.

OPS/OMS. (2006). Marco conceptual de la prevención de la violencia en el contexto colombiano. Bogotá.

Organización Panamericana de la Salud; Universidad de Antioquia. (2005). Salud y Desplazamiento en Colombia. Módulo 1. Comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento y receptora, en seis ciudades 2002-2003. Universidad de Antioquia.

Paternina, H. (2013). De la auto-invisibilidad como estrategia de resistencia étnica y cultural, a la visibilización como mecanismo del reconocimiento de derechos económicos, sociales, políticos y culturales. Madrid.

Patricia Schetinni, I. C. (s/f). Análisis de datos cualitativos en la investigación social: Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa.

Pellegrini Filho, A. (1999). La violencia y la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública, 219-221

Pellegrini, A. (1999). La violencia y la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública, 5(4-5), 219-221

Peters, B. (1995). Modelos alternativos del proceso de la política pública: de abajo hacia arriba o de arriba hacia abajo 270-272.

PNUD. (s.f.).

PNUD. (2012). Afrocolombianos: sus territorios y condiciones de vida. Cuaderno del Informe de Desarrollo Humano en Colombia 2011. Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD.

PNUD. (2012). Pueblos indígenas: Diálogo entre culturas. Cuaderno del Informe de Desarrollo Humano en Colombia 2011. Bogotá.

PNUD. (2013). Pueblos indígenas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Documento de trabajo y análisis. Bogotá.

PNUD. (2014). Perfil productivo de la Zona Bananera.

PNUD. (s/f). Pueblos indígenas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio - Guía de lectura.

Porto, J. (2014). Afrodescendientes en Colombia: una revisión de los últimos seis años. Jangwa Pana, 131-139

Presidencia de la República de Colombia. (2011). Decreto 4800 de 2011.

Ramírez, L., Veloza, M., & López, A. (2016). Acceso a servicios de salud por parte de desplazados. Nuevo Derecho, 71-88.

Restrepo, & et.al. (2017). Seguridad alimentaria y derecho a la alimentación en escenarios de posconflicto: Análisis para determinar estándares de política pública, del acuerdo "Política de desarrollo agrario integral", logrado entre Gobierno nacional. Bogotá, D.C.

Rättberg, A. (2008). Reparación en Colombia ¿Qué quieren las víctimas? Bogotá.

Ridocci, E. (2012). Incidencia de las enfermedades transmisibles en situaciones de emergencia compleja y factores de riesgo.

RNI, UARIV. (20 de 06 de 2019). RUV. Obtenido de <https://rni.unidadvictimas.gov.co/RUV>

Rodríguez, Alfonso, & Cavellier. (2009). El desplazamiento afro: tierra violencia y derechos de las comunidades negras en Colombi. Bogotá.

Rodríguez, C., & Sanchez, F. (2009). Armed Conflict Exposure, Human Capital Investments and Child Labor: Evidence from Colombia.

Rodríguez, J. G. (11 de 10 de 2015). El derecho de las víctimas al trabajo, formación y generación de ingresos. Obtenido de Corporación Viva la Ciudadanía: http://viva.org.co/cajavirusual/svc0387/articulo03.html#_ftnref6

Romero, T., & Castañeda, E. (2009). El conflicto armado colombiano y la primera infancia. Save the Children Canadá y Organización de Estados Iberoamericanos -OEI- Panamericana, 31 a 49.

Ruscheinsky, A., & Nina, E. (2013). Los desplazamientos forzados como riesgos sociales asociados a las condiciones de la violencia política en Colombia. Sociologías, 156-184.

RUV. (1 de junio de 2019). Obtenido de <http://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Intensidad7vvg-1>

Continuación resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021"

Sánchez, & et.al. (2017). Encuesta de prevalencia de violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano 2010-2015.

Sánchez, F., & Díaz, A. M. (2005). Los efectos del conflicto en el desarrollo social colombiano. 1990-2002. Documento CEDE. Universidad de los Andes.

Say, L., Souza, J., & Pattinson. (2009). Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 287-296.

SENA. (2016). Caracterización de la población víctima en Colombia.

The Sphere Project. (2011). Humanitarian charter and minimum standards in disaster. Obtenido de <http://www.who.int/hac/techguidance/esfera.pdf>

Torrado, M., Camargo, M., Pineda, N., & Bejarano, D. (2009). Estado del arte sobre primera infancia en el conflicto. En Save the Children Canadá y Organización de Estados Iberoamericanos -OEI- Panamericana Formas e Impresos. S.A. (págs. 53-142).

Torres, F., & Díaz, A. M. (2005). Los efectos del conflicto armado en el desarrollo social colombiano. 1990-2002 Bogotá: Universidad de los Andes.

UARIV. (2014). Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas. Bogotá.

UARIV. (2014). Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas. Bogotá. Bogotá.

UARIV 2014.. Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas. Bogotá D.C.: Procesos digitales.

UARIV. (2015). Índice de riesgo de victimización.

UARIV. (2016). Estrategia psicosocial con víctimas de violencia sexual da nuevo sentido a la mansión Montecasino Obtenido de <http://www.unidadvictimas.gov.co/es/enfoques-diferenciales/estrategia-psicosocial-con-victimadas-de-violencia-sexual-da-nuevo-sentido-la>

UARIV. (2018). <http://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Intensidad?vvg=1>.

UARIV, U. p. (2014). Informe sobre el goce efectivo de derechos de la población víctima del desplazamiento forzado.

UNFPA. (2017). Día por la Dignidad de las Víctimas de Violencia Sexual en el marco del conflicto armado. Obtenido de (UNFPA)

UNFPA-UEC. (2009). Guía para análisis demográfico local.

Unidad de Restitución de Tierras. (2013). Restitución de derechos territoriales étnicos: Decretos Ley 4633 y 4635 de 2011. Bogotá: Obtenido de <https://www.minagricultura.gov.co/Decreto/Decreto%204635%20de%202011>

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2014). Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas. Bogotá.

Unidad para las víctimas. (2011). Orientaciones generales para las víctimas Rrom o Gitanos. Bogotá.

USAID. (2005). Salud sexual y reproductiva en zonas marginales: situación de las mujeres desplazadas.

Wallace, A. (2014). Lo que el conflicto les hizo a los gitanos colombianos. BBC.