

Protocolo

de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado





Protocolo

de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del conflicto armado

Bogotá, 2017



MINSALUD

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Luis Fernando Correa Serna
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios (e)

Carmen Eugenia Dávila Guerrero
Viceministra de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

José Fernando Arias Duarte
Director de Prestación de Servicios y Atención
Primaria

Luis Carlos Ortíz Monsalve
Director de Desarrollo del Talento Humano
en Salud

Germán Escobar Morales
Jefe de la Oficina de Calidad

Juan Pablo Corredor Pongutá
Jefe Oficina de Promoción Social



MINSALUD



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud

Equipo técnico

Alejandro Cepeda Pérez
Coordinador Grupo Asistencia y Reparación
Víctimas del Conflicto Armado

Diana Faride Rivera

Blanca Flórez

Guillermo Cruz

Hernando Millán

Daniel Tobón García

Guillermo Sánchez Vanegas
Director Ejecutivo

Egda Patricia Vanegas Escamilla
Subdirectora de Evaluación de Tecnologías en Salud (e)

Ángela Viviana Pérez Gómez
Subdirectora de Producción de Guías de Práctica
Clínica

Jaime Hernán Rodríguez Moreno
Subdirector de Implantación y Disseminación

Equipo Desarrollador Metodológico

Carlos Eduardo Pinzón Flórez (Cp)
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médico, magíster en Epidemiología Clínica, doctor
en Salud Pública con área de concentración en
Sistemas de Salud

Ángela Viviana Pérez (AP)
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médica magíster en Epidemiología Clínica,
especialista en Epidemiología General, especialista
en Gestión de Salud Pública y Seguridad Social



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud

Juan Camilo Fuentes Pachón (JF)

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médico, magíster en Salud y Seguridad del Trabajo

Carolina Castillo Cañón (CC)

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Enfermera, especialista en Epidemiología General

Paola Avellaneda (PA)

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Economista

Carolina Sandoval Salinas (CS)

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Bacterióloga, especialista en Epidemiología General
Magíster en Epidemiología Clínica (c)

Ana Milena Gil (AG)

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Fonoaudióloga, magíster en Salud y Seguridad en el
Trabajo

Expertos temáticos

Iván Alberto Jiménez Rojas

Médico cirujano, especialista en Psiquiatría,
subespecialización en Psicoanálisis

Clínica Monserrat

Vicepresidente Asociación Colombiana de Psiquiatría

Sandra Piñeros

Médico cirujana, especialista en Psiquiatría, especialista
en Psiquiatría Infantil y de Adolescente

Universidad Nacional de Colombia, Clínica la Paz

Martha Cecilia Martínez Medina

Psicóloga Social, especialista en Gerencia y Auditoría
de la Calidad en Salud, magíster en Salud Pública

Universidad del Bosque

María José Martínez

Psicóloga, magíster en Bioética

Universidad Externado de Colombia

Vanessa Rojas Belalcázar

Trabajadora Social, especialista en Salud con énfasis en
Seguridad Social

Compensar EPS



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud

[Karin Liseth Ortiz Molano](#)

Psicóloga

Millenium - Unidad para la Atención y Reparación
Integral a las Víctimas

[Juliana Guerra Rudas](#)

Socióloga, magíster en Estudios Culturales
Centro Cultural El Rehúso

[Luis Alejandro Gómez Barrera](#)

Odontólogo, magíster en Salud Pública, doctor en
Estudios Políticos (c)
Universidad del Bosque

[Diana Marcela González Ovalle](#)

Politóloga, magíster en Desarrollo Social y
Educativo
Unidad de Restitución de Tierras – Ministerio de
Agricultura

[Christian Camilo Peña Gallo](#)

Psicólogo, magíster en Estudios Políticos (c)
Consultor

Fuerza de tarea ampliada

[Claudia Díaz Rojas](#)

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Profesional en Relaciones Internacionales y
Estudios Políticos, especialista en Comunicación
Corporativa

[Leidy Luis Cuervo](#)

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Analista técnica de participación, deliberación y
comunicaciones

[Alejandro Gavilán González](#)

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Comunicador Social

Expertos invitados

Carlos Iván Molina Bulla

Médico, especialista en Psiquiatría,
especialista en Epidemiología, doctorado
en Sociología Jurídica e Instituciones
Pontificia Universidad Javeriana -
Programa PAB

Universidad Externado de Colombia

Mercedes Cecilia de Santacruz

Psicóloga, magíster en Psicología
Comunitaria
Pontificia Universidad Javeriana .
Programa Atención Primaria en Salud
intervenciones en salud mental

Leonidas Castro Camacho

Psicólogo, doctor en Psicología Clínica
Colegio Colombiano de Psicología
Universidad de los Andes

Edwin Erazo Agudelo

Médico Psiquiatra

Mónica María Novoa Gómez

Psicóloga, magíster en Psicología, doctora
en Métodos de Investigación en Psicología
Asociación de Facultades de Psicología

Camila Jaramillo

Unidad para la Atención y Reparación
Integral a Víctimas

Agradecimientos

Sociedad Colombiana de Psiquiatría
Asociación Colombiana de Facultades de Psicología
Colegio Colombiano de Psicología
Consejo Nacional de Trabajo Social
Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Colombia Diversa
SISMA Mujer

Declaración de conflictos de interés

Todos los miembros del Grupo desarrollador del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, incluidos expertos temáticos y expertos metodológicos, realizaron la declaración de interés al inicio del proceso. Cada una de las declaraciones de intereses fue evaluada por un comité designado para tal fin.

Financiación

El proceso de elaboración del Protocolo fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social, como ente gestor, mediante el contrato No. 251 de 2016, suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Esta publicación es posible gracias al apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones. Los contenidos son responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social y no necesariamente reflejan las opiniones de la OIM.

Abreviaturas y siglas

- EAPB** Empresa administradora del plan de beneficios
- ECC** Ensayo Clínico Controlado
- EMS** Equipo Multidisciplinario de Salud
- IASC** Inter-Agency Standing Committee
- IPS** Institución Prestadora de Servicios de Salud
- MSPS** Ministerio de Salud y Protección Social
- SGSSS** Sistema General de Seguridad Social en Salud
- TEPT** Trastorno de estrés postraumático
- RUV** Registro Único de Víctimas



CONTENIDO

TÍTULO I: PRESENTACIÓN 10

Introducción	13
1. Objetivos	13
2. Alcance	14
3. Población sujeto del protocolo: Víctimas del conflicto armado interno	15
4. Cómo leer el protocolo	17
5. Actualización del protocolo	18

TÍTULO II: MARCO CONTEXTUAL 20

1. Política Nacional de Atención Integral en Salud para las Víctimas del conflicto y la Política Nacional de Atención Integral en Salud	20
1.1. Estrategia de atención primaria en salud	21
2. El Sector salud en el marco de la reparación integral: El PAPSIVI como respuesta a las medidas de asistencia y rehabilitación.	22
3. Enfoques para la atención integral en salud para las víctimas del conflicto armado	24
3.1. Enfoque psicosocial	24
3.2. Enfoque diferencial	28
3.3. Enfoque de derechos	30
3.4. Enfoque de acción sin daño	32
4. Conceptos clave: salud mental, problema mental, trastorno mental	34
4.1. Salud mental	34
4.2. Problema y trastorno mental	35
5. Enfoque psicosocial vs. Atención psicosocial	36

TÍTULO III: METODOLOGÍA 37

ETAPA 1. Búsquedas y revisiones sistemáticas de la literatura	38
ETAPA 2. Proceso de participación y deliberación a través de metodologías de diálogos de saberes	40
ETAPA 3. Proceso de revisión cualitativa de la Ley de Víctimas y sus Decretos Ley y reglamentarios bajo metodologías de análisis de política	41
ETAPA 4. Generación de las indicaciones preliminares para la atención integral con enfoque psicosocial y diferencial para víctimas del conflicto armado. Métodos mixtos para la integración y análisis de la información de múltiples fuentes.	44
ETAPA 5. Instalación de los procesos participativos para orientar las indicaciones en atención integral en salud con enfoque psicosocial	46



ETAPA 6. Consenso formal de expertos temáticos y metodológicos con la sociedad civil (representante de población víctima del conflicto armado).....	47
ETAPA 7. Socialización territorial	48
TÍTULO IV: INDICACIONES PARA LA ACCIÓN	49
1. Indicaciones amplias.....	49
1.1 Indicaciones para la incorporación del enfoque psicosocial.....	49
1.1.1 Dirigidas al Ministerio de Salud y Protección Social.....	49
1.1.2 Dirigidas a los equipos de atención multidisciplinarios-EMS	55
1.2 Indicaciones para la incorporación del enfoque diferencial.....	59
1.2.1 Dirigidas al Ministerio de salud y protección social	59
1.2.2 Dirigidas a los equipos multidisciplinarios –EMS	62
1.2.3 Dirigidas al proceso de atención en salud	64
1.3 Generalidades de la atención	65
1.4 Generalidades del seguimiento.....	70
1.5 Conformación, roles, competencias y funciones del Equipo Multidisciplinario de Salud –EMS.....	70
1.6 Orientaciones específicas: Equipo Multidisciplinario de Salud –EMS: Atención integral en salud con enfoque psicosocial.....	77
2. Atención y seguimiento.....	80
2.1 Dirigidas al EMS en conjunto	80
2.2 Dirigidas al auxiliar de enfermería y/o gestor del EMS	82
2.3 Dirigidas al proceso de seguimiento por parte del EMS	84
2.4 Procesos de remisión	92
2.4.1 Causas de remisión a servicios especializados	92
2.4.2 Proceso de remisión.....	93
3. Cierre de caso.....	94
3.1 En personas mayores de 18 años	94
3.2 Personas menores de 18 años.....	95
4. Atención a la víctima y su familia	96
4.1 Evaluación del funcionamiento familiar.....	97
5. Resumen - Síntesis de la evidencia	98
TÍTULO V: ANEXOS	103
ANEXO I: Metodología detallada del desarrollo del protocolo.....	103
ANEXO II: Esquema amplio del proceso de atención	136
ANEXO III: Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención integral en salud a víctimas	138
ANEXO IV: Competencias del equipo multidisciplinario en salud -EMS.....	164
ANEXO V: Historia clínica	175



TÍTULO I: **Presentación**

Introducción

Un protocolo en salud es un documento que describe las etapas, fases, pautas y formatos necesarios para desarrollar actividades o tareas específicas relacionadas con un tema de salud, que responden a puntos críticos o no claros en la atención clínica de pacientes. Dado lo anterior, se considera que un protocolo es una herramienta adecuada para dar respuesta a preguntas específicas en el marco de atención integral a víctimas del conflicto.

El conflicto armado interno en Colombia ha generado consecuencias en diferentes niveles y sectores del país, afectando e involucrando a la población civil en la confrontación armada. Actualmente, el Registro Único de Víctimas cuenta con 8.347.566 víctimas registradas¹, de las cuales 8.048.252 son víctimas del conflicto armado, 299.314 son víctimas de sentencias² y 6.358.229³ sujetas a medidas de asistencia y reparación. Los habitantes de las regiones donde ha habido/hay enfrentamiento armado están en constante peligro y expuestos a graves violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario, lo que ha generado daños y afectaciones a la salud física, mental y psicosocial de personas, familias y comunidades. Sin embargo, esta no es la única consecuencia derivada del conflicto armado, también se ha evidenciado, en

¹ Víctimas Registradas: Hace referencia al total de personas incluidas en el Registro Único de Víctimas - RUV. Al filtrar por departamento, Dirección Territorial o municipio, la cifra que arroja el reporte corresponde con el número de personas que residen en este lugar, teniendo en cuenta el último lugar de ubicación. Esta información se establece de acuerdo a las diferentes fuentes consultadas por la SRNI.

² Víctimas Sentencias: Víctimas incluidas en cumplimiento de la Sentencia C-280 y Auto 119 de 2013.

³ Registro Único de Víctimas (fecha de corte: febrero de 2017).

la mayoría de los casos, que la población presenta dificultades en términos de acceso a servicios de salud, saneamiento básico y educación, entre otros (International Crisis Group, 2006).

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

Considerando la normativa anterior, la Ley 1448 de 2011 centra sus disposiciones en la garantía del derecho a la reparación integral, la cual debe ser equivalente a las afectaciones y daños causados. De otra parte, también es preciso resaltar la importancia de la atención oportuna para que las lesiones no se vuelvan crónicas. Siguiendo la línea de atención en salud, es

necesario aclarar que las formas de abordar la atención en términos de salud deben ir más allá del concepto jurídico que asigna la salud como un derecho, y promover un acercamiento más directo, que tenga presente las condiciones de vulnerabilidad de las víctimas y se dirija a entender sus afectaciones específicas, así como la forma en que estas inciden en el desarrollo personal y social para la reestructuración de sus vidas. En ese sentido, la reparación no solo contribuye a mitigar las afectaciones y la recuperación física y mental de las víctimas, sino también al restablecimiento de proyectos de vida; en resumen, una atención que incluya aspectos psicosociales y diferenciales (OMS, 2006; Ministerio Salud y Protección Social, 2013a).

El enfoque diferencial, de acuerdo a lo expuesto por la Unidad de Víctimas es “el reconocimiento de que hay poblaciones que por sus características particulares, en razón de su edad, género, orientación sexual, grupo étnico y situación de discapacidad, deben recibir un tratamiento especial en materia de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral”. De esta manera se considera que, en el tema de reparación a víctimas, existen enfoques diferenciales de acuerdo a las poblaciones: pueblos indígenas, comunidades negras y comunidades rom, niños, niñas y adolescentes, mujeres, hombres, personas con discapacidad, entre otras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004).

Entendiendo este contexto, la Ley 1448 de 2011⁴ le confiere al sector salud, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, competencias en las medidas de

⁴ La Ley 1448 de 2011, según su artículo 208, tiene una vigencia de diez años a partir de su promulgación.

atención, asistencia y rehabilitación, esta última definida como el "(...) conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas..." (cap. VIII, art. 135). Dichas medidas de rehabilitación deberán garantizarse mediante el "Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas" (art. 137). El artículo 163 del Decreto Reglamentario 4800 de 2011 define el Programa como "(...) el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial. Podrán desarrollarse a nivel individual o colectivo y en todo caso orientadas a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante (...)". El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado - Papsivi brinda atención integral en salud y atención psicosocial a las víctimas que se encuentran en el Registro Único de Víctimas (RUV) contemplado en el Título 2 de

la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1084 de 2015. De igual modo lo hará frente a las personas cuyos derechos a la atención o rehabilitación en salud hayan sido reconocidos o protegidos en decisiones administrativas o en medidas cautelares, sentencias u cualquier otra decisión judicial de carácter nacional o internacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b). Al mismo tiempo, el Decreto 4800 de 2011 le confiere al Ministerio de Salud y Protección Social la obligación de diseñar y/o ajustar el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial y Diferencial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004).

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

1. OBJETIVOS



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

1.1. Objetivos específicos

- Orientar al talento humano en salud para la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial como medida de asistencia y rehabilitación a víctimas del conflicto armado.
- Establecer los mecanismos para la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial en la atención integral en salud como medida de rehabilitación a víctimas del conflicto armado.
- Definir los integrantes mínimos del Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) que desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud realizará la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial a las personas víctimas del conflicto armado.
- Definir la ruta integral de atención que orientará las acciones sectoriales e intersectoriales en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud y el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado - Papsivi.

2. ALCANCE

El Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial, en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - Papsivi, orientará las atenciones en salud como medida de asistencia y/o rehabilitación a las víctimas del conflicto armado y sus familias, incorporando acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación con enfoque psicosocial y diferencial, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Está dirigido a profesionales de la salud en medicina, enfermería, psicología, terapia física, especialistas en medicina familiar, psiquiatría, así como otras especialidades médicas, profesionales de las ciencias sociales como trabajadores sociales, agentes comunitarios y personas víctimas del conflicto armado y sus familias. De igual manera, está orientado a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Territoriales.

Las indicaciones y pautas propuestas en este Protocolo están dirigidas a la modalidad ambulatoria de la atención en salud, la alta, media y baja complejidad, así como a los equipos de la atención psicosocial del Papsivi.

En este documento se encuentran orientaciones para la identificación de los efectos del conflicto armado sobre la salud, así como

el desarrollo de un plan de manejo y seguimiento multidisciplinario, a través de una propuesta de disposición de talento humano y de acciones para la atención integral en salud para las víctimas del conflicto armado, de manera articulada con el componente de atención psicosocial del Papsivi.

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

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

3. POBLACIÓN SUJETO DEL PROTOCOLO: víctimas del conflicto armado interno

El concepto “**víctima del conflicto armado**” se comprende en este Protocolo de acuerdo a la conceptualización contenida en el **artículo 3 de la Ley 1448 de 2011**, que afirma:

Se consideran víctimas, para los efectos de esta Ley, aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 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 estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente. De la misma forma, se consideran víctimas las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización. La condición de víctima se adquiere con independencia de que se individualice, aprehenda, procese o condene al autor de la conducta punible y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima. (Ley 1448, 2011, art. 3).

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

- Desplazamiento forzado
- Homicidio
- Amenaza
- Desaparición forzada
- Acto terrorista
- Abandono o despojo de tierras
- Delitos contra la libertad e integridad sexual

- Secuestro
- Tortura
- Accidentes por minas antipersona, municiones sin explotar o artefactos explosivos improvisados.
- Reclutamiento forzado

Dicho lo anterior, es necesario precisar dos aspectos frente al reconocimiento de los hechos victimizantes:

- a. Que “los miembros de los grupos armados organizados al margen de la ley no serán considerados víctimas, salvo en los casos en los que los niños, niñas o adolescentes hubieren sido desvinculados del grupo armado organizado al margen de la ley siendo niños y adolescentes” (Ley 1448, 2011, art. 3, par. 1).
- b. Que la definición de víctima contemplada en Ley 1448 de 2011 y el reconocimiento desde el SGSSS de las afectaciones que estas personas sufren en ningún caso pueden “interpretarse o presumir reconocimiento alguno de carácter político sobre los grupos terroristas y/o armados ilegales, que hayan ocasionado el daño [...], en el marco del Derecho Internacional Humanitario y de los Derechos Humanos, de manera particular de lo establecido por el artículo tercero común a los Convenios de Ginebra de 1949” (Ley 1448, 2011, art. 3, par. 5).

Ahora, para el reconocimiento de esta población en el marco de los sistemas de información nacional, el artículo 16 del Decreto 4800 de 2011 precisó un mecanismo que actúa como herramienta de soporte para el registro de las víctimas: el **Registro Único de Víctimas (RUV)**. De acuerdo al decreto mencionado, este registro

es administrado y operado por la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), e incluye: a las víctimas individuales a las que se refiere el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011 y a los sujetos de reparación colectiva en los términos de los artículos 151 y 152 de la misma ley (Decreto Único Reglamentario 1084, 2015). Por su parte, los principios que orientan a los servidores públicos encargados de diligenciar el registro son:

- El principio de favorabilidad.
- El principio de buena fe.
- El principio de prevalencia del derecho sustancial propio del Estado Social de Derecho.
- El principio de participación conjunta.
- El derecho a la confianza legítima.
- El derecho a un trato digno.
- Hábeas Data.

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

4. CÓMO LEER EL PROTOCOLO

Los elementos que componen el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial y que son requeridos en su implementación, en el marco de la medida de rehabilitación como componente de la reparación integral a víctimas, se desarrollan en cada capítulo de este documento de la siguiente manera: en el **primer título** se presenta el sustento sobre el cual se desarrolla el Protocolo, exponiendo algunos elementos introductorios que permiten dar lectura al documento con la mirada centrada en las víctimas y en las competencias institucionales, dando claridades sobre los contenidos y alcances del Protocolo.

En el **segundo título** se expone el contexto que crea la necesidad y da lugar a la creación del Protocolo y su implementación, las políticas de atención integral en salud, el sector salud en el marco de la reparación integral, la población víctima como sujeto de atención del Protocolo, los enfoques para la atención integral en salud y algunos conceptos clave.

El **tercer título** presenta la metodología dividida en etapas basadas en múltiples enfoques de investigación, utilizada para la identificación de las necesidades de salud, aspectos de la atención con enfoque psicosocial y diferencial, estrategias de implementación

de las atenciones y acciones en salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se menciona cada etapa y los contenidos, profundizando en la metodología y el proceso realizado.

En el **cuarto título** se brinda una serie de indicaciones generales con elementos orientadores para la incorporación del enfoque psicosocial, del enfoque diferencial y las particularidades de cada población, y algunas generalidades de la atención. Allí también se presentan indicaciones para las entidades territoriales y EAPB que buscan orientar sobre rutas y competencias, así como a las IPS sobre la conformación, roles, competencias, objetivos y funciones del equipo multidisciplinario de salud. Al finalizar el capítulo se encuentra información sobre la atención propiamente dicha.

El **quinto título** ofrece varios anexos que incluyen información extensiva de las metodologías, al igual que una serie de herramientas para el trabajo con víctimas, sugerencias para el abordaje en entrevistas a través de la historia clínica, formas de intervención psicosocial, estrategias de atención psicosocial (para profesionales con dicha formación) y algunos elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención.

5. ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO

El Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial requerirá un proceso de actualización periódica de los contenidos. Este proceso se deberá hacer cada tres años, considerando que la evidencia científica recomienda este periodo, en el cual se deben desarrollar los procesos de implementación y adherencia de las indicaciones del Protocolo y un proceso de vigilancia y monitoreo, que dé cuenta de los avances en resultados en salud de las víctimas del conflicto armado.

Se recomienda en este lapso tener en cuenta los siguientes criterios para tomar

la decisión de actualizar las indicaciones del Protocolo.

- Identificación y valoración de nueva evidencia científica.
- Opinión de expertos y del grupo desarrollador del Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado.
- Percepción de los pacientes.
- Análisis del contexto.

5.1. Identificación y valoración de nueva evidencia científica

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer los mecanismos de monitorización periódica para identificar nueva evidencia científica local, nacional e internacional que pueda afectar la vigencia del Protocolo. Se proponen las siguientes estrategias que permiten identificar nueva evidencia científica:

a) Realizar búsquedas rápidas de la literatura

En los resultados de estas búsquedas rápidas de la literatura se recolecta información de nuevos estudios que pueden producir cambios en la atención en salud a víctimas del conflicto armado; por lo tanto, tiene que ser valorado desde el punto de vista que comprometa la vigencia de las intervenciones propuestas en el Protocolo de atención integral a víctimas del conflicto armado.

b) Se recomienda hacer búsquedas periódicas de la evidencia en los siguientes aspectos:

- Técnicas de atención en salud con enfoque psicosocial.
- Tiempos de seguimiento a las víctimas del conflicto armado que hagan parte de una atención en salud con enfoque psicosocial.

Esta tarea la podrá realizar el MSPS y/o el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, que se encargarán del reconocimiento de evidencia local desarrollada por expertos, pacientes y organizaciones que atienden víctimas del conflicto armado.

La construcción de este Protocolo nos enseñó que la evidencia local y literatura

gris generada por estas experiencias son de suma importancia para garantizar la validez de los contenidos del Protocolo como su proceso de implementación. Es así como se recomienda continuar con los puentes de comunicación con los

expertos, la academia y Colciencias, a fin de identificar tempranamente evidencia local que pueda documentar cambios efectivos en la atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado.

5.2. Percepción de los usuarios del Protocolo

También juega un papel importante conocer las percepciones de los profesionales de la salud que hacen parte del EMS y de las víctimas del conflicto armado que acceden a este Protocolo, ya que ellos son los actores que constantemente están expuestos a las variables del contexto que pueden estar relacionadas con la efectividad de las atenciones propuestas en este documento. Esto permite reconocer su percepción frente a los efectos en la salud de las víctimas del conflicto armado. Para ello se propone que las IPS que presten servicios de salud a víctimas del conflicto armado implementen en sus procesos de auditoría médica y de evaluación de la calidad de los servicios de

salud los indicadores de proceso propuestos en este Protocolo. Así mismo, de manera periódica (mínimo cada seis meses), se sugiere realizar una encuesta de percepción de la calidad a los profesionales de la salud que hagan parte del EMS y a una muestra representativa de víctimas del conflicto armado atendidas bajo este Protocolo. El Ministerio de Salud y Protección Social podría crear un espacio virtual de acceso permanente para los pacientes atendidos bajo los principios del Protocolo de Atención Integral con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, donde manifiesten su opinión frente a su experiencia y percepción de la atención prestada por el EMS.

5.3. Análisis del contexto

En este escenario es relevante analizar periódicamente el contexto político, social y del sistema de salud, que pudiese invalidar las atenciones en salud o que cambien la configuración de la prestación de servicios de salud, así como las reformas en la normativa a víctimas del conflicto armado, la estructura y funcionamiento del sistema de salud o estados de la sociedad colombiana que modifiquen las relaciones sociales en el territorio.

Es necesario aclarar que no solo un criterio de los anteriormente mencionados es suficiente para tomar la decisión de actualizar los contenidos del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado; debe ser una ponderación de estos criterios, teniendo en cuenta su impacto y las circunstancias del país.



TÍTULO II: Marco contextual

1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA LAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO Y LA POLÍTICA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

El presente Protocolo está enmarcado en el Plan Decenal de Salud, así como en la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) y en su Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que se gestan como propuesta de la rectoría del sector salud para responder a los mandatos conferidos al sector por la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751, 2015). La política tiene como objetivo general orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el "acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud", para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La PAIS se implementa a través de un modelo que se centra en las personas y, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad. Adicionalmente, el modelo comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema para garantizar todo el proceso de atención (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación), en el marco de una ruta integrada de atención. La implementación de este modelo de atención centrado en las personas exige poner a disposición un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que permita a sus integrantes adaptarse a los ámbitos urbano,

rural y disperso, y trabajar desde un enfoque de determinantes sociales de la salud en el marco de la Atención Primaria en Salud.

Así, el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial para las Víctimas del Conflicto Armado entenderá la integralidad en la atención según las orientaciones dadas por la Política y en línea con los diez componentes del MIAS, descritos en la Resolución 429 de febrero de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), comprendiendo la igualdad en el trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y de la enfermedad (Ley 1751, 2015). Para ello, las Entidades Territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desarrollarán actividades que buscarán satisfacer las necesidades de salud de la población víctima (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

1.1. Estrategia de atención primaria en salud

El Estado colombiano definió, en la Ley 1438 de 2011, que la Atención Primaria en Salud (APS) es "(...) la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en las personas, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema

General de Seguridad Social en Salud", basada en tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud, y la participación social, comunitaria y ciudadana. Así, la APS "(...) hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud" (Ley 1438, 2011, cap. III, art. 12; Banco Mundial, 1993).

2. EL SECTOR SALUD EN EL MARCO DE LA REPARACIÓN INTEGRAL: El Papsivi como respuesta a las medidas de asistencia y rehabilitación

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

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

De acuerdo con las disposiciones jurídicas mencionadas, las víctimas tienen derecho a recibir medidas de asistencia y atención, y medidas de reparación. Las medidas de asistencia en Colombia comprenden el acceso a los derechos políticos, sociales, económicos y culturales. Por su parte, los procesos de reparación integral comprenden cinco medidas: la restitución, la indemnización, la rehabilitación, la satisfacción y las garantías de no repetición. Las víctimas acceden a una o varias de estas medidas dependiendo de las afectaciones sufridas y el tipo de hecho victimizante. En este contexto, el Papsivi específicamente responde a dos medidas: la asistencia en salud y la rehabilitación (a través de las acciones desarrolladas por las EAPB y las IPS en respuesta a lo ordenado por este protocolo), contribuyendo así a la reparación integral.

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

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

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

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

El Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial es el lineamiento técnico del componente de salud integral del Papsivi. En él se comprende el **Enfoque Psicosocial** como una herramienta para que la atención en salud integral contribuya a la reparación integral de las víctimas. Este enfoque es una mirada desde la cual las entidades, los funcionarios y colaboradores deben reconocer la integralidad de la persona que ha sido víctima, teniendo en cuenta el contexto en el que se ha desenvuelto, los hechos que ha vivido, el significado que les ha dado a estos hechos, el sufrimiento que ha experimentado y las capacidades que posee. Ello permite una relación

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

Por su parte, la **Atención Psicosocial**, como segundo componente del Papsivi, se entiende como una medida de rehabilitación, en el marco de la reparación, que incluye "(...) el conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, el sufrimiento emocional y los impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y la vida de relación generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH. Mediante la atención psicosocial se facilitarán estrategias que dignifiquen a las víctimas, respetando el marco social y cultural en el que han construido sus nociones de afectación, sufrimiento, sanación, recuperación, equilibrio y alivio. Dicho así, se desarrollarán procesos orientados a incorporar el enfoque psicosocial y diferencial en la atención". (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

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

3.1. Enfoque psicosocial

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

Desde este enfoque se privilegian “las acciones tendientes a contribuir en la reparación de la dignidad humana, generar condiciones para el ejercicio autónomo de las personas y las comunidades en la exigencia de los derechos, y devolver a estas la independencia y el control sobre sus vidas y sus historias. Reconoce y valida las potencialidades y capacidades con las que cuentan las personas y las comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida” (Ministerio de Salud y Protección Social (2013b).

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

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

Cuando se habla de atención con enfoque psicosocial, el centro es el impacto de las violaciones graves a los DDHH e infracciones al DIH. En esa medida, la atención a las víctimas implica formas diferentes del accionar, pues, si bien se debe continuar con la estrategia de atención integral en salud, también se hace necesario dar una connotación diferente a ese accionar.

En este orden de ideas, el MSPS definió el concepto de Enfoque Psicosocial como una “perspectiva que reconoce los impactos psi-

cosociales que comprometen la violación de derechos en el contexto de la violencia y el desplazamiento en Colombia. Sustenta el enfoque de derechos, por lo que debería orientar toda política pública, acción y medida de reparación a víctimas” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004). Ello implica entender estos impactos o afectaciones como un proceso complejo antes de realizar acciones de atención; es una mirada desde la cual las entidades, los funcionarios y colaboradores deben reconocer la integralidad de la persona que ha sido víctima, teniendo en cuenta el contexto en el que se ha desenvuelto, los hechos que ha vivido, el significado que les ha dado a estos hechos, el sufrimiento que ha experimentado y las capacidades que posee.

Por su parte y de acuerdo con lo establecido en el artículo 163 del Decreto 4800 de 2011, la Unidad para las Víctimas diseñó las Directrices del enfoque psicosocial, donde define que el enfoque psicosocial es “una de las miradas que deben ser transversales a todo el proceso de atención durante el acceso a los derechos de las víctimas en lo que respecta a las medidas de asistencia y reparación integral” (Unidad para las Víctimas, OIM & Usaid, 2014). Además, propuso para su comprensión un

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

Primera: Contemplar que las expresiones del sufrimiento han sobrevenido como formas de respuesta natural ante eventos anormales como los que han ocurrido en el contexto del conflicto armado, en ese sentido la fijación de la atención al considerar la condición de anormalidad no está en la persona, sino en los hechos de violencia, de manera que se naturalizan y validan las respuestas frente a las violaciones que han sufrido las víctimas, como respuestas naturales. Es decir que se puede suponer que el conflicto armado ha generado diversas formas de sufrimiento y que este supuesto ubica en perspectiva que en el trabajo con las víctimas los funcionarios se encuentran con una población que está sufriendo⁵.

⁵ Al respecto, la Corte Constitucional, en el seguimiento de las acciones en materia de atención a las víctimas de desplazamiento forzado, ha referido que el sufrimiento acentúa la condición de vulnerabilidad, como la sensación de pérdida en el “plano afectivo, relacional, familiar e identitario que acompaña la condición del desplazamiento”. Así, por ejemplo, en la Sentencia T-602 de 2003 se precisaron los efectos nocivos de los reasentamientos que provoca el desplazamiento forzado interno dentro de los que se destacan: “(i) la pérdida de la tierra y de la vivienda, (ii) el desempleo, (iii) la pérdida del hogar, (iv) la marginación, (v) el incremento de la enfermedad y de la mortalidad, (vi) la inseguridad alimentaria, (vii) la pérdida del acceso a la propiedad entre comuneros y (viii) la desarticulación social”, así como el empobrecimiento y el deterioro acelerado de las condiciones de vida. Por otra parte, en la Sentencia T-721 de 2003 (i) se señaló que la vulnerabilidad de los desplazados es reforzada por su proveniencia rural, (ii) se explicó el alcance de las repercusiones psicológicas que surte el desplazamiento y (iii) se subrayó la necesidad de incorporar una perspectiva de género en el tratamiento de este problema, por la especial fuerza con la que afecta a las mujeres. de 2011, según su artículo 208, tiene una vigencia de diez años a partir de su promulgación.

La segunda premisa es considerar que las personas que han sido afectadas por el conflicto armado interno no solo están sufriendo, en su historia existen otros elementos como supervivencia, resistencia, heroísmo, desarrollo frente a la adversidad, reorganización psicológica, familiar y social. Apelan a recursos propios para afrontar la vida actual y la perspectiva de futuro. Con esta premisa se considera que hay una enorme cantidad de cualidades que caracterizan el devenir de la historia personal y social de las víctimas y los hechos de violencia son solo una parte de lo ocurrido a las personas. Es decir, cuentan con un conjunto de recursos que les permiten continuar afrontando la vida actual y la perspectiva de futuro. Por ello es importante considerar el sufrimiento y los recursos, porque ambos hacen parte de los elementos por considerar en la intención de promover el restablecimiento, ya que esto implica contar con los recursos aprendidos del pasado en medio del deseo de supervivencia, construido a partir de la exposición a los hechos de violencia.

La tercera premisa considera que todas las personas podemos hacer algo frente al sufrimiento de los otros y, en ese sentido, se deben fortalecer las capacidades y habilidades de todos los funcionarios del SNARIV en el enfoque psicosocial de dignificación y reconocimiento, el enfoque de acción sin

daño y el enfoque diferencial, mediante espacios de coordinación y formación, el establecimiento de protocolos y la puesta en marcha de acciones movilizadoras en la construcción de la relación con las víctimas, que permitan que cada encuentro tenga un efecto reparador. Cuidar y acoger el dolor de quien ha sufrido graves violaciones a los Derechos Humanos o al Derecho Internacional Humanitario no es tarea solo de profesionales en psicología.

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

La quinta premisa: Se debe permitir el paso por el dolor. En ese sentido, permitir el sufrimiento de

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

La sexta premisa busca subrayar que la representación permite la recuperación. Representar significa poner en el espacio público el dolor que ha sido invisibilizado o que no ha encontrado un lugar simbólico que cuente además con un testigo de este. En ese sentido, se puede representar en la palabra, se puede representar a través de las diferentes expresiones artísticas o en las diferentes formas de simbolización que funcionan como formas dialógicas en el espacio colectivo. Esta premisa es la materialización del enfoque

de los derechos humanos ligado al enfoque psicosocial, toda vez que invita a no abusar del poder de las palabras que niegan la realidad del dolor frente a las diferentes formas de representación de quienes sufren y de quienes se recuperan. (Unidad para las Víctimas, OIM & Usaid, 2014).

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

- Adoptar prácticas y procedimientos que eviten la reexperimentación del maltrato, el sufrimiento o estado de indefensión en las víctimas. Ello conlleva tener en cuenta que las acciones que se llevan a cabo en cualquier escenario de atención a las víctimas eviten situaciones que ocasionen posible reexperimentación de maltratos, por ejemplo la forma de realizar entrevistas, encierro, limitar la comunicación, entre otras.
- Promover acciones que protejan la integridad psicosocial y mental de las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos. Comprende acciones en las que se proteja la condición de las víctimas, mediante información completa, oportuna, acorde al nivel y momento de vida de la persona.
- Favorecer la autonomía, inclusión y participación que merecen las víctimas en cualquier acción con y para ellas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

⁶ Esta última premisa fue incluida recientemente y se presentó y discutió en encuentro de trabajo en el Ministerio de Salud y Protección Social en marzo de 2016.

3.2. Enfoque diferencial⁷

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

- Acción sin daño
- Dignidad
- Buena fe
- Igualdad
- Enfoque diferencial
- Participación conjunta
- Respeto mutuo
- Progresividad y gradualidad
- Complementariedad
- Colaboración armónica
- Derechos de las víctimas
- Protección integral

El enfoque diferencial es un método de análisis que permite comprender la situación de derechos y de vulnerabilidad de la población. El Sistema Nacional de Atención Integral a la Población en Desplazamiento (SNAIPD) señala que el enfoque diferencial

es un “método de análisis, actuación y evaluación, que toma en cuenta las diversidades e inequidades de la población en situación o en riesgo de desplazamiento, para brindar una atención integral, protección y garantía de derechos, que cualifique la respuesta institucional y comunitaria” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

A partir del enfoque diferencial se da un escenario de reconocimiento, en la acción y la gestión pública y política, de la necesidad de aceptar la diversidad que caracteriza a la condición humana y así dar respuesta de forma integral a las necesidades específicas de estas poblaciones en el goce de sus derechos, el acceso a los servicios públicos y en general a las oportunidades sociales.

El enfoque diferencial en la acción y gestión pública es una herramienta para potenciar la emancipación de los grupos sociales estructuralmente oprimidos, vulnerados o invisibilizados. En este sentido, se sustenta en un principio de no discriminación y equidad, los cuales son fundamentales para el diseño, implementación, evaluación y seguimiento de la política pública que garantiza el goce efectivo de los derechos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

Desde lo normativo, el enfoque diferencial se articula con el **Enfoque de derechos**, apelando a los principios de no discriminación, de inclusión social y de dignidad humana.

⁷ El Enfoque Diferencial se profundiza en el documento anexo Elementos para la Incorporación del Enfoque Psicosocial en la Atención Integral a Víctimas, capítulo 5.

Reconoce los DDHH como universales, interdependientes, indivisibles y progresivos. El punto de partida es que las personas son el centro de atención sobre el cual se articula y promueve la respuesta institucional (Corte Constitucional, Sent. T-045, 2011).

En Colombia, tanto el enfoque de derechos como el diferencial tienen un antecedente en el artículo 13 de la Constitución de 1991 en cuanto al Derecho a la igualdad y la no discriminación, al establecer que “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica” (Ley 1616, 2013).

Es así como el enfoque diferencial desarrolla la noción de igualdad desde la diversidad:

... Todos los seres humanos deben ser respetados en su infinita singularidad, biológica, personal y cultural. Atender esta singularidad es el valor universal que está en los anhelos de justicia que creen lograrse con el respeto de las diferencias y sus convergencias entre los seres humanos, y en consecuencia, un indicador central en las tendencias que podrían llevar cambios esenciales en el modo de regir los destinos de los Estados Sociales de Derecho. (Laurell, 1992).

En el contexto del conflicto armado que ha vivido Colombia, el enfoque diferencial fue nombrado por vez primera en el marco de la Sentencia T-025 de 2004 en razón de la multiplicidad de derechos fundamentales afecta-

dos por el desplazamiento forzado interno, reconociendo que la mayor parte de estas víctimas atiende a poblaciones de especial protección, como son las mujeres cabeza de familia, la niñez y la adolescencia, los grupos étnicos y las personas mayores, entre otros. Es así como el mencionado instrumento destacó que la atención a la población desplazada debe partir del reconocimiento a la diversidad étnica, de género y de edad, instando a la inclusión de una atención con enfoque diferencial como una medida que permite el Goce Efectivo de Derechos (GED).

En cuanto al enfoque diferencial, el artículo 13 de la Ley 1448 de 2011 señala:

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior, el Papsivi reconoce en sus procesos de atención el enfoque diferencial a personas con discapacidad; niños, niñas y adolescentes; jóvenes;

personas adultas mayores; mujeres, hombres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas, y grupos étnicos.

3.3. Enfoque de derechos

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

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

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

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

El DIH es entendido como el marco que regula la confrontación armada internacional y los conflictos armados internos. Es el intento por generar protección a personas y bienes que no intervienen en un conflicto armado y tiene efecto vinculante para los Estados y para los grupos irregulares. Esta normatividad es promovida por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), que es su guardián principal.

Finalmente, hay que tener presente que el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH) es un órgano regional que se basa en la Convención Interamericana de Derechos Humanos de 1969 y cuenta con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y con la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Este sistema también cuenta con diversas convenciones que vinculan a los Estados en la protección y promoción de los derechos particulares, como la Erradicación de la Discriminación contra la Mujer (1994), contra las Personas con Discapacidad (1999) y contra la Discriminación y la Intolerancia

(2013). También se ha desarrollado una Convención contra la Desaparición Forzada (1994) y para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985).

Ahora bien, para el tema que es competencia de este capítulo, es pertinente tener en cuenta que existe un gran desarrollo de resoluciones e informes referidos a la impunidad y la reparación a las víctimas de graves violaciones de los DDHH, en el marco de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Entre ellos cabe mencionar el informe y los principios Joinet (1996), así como el trabajo de Diane Orentlicher, que permitió en 2005 acoger las directrices sobre impunidad. En el campo de la reparación, el informe de van Boven (1993), y posteriormente el elaborado por Cherif Bassiouni, que son los antecedentes del documento acogido por la asamblea general de la ONU en 2005.

Una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido. Conforme a su derecho interno y a sus obligaciones jurídicas internacionales, los Estados concederán reparación a las

víctimas por las acciones u omisiones que puedan atribuirse al Estado y constituyan violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario⁸.

En este sentido, la efectividad, la proporcionalidad y la responsabilidad del Estado son elementos que hacen parte del enfoque de derechos que aquí se expone y han de estar presentes en el diseño e implementación de esta Estrategia.

El primer artículo de la Carta Política define a Colombia como un “Estado social de derecho y una República democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general” (UARIV, 2013).

Igualmente, la Constitución establece una jerarquía en la que impone como principio rector sobre cualquier otro objetivo de la actuación del Estado la obligación de la vigencia real de los derechos humanos para todos los asociados. “Toda otra finalidad que pueda perseguir el Estado de manera legítima debe estar acompañada, e inclusive subordinada a la búsqueda de tal fin” (Corte Constitucional, 2015). Y así lo ha desarrollado la Corte Constitucional en múltiples sentencias y jurisprudencias en las que ha tutelado reiterativamente la condición inalienable de los derechos de todas las personas y particularmente de quienes han sido vulnerados

⁸ 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 (Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos, ONU, 2005).

y despojados de estos como consecuencia del conflicto armado interno en Colombia.

Contar con un enfoque de derechos en las políticas de atención a las víctimas no es solo un deber ético de las instituciones y servidores públicos, sino una obligación que atañe a la esencia del ordenamiento jurídico y político. En ese sentido, este enfoque es una guía de acción ética, política, jurídica y fundamentalmente humana que protege de la violencia y la barbarie y orienta en la consecución del logro superior como

especie: la dignificación de la vida humana.

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

3.4. Enfoque de acción sin daño

Desde el Papsivi, el Enfoque de Acción Sin Daño implica dar una lectura del contexto a partir de divisores y conectores, la reflexión sobre los mensajes éticos implícitos y la transferencia de recursos producto de la acción institucional. Propone que en el momento de plantear las acciones y evaluar sus consecuencias se incluya un análisis ético de las acciones desde el punto de vista de los valores y principios que las orientan, considerando, además de otros criterios, unos principios mínimos —o ética de mínimos— como acuerdos y valores deseables de convivencia humana en condiciones de pluralidad y multiculturalidad, fundamentados en las nociones de dignidad, autonomía y libertad.

Así mismo, es importante reconocer que el enfoque de acción sin daño nos lleva a indagar por el abordaje de los mínimos éticos en la atención a población víctima, frente a aspectos como los conflictos emergentes durante la ejecución, los mensajes éticos implícitos y las relaciones de poder

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

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

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

- El interés por comprender el contexto donde los actores ejercen sus intervenciones.
- La necesidad de precisar los propósitos que guían el análisis de contexto, en el reconocimiento de los actores y situaciones relacionadas con las dinámicas de violencia, y la identificación de fuentes reales o potenciales de conflicto que pueden desarrollarse de forma violenta.
- El interés por comprender las interacciones que pueden darse entre el ciclo de los proyectos, la gestión de recursos y los intereses o expectativas de diversos actores en relación con aquellos.

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

económico. Estas acciones se sustentan en la premisa del “trato distinto a los distintos” (Murillo, 2010), en tanto hace referencia a sujetos constitucionalmente definidos como sujetos de derechos individuales y colectivos.

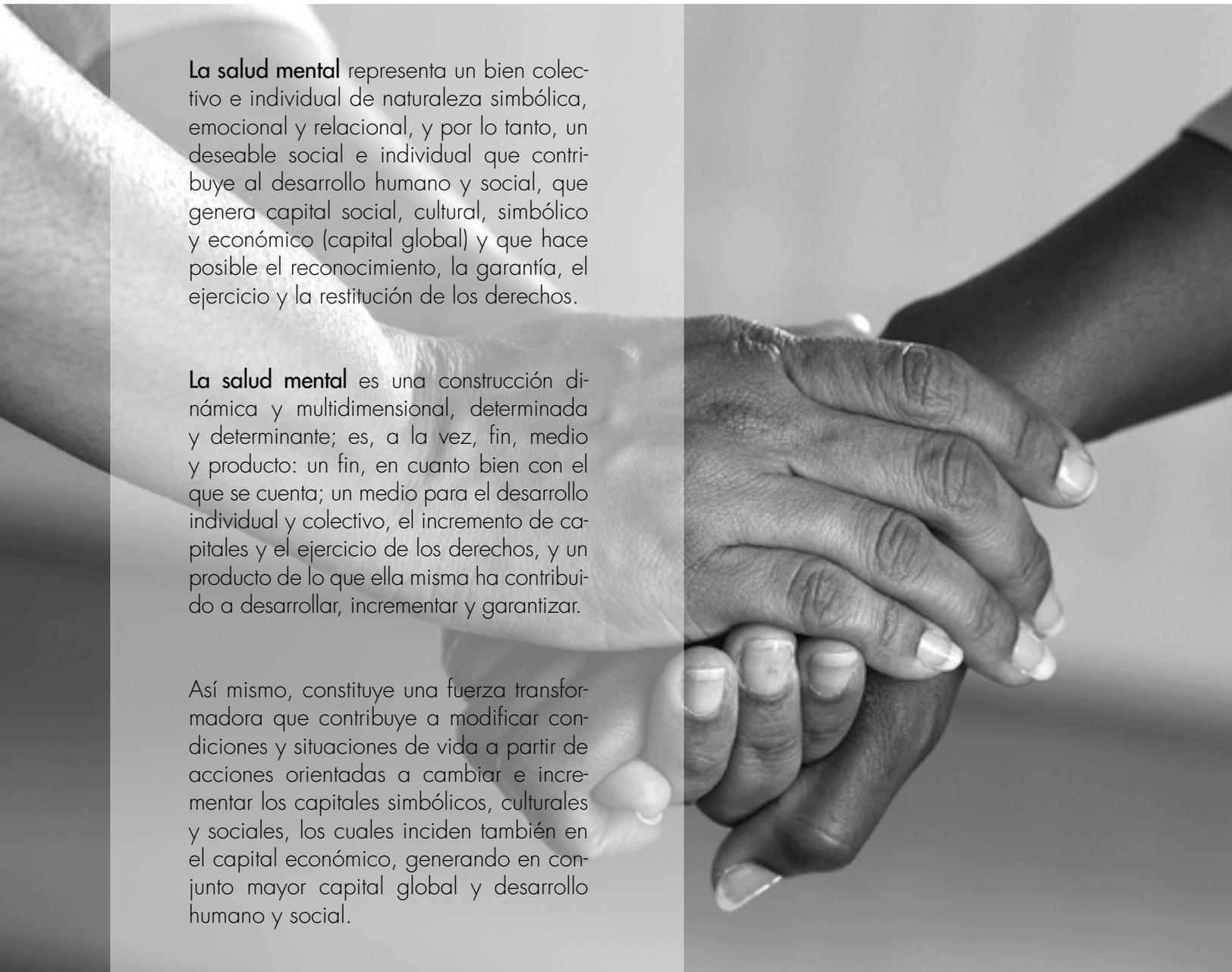
Las acciones afirmativas están presentes en el Papsivi, al reconocer a la persona que se atiende en las particularidades que le han constituido como sujeto. Es decir, las acciones afirmativas rescatan las particularidades de la identidad de una persona que ha sido victimizada en el marco del conflicto armado, para fortalecerla como ser humano y reivindicar su identidad, su construcción individual y el libre desarrollo de su personalidad.

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

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

4.1. Salud mental

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



La salud mental representa un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional, y por lo tanto, un deseable social e individual que contribuye al desarrollo humano y social, que genera capital social, cultural, simbólico y económico (capital global) y que hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos.

La salud mental es una construcción dinámica y multidimensional, determinada y determinante; es, a la vez, fin, medio y producto: un fin, en cuanto bien con el que se cuenta; un medio para el desarrollo individual y colectivo, el incremento de capitales y el ejercicio de los derechos, y un producto de lo que ella misma ha contribuido a desarrollar, incrementar y garantizar.

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

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

El enfoque psicosocial y en salud mental está integrado al Plan Decenal de Salud Pública, en particular con las acciones de la promoción de la salud, cuando se señala como objetivos:

(...) a. Fomentar la cultura del autocuidado y la corresponsabilidad social en torno a la salud mental. b. Incidir en la transformación de los imaginarios sociales y culturales que generen comportamientos y entornos protectores para la salud mental y la convivencia social. c. Promover factores protectores de la salud mental y la convivencia social en individuos y poblaciones con riesgos específicos, y d. Intervenir de manera positiva los determinantes psicosociales de la salud y la calidad de vida de la población víctima del conflicto mediante procesos de acción transectorial (...). (Ley 1616, 2013).

4.2. Problema y trastorno mental

Problema mental se refiere a alteraciones en el funcionamiento mental del individuo, que suceden en la vida cotidiana y que no tienen consecuencias significativas para la adaptación ocupacional, familiar, de pareja o social del individuo. Sus manifestaciones no son suficientes para incluirlos dentro de un trastorno específico según los criterios de las clasificaciones internacionales de trastornos

mentales (Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 - CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-5 de la Asociación Psiquiátrica Americana).

Trastorno mental se refiere a las alteraciones mentales que interfieren en la funcionalidad y la adaptación social, familiar, ocupacional y/o de pareja del individuo⁹.

⁹ “Los estudios sobre víctimas y afectación psicosocial en condiciones de conflictos armados han demostrado que la afectación con compromiso en psicopatología clínica está en el 30%, aproximadamente, de las víctimas que consultan por necesidad de atención terapéutica. Adicionalmente, no todos los que tienen una psicopatología reflejan condiciones de discapacidad, donde el porcentaje se reduciría aún más” (MSF, 2010) (UARIV, OIM & USAID, 2014, p. 10).

5. ENFOQUE PSICOSOCIAL Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Se entenderá la **Atención Psicosocial** para este Protocolo como una medida de rehabilitación, en el marco de la reparación, así: “se define como el conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, el sufrimiento emocional y los impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y la vida de relación generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH. Mediante la atención psicosocial se facilitarán estrategias que dignifiquen a las víctimas, respetando el marco social y cultural en el que han construido sus nociones de afectación, sufrimiento, sanación, recuperación, equilibrio y alivio. Dicho así, se desarrollarán procesos orientados a incorporar el enfoque psicosocial y diferencial en la atención” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

Por su parte, el **Enfoque Psicosocial** implica entender estas afectaciones como un proceso complejo antes de realizar acciones de atención; es una mirada desde la cual las entidades, los funcionarios y colaboradores deben reconocer la integralidad de la persona que ha sido víctima, teniendo en cuenta el contexto en el que se ha desenvuelto, los hechos que ha vivido, el significado que les ha dado a estos hechos, el sufrimiento que ha experimentado y las capacidades que posee. Esto permite una relación con la persona, no con la victimización o con la afectación, favoreciendo el reconocimiento de las fortalezas y los recursos y no únicamente del sufrimiento. Lo anterior reconoce que la violencia ejercida contra la población colombiana ha lesionado la dignidad humana y ha limitado el proyecto de vida de muchas personas y familias, lo que ha fracturado el tejido social de las comunidades, ha imposibilitado la continuidad de tradiciones culturales, ha obstaculizado la participación política y ha instaurado nuevas formas de pensar y relacionarse.



TÍTULO III: Metodología

Para dar respuesta al problema social, cultural y de salud expuesto anteriormente, se plantea el desarrollo de un Protocolo Integral de Atención en Salud con Enfoque Psicosocial y Diferencial. Los contenidos de este Protocolo fueron desarrollados bajo una metodología multietápica y desde diferentes enfoques de investigación (cuantitativa y cualitativa), que permitieron identificar las necesidades de salud, los aspectos de la atención que garantizan la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial, y las estrategias de implementación de las atenciones y acciones en salud en el sistema general de seguridad social en salud. A continuación, se enuncian las etapas de desarrollo y los contenidos de cada una de ellas y, posteriormente, para cada etapa se profundiza en la metodología y en el proceso realizado.

**Para ver los anexos del componente metodológico, remitirse al archivo adjunto denominado "Anexo I. Metodología detallada del desarrollo del Protocolo".

ETAPA 1. Búsquedas y revisiones sistemáticas de la literatura

Se desarrollaron cuatro revisiones sistemáticas de la literatura que dieran cuenta de cuatro aspectos del problema de investigación enunciado previamente. Estos son:

- Las afectaciones físicas y mentales (morbimortalidad) de las víctimas del conflicto armado.
- Las atenciones con enfoque psicosocial y diferencial que garanticen la atención integral en salud de las víctimas del conflicto armado.
- Mecanismos y/o estrategias que incorporen dichas atenciones en el sistema general de seguridad social en salud.
- Mecanismos de evaluación y monitorización que permitan que los diferentes actores del sistema conozcan los resultados de la incorporación de las atenciones y la implementación del Protocolo y tomar decisiones oportunas y efectivas informadas en esta evidencia.

Estos aspectos emergieron de las necesidades del ente gestor (Ministerio de Salud y Protección Social), lo que llevó al planteamiento de preguntas tipo Picot, y de manera aunada se establecieron a priori unos criterios de elegibilidad para perfilar las búsquedas de la literatura en las diferentes bases de datos. Las preguntas en formato Picot y los criterios de elegibilidad se encuentran en el anexo metodológico (Anexo I).

Para la búsqueda, que no tuvo restricción de idioma, se hizo uso de bases de datos electrónicas para literatura científica y gris, y de bases de datos de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales nacionales e internacionales con experiencia en el asunto (Equipo técnico Comité Ejecutivo Sistema Nacional de Bienestar Familiar, 2016).

Bases de datos electrónicas:

- | | |
|---|--|
| • MEDLINE (1966 - Presente) | • CINHAL |
| • EMBASE (1972 - Presente) | • JSTOR |
| • Cochrane Database of Systematic Reviews | • Social Science Abstracts |
| • LILACS | • CSA Sociological Abstract Database |
| | • SSCI Social Sciences Citations Index |

Bases de datos en las cuales se buscó literatura gris:

- OpenGrey
- GreyLiterature Report
- OpenSIGLE
- Google Scholar
- Bases de datos de organizaciones nacionales e internacionales:
- Médicos sin Fronteras
- Cruz Roja
- Organización Mundial de la Salud
- Organización Panamericana de la Salud
- Unicef
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- Ministerio de Salud y Protección Social
- Ministerio de Salud del Perú

Una vez realizada la búsqueda, se hizo una tamización de las referencias por título y resumen, y se seleccionaron los documentos para revisión de texto. Seguidamente, se hizo una evaluación de la calidad de los estudios mediante instrumentos estandarizados: la herramienta Amstar para las revisiones sistemáticas (Elder, 1991), el instrumento QARI (Equipo técnico Comité Ejecutivo Sistema Nacional de Bienestar Familiar, 2016) para estudios cualitativos, el instrumento de riesgo de sesgo de la colaboración Cochrane para estudios experimentales, el instrumento de SIGN para estudios de cohorte y casos y controles, y la herramienta Strobe para evaluación de estudios de corte transversal. Para evaluar la calidad del conjunto de evidencia según desenlace, se empleó el sistema Grade. No se evaluó la calidad de los estudios ecológicos por no presentarse herramienta para ello. Para la evidencia con enfoque cualitativo se utilizó la metodología propuesta por el Instituto Johanna Brings para el desarrollo de revisiones sistemáticas, Umbrella, que propone la utilización del instrumento QARI para la evaluación de revisiones sistemáticas de la literatura y el mismo instrumento para la evaluación de estudios primarios. Este sistema no genera una graduación global de la evidencia (Equipo técnico Comité Ejecutivo Sistema Nacional de Bienestar Familiar, 2016). Los resultados se resumieron mediante un diagrama Prisma (Balshem et al., 2011).

Finalmente, un revisor extrajo los datos presentados en los estudios incluidos y relevantes para cada una de las preguntas de investigación propuesta. Los hallazgos se presentaron en tablas de evidencia, de forma separada para cada tipo de estudio, y se sometió a un control de calidad por parte de un segundo revisor. A continuación se enuncian las

categorías de análisis identificadas a priori por el grupo de investigación

- Daños físicos
- Daños psíquicos
- Daños emocionales
- Daños morales
- Necesidades en la atención integral en salud desde un enfoque psicosocial
- Atención integral en salud con enfoque psicosocial
- Atención integral en salud con enfoque diferencial

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

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

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

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

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

1. ¿Cuáles son las afectaciones o impactos en la salud física y mental de las víctimas como consecuencia de los hechos victimizantes en el marco del conflicto armado?
2. ¿Cuáles deben ser las atenciones que debe brindar el SGSSS con enfoque psicosocial y diferencial que contribuyan a mitigar las afectaciones o impactos a la salud física y mental de la población víctima del conflicto armado?
3. ¿Cómo se incorpora el enfoque psicosocial y diferencial en la atención en salud física y mental a víctimas del conflicto armado?
4. ¿Cómo medir el alcance de la atención en salud física y mental con enfoque psicosocial y diferencial en el marco de la medida de rehabilitación a víctimas del conflicto armado?

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

Objetivos

Diálogo de saberes con víctimas

- Identificar colectivamente los daños físicos, psíquicos, emocionales y morales surgidos del contexto del conflicto armado del cual se es víctima, así como las capacidades de recuperación y las necesidades de atención, como medida de reparación, en los niveles individual, familiar y comunitario y con un enfoque diferencial.
- Identificar aspectos críticos y exitosos en la atención en salud a población víctima del conflicto armado y recomendaciones para su posible mejoramiento, a partir de las experiencias propias (individual, familiar y comunitaria) de recuperación, desde un enfoque diferencial.

Diálogo de saberes con Organizaciones No Gubernamentales

- Identificar los balances, reflexiones y recomendaciones realizadas por las Organizaciones No Gubernamentales dedicadas al acompañamiento y cuidado de la población víctima del conflicto armado, a la luz de la normatividad, la jurisprudencia y la estructura institucional existente para la atención en salud con enfoque psicosocial y diferencial a las víctimas del conflicto armado.
- Identificar aspectos críticos y exitosos en la atención en salud a población víctima del conflicto armado actualmente, así como recomendaciones para su posible mejoramiento, a partir de las experiencias propias –individual, familiar y comunitaria- de recuperación, desde un enfoque diferencial.

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

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

Objetivo general de la etapa 3

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

Objetivos específicos

1. Identificar los marcos normativos que establezcan directrices, procesos y acciones que garanticen la salud como derecho en las víctimas del conflicto armado en Colombia.
2. Describir los marcos normativos identificados en términos del tipo de marco normativo y el alcance en la garantía del derecho a la salud en las víctimas del conflicto armado.
3. Analizar los marcos normativos desde el modelo de pensamiento sistémico y el modelo de análisis de procesos para identificar vacíos o fortalezas desde el punto de vista normativo que permitan una adecuada incorporación de acciones, atenciones y procesos en el sistema de salud para garantizar el adecuado desempeño de las indicaciones propuestas en el Protocolo de Atención Integral con Enfoque Psicosocial y Diferencial para las Víctimas del Conflicto Armado.

Marcos normativos analizados

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

- Sentencia T-045 de 2010
- Auto 092 de 2008
- Jurisprudencia-Auto 006 de 2009
- Ley 1448 de 2011
- Ley 1751 (Ley Estatutaria) de 2015
- Decreto 2569 de 2014
- Decreto 4800 de 2011

- Decreto 4633 de 2011 artículos 76, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 115, 116, 117, -118
- Decreto 4634 de 2011 artículos 49, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 79, 80, 81
- Decreto 4635 de 2011 artículos 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 83, 84, 85, 86, 87, 88
- Decreto 2973 de 2010
- Resolución 2635 de 2014
- Resolución 429 de 2016
- Circular 16 de 2014
- Auto 173 de 2014
- Sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos

Metodología de análisis de política

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

En la cuarta edición publicada hace cuatro años, el autor propone los siguientes pasos (16):

1. Definir el problema
2. Ensamblar alguna evidencia
3. Construir las alternativas
4. Seleccionar los criterios
5. Proyectar los resultados
6. Confrontar las compensaciones y los costos
7. Decidir
8. Contar la historia

Dado que está diseñada para solucionar problemas públicos, se adaptó a la necesidad específica de este proyecto. El propio autor alerta sobre el riesgo de

seguir el método al pie de la letra. El autor reconoce que la resolución de problemas es un asunto de prueba y error y por tanto es iterativo, es decir, requiere repetición de algunas fases. No hay que temer a los cambios. Es normal que durante el proceso se transforme, por ejemplo, la definición del problema o el menú de alternativas. La recolección de evidencia nunca termina.

Dado el alcance del análisis de política para este Protocolo, no se desarrollaron los 8 pasos propuestos por Bardach. Solo se desarrollaron los pasos comprendidos entre el 1 y el 4, y estas opciones de política fueron incorporadas en las indicaciones del Protocolo de atención integral a víctimas del conflicto armado. Es indispensable señalar que esta metodología permitió identificar una serie de problemas y soluciones provenientes, no solo de los instrumentos normativos nacionales e internacionales mencionados anteriormente, sino también insumos provenientes de una revisión documental sobre algunos antecedentes que profundizan en los enfoques psicosocial y diferencial para la atención integral en salud. Así mismo, se hizo necesario colocar en discusión dos conceptos que complementan la incorporación de estos enfoques y que en la actualidad social —que va más allá de las situaciones humanitarias y de emergencia del país— cobran mayor importancia: la salud mental comunitaria y la interseccionalidad en la política. Estos conceptos serán desarrollados con más detalle en las recomendaciones finales.

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

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

como también producto de la revisión documental.

Se definió una postura epistemológica constructivista, dado los múltiples enfoques y saberes contemplados, así como la dinámica de construcción, deconstrucción y el supuesto de transformación del objeto y sujeto de investigación en este proceso (Rycroft, 2001). Bajo esta perspectiva, el Protocolo de Atención Integral con Enfoque Psicosocial y Diferencial para las Víctimas del Conflicto Armado es el instrumento de transformación social, resultado de la integración de saberes, nosologías y teorías epistemológicas que abordan el problema de interés.

Para plantear este análisis se contemplaron las definiciones y categorías trabajadas en la Ley 1448 de 2011. En el Papsivi se consideraron categorías de generación de indicaciones de atención. Estas categorías son:

- Identificación de víctima del conflicto armado

- Afectación física relacionada con un hecho victimizante
- Afectaciones mentales relacionadas con un hecho victimizante
- Multiculturalidad
- Atención con enfoque psicosocial
- Atención con enfoque diferencial

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b)

Posterior al desarrollo de los diálogos de saberes y el análisis de política se propusieron las siguientes categorías de análisis:

- Mecanismos de aseguramiento en salud de la población víctima del conflicto armado
- Procesos de prestación de servicios de salud para la garantía del derecho a la salud de las víctimas del conflicto armado
- Definición de resolución del estado de salud secundario a un hecho victimizante

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

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

1. Aspectos de la prestación de servicios de salud: Indicaciones que buscan garantizar los procesos de utilización y calidad de servicios de salud de manera equitativa a través del fortalecimiento de la infraestructura, recursos humanos en salud y las dinámicas de la prestación de servicios de salud.
2. Afectaciones físicas y mentales.
3. Indicaciones de la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial.
4. Estrategias de implementación de las indicaciones: Propone estrategias de incorporación.

El grupo desarrollador se reunió en tres sesiones de trabajo posterior a la lectura y análisis de los resultados de los diálogos de saberes, las revisiones sistemáticas de la literatura y el análisis de política, y en cada una de las categorías de análisis anteriormente mencionadas y definidas, desde su punto de vista de experto, describieron y caracterizaron los aspectos relevantes para cada categoría de análisis, un moderador orientaba las discusiones del grupo de expertos para obtener

la identificación, definición y caracterización de la actividad en salud propuesta y esta fue contemplada como una indicación. Posterior a la construcción de las indicaciones se realizaron dos sesiones para evaluar las indicaciones propuestas en cuatro aspectos (Murphy et al., 1998; Rycroft, 2001):

- **Relevancia en el contexto:** Indicación que tiene alto impacto en la incorporación de la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial en el contexto de la prestación de servicios de salud en el SGSSS.
- **Factibilidad en el contexto:** Indicación relacionada con aspectos de calidad que es sujeto al control de los proveedores y/o el sistema de salud y se podría utilizar en un nivel nacional como estrategia de monitorización y seguimiento de la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial.
- **Validez:** Indicación con evidencia científica suficiente para garantizar una adecuada prestación de servicios de salud en los diferentes contextos nacionales a las víctimas del conflicto armado.
- **Especificidad:** Indicación que sea explícita en presentar. Quién realiza la atención, dónde y cómo se debe realizar, y los resultados que se esperan obtener de dicha atención.

Posterior a esta evaluación se excluyeron del documento de indicaciones todas aquellas que no cumplieran alguno de estos cuatro criterios, según el análisis del grupo de expertos que hacen parte del grupo desarrollador. Estas indicaciones fueron valoradas nuevamente en términos de redacción y comprensión por el grupo desarrollador en pleno, en una sesión de trabajo virtual.

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

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

Mesa de expertos: Para este espacio se desarrolló un diálogo deliberativo con expertos en las disciplinas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería. En este proceso se discutieron los aspectos relacionados con los profesionales de la salud que deben conformar el equipo multidisciplinario de atención, las competencias y

funciones de cada uno de ellos, los tiempos de atención y de seguimiento y los objetivos de la valoración inicial, el establecimiento del plan de manejo y seguimientos.

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

Entrevistas con actores/instituciones con experiencia en el manejo de grupos vulnerables: Para este proceso realizamos entrevistas a actores que representan a organizaciones no gubernamentales y gubernamentales con experiencia en la atención en salud a población vulnerable. En este proceso se entrevistó a la organización Colombia Diversa, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la organización Sisma Mujer. En estas entrevistas se indagaron aspectos relacionados sobre el enfoque diferencial y se identificaron los aspectos de la atención que se deben tener en cuenta para garantizar dicho enfoque en estas poblaciones.

Posterior a estos procesos participativos, el grupo desarrollador integró esta información, según su pertinencia, en indicaciones o puntos de buena práctica según el alcance y el tipo de consideración establecida en cada momento de participación.

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

Complementando la etapa previamente descrita, se desarrolló un consenso formal de expertos, tipo panel de expertos, con un grupo nominal donde se consolidaron las indicaciones del Protocolo de Atención Integral desde la perspectiva de los expertos en atención a víctimas del conflicto armado y tomadores de decisión. El consenso de expertos buscó fortalecer las indicaciones y recomendaciones del Protocolo desde el punto de vista de la atención y la experiencia profesional de los asistentes al panel y, adicionalmente, se buscó conocer la fuerza de dichas indicaciones basadas en evidencia utilizando la metodología Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Grade) para conocer la fuerza y direccionalidad de las indicaciones con evidencia científica. Aunque esta metodología fue propuesta para el desarrollo de recomendaciones clínicas para guías de práctica clínica, se ha utilizado como estrategia para conocer la confianza de otros tipos de recomendaciones basadas en la evidencia para el sector salud (Balslem et al., 2011; Murphy, M. K. et al., 1998.).

ETAPA 7. Socialización territorial

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

Región	Ciudades
Región 1 Bogotá, Cundinamarca	Bogotá
Región 2 Atlántico, Bolívar, Córdoba, Magdalena, Guajira, Sucre, Cesar, San Andrés y Providencia.	Santa Marta - Valledupar
Región 3 Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío	Medellín - Pereira
Región 4 Valle del Cauca, Nariño, Cauca, Chocó	Cali - Pasto - Quibdó
Región 5 Santander, Norte de Santander, Boyacá, Casanare, Arauca	Bucaramanga - Yopal - Tunja
Región 6 Tolima, Huila, Meta, Caquetá, Putumayo, Guaviare, Amazonas, Vichada, Guainía, Vaupés	Ibagué - Villavicencio - Florencia - Neiva

Estos espacios de participación tenían como objetivos:

- Dar a conocer la metodología que se llevó a cabo para el desarrollo del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado.
- Exponer las indicaciones y resultado del proceso de desarrollo del Protocolo.
- Dar a conocer la Ruta Integral de Atención.
- Conocer las perspectivas de los territorios y su retroalimentación en relación al Protocolo.

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

Nota: Para conocer el detalle del proceso metodológico y sus resultados, como la síntesis de la evidencia, consultar el Suplemento Metodología y Síntesis de la Evidencia.

TÍTULO IV:

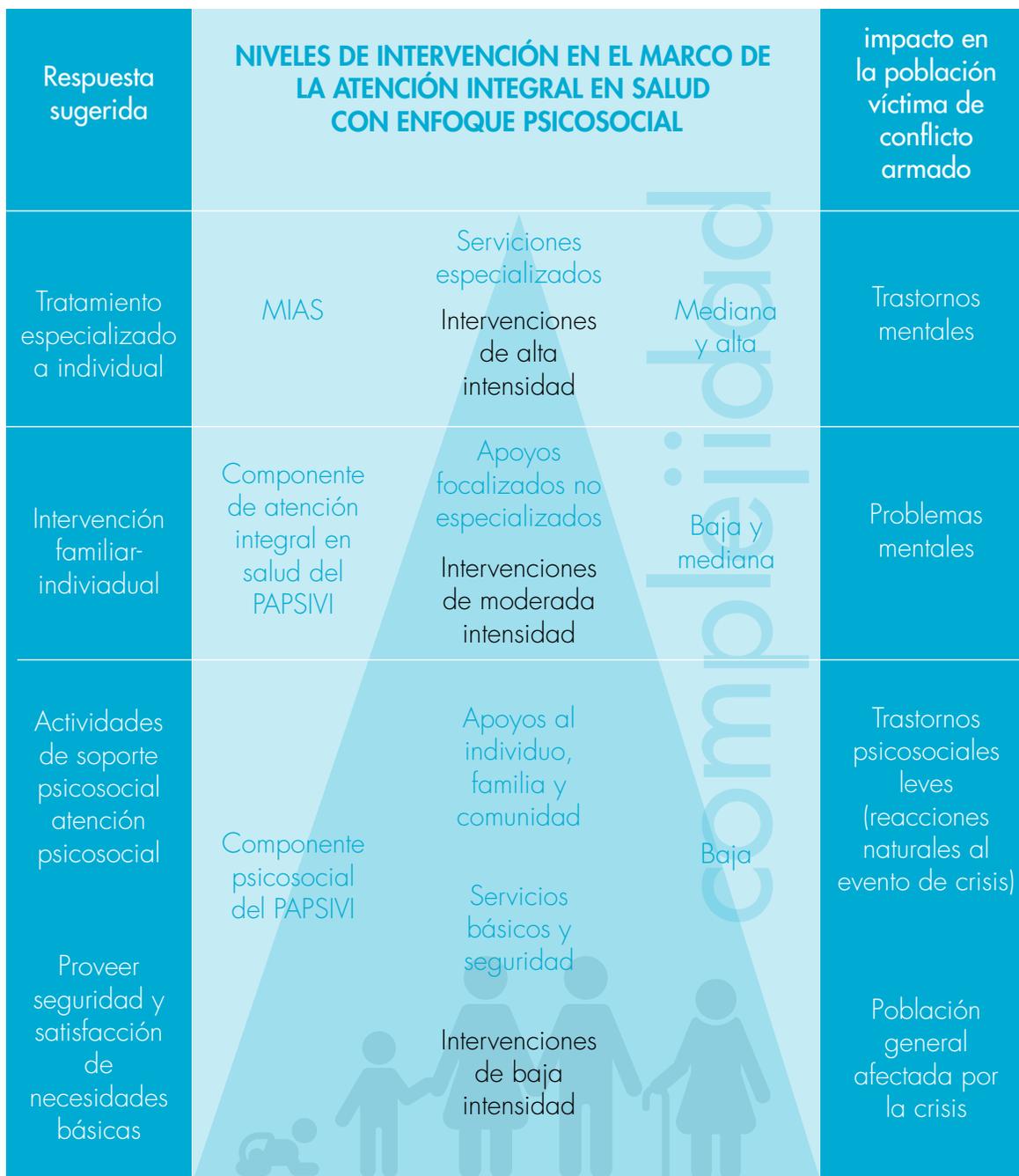
Indicaciones para la acción

1. Indicaciones amplias

1.1 Indicaciones para la incorporación del enfoque psicosocial

1.1.1 Dirigidas al Ministerio de Salud y Protección Social

La incorporación del enfoque psicosocial estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Territoriales del nivel Departamental y Municipal, los actores del SGSSS, así como su personal asistencial y administrativo. En su implementación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las empresas administradoras de planes de beneficios, las instituciones prestadoras de servicios de salud y los profesionales de la salud que hacen parte de ellas, a través del fortalecimiento de competencias y la asignación de tareas específicas, incorporarán el enfoque psicosocial en el proceso de atención integral a víctimas del conflicto armado. Para esto se consideran los siguientes aspectos a tener en cuenta, previo al inicio de la atención integral en salud con enfoque psicosocial:



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

1. Niveles de intensidad de las intervenciones en salud mental: es necesario tener en cuenta que la incorporación del enfoque psicosocial se deberá realizar en tres niveles de intensidad, descritos de la siguiente manera:
 - a. Intervención de baja intensidad: atención psicosocial en las modalidades individual, familiar y/o comunitaria, brindada a través de equipos interdisciplinarios que operan bajo direccionamiento del Ministerio o las Entidades Territoriales del nivel Departamental o Municipal.
 - b. Intervención de mediana intensidad: intervención psicológica focal de apoyo y asesoramiento.
 - c. Intervenciones de alta intensidad: intervención psicoterapéutica.
3. Se recomienda realizar una evaluación de necesidades a nivel local (municipal, IPS): esta deberá ser construida a través de la participación activa de las víctimas, el sector salud, la comunidad, el gobierno local y organizaciones no gubernamentales, y pretende identificar la demanda de servicios, las necesidades de la comunidad, las familias y los individuos, así como las limitaciones o barreras para la prestación de servicios de salud y los recursos existentes.
4. Se recomienda realizar una planificación de la prestación de servicios de salud, en la cual se especifiquen los tres niveles de intensidad de las intervenciones, correspondientes a las necesidades de las personas y los recursos disponibles, que a su vez permitirán definir los objetivos, la metodología, los resultados esperados, los indicadores de cumplimiento, los actores involucrados y la responsabilidad de cada uno de ellos. Esta planificación deberá identificar grupos poblacionales vulnerables e incorporar el enfoque diferencial. Así mismo, deberá realizarse con participación activa de la comunidad víctima del conflicto armado, el gobierno local y organizaciones no gubernamentales.

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

Calidad de la evidencia: Moderada

Recomendación: Fuerte a favor

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

Calidad de la evidencia: Moderada

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

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

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

6. La atención integral en salud con enfoque psicosocial como medida de rehabilitación deberá contemplar procesos de participación de líderes o autoridades comunitarias, que permitan la incorporación y comprensión de procesos de adaptación cultural de las intervenciones propuestas a nivel individual, familiar y comunitario.
7. La atención integral en salud con enfoque psicosocial deberá articularse con el componente de atención psicosocial del Papsivi e incorporar intervenciones basadas en la comunidad.
8. Incorporar estrategias intersectoriales que contemplen: la entrega de servicios de salud, actividades de educación, recreación, cultura, entre otros; que se acerquen a los individuos, familias y comunidades, a través de recursos extramurales, recursos portátiles, centros y locaciones alternativas.
9. Fortalecer el sistema de apoyo y supervisión, inspección, vigilancia y control, que permita realizar seguimiento a la prestación y la calidad de los servicios de salud con base en indicadores validados para las personas víctimas del conflicto armado.
10. Uno de los insumos para la inspección, vigilancia y control será el plan operativo de sistemas de información (POSI).
11. Promover acciones intersectoriales y transectoriales, con el fin de establecer acuerdos o asociaciones orientadas a mantener la sostenibilidad de las intervenciones dirigidas a la población víctima del conflicto armado, para alcanzar la rehabilitación funcional en las personas que lo requieren, y contribuir a la reparación integral desde las acciones que competen al SGSSS.
12. Promover y ejecutar las siguientes estrategias para el fortalecimiento de acciones intersectoriales para garantizar el enfoque psicosocial.
 - Movilizar a la clase política y a los tomadores de decisión del sector, a través de estrategias comunicativas y de educación sobre la problemática de las víctimas y sus necesidades; así como una orientación acerca de la respuesta que se da desde el sector salud para contribuir con la reparación integral mediante el Protocolo de Atención, como una de las medidas que contribuyen a la rehabilitación integral, y de esta manera promover la generación de marcos normativos que garanticen los derechos de las víctimas.
 - Promover la gestión de recursos humanos, financieros y de infraestructura para la atención integral en salud con enfoque psicosocial de las víctimas en otros sectores.
 - Movilizar recursos financieros para desarrollar acciones y proyectos que fortalezcan la atención integral en salud con enfoque psicosocial, como medida de rehabilitación desde otros sectores del Estado.
 - Participar en acciones colectivas con otros sectores para mejorar la infraestructura y mejorar la oferta de atención integral en salud con enfoque psicosocial como medida de rehabilitación.
 - Proporcionar orientación técnica a los organismos de otros sectores sobre el Programa de Atención Psicosocial y Atención Integral en Salud a Víctimas del

conflicto armado, para mejorar la colaboración intersectorial.

- Proporcionar apoyo en los procesos de financiamiento y recursos humanos como estrategia para la colaboración intersectorial.
- Generar una agenda de trabajo con el Ministerio de Educación Nacional y las Instituciones de Educación Superior para promover la formación de profesionales contemplados en este Protocolo, y la incorporación en la formación de pregrado y posgrado en competencias relacionadas con la atención en salud con enfoque psicosocial y el manejo integral de víctimas del conflicto armado.
- Iniciar estudios intersectoriales y proyectos piloto para guiar el desarrollo de las mejores prácticas y modelos adecuados para la incorporación del enfoque psicosocial y la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial para las víctimas del conflicto armado, en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Calidad de la evidencia: Moderada

Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

Aseguramiento

13. El proceso de ingreso a la atención enmarcada en este Protocolo estará vinculado a lo propuesto en el artículo 87 del Decreto 4800 del año 2011, que reglamenta lo establecido en la Ley 1448 del mismo año. Este decreto establece la afiliación de las víctimas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Contempla que "el Ministerio de Salud y Protección Social deberá cruzar el Registro Úni-

co de Víctimas a que hace referencia el artículo 154 de la Ley 1448 de 2011, que certifique la Unidad Administrativa Especial para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, con la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, o la que haga sus veces, y con las bases de datos de los regímenes especiales. La población que se identifique como no afiliada será reportada a la entidad territorial de manera inmediata para que se proceda a su afiliación a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, preservando la libre escogencia por parte de la víctima, de acuerdo a la presencia regional de estas, según la normatividad vigente, en desarrollo del artículo 52 de la Ley 1448 de 2011, siempre y cuando cumpla con las condiciones para ser beneficiario de dicho Régimen. Esto último se garantizará mediante la aplicación de la encuesta Sisben por parte de la entidad territorial".

Calidad de la evidencia: Norma

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

- Equipos interdisciplinarios de atención psicosocial del PAPSIVI (componente psicosocial del PAPSIVI)
- Equipo Multidisciplinario de Salud* (EMS) (Componente de atención integral en salud PAPSIVI)
- Atención clínica especializada (Componente de atención integral en salud PAPSIVI)

15. En el marco de la red integral de servicios de salud, se deberá planear y organizar una atención integral en salud con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado.
16. Se deberá contemplar un plan de estímulos y protección de garantías laborales al Equipo Multidisciplinario de Salud, lo que reducirá la deserción y rotación del personal de salud, priorizando aquellas zonas de difícil acceso.
17. Fortalecer el componente de atención en salud mental en la estrategia de atención primaria en salud.

Calidad de la evidencia: Moderada

Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

Prestación de servicios de salud

18. La atención en salud mental deberá ser brindada a través de tres niveles de intensidad de las intervenciones, a saber:
 - Nivel de baja intensidad: se realiza a través de un equipo interdisciplinario de atención psicosocial, por medio del componente Psicosocial del Papsivi. Por lo anterior, la acción de la IPS será establecer canales de comunicación con estos equipos, buscando procesos de seguimiento a las personas víctimas del conflicto armado y fortaleciendo los canales de comunicación intra e intersectoriales.
 - Nivel de mediana intensidad: se realiza a través de un Equipo Multidisciplinario de Salud en el componente de atención integral en salud del Papsivi. Por lo anterior, la acción de la IPS será asegurar el cumplimiento de las recomendaciones de este Protocolo.

- Nivel de alta intensidad: se realiza a través de un equipo de atención clínica especializada, en el marco de la atención integral en salud propuesta en el Modelo Integral de Atención en Salud y las Rutas Integrales de Atención en Salud. Por lo tanto, la acción de la IPS será asegurar los procesos de referencia, contrarreferencia y adherencia a las Guías de Práctica Clínica y RIAS, según lo estipulado en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).
- ✓ Otros problemas, condiciones y patologías de salud serán atendidos de acuerdo a las guías y protocolos vigentes para cada una.

19. Fortalecer la atención en la salud mental en la estrategia de atención primaria en salud, a través del diseño y desarrollo de programas de atención orientados a la salud mental.
20. Se deberán planear y ejecutar estrategias de información, educación y comunicación, que promuevan procesos de movilización social y de sensibilización orientados a la comprensión y el entendimiento de la salud mental, el enfoque psicosocial, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la reducción del estigma.
21. Se deberá contratar a los profesionales de la salud capacitados y competentes en otorgar atención integral en salud con enfoque psicosocial.
22. Generación de actividades de capacitación en conceptos y acciones que contemplen la incorporación del enfoque psicosocial en los profesionales de la salud.

Talento humano en salud

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

sistema de salud, a las/los líderes/as/líderes de la comunidad y a los individuos, de tal manera que se fortalezca la atención y las redes de apoyo.

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

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

Cuidado y autocuidado

26. Se deberán adoptar estrategias dirigidas al cuidado y autocuidado de los miembros del EMS, para prevenir y manejar el estrés.

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

1.1.2 Dirigidas a los equipos de atención multidisciplinarios - EMS

27. La incorporación del enfoque psicosocial involucra la conformación de un EMS, que atenderá a la persona víctima del conflicto armado. Para brindar esta atención con enfoque psicosocial, se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

los textos y el desempeño etnográfico de la víctima y de la sociedad.

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

Puntos de buena práctica

- ✓ Adoptar, por parte de los profesionales de la salud, una técnica de entrevista reflexiva que permita la interpretación de

- Los profesionales del EMS deberán establecer conversaciones dignas, respetuosas del otro y de sí mismo, que sean pertinentes, relevantes y éticas.
- La atención por el EMS deberá tener como foco la construcción de una relación de acogimiento para la escucha y la transformación de la experiencia, superar el dolor, servir como testigos del dolor y promover la construcción y organización de nuevos significados que posibiliten mayor control sobre la vida.
- Los miembros del EMS deberán tener capacidad de introspección para poder ayudar sin violentar.
- Deberá brindarse el tiempo necesario a la persona víctima del conflicto armado para expresarse, lo que permitirá un adecuado proceso de transferencia y contra-transferencia presente en estos casos.
- Deberá ser una atención humanizada que garantice la no revictimización de la persona víctima del conflicto armado. La humanización de la atención considera al ser humano desde un sentido holístico, desde su dimensión física, emocional, relacional, espiritual, social e intelectual.
- Deberá mantener un ambiente propicio que garantice la confidencialidad, seguridad y protección a las personas víctimas.
- Permitirá y promoverá un relato de la experiencia por parte de la persona víctima del conflicto armado. A través de este relato se puede dar la descripción de los hechos, así como el afecto y la percepción que la persona tiene de ellos. Se indagará por la implicación y el significado de lo que le ocurrió, sin pensar que esto estimula una posición pasiva, quejumbrosa o resignada.
- Deberá enmarcar la narración en las dimensiones biográfica, motivacional y témporo-espacial.
- Deberá identificar las características sociales, culturales, educativas y familiares (nivel educativo, pertenencia a grupos diferenciales, estructura familiar).
- Fomentará el cuidado y autocuidado a través de la participación activa de las personas y las familias en todo el proceso y en la toma de decisiones.
- Deberá emplear un lenguaje claro y sencillo, nunca usar lenguaje peyorativo ni expresiones que puedan hacer sentir a la persona víctima del conflicto armado como si fuera culpable o responsable de lo que le sucedió.
- Deberá establecer el qué, cuándo, desde cuándo percibe que algo anda mal, qué aspectos de su vida son modificables para mejorar su estado actual, expectativas del interlocutor y factores que estén afectando su funcionalidad en las labores cotidianas y del trabajo.
- Deberá indagar por las necesidades y expectativas de las personas víctimas del conflicto (tener en cuenta la situación actual de la víctima y sus posibilidades).
- ✓ Deberá evitar la patologización y la estigmatización de las personas víctimas del conflicto. Recuerde que lo que le pasó a la persona víctima del conflicto armado es una situación anormal, y los efectos sociales y emocionales producto de los hechos son demostraciones y procesos normales.
- ✓ Permitirá la expresión de las emociones de las víctimas y sus familias, en

- una actitud de escucha, comprensión y aceptación del dolor libre de juicios.
- ✓ Entenderá que alteraciones en los sistemas de creencias pueden hacer que el duelo se manifieste de manera compleja, a veces incomprensible para las personas del entorno e incluso para el EMS, lo que puede generar que inicialmente la persona víctima del conflicto armado rechace la atención.
 - ✓ Comprenderá que las personas víctimas del conflicto armado tienen habitualmente otros recursos como redes de apoyo, empleo de recursos autóctonos, rituales, rescate de las creencias o asunción de otras, que deben hacerse visibles durante las conversaciones y validar con la persona víctima si se trata de afrontamientos efectivos contra los impactos producidos por las pérdidas.
 - ✓ Deberá promover durante la conversación y las atenciones los siguientes sentimientos, luego de permitir el paso por el dolor:
 - La sensación de seguridad
 - La calma.
 - La esperanza.
 - ✓ Propenderá por reducir el sufrimiento emocional, asegurar la satisfacción de las necesidades básicas (que no son las mismas para todo individuo) y la exploración y concientización de las circunstancias que ayuden a comprender que la situación traumática pasará.
 - ✓ Ofrecerá información clara a las personas víctimas del conflicto armado sobre su situación de salud, el plan de atención y el seguimiento.
28. Se recomienda identificar el hecho victimizante, sin que esto implique que el individuo tenga que contar la situación, cómo ocurrió y los detalles, dado que hacer esto generará procesos de revictimización. La revictimización hace que se reviva la experiencia traumática o que indirectamente sugiera situaciones que atenten contra la dignidad del individuo. Siempre se orientará a través de un diálogo que permita a la persona contar lo que significa para él o ella lo que le sucedió y las acciones que ha hecho para seguir adelante (identificación de recursos).
- ### Cuidado y Autocuidado de la Salud
29. Se deberá garantizar una atención integral en salud y su seguimiento, con enfoque diferencial, a la persona víctima del conflicto armado y a su familia, para promover la corresponsabilidad en la adherencia a la atención integral en salud con enfoque psicosocial otorgada por el equipo multidisciplinario en salud de la institución prestadora de servicios de salud.
30. Fortalecer la toma de decisiones, autoestima, autoeficacia y autoeficiencia de la víctima del conflicto armado con medidas de autocuidado.
- Calidad de la evidencia:** Moderada
Fuerza de la indicación: Fuerte a favor
- ### INDICACIONES DURANTE LA ATENCIÓN
31. Se recomienda establecer los siguientes objetivos durante las consultas realizadas por el Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS), en el marco de la atención integral en salud con enfoque psicosocial:

- a. Constituir una relación de trabajo colaborativo con la víctima, con miras a aliviar su malestar y a mejorar su calidad de vida.
 - b. Ofrecer la oportunidad en una sesión inicial, para que la persona pueda sentirse en libertad de expresarse en un contexto validante de escucha activa, y de empatía a través de procedimientos de parafraseo de contenido y de validación de sentimientos y emociones.
 - c. Reunir información en la primera entrevista no estructurada sobre las condiciones de vida, el contexto, los estresores actuales y los factores históricos que contribuyen al estado actual de la persona.
 - d. Validar y normalizar las reacciones emocionales actuales que han sido resultado de los factores contextuales de violencia a la que han tenido que ser expuestos.
 - e. Proporcionar psicoeducación sobre la naturaleza de las emociones y la forma como pueden afectar las condiciones actuales.
 - f. Identificar las áreas actuales de vida que están siendo interferidas por la condición emocional resultante de eventos pasados o actuales.
 - g. Proporcionar herramientas básicas de identificación de emociones en contexto y de la función que cumplen en el momento presente.
 - h. Proporcionar herramientas básicas de regulación emocional: entrenamiento en respiración, relajación y ejercicios de atención plena que permitan afrontar más efectivamente los estados emocionales intensos.
 - i. Ofrecer entrenamiento básico en estrategias efectivas de solución de problemas que le permita a la persona enfrentar los múltiples estresores que tienen que enfrentar en la vida cotidiana.
 - j. Apoyar en la determinación de metas y objetivos de vida que le permitan estructurar sus actividades y aumentar su nivel de motivación y bienestar.
- Calidad de la evidencia:** Consenso de expertos
Fuerza de la indicación: Fuerte a favor
32. Durante la atención integral por parte del EMS se deberá:
- Fomentar el fortalecimiento de las redes sociales y las relaciones emocionales entre los miembros de la familia.
 - Fortalecer competencias para la vida a nivel social e individual.
 - Fomentar la construcción de un proyecto de vida, respetando la autonomía de la persona, acorde a la etapa del ciclo vital individual y familiar, analizando el ambiente familiar, social y cultural. Para la construcción de este proyecto de vida es necesario reflexionar acerca de la vida actual y plantearse objetivos o metas.
 - Promover las relaciones sociales, la creación de nuevas redes de apoyo o el fortalecimiento de las ya existentes.
 - Promover la comunicación abierta en las familias, la reorganización y redistribución de roles.
 - Estimular la inclusión escolar y laboral.

- Explicar la importancia de la planeación de tareas cotidianas, de establecer rutinas compartidas con la familia y metas positivas.
- Realizar actividades educativas con enfoque diferencial, a los padres, familiares o cuidadores de niños víctimas o personas con discapacidad, acerca de la importancia de hacer una valoración en salud y así determinar un proceso de atención interdisciplinar.
- En caso de identificar una persona con afectaciones físicas y cognitivas, recuerde explorar signos y síntomas de una posible afectación mental.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

1.2 Indicaciones para la incorporación del enfoque diferencial

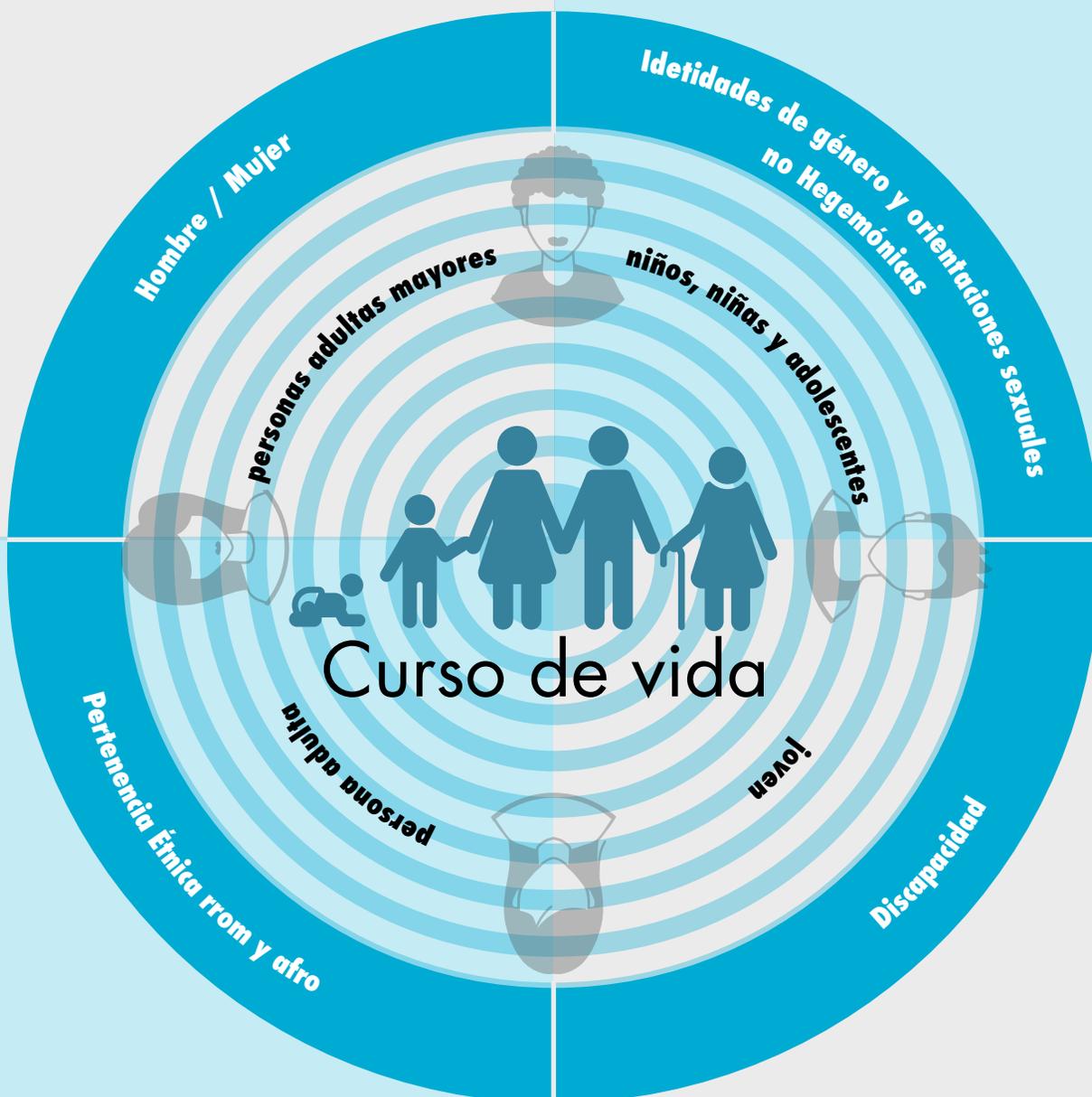
1.2.1 Dirigidas al Ministerio de Salud y Protección Social

33. Se recomienda que la atención integral en salud con enfoque psicosocial para población víctima del conflicto armado se realice a través de un enfoque diferencial, el cual es comprendido como un escenario de reconocimiento y aceptación de la diversidad que caracteriza a la condición humana, y de esta manera permite dar respuesta de forma integral a las necesidades específicas de las poblaciones y las personas víctimas del conflicto armado. En este marco, la identificación de condiciones de vulnerabilidad puede ser individual o múltiple, de tal forma que entre más grupos poblacionales sean asociados a una persona víctima, más susceptible es esta de ser vulnerable y, por ende, será necesario tener en cuenta un enfoque diferencial para su tratamiento o atención (International Crisis Group, 2006), lo anterior se entiende como un abordaje en el marco de la interseccionalidad (ver figura 1).

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

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Figura 1. Interseccionalidad.

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

Grupos étnicos



34. Se sugiere que en zonas geográficas del país donde la densidad poblacional de indígenas, población afro, rom o raizales sea elevada, las entidades territoriales y las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán adecuar la atención en términos de servicios interculturales.
35. Se sugiere que en zonas geográficas del país donde la densidad de población indígena, población afro, rrom o raizales sea baja, las instituciones prestadoras de servicios de salud adopten el Protocolo de manera intercultural para incorporar la atención con enfoque psicosocial como medida de rehabilitación y el enfoque diferencial, teniendo en cuenta la medicina tradicional propia del grupo étnico víctima del conflicto armado y que requiera atención en salud.
36. Durante la atención integral en salud con enfoque psicosocial a personas víctimas del conflicto armado que pertenezcan a grupos étnicos, se recomienda reconocer las particularidades de cada individuo, teniendo en cuenta las comunidades a las cuales pertenecen y su manera de relacionarse con el mundo. Para esto se sugiere caracterizar cuatro ejes fundamentales, que son: 1) vínculo comunitario, 2) arraigo territorial, 3) referencia ancestral y 4) sujeto colectivo.

Calidad de la evidencia: Baja

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas

37. En la atención integral en salud con enfoque psicosocial a personas con identida-

des de género y orientaciones sexuales no hegemónicas víctimas del conflicto armado, se debe garantizar el libre autorreconocimiento de su identidad sexual, así como garantizar la calidad, calidez y pertinencia de los servicios de salud provistos por este Protocolo, en el marco de los derechos humanos.

38. Se recomienda garantizar procesos de formación y sensibilización del talento humano que hace parte del Equipo Multidisciplinario de Salud, dirigidos a la transformación de los supuestos y prejuicios sociales sobre las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas.
39. En el momento de la valoración a la víctima del conflicto armado, se recomienda plantear preguntas abiertas que permitan indagar lo concerniente a la identidad sexual o genérica. Así mismo, no realizar juicios de valor, y sacar conclusiones anticipadas acerca de la identidad sexual o género en relación a su comportamiento sexual o de salud o motivo de consulta a partir de su apariencia. (Para ampliar información, ver anexo técnico Tipo de preguntas - Anexo III).

Calidad de la evidencia: Baja

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Niños, niñas y adolescentes



Punto de Buena Práctica Clínica

- ✓ Para garantizar el enfoque diferencial en la infancia y la adolescencia, se adoptarán los principios de la Ley de Infancia y Adolescencia: protección integral, interés superior, corresponsabilidad y perspectiva de género (Ley 1098, 2006).

- ✓ Conocer la oferta institucional e incluir en el plan de atención, asistencia y reparación integral las gestiones necesarias para responder a todos los factores de vulnerabilidad que se identifiquen en el caso de los NNA, incluso si se trata de otros no relacionados con el conflicto armado.
 - ✓ Establecer una buena coordinación institucional que redunde en una efectiva articulación para orientar a los NNA y sus familias, en especial con el ICBF, encargado de velar por los derechos de los niños.
 - ✓ Se debe evitar establecer la relación con la persona en situación de desplazamiento desde la vulnerabilidad.
40. En el momento de atender una víctima del conflicto armado niño o adolescente, se deberá contemplar la adopción de la estrategia de acompañamiento psicosocial para el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado propuesto por el ICBF.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Personas con discapacidad



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

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

1.2.2 Dirigidas a los equipos multidisciplinares - EMS

42. Para la incorporación del enfoque diferencial, se recomienda identificar: 1) las características contextuales actuales: el ambiente sociocultural, tradiciones, sistemas de creencias, entre otros; 2) las características individuales únicas requieren una aproximación diferencial, como población vulnerable (niños, adultos mayores, personas en condición de discapacidad),

mujeres, población indígena, afrodescendiente, raizal, palenquera, negra, rom, personas con identidad de género o con orientaciones sexuales no hegemónicas, creencias religiosas, entre otros, y 3) el contexto histórico y sociopolítico que permite una comprensión de la situación actual.

Calidad de la evidencia: Moderada

Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

Mujeres



43. Para orientar la atención de las mujeres víctimas del conflicto armado se recomienda tener en cuenta los mandatos de género, el significado de los hechos victimizantes y la condición de mujer.
44. Se recomienda orientar las acciones en salud hacia acciones que fortalezcan el autocuidado.
45. Se recomienda el fortalecimiento de inducción a la demanda de servicios de salud orientados a su promoción y mantenimiento, especialmente a los programas y servicios de salud sexual y reproductiva.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Puntos de buena práctica

- ✓ En caso de presentar violencia sexual, deberá seguir las indicaciones del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual (Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social).
- ✓ Es fundamental que los profesionales de la salud conozcan y se familiaricen con los Lineamientos de Política Pública para la Prevención de riesgos, la protección y la garantía de los derechos de las mujeres víctimas del conflicto armado, que en el marco de la Ley 1448 de 2011, los Decretos-Ley 4634 y 4635, el Auto 092 de 2008, el Auto 098 de 2013, el Auto 009 de 2015 y la Ley 1719 de 2014, han sido propuestos por el SNARIV, con el propósito de generar acciones en defensa de los derechos

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

- ✓ Cuando se preste un servicio de salud (actividad, procedimiento, examen diagnóstico) a una mujer víctima de conflicto armado, en especial a mujeres víctimas de violencia sexual, los y las profesionales deben esforzarse por no causar daño alguno (Acción sin daño) o minimizar el daño que pueda causar de manera inadvertida la realización de algún tipo de procedimiento. Con esta finalidad, los profesionales deberán, como mínimo:
 - Reconocer, previo al procedimiento, las afectaciones generadas por el hecho victimizante vivido.
 - Valorar, previo a la realización del procedimiento, qué otras actividades, procedimientos o medicamentos pueden minimizar el impacto que genere el procedimiento a realizar y hacer las órdenes requeridas para incluirlos. Por ejemplo, para una mujer víctima de violencia sexual, es posible que la realización de un examen como la colonoscopia requiera sedación.
 - Asegurarse que las mujeres den consentimiento informado de los procedimientos a realizarse.

- Se sugiere a las IPS, en lo posible, disponer de personal (mujeres y hombres), para que las mujeres VCA puedan a su elección determinar el género del profesional que de su preferencia quiere que le realice el procedimiento.
- En el caso de mujeres víctimas de violencia sexual, se sugiere contar con profesional sensibilizado en este tema, para la toma y entrega de resultados de citología cérvico-uterina.
- Es importante ofertar y orientar a las mujeres víctimas del conflicto armado para que se vinculen a programas o actividades de promoción y prevención, especialmente relacionados con Salud Sexual y Reproductiva, donde puedan conocer y empoderarse acerca de sus Derechos Sexuales y Reproductivos.
- El EMS y los profesionales especializados en salud mental deben tener en cuenta lo que la Sentencia T-045 de 2010 menciona en relación con

la salud mental de las mujeres víctimas del conflicto armado:

- Ellas se han visto expuestas a graves situaciones marcadas por la violencia, la discriminación y la exclusión que en sí mismas constituyen hechos traumáticos que requieren elaboración para así favorecer el proceso de reconstrucción del proyecto de vida. Las mujeres víctimas tienen fuertes necesidades de atención en salud mental debido a las presiones y cargas psicológicas derivadas de esta condición, aunadas a la ruptura de los imaginarios sociales, redes de apoyo sociocultural y a la experiencia de la pobreza y la violencia, cuyo procesamiento debe verse aplazado o evadido ante la necesidad apremiante de responder por sus familias (p. 145).

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

1.2.3 Dirigidas al proceso de atención en salud

46. En el proceso de identificación de conductas de riesgo, si se identifican conductas sexuales de alto riesgo, se recomienda solicitar pruebas de tamización para enfermedades de transmisión sexual como VIH, sífilis, Hepatitis B y C.

Calidad de la evidencia: Alta

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas

47. En el momento de la valoración a la víctima del conflicto armado, plantear preguntas abiertas que permitan indagar lo concerniente a la identidad sexual o genérica. Así mismo, no realizar juicios de valor y evitar sacar conclusiones an-

ticipadas acerca de la identidad sexual o de género en relación a su comportamiento sexual o de salud o motivo de consulta a partir de su apariencia. (Para ampliar información, ver anexo técnico Intervención Psicosocial Caja de herramientas. Anexo III).

48. Se debe responder de manera positiva y con respeto cuando la persona revela su orientación sexual o identidad de género, teniendo en cuenta que el estigma y la discriminación son causantes de la situación especial de vulnerabilidad (poca especificidad).
49. En la población autorreconocida como trans* se deben identificar necesidades particulares relacionadas con el tipo de transición que han hecho, el contexto socioeconómico en el que se encuentran, las dificultades y problemáticas que en este proceso ha ido sorteando, para generar un plan de manejo.

*travestis, transgénero, transexuales y transgeneristas

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

1.3 Generalidades de la atención

50. Se recomienda que toda víctima del conflicto armado sea canalizada a los servicios de salud desde cualquiera de los entornos (comunitario, hogar, laboral, educativo, institucional) y desde los

Mujeres



Punto de Buena práctica clínica

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

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

Personas con discapacidad



Punto de Buena práctica clínica

- ✓ Se deberán orientar las atenciones a las personas víctimas del conflicto armado con discapacidad para lograr la inclusión social, entendida esta como "el adecuado acceso a bienes y servicios, procesos de elección colectiva, la garantía plena de los derechos de los ciudadanos y la eliminación de toda práctica que conlleve a marginación y segregación de cualquier tipo. Este proceso permite acceder a todos los espacios sociales, culturales, políticos y económicos en igualdad de oportunidades" (Fuente: MSPS).

otros sectores, para recibir una valoración por medicina general, quien deberá durante esta consulta:

- i Identificar si la persona es víctima del

conflicto armado. Esta identificación se realizará a través de la entrevista con el individuo y/o de acuerdo a la información consignada en la historia clínica previamente.

- j La persona que se autorreconoce como víctima del conflicto armado (de acuerdo con la definición establecida por la ley), deberá además estar registrado en el Registro Único de Víctimas o Registros especiales (sentencias de la Corte y órdenes judiciales), para poder acceder a la atención por el Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a personas Víctimas del Conflicto Armado

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

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

Nota aclaratoria 2: El proceso de verificación en Vivanto o Registros especiales determinará la posibilidad de **ingreso al protocolo** y atención por el EMS, **pero NO LIMITARÁ** la atención por otros servicios de salud a los cuales deben acceder las personas como

población general beneficiaria del sistema general de seguridad social en salud.

51. Una vez se realice el proceso de verificación en Vivanto y registros adicionales y se identifique que la persona víctima del conflicto armado se encuentra registrada, el profesional en medicina procederá a identificar las necesidades en salud que tenga la persona víctima del conflicto armado de acuerdo con la ruta de promoción y mantenimiento, de acuerdo al curso de vida y ciclo vital en el que se encuentra la persona.
52. Se establecerá un diagnóstico y un plan de manejo de acuerdo a las características individuales y necesidades identificadas. Como parte integral del manejo, se deberá informar acerca de la atención que se realiza a las personas víctimas del conflicto armado, a través de un Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS), en el marco del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado.
53. Se deberá informar a la persona que “se busca brindar una atención integral en salud con enfoque psicosocial, en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado - Papsivi”. Esta atención será brindada por un equipo de salud capacitado para prestar una atención y seguimiento adecuado.
54. Esta información deberá brindarse en el marco de un espacio de comunicación amable, en el cual se oriente y resuelvan las inquietudes que la persona víctima del conflicto pueda tener.

55. Una vez se explique al individuo el objetivo y las características de la atención por el Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) y se resuelvan u orienten sus inquietudes, se deberá indagar acerca de la disposición y aceptación para ser atendido por este equipo, en el marco del Protocolo Integral de Atención en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado.
56. Si la persona accede a ser atendida, se deberá realizar el correspondiente proceso de remisión al EMS. Esta remisión deberá contener un resumen de la consulta médica inicial y se deberá dejar consignado en la historia clínica si la persona asintió verbalmente para recibir esta atención.
57. Si el individuo no se encuentra registrado en Vivanto o en registros adicionales, el profesional en medicina que está realizando la atención deberá brindar atención integral y humanizada, en la cual se identifiquen las necesidades en salud que tenga la persona víctima del conflicto armado, de acuerdo con la ruta de promoción y mantenimiento, de acuerdo al curso de vida y ciclo vital en el que se encuentra la persona. Así, ofrecerá el manejo adecuado de acuerdo a la condición actual y considerará la pertinencia de realizar remisión a la o las rutas de atención según las necesidades en salud identificadas.
58. De igual manera, se deberá brindar la orientación necesaria para que la persona declare ante el Ministerio Público (Personería municipal). En cualquiera de las dos situaciones (que la persona sea o no remitida a EMS), deberá realizarse un reporte al equipo del Papsivi, componente de atención psicosocial.

Este reporte lo realizará el Referente Papsivi de la IPS y la EAPB.

*Ver Ruta Integral de Atención

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Punto de buena práctica clínica

- Cuando la persona víctima del conflicto armado sea remitido al EMS, será función del referente Papsivi de la IPS y EAPB realizar seguimiento y verificar que se dé el acceso de la persona a las atenciones establecidas en el presente Protocolo.

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

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

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

*No se requiere un orden establecido en las atenciones del gestor comunitario en salud y el auxiliar de enfermería.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

61. Se sugiere que la duración de la atención inicial realizada por el auxiliar de enfermería y el gestor comunitario en salud tenga una duración hasta de 60 minutos cada una. **

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Débil a favor

**A continuación se mencionan los aspectos a tener en cuenta en el marco de la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado por parte del gestor comunitario o auxiliar de enfermería o EMS durante la primera atención.

- Datos sociodemográficos: Nivel de estudio, ocupación, estado civil.
- Construcción del familiograma: Permite conocer los rompimientos, ausencias, duelos no resueltos o afrontados y los miembros de tipo vulnerable como adultos mayores, niños, etc.
- Identificación y caracterización del contexto en donde vive la persona víctima del conflicto armado, en términos sociales, geográficos, necesidades básicas y acceso a los servicios de salud.
- ¿Qué dificultades presentan como familia?
- ¿Cuál es la dinámica familiar actual?
- Restricciones organizacionales e institucionales: infraestructura con la que

cuentan actualmente. ¿Cuál es la fuente de sus recursos? ¿Cuál es su situación laboral?

- ¿Qué tipo de vivienda tienen? ¿Cuáles son las condiciones de esta?
- ¿Tiene disponibilidad de servicios públicos y cómo es esta disponibilidad?
- ¿Presenta usted o algunos de sus miembros algún tipo de discapacidad?
- ¿Consume usted o un miembro de su familia algún tipo de sustancias psicoactivas?
- ¿Presenta sobrecarga y multiplicación de roles que no le han permitido rehacer su vida?
- ¿Cuáles pérdidas culturales como consecuencia del conflicto armado vivido han menoscabado su identidad individual y grupal?
- ¿Cuenta con redes de apoyo?

En el anexo técnico II encontrará aspectos a considerar en el momento de la atención.

** Aspectos a tener en cuenta en el marco de la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado por parte del EMS en la primera atención para la construcción del plan de atención y de cuidado:

- Tendrá la capacidad de escuchar activamente la historia de vida de la persona abordando el problema que la afecta y la esperanza de resolución del mismo, durante la atención que le brinde.
- Deberá mostrar interés y disposición de ayudar a la persona expresándole que el proceso de atención se hará a su ritmo.

- Se deberá respetar el lenguaje de la persona brindándole la posibilidad de hablar en su propio lenguaje y presentarle al auxiliar de enfermería las experiencias que ella misma ha vivido.
- Se recomienda que, a partir de la vida, el auxiliar de enfermería ayude a la persona a identificar problemas o necesidades presentes y lo que se debería hacer para resolverlos.
- Se recomienda ayudar a la persona a reconocer y valorar el tiempo que está dedicando para recibir atención por parte de los profesionales de salud.

El auxiliar de enfermería deberá plantearse las siguientes preguntas de manera inicial:

- a. Identificar la situación de la persona víctima del conflicto como urgente o no urgente (que requiera ser valorado por medicina)
- b. Determinar rápidamente la naturaleza de la emergencia (si la hubiera)
- c. Intervenir rápidamente (remitir a valoración por medicina)

Durante la atención, el auxiliar de enfermería deberá realizar la siguiente valoración en salud:

- En todo proceso de valoración hay que tener en cuenta que las funciones físicas, aunque importantes, solo son una pequeña parte de la persona, y que están íntimamente unidas a otros aspectos de tipo cultural, sociológico y espiritual.
- Identificación de antecedentes personales, familiares y patológicos.
- Identificación y caracterización de las necesidades en el marco de la oferta de servicios de salud.

62. Tras las atenciones iniciales e independientes realizadas por parte del auxiliar de enfermería y del Gestor Comunitario en Salud, se debe realizar integración de resultados de las evaluaciones iniciales para establecer el plan de manejo y las consultas siguientes con los miembros del EMS.

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

63. Se recomienda realizar la consulta interdisciplinaria* inicial en todas las personas víctimas del conflicto armado que ingresen a este Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial.

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

*Esta consulta se encuentra denominada en el listado CUPS como 89.0.2.15 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y 89.0.3.15 CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Punto de Buena práctica

- La consulta interdisciplinaria establecerá el plan de manejo y de esta forma se deberán asignar las citas con los miembros del Equipo Multidisciplinario de Salud de acuerdo al plan establecido.
- Los profesionales del EMS iniciarán su acción en el momento de la consulta interdisciplinaria, y según el plan de manejo establecido en dicha consulta, seguirán las atenciones y el seguimiento propuesto en este protocolo.

1.4 Generalidades del seguimiento

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

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

En el marco del desarrollo de la implementación de este Protocolo, las EAPB tendrán como acciones clave:

- Efectuar articulación con la Unidad de Víctimas - UARIV, para el cruce bimensual de sus bases de datos con el Registro Único de Víctimas - RUV y remisión de información a toda su red de prestadores.
- Solicitar la clave de uso al Minsalud y tener un acceso regular al sistema Vivanto.
- Designar un funcionario: Referente Papsivi - EPAB.
- Consideraciones específicas: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS.

La atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial para las víctimas del conflicto armado supone la conformación de un Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) con profesionales de medicina, enfermería, psicología y trabajo social, así como un auxiliar de enfermería encargado de acompañar el proceso de atención. Podrán vincularse otros profesionales o personal técnico, así como de otras funciones, de acuerdo con las propuestas de atención implementadas en cada institución.

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

64. Se recomienda que la atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado se realice a través del Equipo Multidisciplinario de Salud, el cual estará conformado así:
- Un profesional en enfermería, quien dará soporte en las labores de administración y articulación del programa y sus intervenciones, así como de administración de información para el monitoreo y se-

guimiento del Protocolo, con competencias en intervenciones psicosociales de baja y mediana intensidad.

- Un profesional en psicología, quien contará con competencias en primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis y evaluación e intervención para afectaciones emocionales y psicológicas, y tendrá competencias en intervenciones psicosociales.
- Un profesional en medicina, quien se reconocerá como encargado, responsable de liderar el manejo clínico y facilitar la articulación con otras intervenciones por parte del EMS con competencias claramente especificadas en atención de condiciones médicas e intervención de intensidad baja y media en afectaciones emocionales y psicológicas.
- Un técnico auxiliar de enfermería con competencias claramente definidas en detección de afectaciones emocionales y psicológicas y primeros auxilios emocionales, quien será el punto de contacto permanente entre el Protocolo y las personas víctimas del conflicto armado, y realizará acompañamiento a las personas en su tránsito por las atenciones y acciones del Protocolo.
- Un profesional en trabajo social, quien soportará todos los asuntos relativos al apoyo social y familiar, provisión de apoyo por otros miembros de la comunidad, servicios de beneficencia, apoyo espiritual y asesoramiento legal. Deberá contar con competencias claramente especificadas en evaluación y acciones en el contexto social.
- Un gestor comunitario en salud, quien informará al equipo sobre características socia-

les y culturales de la población y servirá de puente y vínculo con la comunidad.

Nota 1: El EMS no es uno exclusivo ni único, lo pueden conformar los mismos profesionales con que cuenta una IPS y los que se contraten, dentro o fuera de la IPS, para garantizar la atención integral en salud para las víctimas del conflicto armado. Los integrantes de este equipo pueden suplir otras necesidades dentro de una IPS y no son exclusivos para la atención a personas víctimas del conflicto armado.

Nota 2: El éxito del equipo multidisciplinario de salud implica que se potencien los esfuerzos de cada campo disciplinar mediante el trabajo coordinado y articulado entre los miembros, en donde se puedan discutir abiertamente alternativas para las personas, haya comunicación permanente entre los integrantes y las personas, y toma de decisiones participativas.

*** Ver las competencias de cada profesional en el Anexo técnico IV.

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

89.0.2.01 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

89.0.2.05 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA

89.0.2.08 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA

89.0.2.09 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL

89.0.3.01 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL

89.0.3.05 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

89.0.3.08 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA

89.0.3.09 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL

ROLES

65. De acuerdo a las competencias de cada perfil, se deberán realizar las siguientes actividades por cada uno de los integrantes del Equipo Multidisciplinario de Salud. Las actividades propuestas en esta recomendación son complementarias a las acciones propuestas por el MIAS para los EMS:

Medicina:

- Valoración clínica de la persona víctima del conflicto armado. Esta valoración se dará desde un enfoque psicosocial.
- Tamización de problemas y trastornos mentales.
- El profesional de medicina podrá hacer uso de las cajas de herramientas dispuestas en el anexo III.
- Identificación de factores de riesgo y determinantes proximales de la salud para el individuo y su grupo familiar.
- Ofrecer pautas de vida saludable.
- Establecer diagnóstico o sospecha diagnóstica de condiciones físicas o mentales.
- Establecer plan de manejo integral para condiciones físicas o mentales, que incluya valoración y manejo por las diferentes profesiones del EMS.

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

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

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

- Coordinación técnico-científica del Equipo Multidisciplinario de Salud-

- Identificar el caso con problema o trastorno mental que requiere manejo clínico especializado.

Psicología:

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

- Identificación de posibles problemas y trastornos mentales.

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

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

- Intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos en los casos en que se requiera.
- Realizar seguimiento del plan de manejo instaurado en la valoración inicial.
- Comunicar al coordinador del grupo oportunamente la no consecución de metas, así como la identificación de factores de riesgo y afectaciones emergentes.
- Capacidad para identificar el caso con problema o trastorno mental que requiere manejo clínico especializado.

Trabajo social:

- Identificar y establecer estrategias y acciones para realizar una gestión del riesgo social.
- Realizar un plan de cuidado para las personas y sus familias.
- Realizar las acciones de seguimiento de la persona víctima del conflicto armado en el marco de la atención integral en salud con enfoque psicosocial.
- Liderar y gestionar los procesos de referencia y contrarreferencia en los diferentes entornos e instituciones que están fuera del sistema de salud (ICBF, UARIV, SNARIV, etc.).
- Liderar y gestionar los procesos de referencia y contrarreferencia dentro del sistema de salud.
- Coordinar y gestionar los procesos de comunicación y relacionamiento con el referente Papsivi de las EAPB.
- Coordinar y gestionar los procesos de comunicación y relacionamiento con el equipo de atención psicosocial del Papsivi.

Enfermería:

- Apoyar el plan de cuidado de las personas y sus familias.
- Tamización de problemas y trastornos mentales.
- Brindar educación en los derechos y deberes de la víctima, así como de las atenciones que recibirá en el marco de la aplicación del Protocolo como víctima del conflicto armado.
- Liderar las actividades de promoción y mantenimiento para cada persona de acuerdo a su curso de vida y ciclo vital.
- Valoración de enfermería de la persona víctima del conflicto armado. Esta valoración se dará desde un enfoque integral psicosocial.
- Identificación de factores de riesgo y determinantes proximales de la salud para el individuo y su grupo familiar.
- Ofrecer pautas de vida saludable.
- Establecer diagnóstico o sospecha diagnóstica de enfermería, sobre condiciones físicas o mentales.
- Establecer plan de manejo integral de enfermería para condiciones físicas o mentales.
- Realizar acciones de seguimiento orientadas a evaluar la evolución y cumplimiento del plan terapéutico y metas establecidas por el grupo básico de atención psicosocial.
- Capacidad para identificar el caso con problema o trastorno mental que requiere manejo clínico especializado, de acuer-

do a las recomendaciones y orientaciones del mhGAP.

Auxiliar de enfermería:

- Realizar la valoración inicial en el marco de la identificación de necesidades del sujeto.
- Participar en la implementación del plan de cuidado primario del individuo y la familia de acuerdo con sus competencias.
- Organizar la consulta interdisciplinaria realizada por los profesionales del EMS.
- Brindar educación, verificar y orientar el acceso del individuo y la familia a las acciones de promoción y mantenimiento de la salud.
- Brindar educación en los derechos y deberes de la víctima, así como de las atenciones que recibirá en el marco de la aplicación del Protocolo como víctima del conflicto armado.
- Realizar seguimiento y ejecutar las actividades de promoción y mantenimiento para cada persona de acuerdo a su curso de vida y ciclo vital.
- Participar en el cuidado de las personas para el mantenimiento y recuperación de su salud.
- Brindar atención integral al individuo y la familia en relación al curso de vida, de acuerdo con el contexto social, político, cultural y ético.
- Reconocer la situación de salud de los individuos, familias y comunidades.
- Si en la zona existe población étnica, deberá facilitar la comunicación del equipo psicosocial con la persona víctima, es decir, debe estar en la capacidad de entender y traducir las necesidades de la víctima. Idealmente si hace parte de la comunidad étnica.
- Orientar sobre la oferta de servicios de apoyo a las víctimas en la zona, teniendo en cuenta que la persona puede necesitar información relevante de su condición en cualquier momento de la atención, intervención o seguimiento.
- Participar conjuntamente con el profesional en enfermería en la planificación de las actividades de apoyo a realizar en el marco de la atención integral en salud con enfoque psicosocial.
- Apoyar a los individuos víctimas del conflicto y a las familias en acciones de promoción de salud, gestión integral del riesgo y prevención de la enfermedad, de acuerdo con el plan de manejo considerado por el EMS.
- Participar en la planificación de cursos y talleres en relación con áreas educativas, de salud y mejoramiento social, que requieran las personas víctimas del conflicto armado en el marco de la atención integral en salud con enfoque psicosocial en relación a las acciones de promoción y mantenimiento que se deban desarrollar.
- Apoyar actividades de gestión ante actores intersectoriales respecto a las necesidades identificadas en el perfil de riesgo social identificado por el profesional en trabajo social.

Gestor comunitario en salud:

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

- Participar en el monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones en salud de los individuos víctimas del conflicto armado y sus familias, de acuerdo con el plan de manejo propuesto por el EMS.
- Informar a personas víctimas del conflicto armado interesadas sobre las actividades que se desarrollan en el marco del Protocolo.

Calidad de la evidencia: Moderada

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

COMPETENCIAS

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

- Los derechos de las víctimas del conflicto armado, enfoque diferencial (formas de relación con el mundo y el ambiente, caracterización de ejes fundamentales como vínculo comunitario, arraigo territorial y referencia ancestral) y enfoque psicosocial.
- Las características de la población y del territorio (características culturales, sociales, demográficas, económicas, aspectos sociopolíticos, características del conflicto armado) donde se va a prestar la atención integral en salud con enfoque psicosocial.
- Así mismo se espera que tengan la capacidad para:
- Identificar afectaciones psicológicas, emocionales y físicas en víctimas del conflicto armado.

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

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

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

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

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

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

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

silencios, identificación de momentos de evasión, de alteración emocional, atención a la comunicación no verbal, etc.).

Los profesionales podrán hacer uso de herramientas como el DSM-5, la Guía para superar las brechas de salud mental de la OMS, módulo de trastornos relacionados con estrés y trauma (http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf), para familiarizarse con las respuestas esperadas o no esperadas de los individuos posterior a un hecho victimizante.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

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

Ingreso al programa de atención integral en salud a víctimas con enfoque psicosocial

Para el ingreso de las personas víctimas del conflicto armado al proceso de atención integral en salud con enfoque psicosocial, hay que tener en cuenta dos elementos clave:

Las diferentes “puertas de entrada” posibles.

Los mecanismos de verificación de la condición de víctima a través los sistemas de información.

Se expondrán a continuación cada uno de estos elementos:

A. Las diferentes “puertas de entrada”

A. Las personas víctimas podrán ingresar al proceso de atención por las siguientes vías:

A. Demanda inducida por parte de la IPS

A partir de la información suministrada periódicamente por las EPAB, las IPS podrán:

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

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

B. Remisión por parte de algún profesional de la salud al EMS

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

C. Remisión por parte de otros prestadores primarios

Puede que las personas víctimas del conflicto armado sean detectadas por funcionarios que hacen parte de otros prestadores primarios en el territorio. En este caso, tales prestadores darán información básica acerca del Programa de Atención Integral en Salud

a Víctimas con Enfoque Psicosocial y le indicarán a la persona que puede realizar el acercamiento a su IPS para ser incluido en él.

Punto de buena práctica

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

D. Demanda espontánea

Las personas víctimas del conflicto armado podrán solicitar espontáneamente ser incluidos en el Programa de Atención Integral en Salud a Víctimas con Enfoque Psicosocial que presta su IPS. En ese caso, se le asignará la consulta de primera vez con la enfermera del EMS y se dará continuidad al proceso de atención.

Mecanismos de verificación de la condición de víctima a través los sistemas de información

La persona que se autorreconoce como víctima del conflicto armado (de acuerdo con la definición establecida por la ley) deberá, además, estar registrada en el Registro Único de Víctimas o Registros especiales (sentencias de la corte y órdenes judiciales), para poder acceder a la atención por el Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) del Protocolo de Atención Integral en Salud con

Enfoque Psicosocial a personas Víctimas del Conflicto Armado.

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

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

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

Nota aclaratoria 3: El Ministerio de Salud y Protección Social, junto a la Unidad para las Víctimas, expidió el Comunicado No. 2 (21 de abril de 2017), que dicta: "Dando alcance al Comunicado Conjunto de Julio 1° de 2014 y teniendo en cuenta los requerimientos de información así como las dinámicas del territorio, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) a través de la Subdirección Red Nacional de Información (SRNI) y el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la Oficina de Promoción Social, se permiten

informar a los funcionarios del Sector de Salud, la actualización del procedimiento en la solicitud de creación y activación de usuarios para el acceso al Sistema de Información Vivanto y la identificación

de población víctima para las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), en el marco del Convenio Interadministrativo de Cooperación para el Intercambio de Información N° 635 de 2012”.

2. Atención y seguimiento

2.1 Dirigidas al EMS en conjunto

71. Si es posible, en el contexto específico, se recomienda realizar la consulta interdisciplinar* inicial en todas las personas víctimas del conflicto armado que ingresen a este Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial y Diferencial.

*Esta consulta se encuentra denominada en el listado CUPS como 89.0.2.15 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO y 89.0.3.15 CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.

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

Si es posible, en el contexto específico, el EMS integrará la consulta interdisciplinaria a sus acciones de intervención. Los profesionales del EMS iniciarán su acción en el momento de la consulta interdisciplinaria, y según el plan de manejo establecido en dicha consulta, seguirán las atenciones y el seguimiento propuesto en este Protocolo.

✓ Se deberán establecer los objetivos de la atención integral en salud por los miembros del EMS.

✓ Se deberá reconocer las características del contexto particular de violencia y las características socioculturales del ambiente de la persona a quien se le está brindando atención integral en salud.

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

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

1. Creencias respecto a uno mismo:

- a) Sentido de seguridad.
- b) Confianza en uno mismo.
- c) Sentido de plenitud y bienestar.
- d) Sentido de responsabilidad.

e) Sentido de control sobre la propia vida.

2. Creencias respecto al mundo:

a) Sentido de orden en un mundo predecible.

b) Sentido en una vida con significado y propósito.

c) Sentido de protección en relación al garante de los derechos.

3. Creencias respecto a los otros:

a) Confianza en la bondad de los demás.

b) Sentido de intimidad.

c) Sentido de que es posible comunicarse con otros.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

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

Calidad de la evidencia: Moderada

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

74. Durante el seguimiento del EMS, se recomienda realizar una historia clínica (medicina, enfermería y psicología) y una historia social (trabajo social) completas, que

preserven la integridad física y psicológica de las víctimas y sus familias. A continuación, se mencionan los aspectos que debe contemplar la historia clínica y social:

- Identificación de la persona víctima del conflicto armado, la cual debe incluir número de identificación, edad, raza, pertenencia a un grupo étnico, sexo, identidad de género, orientación sexual, lugar de nacimiento, lugar de procedencia, estado civil, nivel académico, profesión y oficio, ocupación actual, EAPB, datos de contacto (persona a la que se puede contactar en caso de emergencia o imposibilidad de contacto con la persona), datos de localización (dirección, teléfono). En caso de ser menor de edad o persona con discapacidad que requiere de acudiente o cuidador, realizar la identificación del cuidador o acompañante.
- Hecho victimizante (sufrido por el individuo o su familia): se deberá identificar el tipo de hecho victimizante sufrido, evitando la revictimización del individuo.
- Antecedentes personales: indagar por todos los antecedentes usuales en una historia clínica, identificando afectaciones físicas y mentales, consumo de sustancias psicoactivas, consumo de alcohol, antecedentes de intento de suicidio, antecedentes farmacológicos, actividad sexual, hábitos de sueño, entre otros. En caso de niños y adolescentes, indague por los antecedentes materno-perinatales. En casos donde se identifiquen antecedentes de trastornos mentales, indague por eventos de hospitalización, tratamiento actual e historia de seguimiento y control.
- Características de la familia y del entorno: se sugiere realizar familiograma,

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

- Se sugiere abordar la consulta a través de áreas de ajuste (individual, familiar, social, escolar, afectiva).
- Motivo de consulta y anamnesis: es relevante poder identificar si el motivo de consulta pudiese estar relacionado con el hecho victimizante. De igual manera, es importante identificar si pudiese existir otro motivo de consulta subyacente.
- Examen físico completo: en caso de niños y adolescentes, valore el neurodesarrollo de manera adicional.

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

- Impresión diagnóstica.

- Plan de manejo.

- Seguimiento.

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

En el anexo técnico V se propone el formato genérico de historia clínica del EMS.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Débil a favor

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

.....

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

- Datos sociodemográficos: Nivel de estudio, ocupación, estado civil.
- Construcción del familiograma: permite conocer los rompimientos, ausencias,

duelos no resueltos o afrontados y los miembros de tipo vulnerable como adultos mayores, niños, etc.

- Identificación y caracterización del contexto en donde vive la persona víctima del conflicto armado, en términos sociales, geográficos, necesidades básicas y acceso a los servicios de salud.
- ¿Qué dificultades presentan como familia?

- ¿Cuál es la dinámica familiar actual?
- Restricciones organizacionales e institucionales: infraestructura con que cuentan actualmente. ¿Cuál es la fuente de sus recursos? ¿Cuál es su situación laboral?
- ¿Qué tipo de vivienda tienen? ¿Cuáles son las condiciones de esta?
- ¿Tiene disponibilidad de servicios públicos y cómo es esta disponibilidad?
- ¿Presenta usted o algunos de sus miembros algún tipo de discapacidad?
- ¿Consume usted o un miembro de su familia algún tipo de sustancias psicoactivas?
- ¿Presenta sobrecarga y multiplicación de roles que no le han permitido rehacer su vida?
- ¿Cuáles pérdidas culturales como consecuencia del conflicto armado vivido han menoscabado su identidad individual y grupal?
- ¿Cuenta con redes de apoyo?

En el anexo técnico II encontrará aspectos a considerar en el momento de la atención.

Aspectos a tener en cuenta en el marco de la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado por parte del auxiliar de enfermería en el proceso de acompañamiento para la construcción del plan de atención y de cuidado:

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

- Deberá mostrar interés y disposición de ayudar a la persona, expresándole que el proceso de atención se hará a su ritmo.
- Se deberá respetar el lenguaje de la persona, brindándole la posibilidad de hablar en su propio lenguaje y presentarle al auxiliar de enfermería las experiencias que ella misma ha vivido.
- Se recomienda que, a partir de la vida, el auxiliar de enfermería ayude a la persona a identificar problemas o necesidades presentes lo que se debería hacer para resolverlos. Realice, de ser necesario, procesos de contención emocional y comente/derive tales necesidades con el EMS.
- Se recomienda ayudarle a la persona a reconocer y valorar el tiempo que está dedicando para recibir atención por parte de los profesionales de salud.

El auxiliar de enfermería y/o Gestor del EMS deberá plantearse las siguientes preguntas de manera inicial:

1. Identificar la situación de la persona víctima del conflicto como urgente o no urgente (que requiera ser valorado por medicina).
2. Determinar rápidamente la naturaleza de la emergencia (si la hubiera).
3. Intervenir rápidamente (remitir a valoración por medicina).

Durante la atención, el auxiliar de enfermería deberá realizar la siguiente valoración integral en salud:

En todo proceso de valoración hay que tener en cuenta que las funciones físicas, aunque

importantes, solo son una pequeña parte de la persona, y que están íntimamente unidas a otros aspectos de tipo cultural, sociológico y espiritual.

Identificación de antecedentes personales, familiares y patológicos.

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

75. Tras las atenciones iniciales, independientes, realizadas por parte del auxiliar

de enfermería y del Gestor Comunitario en Salud, se debe realizar una reunión interdisciplinaria con los demás integrantes del EMS para integrar los resultados de las evaluaciones iniciales, a fin de establecer una sospecha diagnóstica y de esta manera instaurar el plan de manejo, metas y objetivos para cada una de las acciones, y aunado a ello identificar los indicadores de cumplimiento.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

2.3 Dirigidas al proceso de seguimiento por parte del EMS

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

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

77. Se recomienda que el profesional del EMS asuma una postura y un contacto visual que permita generar cercanía y

empatía con la persona víctima del conflicto armado.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

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

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

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

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

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Débil a favor

81. Se sugiere que los miembros del EMS hagan uso de cuatro tipos de preguntas, las cuales desarrollan las habilidades conversacionales de primer, segundo y tercer nivel requeridas para la atención a víctimas del conflicto armado; estas preguntas son lineales, reflexivas, circulares y estratégicas.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Débil a favor

Punto de Buena práctica

✓ Para el caso de niños y adolescentes o personas en condición de discapacidad, se deberá estimular en los padres, acudientes o cuidadores de las personas víctimas del conflicto el reconocimiento del bienestar emocional propio, con el fin de garantizar la posibilidad de ayuda al niño, adolescente o persona con discapacidad.

82. Durante el seguimiento por parte del EMS a Niños, Niñas o Adolescentes (NNA) víctimas del conflicto armado, su familia o acudientes, se recomienda:

Evaluar tanto en niños como adultos (en los casos que sea pertinente) su grupo de referencia o grupo social ordinario, para descartar que su condición tenga una raíz cultural o socioeconómica. Esto permitirá, como parte integral del análisis, una impresión diagnóstica acertada y precisa frente a las problemáticas que enmarcan el desarrollo cognitivo, social y cultural del individuo.

Promover en los padres y/o cuidadores de los niños víctimas del conflicto armado que presenten trastornos psiquiátricos, el uso de los servicios de salud y el cumplimiento del plan terapéutico definido por él o los profesionales de salud.

En los casos de niños y adolescentes en quienes se identifique negligencia de los cuidadores o ausencia de ellos, se deberá informar a las autoridades competentes para realizar la investigación correspondiente, de acuerdo a los protocolos establecidos para tal fin.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Punto de Buena práctica

- ✓ Los registros de las atenciones deben ser claros, con información relevante y que perduren en el tiempo; así se mitiga el riesgo de revictimización.
83. Se sugiere que al identificar y brindar atención durante el seguimiento a una persona víctima del conflicto armado, el Equipo Multidisciplinario de Salud explore si se presentan los siguientes problemas, entre otros (ver definición de problema en el primer capítulo de este documento):
- Historia personal de conductas autogresivas.
 - Tener en cuenta si la persona víctima de un hecho victimizante presenta confusión de la fantasía con la realidad, tendencia al aislamiento o a la dependencia de otros, comportamiento evitativo ante algunas situaciones o conductas inadecuadas, alteraciones en la atención o concentración (aumento o disminución), problemas de aprendizaje, alteraciones en la memoria., alteraciones en su afecto como labilidad, irritabilidad, sentimientos persistentes de tristeza o desesperanza.
 - Problemas de sueño: insomnio, pesadillas, temor a dormir solos/dormir con los padres en niños.
 - Percepción de estigma, discriminación y exclusión social.
 - Problemas de autoestima.
 - En niños y adolescentes, actitudes negativistas y desafiantes.
 - Consumo de alcohol, tabaco o de otras sustancias psicoactivas (SPA).
 - En niños y adolescentes, problemas de aprendizaje, fallas en atención y concentración, desmotivación o deserción escolar, problemas o regresión en el control de esfínteres, indicadores o historia de maltrato, violencia intrafamiliar y/o violencia sexual.
 - Sensación de inseguridad.
 - Recuerdos intrusivos y repetitivos de experiencias traumáticas.
 - Problemas de apetito y del comportamiento alimentario.
 - Disminución o aumento sensible de peso (marcador importante en trastornos de la conducta alimentaria, se asocia con frecuencia con depresión, ansiedad o trastornos psicóticos).
 - Quejas somáticas: dolor epigástrico, dispepsia, cambio en los hábitos intestinales, dolor osteomuscular, dolor lumbar, cefalea, entre otros.
 - Sensación de cansancio y agotamiento
 - En niños y adolescentes, valore el desarrollo psicomotor a través de la herramienta de identificación de signos de alarma para sospechar alteraciones del desarrollo.

- Es importante tener en cuenta que los niños menores de 10 años, por aspectos del desarrollo cognoscitivo, es posible que no reconozcan la presencia de algunos síntomas o no puedan verbalizarlos.

Calidad de la evidencia: Baja

Fuerza de la indicación: Débil a favor

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

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

- Problema relacionado con consumo de alcohol y otras SPA.
- Problemas de concentración, inquietud motora, impulsividad, conductas negativistas, rebeldía, crueldad, rechazo de normas de convivencia, conductas destructivas.
- Psicosis.
- Retraso del desarrollo del lenguaje, del desarrollo motor, de las habilidades de comunicación y socialización, discapacidad cognitiva o del aprendizaje.
- Antecedentes de autolesiones y/o intentos de suicidio.

Calidad de la evidencia: Moderada

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Nota: Para explorar adecuadamente comportamiento suicida en niños y adolescentes, consultar: WHO. MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecialized health settings [monograph on the Internet]. [place unknown]: Ginebra WHO 2010; 2010. [cited June 16, 2015]. Available from: Catálogo Bibliotecas Universidad Nacional de Colombia. WHO. Public health action for the prevention of suicide: a framework. [serial on the Internet] Ginebra WHO 2012; 2012. [Cited June 16, 2015]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570eng.pdf>

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

- Apoyo emocional.
- Atención a todas las condiciones generales de salud relacionadas con la violencia sexual, como los son: emergencias médicas / psicológicas – trauma, intoxicaciones, cuidado general de la salud, etc., así como los cuidados médicos específicos, tales como anticoncepción de emergencia, profilaxis de ITS y VIH, hepatitis B, Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), etc.
- Realizar la toma de evidencias forenses cuando sea necesario.
- Aplicar todas las medidas de protección para las víctimas.
- Realizar el tratamiento y rehabilitación a la víctima para su salud mental.
- Orientación a nivel familiar.
- Realizar la denuncia, reporte y documentación de la violencia sexual.
- Activar las distintas redes de apoyo institucional, comunitario y familiar que permitan su atención integral.
- Desde la institucionalidad, se debe garantizar que las víctimas de violencia sexual NO sean nuevamente vulneradas durante el proceso de atención.

(Fuente: Papsivi 2013 https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx consultado 27 de agosto 2016; Resolución 0459 de 2012 y Ley 1719 de 2014).

- En caso de víctimas de violencia sexual en el marco de conflicto armado, se deberá seguir el protocolo

y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual establecido por el MSPS (<http://historico.equidadmujer.gov.co/Normativa/Documents/prevencion-embarazo/Resolucion-0459-2012-ruta.pdf>).

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

86. Se recomienda aplicar los criterios diagnósticos DSM-5 y Mh-GAP en las personas víctimas del conflicto armado en quienes se sospechen las siguientes condiciones (entre otras):

- Trastornos relacionados con trauma y estrés: trastornos de Estrés Agudo, Trastorno de Estrés Postraumático y Trastornos de Adaptación.
- Duelo prolongado (Diagnóstico CIE-10).
- Trastornos depresivos: depresión mayor, distimia.
- Trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad de separación, trastorno de pánico, fobias.
- Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta (trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta).
- Trastornos por síntomas somáticos.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

- Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastorno bipolar.
- Trastornos del sueño.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

87. Se recomienda aplicar herramientas de tamización para la identificación de problemas mentales (ej. RQC [Cuestionario de reporte para Niños] y SRQ [Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos]) en víctimas del conflicto armado.

Calidad de la evidencia: Moderada

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Punto de Buena práctica

- ✓ En todo caso, para establecer el diagnóstico de trastornos mentales se usará el Mh-GAP o el DSM-5, pero para efectos de registro en la historia clínica se usará CIE-10.
- ✓ Es fundamental reconocer que hay personas víctimas del conflicto armado que pueden requerir tratamiento psicológico o psiquiátrico debido a su alto grado de daño, pero este no debe ser el punto de partida de la atención integral en salud con enfoque psicosocial que requieren todas las personas víctimas del conflicto armado, si no que hará parte del repertorio de opciones que pueden requerirse en el proceso de atención para casos particulares, de acuerdo a la valoración individual.

88. Para las víctimas del conflicto armado en quienes se confirme el diagnóstico de depresión moderada-grave, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia/ crisis epiléptica, trastornos del desarrollo, trastornos conductuales, demencia, uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol, uso de drogas y trastornos por el uso de drogas, autolesión/intento de suicidio, se recomienda implementar el esquema propuesto en la Guía de intervención Mh-GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (adaptado para Colombia).

Calidad de la evidencia: Moderada

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Durante el proceso de seguimiento en el marco de la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial a víctimas del conflicto armado:

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

Personas mayores de 18 años de edad:

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

- A toda persona víctima del conflicto armado que sea mayor de 18 años de edad se le realizará seguimiento durante dos años por el EMS, independientemente de que esté siendo valorada y tratada por el especialista, derivado de un trastorno mental o de una patología física.

91. Se recomienda realizar seguimiento mensual por el EMS a todas las víctimas durante los primeros seis meses de atención, incluidas aquellas personas que tienen un trastorno mental o una condición física que han requerido ser remitidas a servicios de mediana o alta complejidad para manejo especializado.

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

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

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Punto de Buena práctica

- ✓ Durante las consultas a personas víctimas del conflicto armado, se debe orientar sobre los posibles síntomas que pueden aparecer y recomendar que, en caso de presentarse, debe asistir inmediatamente al servicio con el Equipo Multidisciplinario de Salud.

NNA menores de 18 años:

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

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

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

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

97. Cuando el EMS considere que estos problemas desbordan su capacidad de atención y siempre que haya indicadores de trastorno mental, las personas

menores de 18 años deberán ser remitidas al especialista, tales como psicólogo infantil o psiquiatra infantil.

98. Se recomienda que en el caso en el que se identifiquen afectaciones físicas en un niño o adolescente víctima del conflicto armado, se realice el diagnóstico y plan de manejo de acuerdo a las GPC y rutas establecidas para cada una de las condiciones.
99. Si durante los dos años de seguimiento la persona menor de 18 años presenta una patología física, deberá ser atendida por el EMS, identificando y valorando la necesidad de remisión a nivel especializado, de acuerdo a las condiciones del individuo y el concepto clínico, remitiendo de acuerdo a las GPC y las Rutas Específicas. En caso de que no se considere pertinente la remisión a un servicio de mediana o alta complejidad, el EMS deberá brindar la atención adecuada para cualquier evento en salud que se presente en la persona víctima del conflicto armado menor de 18 años.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

100. Si durante el seguimiento la persona presenta una patología física que requiere atención en salud integral, el EMS deberá asegurar la atención y si se requiere la remisión y atención a través de las rutas integrales de atención específicas de la condición física identificada.
101. Se recomienda que la persona menor de 18 años continúe en seguimiento por el EMS, así esté siendo tratada por

el especialista. La frecuencia de este seguimiento deberá establecerse de acuerdo a las necesidades del individuo a través del EMS y del especialista.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

102. Se recomienda orientar durante las consultas de seguimiento a la persona víctima del conflicto armado y sus acudientes sobre los posibles síntomas que pueden aparecer y recomendar que, en caso de presentarse, deberá asistir inmediatamente al servicio con el Equipo Multidisciplinario de Salud.
103. Se recomienda remitir a servicios especializados (alta y mediana complejidad) a las personas víctimas del conflicto armado que cumplan con los criterios diagnósticos de trastorno mental, de acuerdo al DSM-5 y Mh-GAP, o en quienes haya duda respecto al diagnóstico, durante el proceso de seguimiento en el EMS.
104. Se recomienda realizar remisión a servicios clínicos especializados a la víctima del conflicto armado, si durante la consulta de seguimiento se identifica que tiene antecedente diagnóstico de algún trastorno mental (trastorno psicótico, trastorno bipolar, etc.), y algún signo de alarma para presentar una afectación, para su control y seguimiento.
105. En caso de requerir tratamiento farmacológico como parte del manejo de la afectación mental, la se recomienda remitirse a la guía de práctica clínica correspondiente.

2.4 Procesos de remisión

2.4.1 Causas de remisión a servicios especializados

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

- Signos o síntomas de depresión o ansiedad.
- Víctimas con antecedentes de gestos suicidas o autolesiones que no hayan sido valoradas por psiquiatría o psicología clínica.
- Víctimas con antecedentes de hospitalización o tratamiento psiquiátrico interrumpido.
- Antecedente familiar de trastorno psiquiátrico en primer grado.

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

- Intento de suicidio de cualquier tipo
- Ideación suicida estructurada que

constituya un plan.

- Ideación delirante, es decir, fuera del contexto de realidad que no atienden a razonamientos lógicos.
- Conductas extrañas, fuera del contexto de realidad.
- Agitación psicomotora.
- El individuo que por su condición mental alterada pone en riesgo a los demás o a sí mismo.
- Síndrome de abstinencia.
- Otra condición clínica que constituya una urgencia.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Punto de Buena práctica

- ✓ Cuando se identifique una persona víctima de conflicto armado en quien se sospeche consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, el EMS deberá seguir la ruta integral de atención para trastornos asociados al consumo de SPA.

2.4.2 Proceso de remisión

108. Se recomienda que en los casos en que se requiera derivación a servicios especializados, se explique a las víctimas y a sus familiares las ventajas de la intervención terapéutica y la importancia de la adherencia a los tratamientos necesarios, de acuerdo a la condición por la cual se considera la remisión (física/mental).

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Punto de Buena práctica

✓ El EMS deberá seguir las GPC y las RIAS para definir los criterios de remisión a servicios especializados para cada una de las afectaciones físicas y mentales que se identifiquen en las personas víctimas del conflicto armado.

109. Se recomienda que cuando se identifique una persona víctima de conflicto armado en quien se sospeche violencia sexual, se siga el modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

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

- Sistema de alerta de remisión: el líder del Equipo Multidisciplinario de Salud notificará al coordinador de la IPS la necesidad de referencia para que se realice el proceso de seguimiento y asignación de la cita.
- Diligenciamiento de formulario de remisión del estado de salud del paciente que contenga:
 - Datos de identificación: personales, de contacto y de aseguramiento.
 - Datos clínicos: resumen completo de historia clínica que contenga antecedentes personales, patológicos, familiares e información relacionada con el hecho de ser víctima, motivo de consulta, examen físico, impresión diagnóstica, tratamiento brindado y motivo de remisión.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

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

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

- Datos de identificación: personales, de contacto y de aseguramiento.
- Datos clínicos: resumen completo de historia clínica que contenga antecedentes personales, patológicos, familiares e información relacionada con el hecho de ser víctima, motivo de consulta, examen físico, diagnóstico, tratamiento brindado y plan de manejo a continuar.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

112. Se sugiere que en los casos en que el médico especialista considere que el trastorno mental o condición en salud física pueda ser manejado por el Equi-

po Multidisciplinario de Salud, realice un proceso de contrareferencia a este equipo, en el cual se explicita el diagnóstico confirmado, el plan de atención, seguimiento y signos de alarma.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

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

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

3. Cierre de caso

3.1 En personas mayores de 18 años

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

115. El alta por parte del EMS deberá realizarse brindando una orientación a la persona en relación a signos y síntomas de alarma y los mecanismos de

consulta en el sistema de salud. De igual manera, deberá continuar con las acciones propias de la ruta de promoción y mantenimiento y todas aquellas rutas específicas de acuerdo a la necesidad de cada persona.

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

se recomienda que el cierre de caso y el alta por parte del EMS se determine a través de un estudio de caso en el que se determine su estado, con el fin de realizar cierre de caso y alta.

Punto de Buena práctica

- ✓ Al margen de lo anterior, se debe tener en cuenta que algunos cuadros clínicos son crónicos, por ejemplo el Trastorno Afectivo Bipolar puede presentar recaídas por muchos años, y en la esquizofrenia el tratamiento es de por vida.
117. Si durante los dos años de seguimiento la persona presenta un trastorno mental, el cual requirió atención por

un servicio especializado, el cierre de caso y el alta por parte del EMS se deberá determinar a través de un estudio de caso en el que los profesionales del EMS y el especialista determinen su estado.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Punto de Buena práctica

- ✓ Si durante los dos años de seguimiento la persona presenta una patología física, podrá ser dada de alta por parte del EMS, siempre asegurando la remisión y atención a través de las Rutas Específicas.

3.2 Personas menores de 18 años

118. Se recomienda que en el momento en que el individuo cumpla los 18 años de edad, se realice un análisis de caso con el objetivo de que el EMS determine si la persona puede ser dada de alta.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

119. El alta por EMS deberá realizarse brindando una orientación a la perso-

na, y de ser posible a su familia, en relación a signos y síntomas de alarma y los mecanismos de consulta en el sistema de salud. De igual manera, deberá continuar con las intervenciones correspondientes de la ruta de promoción y mantenimiento y todas aquellas rutas específicas de acuerdo a la necesidad de cada persona.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

4. Atención a la víctima y su familia

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

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

121. Se recomienda evaluar el estado emocional de la persona víctima del conflicto armado antes de realizar atención familiar, para identificar la pertinencia de la intervención grupal, esto con el fin de disminuir el riesgo de aparición o recaída de síntomas individuales con la evocación de experiencias negativas grupales.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

Punto de Buena práctica

- La familia tiene que considerarse como un agente activo e indispensable en el proceso de atención; por esta razón, se sugiere que la atención se oriente a:
 - Atenciones dirigidas al grupo familiar con el objetivo de facilitar la

permanencia del paciente en sus ambientes familiar y escolar (si aplica), donde se empodere a la familia y cuidadores para que puedan realizar un acompañamiento adecuado, con tiempos de atención definidos por el equipo de manejo y evaluaciones periódicas para determinar la evolución y el alcance de metas.

- Atenciones acompañadas con redes de apoyo de pacientes con estas mismas afectaciones y casos de éxito.

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

- Presentación del entrevistador y de los miembros de la familia.
- Presentación del programa, la forma en que está estructurado, quiénes lo conforman y cómo funciona.
- Conocimiento de la familia: quiénes la conforman, dinámicas internas, estados emocionales, situación económica, perspectivas actuales, estados de salud, entre otras.
- Motivos que causaron la consulta o referencia.
- Explicar los pasos a seguir para brindarles apoyo, incluyendo los procedimientos que se aplicarán (Apgar familiar, genograma, etc.).

Los elementos a tener en cuenta durante la entrevista son:

- Observación de la expresión no verbal de la persona.
- Respetar las diferentes expresiones culturales.
- Evitar emitir juicios de valor que puedan provocar una respuesta defensiva.
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Enfatizar los aspectos más relevantes en cuanto a estados emocionales, de salud, relaciones intrafamiliares y con la comunidad a la que pertenecen.
- Realizar entrevistas en forma interdisciplinaria cuando existe mayor complejidad.
- Frente a situaciones planteadas por la familia, realizar aportes precisos, gestionar apoyo de otras instituciones y remitir.
- Nunca perder de vista la necesidad de un abordaje humano y empático que respete los silencios y la negativa de las personas de hablar sobre temas particulares.

- Programar visitas domiciliarias a las familias cuando se observe la necesidad, con el fin de brindar un acompañamiento más personalizado.
- La comunicación se deberá establecer en el lenguaje materno, ya sea por manejar el idioma o a través de traductores capacitados en el tema de salud mental.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

123. Para la determinación del funcionamiento y estructura familiar, se recomienda:

Con los elementos recogidos en la entrevista, evaluar el funcionamiento familiar y determinar la estructura familiar con los modelos propuestos (APGAR familiar y Ecomapa). De ser necesario, considerar una nueva entrevista para completar la información precisa.

- No olvidar que estos instrumentos únicamente pretenden ser material de apoyo y sistematización, pero no sustitutos de la entrevista y la intervención directa y humana con las familias.

4.1 Evaluación del funcionamiento familiar

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

124. Se recomienda la utilización del APGAR familiar para identificar el funcionamiento familiar

Calidad de la evidencia: Moderada

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

125. Se recomienda realizar un abordaje integral para la atención familiar (ver Anexo técnico III).

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos

Fuerza de la indicación: Fuerte a favor

5. Resumen - Síntesis de la evidencia

Se encontraron 22 estudios de investigación que evalúan la efectividad de diferentes intervenciones psicosociales para la prevención y control de afectaciones en la salud mental y física de las víctimas del conflicto armado, entre ellas: trastorno de estrés postraumático (TPET), depresión, ansiedad, trastornos del comportamiento, trastornos del sueño, síntomas somáticos y otros. De estos estudios, 12 corresponden a revisiones sistemáticas de literatura (1-11) y 10 son estudios primarios, que incluyen 5 ensayos controlados aleatorizados (12-16) y 5 estudios cuasiexperimentales (17-21). De las 13 revisiones sistemáticas, solo una de ellas se limitó a ensayos controlados aleatorizados. Las 12 revisiones restantes incluyen estudios cuasiexperimentales, estudios observacionales analíticos y descriptivos, y estudios cualitativos. Solo dos revisiones presentan metanálisis de la intervención evaluada. Las restantes no agruparon datos debido a la heterogeneidad de los estudios. Las poblaciones en donde se realizaron los estudios fueron niños y adultos de ambos sexos, víctimas de tortura, refugiados, asilados, víctimas de abuso sexual en el conflicto armado, niños excombatientes y militares de Palestina, República Democrática del Congo, Uganda, Sri Lanka, Nepal, Indonesia, Burundi, Ruanda, Bosnia y Herzegovina, Sudán, Líbano, Israel, Somalia, Sierra Leona, El Salvador, Angola, Kosovo, Serbia, Costa de Marfil, Liberia, Croacia, Vietnam y Camboya.

No se encontraron estudios que dieran cuenta de intervenciones con enfoque diferencial,

dado que asumen los procesos de diferenciación desde el tipo de atención y no por otra característica social, cultural, política o biológica.

Atenciones en salud con enfoque psicosocial en niños y adolescentes

Intervenciones preventivas

Los resultados de 16 estudios primarios incluidos en esta revisión sugieren que intervenciones individuales o grupales como la Terapia Narrativa de Exposición en su versión para niños (KidNET), el programa Narrative Story Telling (STAIR/NST), la intervención en crisis grupal, psicoterapia interpersonal, psicoterapia testimonial individual, terapia cognitivo conductual y programas basados en el colegio o salón de clases como los programas enfocados en el trauma y el duelo, la intervención y promoción de habilidades, la psicoeducación e intervenciones comunitarias como el programa Project Heartland y los programas de salud mental que incluyen el trabajo con los padres, son efectivas en la reducción de síntomas de trastorno de estrés postraumático y síntomas de depresión. Para otros desenlaces como ansiedad, los resultados son contradictorios, de tal forma que en algunos estudios la terapia realizada es efectiva, mientras que en otros no se encuentran diferencias entre los grupos de comparación o en la medición en la línea de base y la medición posterior a la intervención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2103a).

El metanálisis de cuatro estudios que reportaron la valoración cuantitativa del efecto de las intervenciones para la prevención de TPET (reportado por los autores) mostró el efecto positivo que tienen este tipo de intervenciones en los niños; no obstante, es importante considerar la alta heterogeneidad reportada en el estudio (diferencia de promedios entre los grupos de intervención y control = $-0,56$ IC 95% $-1,04, -0,07$; $n=198$ intervención, $n=186$ control; Heterogeneidad $t^2=0,18$, $x^2=14,50$, $gl=3$ ($P=0,002$); $I^2=79\%$) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

Intervenciones

Intervenciones individuales

La efectividad de intervenciones como la terapia cognitivo conductual, la terapia de exposición narrativa (Narrative Exposure Treatment - NET) y su adaptación para niños (KidNET), y la psicoterapia testimonial ha sido evaluada en varios estudios en diferentes países. En niños refugiados del Este de Europa que fueron tratados con KidNET, los resultados sugieren mejoría en los síntomas de TPET; en jóvenes afectados por el genocidio de Ruanda, se observaron efectos beneficiosos, los cuales se mantuvieron en el tiempo; en otro estudio realizado con niños refugiados de Ruanda y Somalia, en campamentos de Uganda, se observó disminución de los síntomas de TPET y depresión, y después de nueve meses, 4 de 6 pacientes no cumplían criterios de TPET y ningún niño cumplía criterios de depresión. En cuanto a la terapia testimonial, estudios de caso sugieren que la intervención produce altos niveles de satisfacción en los adolescentes (2, 5-8, 10).

Intervenciones familiares

Los resultados de un estudio realizado en Bosnia con parejas madre-hijo, la cual consistió

en psicoeducación para las madres, que incluyó reconocimiento de síntomas del trauma en niños y promoción del conocimiento de la madre sobre su propio bienestar y el de los niños, sugieren que, comparado con solo cuidado médico, hay un efecto positivo modesto en la salud mental materna; también se observó: ganancia de peso en los niños, mejora en el funcionamiento psicosocial y salud mental de los niños, aumento del rendimiento cognitivo de los niños, disminución de los problemas psicológicos de los niños, disminución de los síntomas de trauma de las madres, incremento en la satisfacción de la vida de las madres e incremento en el apoyo social percibido por las madres (diferencias no significativas estadísticamente, $d=0.33-0.54$) (2, 5, 6, 9).

Intervenciones psicosociales en adultos

Intervención transdiagnóstica: Tratamiento con enfoque de elementos comunes (Common Elements Treatment Approach - CETA)

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

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

Terapia cognitivo comportamental (CBT)

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

Un ensayo controlado aleatorizado publicado en 2014 evaluó una "intervención para la preparación de la juventud", que incluyó elementos de la terapia cognitiva comportamental y terapia interpersonal de grupo, en 10 a 12 sesiones, y reuniones con la comunidad y la familia cuando fue apropiado. La intervención estuvo dirigida a jóvenes entre 15 y 24 años de edad afectados por la guerra, quienes reportaron discapacidad funcional y angustia, y mostró mejoría estadísticamente significativa en regulación emocional, comportamiento pro-social, discapacidad funcional y soporte social, todos luego de la intervención, pero no mostró efecto en ningún desenlace a los seis meses de seguimiento. Tampoco mostró beneficio en los resultados sobre el estrés postraumático luego de la intervención ni a los seis meses de seguimiento (bajo riesgo de sesgo).

Terapia de exposición narrativa (NET)

Para la terapia de exposición narrativa, Nickerson y cols., incluyeron tres estudios en su revisión, todos realizados por Neuner y cols., con refugiados de Turquía, Ruanda y Sudán. Los resultados muestran que los pacientes que recibieron NET manifestaron una mayor reducción en los síntomas de TPET que aquellos en el grupo control (tamaño del efecto = 0,3 a 1,6). En uno de los estudios se reportó, además, que a los nueve meses de seguimiento, 30% de los pacientes continuaron con el diagnóstico de TPET comparado con 63% de los controles. No se presentaron diferencias en los síntomas de depresión o índices de dolor.

La efectividad de NET para niños y adultos que han experimentado múltiples eventos traumáticos y repetitivos también fue evaluada por Robjant y cols. En esta revisión se identificaron nueve estudios,

de los cuales cinco se desarrollaron con adultos. En general, la evidencia sugiere que NET es un tratamiento efectivo para la reducción de síntomas asociados a la PTSD, permitiendo una mayor remisión, comparado con otros enfoques terapéuticos como la psicoeducación y consejería. La evidencia disponible se ha desarrollado en países de ingresos bajos, medios y altos, y en poblaciones de refugiados, desplazados y solicitantes de asilo. La mayoría de los estudios de NET en adultos han demostrado mejoría en los síntomas de PTSD post-test y al seguimiento a los seis meses y un año. Las remisiones por NET se encontraron en un rango de 71,4% a 55,5%, y se reportó un tamaño del efecto de 1,4 a 1,16 entre los seis meses y un año de seguimiento.

Un ensayo controlado aleatorizado con moderado riesgo de sesgo, publicado en 2013, evaluó la terapia de exposición narrativa en comparación con la terapia usual, para el tratamiento de síndrome de estrés postraumático en refugiados y solicitantes de asilo adultos en Noruega. En esta intervención, los pacientes fueron asistidos para construir un relato cronológico de sus historias de vida, con especial énfasis en las experiencias traumáticas. Los resultados mostraron beneficios sobre su comparador en la disminución de síntomas de estrés postraumático, seis meses después del tratamiento, sin diferencias en términos de síntomas de depresión mayor.

Intervenciones para personas víctimas de violencia sexual y de género en el contexto del conflicto armado

Se encontró una revisión sistemática sobre la efectividad de intervenciones en salud mental y apoyo psicosocial en mujeres ex-

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

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

Nota: Para consultar el detalle de la síntesis de evidencia, consultar el Suplemento Metodología y Síntesis de la Evidencia.

TÍTULO V: ANEXOS



A photograph of a woman washing a baby in a river. The woman is bent over, holding the baby, and washing it with water. The baby is sitting in the water. The background shows a riverbank with trees and foliage. The image is in black and white with a blue tint.

ANEXO I: METODOLOGÍA DETALLADA DEL DESARROLLO DEL PROTOCOLO

Para dar respuesta al problema de salud expuesto anteriormente, se plantea el desarrollo de un protocolo integral de atención en salud con enfoque psicosocial y diferencial. Los contenidos de este Protocolo fueron desarrollados bajo una metodología multiétnica y con múltiples enfoques de investigación (cuantitativa y cualitativa), que permitieron identificar las necesidades de salud, los aspectos de la atención que garantizan la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial y las estrategias de implementación de las atenciones y acciones en salud en el sistema general de seguridad social en salud. A continuación, se enuncian las etapas de desarrollo y los contenidos de cada una de ellas, y posteriormente, para cada etapa se profundiza en la metodología y en el proceso realizado.

Nota: Para conocer el detalle del proceso metodológico y sus resultados, como la síntesis de la evidencia, por favor consultar el Suplemento Metodología y Síntesis de la evidencia.

ETAPA 1. Búsquedas y revisiones sistemáticas de la literatura

Se desarrollaron cuatro revisiones sistemáticas de la literatura que dieran cuenta de cuatro aspectos del problema de investigación enunciado previamente:

- Las afectaciones físicas y mentales (morbimortalidad) de las víctimas del conflicto armado.
- Las atenciones con enfoque psicossocial y diferencial que garanticen la atención integral en salud de las víctimas del conflicto armado.
- Mecanismos y/o estrategias que incorporen dichas atenciones en el sistema general de seguridad social en salud.
- Mecanismos de evaluación y monitorización que permitan que los diferentes actores del sistema conozcan los resultados de la incorporación de las atenciones y la implementación del Protocolo y tomar decisiones oportunas y efectivas informadas en esta evidencia.

Estos aspectos emergieron de las necesidades del ente gestor (Ministerio de Salud y Protección Social). Una vez identificados, se plantearon como preguntas tipo Picot, y de manera aunada se establecieron a priori unos criterios de elegibilidad para perfilar las búsquedas de la literatura en las diferentes bases de datos. A continuación, se presentan los dos aspectos (Formato Picot, criterios de elegibilidad) para cada una de las preguntas:

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

Tabla 1. Pregunta de afectaciones en estrategia Picot

Población: los pacientes elegibles	Individuos, familias y comunidades víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario en Colombia.
Exposición: Hechos victimizantes, factores de riesgo, determinantes sociales	<p>Factores sociodemográficos: edad, género, zona de residencia (urbana-suburbana-rural, rural dispersa, metropolitana).</p> <p>Determinantes sociales de la salud: situación socioeconómica, nivel de escolaridad, inequidad social, condición de vivienda, diversidad cultural, situación laboral, etnia, sistema de salud.</p> <p>Hechos victimizantes*: Desplazamiento forzado, homicidio, amenaza, desaparición forzada, acto terrorista, abandono o despojo de tierras, delitos sexuales, secuestro, tortura, minas antipersonales, vinculación de niños, niñas y adolescentes (reclutamiento forzado).</p>
Comparación	No aplica

Desenlaces (del inglés outcomes): las consecuencias en salud (beneficios o daños) que son atribuidos a los hechos victimizantes

- **Integridad biológica:** salud física, dolores, enfermedades (malnutrición, enfermedades crónicas [cáncer, diabetes, VIH, epilepsia, enfermedades respiratorias crónicas, otras], enfermedades del sistema mucocutáneo [secuelas físicas, cicatrices deformantes], enfermedades del sistema músculo-esquelético [secuelas físicas, amputaciones de dedos o extremidades, síntomas músculo-esqueléticos: reporte de dolores articulares o musculares en espalda, cuello, brazos, piernas, manos o pies, discapacidad, discapacidad física], enfermedades infectocontagiosas, lesiones de causa externa).

- **Funcionalidad de procesos mentales:** dificultades y/o limitaciones en memoria y aprendizaje, capacidad para la toma de decisiones (síndromes depresivos, bajos niveles de activación, conductas contrarias, fracaso en actividades orientadas al logro, incapacidad para lograr una conexión afectiva con los familiares o amigos, problemas conciliatorios del sueño, problemas de socialización, episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastorno disocial, desentendimiento moral, capacidad de resiliencia, dificultad o incapacidad de establecer empatía).

- **Dignidad e identidad:** baja autoestima, sentimientos recurrentes de humillación y vergüenza, identidad cristalizada de víctima.

- **Afectividad y emoción:** dificultad en reconocimiento, expresión y manejo de las emociones.

- **Valores y creencias:** sensación de desprotección ante la justicia, instalación de imaginarios que legitiman la violencia, cambios en las creencias frente al mundo.

Impactos comunitarios:

Deterioro de las condiciones de vida del grupo o comunidad (desplazamiento, pérdidas económicas, desintegración social). Desestructuración organizativa: impacto por la pérdida de líderes o grupos¹⁰, división comunitaria, pérdida de proyectos de desarrollo, desconfianza, inseguridad grupal y sensación de miedo¹¹.

Impactos al sujeto colectivo:

Equilibrio espiritual ligado al territorio; daños ambientales, a la integridad cultural, de autonomía y derecho propio, al uso de su medicina tradicional y a su derecho de consulta previa, libre e informada.

Impactos a la familia:**

Disgregación familiar, violencia intrafamiliar, pobreza, represión, limitación del desarrollo personal de los miembros de la familia, desarraigo de sus miembros (ruptura de raíz de los lazos con el entorno en que se vive), ausencia de perspectivas hacia el futuro, migración, ruptura de la relación de pareja, fragmentación de la familia por fallecimiento del padre o cabeza de familia.

Masacres y torturas:

Destrucción física, social y simbólica

Disolución de las tramas sociales y culturales

Desestructuración del tejido social

Desarticulación de organizaciones campesinas, indígenas y afrodescendientes

Quebrantamiento de liderazgo y procesos organizativos

¹⁰ ICTJ-Procuraduría General de la Nación-ASDI (2009). Valoración de los programas oficiales de atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado interno en Colombia.

¹¹ Beristain, C.M. (2010). Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos. Bilbao. Hegoa.

<p>Desenlaces (del inglés outcomes): las consecuencias en salud (beneficios o daños) que son atribuidos a los hechos victimizantes</p>	<p>Bloqueo de la reconstrucción de la vida pública y negación de la autonomía comunitaria</p> <p>Confiscación del futuro y sustracción de la autodeterminación</p> <p>Parálisis e inmovilidad social</p> <p>Sensación de vacío y desprotección</p> <p>Desplazamiento forzado</p> <p>Desestructuración del tejido social</p> <p>Transformación abrupta de los referentes sociales: roles, pautas de comportamiento, creencias, costumbres y hábitos</p> <p>Pérdida de referentes y figuras identificatorias</p> <p>Pérdida del territorio y de todos los bienes materiales</p> <p>Estigmatización y señalamiento a las comunidades</p> <p>Aislamiento social</p> <p>Desarraigo</p> <p>Neutralización del potencial de la acción colectiva</p> <p>Desaparición forzada:</p> <p>Desestructuración de redes sociales y comunitarias</p> <p>Distorsión del tiempo</p> <p>Duelos congelados</p> <p>Desestructuración del tejido social</p> <p>Quebrantamiento de liderazgos y procesos organizativos</p> <p>Delitos sexuales:</p> <p>Humillación a las comunidades</p> <p>Culpabilización</p> <p>Estigmatización de las víctimas y de las comunidades</p> <p>Temor y silencio en la comunidad</p> <p>Desestructuración y quebrantamiento de vínculos sociales</p> <p>Aislamiento social</p> <p>Desestructuración familiar</p> <p>Rechazo, culpa e indignación</p> <p>Escenarios emocionales:</p> <p>Dolor, tristeza, miedo, rabia, ansiedad, pánico, desesperanza, indignación, impotencia, culpa.</p> <p>Inseguridad, desconfianza, incertidumbre, angustia, temor.</p> <p>Silencio, aislamiento.</p> <p>Daño psicosocial en las poblaciones indígenas y afrodescendientes.</p> <p>Desestructuración de la vida social, el quiebre de las relaciones sociales y comunitarias, la pérdida de los referentes identitarios y las posibilidades de organización social.</p>
<p>Tiempo</p>	<p>No aplica</p>

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

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

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

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

Tabla 3. Pregunta de evaluación en estructura Picot

<p>Población: los pacientes elegibles</p>	<p>Individuos, familias y comunidades víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario en Colombia.</p>
--	--

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

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

Tabla 4. Criterios de elegibilidad de la evidencia sobre las atenciones con enfoque psicosocial y diferencial

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

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

Tabla 5. Pregunta de evaluación en estructura Picot

<p>Población: los pacientes elegibles</p>	<p>Individuos, familias y comunidades víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario en Colombia.</p> <p>Actores del SGSSS: Empresa aseguradora del plan de beneficios, instituciones prestadoras de servicios de salud, Ministerio de Salud y Protección Social, direcciones territoriales de salud.</p>
---	---

<p>Intervención: Planes, estrategias, intervenciones, programas de implementación e incorporación</p>	<p>Estrategias de implementación basadas en knowledge transfer para la implementación del enfoque psicosocial y diferencial/estrategias en salud mental: estrategias de identificación de las personas como víctimas del conflicto armado, herramienta de caracterización psicosocial de la situación de las comunidades afectadas que identifique las necesidades, afectaciones y daños que las comunidades han sufrido para ofrecer soluciones prácticas. Desarrollar estrategias de comunicación e información con enfoque diferencial con materiales breves de acuerdo a los niveles de alfabetización para comunicar la información necesaria.</p> <p>Estrategias de implementación basadas en la educación y difusión para la implementación del enfoque psicosocial y diferencial o salud mental.</p> <p>Estrategias de implementación basados en el análisis de política pública para la implementación del enfoque psicosocial y diferencial o salud mental.</p> <p>Estrategias basadas en el modelo sistémico de OMS para la implementación de intervenciones y/o estrategias en el marco de las funciones y objetivos de los sistemas de salud.</p> <p>Estrategias de atención primaria en salud integral (APS) para la población víctima del conflicto armado.</p> <p>Estrategias basadas en el enfoque sistémico desde el punto de vista psicosocial en salud.</p> <p>Estrategias de inclusión de la sociedad civil en la implementación del enfoque psicosocial y diferencial.</p>
<p>Comparación</p>	<p>No aplica</p>
	<p>Implementación del enfoque psicosocial en el SGSSS: Identificación efectiva del individuo y familia víctima del conflicto armado, adaptación de los equipos básicos de salud a las necesidades y requerimientos de la población, a las necesidades de atención psicosocial de las víctimas del conflicto armado. Organización y garantía de los elementos y profesionales de los programas de atención primaria en salud. Configuración de las redes integradas de servicios de salud y estructuración del modelo de atención, configuración nacional y subnacional. Respuesta efectiva en las Entidades Territoriales con baja capacidad técnica y administrativa. Coordinación de acciones con los funcionarios delegados de las demás entidades.</p> <p>Adherencia a las estrategias o programas con enfoque diferencial por parte de los actores del SGSSS: Reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano. Estructuración de mecanismos de pago y relaciones entre los prestadores y aseguradores para la garantía de las atenciones en salud.</p> <p>Vigilancia de fenómenos de violencia por conflicto armado. Articulación de los actores para permitir seguimiento y monitoreo de acciones en salud. Acciones de vigilancia, control, monitoreo y seguimiento.</p> <p>Manejo integral del individuo y familias víctima del conflicto armado. Diseño de nuevas estrategias para la atención en salud a las víctimas y las familias del conflicto armado.</p> <p>Difusión del modelo y las intervenciones: estrategias de comunicación pasiva, estrategias de multimedia, estrategias pedagógicas de difusión para profesionales de la salud, sociedad civil y actores clave.</p>

<p>Desenlaces (del inglés outcomes): las consecuencias en salud (beneficios o daños) y en la prestación de servicios de salud que son atribuidos a las intervenciones, estrategias de incorporación e implementación</p>	<p>Resultados individuales víctimas del conflicto armado: Rehabilitación integral del individuo (restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas), prevención de eventos en la salud mental y física del individuo, mitigación del dolor de la víctima.</p> <p>Resultados familiares víctimas del conflicto armado: Reestructuración del núcleo familiar, reducción de la violencia intrafamiliar, reducción de sentimientos negativos.</p> <p>Resultados en los individuos, familias y comunidades bajo la perspectiva del enfoque diferencial ***: 1. Personas con discapacidad víctimas del conflicto armado, 2. Niñas, niños y adolescentes víctimas del conflicto armado, 3. Jóvenes víctimas del conflicto armado, 4. Adultos mayores víctimas del conflicto armado, 5. mujeres, hombres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas víctimas del conflicto armado, 6. Grupos étnicos víctimas del conflicto armado, 7. Personas víctimas del conflicto armado que vivan en zonas urbanas, rurales y rural disperso.</p> <p>Resultados comunitarios víctimas del conflicto armado: Fortalecimiento del capital social, reestructuración organizativa, restablecimiento de la gobernanza.</p>
<p>Tiempo</p>	<p>No aplica</p>

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

Tabla 6. Criterios de elegibilidad de la evidencia

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

Criterios de exclusión	Restricción de idioma español, inglés. El estudio no está disponible en texto completo. El estudio está incluido en una revisión sistemática seleccionada. El estudio es una versión previa de una revisión sistemática ya actualizada. Ponencias, pósteres.
-------------------------------	--

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

Tabla 7. Pregunta de evaluación en estructura Picot

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

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

Tabla 8. Criterios de elegibilidad de la evidencia

Criterios de inclusión	<p>Población: Individuos, familias y comunidades víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario.</p> <p>Intervenciones: Estrategias de medición (indicadores, sistemas de información), evaluación y seguimiento de los procesos y resultados obtenidos a partir del desarrollo de los programas con enfoque psicosocial y diferencial para víctimas del conflicto armado.</p> <p>Desenlaces: Propuestos en la estrategia Picot.</p>
-------------------------------	--

Criterios de inclusión	<p>Diseño: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados, estudios observacionales analíticos, series de casos, reportes de caso.</p> <p>Estado de publicación: estudios publicados o no publicados.</p> <p>Reporte de resultados: estimaciones individuales del efecto (por cada estudio primario) o estimaciones combinadas (meta-análisis), a partir de estudios con un mismo diseño, que sean atribuibles específicamente a la tecnología de interés para al menos una comparación y un desenlace objeto de la evaluación.</p>
Criterios de exclusión	<p>Restricción de idioma español, inglés.</p> <p>El estudio no está disponible en texto completo.</p> <p>El estudio está incluido en una revisión sistemática seleccionada.</p> <p>El estudio es una versión previa de una revisión sistemática ya actualizada.</p> <p>Ponencias, pósteres.</p>

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

Bases de datos electrónicas

- MEDLINE (1966 - Presente)
- EMBASE (1972 - Presente)
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- LILACS
- CINHAL
- JSTOR
- Social Science Abstracts
- CSA Sociological Abstract Database
- SSCI Social Sciences Citations Index

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

- OpenGrey
- GreyLiterature Report
- OpenSIGLE
- Google Scholar

Bases de datos de organizaciones nacionales e internacionales

- Médicos sin Fronteras
- Cruz Roja
- Organización Mundial de la Salud
- Organización Panamericana de la Salud
- Unicef
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- Ministerio de Salud y Protección Social
- Ministerio de Salud del Perú

Esta búsqueda no tuvo restricciones de idioma. Los resultados se resumieron mediante un diagrama Prisma (Balslem et al., 2011).

Tamización de referencias y selección de estudios

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

Evaluación de la calidad de los estudios

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

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

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

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

Fuente: Carrasquilla, 2014.

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

Extracción de datos y síntesis de la evidencia

Un revisor extrajo los datos presentados en los estudios incluidos y relevantes para cada una de las preguntas de investigación propuesta. Los hallazgos se presentaron en tablas de evidencia, de forma separada para cada tipo de estudio, y se sometió a un control de calidad por parte de un segundo revisor. Para reportar las características de los estudios incluidos en la síntesis de evidencia se utilizó un formato estándar. Para la evidencia con enfoque cualitativo se utilizó la herramienta metodológica de meta síntesis de la información que plantea la postura epistemológica desde donde se está observando el problema de investigación y las categorías de análisis a priori propuestas por el equipo de investigación. A partir de estos dos supuestos se incluyó la evidencia debidamente evaluada y analizada en cada una de las categorías propuestas. En caso de que la evidencia permitió reconocer nuevas categorías o categorías emergentes, el grupo desarrollador decidió si era pertinente su inclusión y debió definirla para reconocer sus diferencias y relaciones con las otras categorías de análisis (Balslem et al., 2011).

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

- Daños físicos
- Daños psíquicos

- Daños emocionales
- Daños morales
- Necesidades en la atención integral en salud desde un enfoque psicosocial
- Atención integral en salud con enfoque psicosocial
- Atención integral en salud con enfoque diferencial

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

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

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

Teniendo en cuenta la sensibilidad del tema, se abrieron dos espacios de trabajo por separado: uno con víctimas (en dos sesiones) y otro con ONG, de manera que la discusión no fuera politizada, que no se concentrara en las barreras de acceso al SGSSS y también para motivar la mayor participación de las

personas asistentes. Esto último fue de gran importancia teniendo en cuenta que el tema de la salud y el acceso a los servicios de salud por parte de personas víctimas del conflicto armado interno se pudo abordar desde una perspectiva muy técnica —normatividad, jurisprudencia y política pública, rutas de acceso, indicadores— o experiencial.

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

1. ¿Cuáles son las afectaciones o impactos en la salud física y mental de las víctimas como consecuencia de los hechos victimizantes en el marco del conflicto armado?
2. ¿Cuáles deben ser las atenciones que debe brindar el SGSS con enfoque psicosocial y diferencial que contribuyan a mitigar las afectaciones o impactos a la salud física y mental de la población víctima del conflicto armado?
3. ¿Cómo se incorpora el enfoque psicosocial y diferencial en la atención en salud física y mental a víctimas del conflicto armado?

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

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

Objetivos

Diálogo de saberes con víctimas

- Identificar colectivamente los daños físicos, psíquicos, emocionales y morales surgidos del contexto de conflicto armado del cual se es víctima, así como las capacidades de recuperación y las necesidades de atención, como medida de reparación, en los niveles individual, familiar y comunitario y con un enfoque diferencial.
- Identificar aspectos críticos y exitosos en la atención en salud a población víctima del conflicto armado actualmente, así como recomendaciones para su posible mejoramiento, a partir de las experiencias propias (individuales, familiares y comunitarias) de recuperación, desde un enfoque diferencial.

Diálogo de saberes con Organizaciones No Gubernamentales

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

psicosocial y diferencial a las víctimas del conflicto armado.

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

Descripción

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

Si bien las metodologías de diálogo de saberes se han diseñado para el encuentro de sistemas epistemológicos diversos, en nuestro caso toma relevancia para el conocimiento, desde dos o más perspectivas igualmente valoradas, sobre las afectaciones en la salud y las necesidades de atención con miras a la reparación, en el marco de un contexto común que es el conflicto armado, pero con expresiones diversas sobre diferentes poblaciones y en diferentes regiones (González & Macías, 2015). Lo que nos interesaba conocer era, de una parte, las diferentes percepciones sobre las afectaciones, así como

las necesidades de atención y reparación de la población víctima. En este sentido, se trató de consultar los conocimientos que, al respecto, tenían tanto las organizaciones no gubernamentales relacionadas con el acompañamiento, el cuidado y el acceso a salud de la población víctima, así como los sujetos de atención, es decir, la población víctima, vista desde un enfoque diferencial (González & Macías, 2015).

Para el desarrollo de esta metodología se requirió un encuentro entre personas que manejen cierto aspecto del saber (denominadas sabedores y sabedoras), quienes procedieron a expresarse en unas condiciones de diálogo francas, sinceras y horizontales, con la posibilidad de transmitir a otros las formas como afrontan o deberían afrontarse situaciones específicas desde su respectivo saber. Lo anterior implicó en su desarrollo un constante movimiento entre formas diferentes de explicación, comprensión e interpretación que la analista reconoció como iguales en importancia (Rappaport, 2004).

Un “sabedor” o “sabadora” se definió como aquella persona que se ha destacado en su comunidad por haber decantado un conjunto rico en los conocimientos propios de la cultura a la cual pertenece o de la problemática

sobre la cual se pretende obtener un saber o conocimiento, que además sea capaz de dar cuenta y razón desde los fundamentos y estructuras de su cultura de los contenidos de dichos conocimientos (Bello, 2014).

Metodología de grupos focales

Para este diálogo se propuso la metodología de grupos focales, que consiste justamente en un espacio de participación y deliberación a partir de una o varias preguntas orientadoras generales. Está basado, sobre todo, en la escucha por parte de los participantes y de la persona que modera, quien guía la discusión a partir de los temas que van surgiendo en la mesa. Es un espacio para acceder de manera sencilla a la información requerida y su valor se encuentra en que, en la socialización de las experiencias y percepciones individuales, se activan nuevos recuerdos e ideas. Por ejemplo, para la reconstrucción de memoria histórica, la información recogida a través de esta metodología no es generalizable sino aplicable exclusivamente a los participantes (Bello, 2014). Por eso, para este proceso, la metodología de grupo focal se aplicó al encuentro con organizaciones, mientras que en el encuentro con población víctima fue un complemento, así:

Población víctima del conflicto armado	Organizaciones No Gubernamentales
Lugar: Medellín y Villavicencio	Lugar: Bogotá
Duración: un día	Duración: tres horas
Cantidad asistentes: 10-20	Cantidad de asistentes: 10 a 15
Descripción: espacio de trabajo con enfoque psico-social para la “identificación de daños” (CNMH, 2014) a través de dos momentos: media jornada para ejercicios de memoria y media jornada para un grupo focal de discusión final y aprobación de conclusiones por parte de los asistentes.	Descripción: grupo focal de media jornada, a partir de preguntas orientadoras.

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

Primera parte (4 horas):

1. Acuerdos y pautas iniciales: confianza entre participantes, relación con facilitadora. Objetivos del encuentro por parte de la institución que convoca (15 minutos).
2. Presentación de cada participante y expectativas del espacio en que se participa (35 minutos).
3. Ejercicio de línea de tiempo. Ubicar los hechos de violencia generales de la región (50 minutos).
4. Descanso (20 minutos).
5. Colcha de memorias. Cada persona plasmaba en un papel (puede ser con texto o gráfica) su percepción sobre cómo los eventos en la línea de tiempo han afectado su salud, la de su familia y allegados. Cómo todavía la afectan o no, qué afectaciones han aparecido o desaparecido con el tiempo, cómo ha sido la atención, qué hace falta, qué se desearía al respecto (15 minutos). Luego socializa su experiencia con los demás asistentes y ubica en la línea de tiempo los eventos relatados (1 hora).
6. La facilitadora planteaba los daños físicos, psíquicos, emocionales y morales descritos por los participantes. Así mismo, identificaba las necesidades en la atención integral en salud desde un enfoque psicosocial, y de esta manera obtenía conclusiones individuales y colectivas sobre las necesidades y expectativas de atención en salud (45 minutos),

Almuerzo

Segunda parte (2-3 horas):

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

Dimensión del daño	Víctimas	Daños físicos	Daños psíquicos y emocionales	Daños morales	Recursos para afrontar el daño
INDIVIDUAL	Género, edad, ocupación, oficio	Lesiones físicas: heridas, cicatrices, malformaciones prolongadas, amputaciones, enfermedades.	Alteraciones del sueño, miedo, aislamiento, problemas de aprendizaje, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, dependencia de medicamentos, enfermedades mentales.		

Dimensión del daño	Víctimas	Daños físicos	Daños psíquicos y emocionales	Daños morales	Recursos para afrontar el daño
FAMILIAR	Rol dentro de la familia		Cambios en las relaciones de pareja, de padres e hijos, las relaciones entre adultos, jóvenes y niños. Cambios en función, estructura y composición de la familia.		
COMUNITARIO	Personas o instituciones emblemáticas de la comunidad que murieron, desaparecieron o fueron desplazadas.			Costumbres, rituales, actividades comunitarias, dinámicas de solidaridad y apoyo, relaciones entre vecinos.	

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

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

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

Fases del diálogo deliberativo

1. **Selección de participantes:** a través de las instituciones pertinentes se realizó la convocatoria a diferentes personas que en el momento desarrollaran algún tipo de atención en salud a víctimas del conflicto armado, así como representantes de las víctimas que pudiesen mostrar una perspectiva como usuarios de los servicios de salud, teniendo en cuenta su capacidad de acceso y la situación particular de salud que se presenta en las regiones definidas. Estas personas fueron convocadas a una jornada colectiva de trabajo que tuvo una duración de medio día.
2. Aplicación de un diálogo de saberes con miembros de organizaciones no gubernamentales, de acompañamiento y cuidado a víctimas.

Ver tabla y descripción de metodología del apartado anterior.

3. **Análisis de los resultados:** las preguntas planteadas se orientaban, de una parte, a abordar de manera concreta y localizada las cuatro preguntas guía que se mencionaron arriba. De otra parte, y siguiendo con la propuesta del diálogo de saberes, buscaba identificar:
 - a. Las diferentes concepciones sobre la salud integral, la reparación y el cuidado para los diferentes grupos sociales e institucionales participantes. Esto permitió determinar encuentros y desencuentros entre la oferta institucional y las necesidades de los grupos sociales víctimas del conflicto armado.
 - b. Las diferentes percepciones sobre los avances, falencias, aciertos y desaciertos en los distintos modelos de atención, los cuales nutrieron en términos de acciones el Protocolo, siempre teniendo presente el modelo epistemológico.
 - c. Cómo opera lo diferencial en las experiencias concretas de acceso al SGSSS dentro de la población víctima del conflicto armado y las instituciones.

Los resultados constituyeron una matriz: modos epistemológicos, experiencias positivas y negativas y apropiación de lo diferencial, la cual nutrió la construcción de un conjunto de recomendaciones para incluir en el Protocolo.

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

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

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

Estructuración del problema para el análisis de política

Modelos conceptuales

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

Los resultados de salud son inaceptablemente bajos en gran parte del mundo en desarrollo, y la persistencia de profundas desigualdades en el estado de salud es un problema del que ningún país del mundo está exento. Gran parte de las enfermedades se pueden prevenir o curar con tecnologías conocidas y asequibles. El problema es conseguir medicamentos, vacunas, información y otras formas de prevención, cuidado o tratamiento en el tiempo que se requiera, confiable y en cantidades suficientes con un costo razonable que la población o el mismo sistema pueda pagar para su acceso y utilización. En muchos países, los sistemas necesarios para hacerlo están en el punto de colapso, o son accesibles solo a determinados grupos de la población. En nuestro país, el sistema ha tenido que adaptarse a ciertas situaciones culturales, sociales y políticas basadas en el conflicto armado interno, y en ese proceso de adaptación ha tenido que dar respuesta a necesidades específicas de la población víctima del conflicto armado. Dicha respuesta ha sido insuficiente e ineficaz dada la necesidad de un enfoque de atención basado en el modelo psicosocial y la garantía del derecho a la salud de manera diferencial según lo estipulado por la Ley 1448 de 2011 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004).

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

Principios básicos del sistema de salud

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

Un sistema de salud consiste en todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención principal es promover, restaurar o mantener la salud (Savigny & Taghreed, 2009). Esto incluye todas las acciones que abordan desde los determinantes sociales de la salud en las comunidades y familias y las intervenciones individuales que reducen el riesgo de presentar un evento en salud o las complicaciones relacionadas a dicho evento. Un sistema de salud es, por tanto, más que la pirámide de instalaciones públicas que prestan servicios de salud personales. Incluye a los mismos individuos realizando acciones de autocuidado o cuidado en su comunidad y familia, los prestadores públicos y privados, los sistemas de vigilancia y las campañas de

promoción y prevención de la salud, la organización de las redes de prestación de servicios en salud, los sistemas de información capaces de identificar alguna variación en el comportamiento esperado de cada uno de los actores del sistema de salud, acciones intersectorial por parte del personal de salud, por ejemplo, fomentando el Ministerio de Educación para promover la educación de las mujeres, etc.

• Los valores y principios rectores

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

• Los objetivos del sistema de salud

Los sistemas de salud tienen múltiples objetivos. El Informe sobre la Salud en el Mundo del año 2000 se enmarcó en informar los resultados del sistema de salud en general y metas definidas, como mejorar la salud y la equidad, de manera que sean sensibles, financieramente justos y hacer el mejor o más eficiente uso de los recursos disponibles. También hay metas intermedias importantes: la ruta de los insumos a los resultados de salud es a través de la consecución de un mayor acceso y la cobertura de las intervenciones de salud efectivas, sin poner en riesgo los esfuerzos para garantizar la calidad y seguridad del prestador y proveedor (Savigny & Taghreed, 2009).

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

- Los buenos servicios de salud son aquellos que proporcionan seguridad, calidad, eficiencia de las intervenciones personales y no personales de salud basados en las necesidades de las poblaciones y los individuos. Se entiende eficiencia cuando se prestan los servicios de salud en el momento y lugar que se requieran con un mínimo de pérdida de recursos destinados a esta atención (Savigny & Taghreed, 2009).
- Recursos humanos en salud eficientes y efectivos que sean capaces de prestar un servicio de salud humanizado, equitativo y efectivo para lograr los mejores resultados en salud posibles, los recursos disponibles y las circunstancias dadas (Savigny & Taghreed, 2009).
- Un sistema de información de salud que funcione es el que asegura la producción, análisis, difusión y uso de información confiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el rendimiento de los sistemas de salud y el estado de salud que permita la mejor toma de decisiones (Savigny & Taghreed, 2009).
- Un sistema de salud que funcione asegure un acceso equitativo a los productos médicos, vacunas y tecnologías de calidad, que hayan demostrado ser seguras, eficaces y rentables (Savigny & Taghreed, 2009).
- Un buen sistema de financiación de la salud recauda fondos adecuados para la salud, de manera que asegure a las personas para utilizar los servicios de salud necesarios y estén protegidas de

incurrir en gasto de bolsillo y/o gasto catastrófico asociado a la garantía de la salud (Savigny & Taghreed, 2009).

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

Conceptos de la calidad en el cuidado de la salud

La bioética médica se encuentra estrechamente relacionada con las definiciones de calidad asistencial. Vale la pena señalar que proporcionar servicios de calidad es uno de los principales objetivos de los sistemas de salud, ya que se considera que su preservación es una condición necesaria. Para autores como Avedis Donabedian (1966), la calidad es una propiedad que la atención en salud posee en grados variables y se relaciona con el tratamiento que proporciona un prestador de servicios médicos a un episodio de enfermedad claramente definido a un paciente dado. Este tratamiento es divisible en dos aspectos independientes, pero íntimamente relacionados, que son: el aspecto técnico y el interpersonal. Para el primer punto, la atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud, y va acompañado de la interacción social y económica entre la usuaria y el facultativo. Por otra parte, el aspecto interpersonal se refiere a la relación entre la persona que recibe la atención, el facultativo y las expectativas que el usuario espera del otro, basadas fundamentalmente en elementos éticos y propios del quehacer científico (Donabedian, 1966).

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ellos sus riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios (Donabedian 1966).

Dicho de otro modo, la calidad en salud se define como: los medios deseables para alcanzar las máximas mejoras posibles en salud, proporcionar a las personas una atención eficiente y efectiva, que asegure el más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes. La atención con calidad define el punto en donde confluyen la satisfacción de las personas atendidas y el deber ser de la práctica profesional, con la más óptima utilización de los recursos. Por su parte, Donabedian (1966) también plantea que los métodos para evaluar la calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados (Donabedian, 1985). Estos elementos permiten la evaluación tanto del trabajo clínico como de la funcionalidad de una organización, establecimiento o programa de salud.

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

vo de un acceso efectivo al cuidado de la salud es maximizar los beneficios en salud, de acuerdo a las necesidades del individuo (Donabedian, 1966).

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

Calidad del cuidado a la salud en procesos sociales complejos

En términos de la calidad de la atención a procesos sociales complejos, la prestación del servicio que reúna los criterios de calidad juega un papel importante que impacta de manera directa en la disminución de la mortalidad y morbilidad en salud mental y física de las poblaciones en dichas situaciones. La calidad de la atención en salud está en función directa con la responsabilidad y el compromiso que el profesional de la salud experimenta al otorgarla (Donabedian, 1966). Para ello, resulta imperativo que el médico o el prestador del servicio 1) posea los conocimientos científicos y domine las técnicas médicas, y 2) que su desempeño esté sustentado en los aspectos normativos de la práctica profesional, con el objetivo de conocer las implicaciones legales en las que puede incurrir al realizar su trabajo (Svendsen, Ehlers, Andersen & Johnsen, 2009).

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

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

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

1. La calidad de la prestación de servicios dentro de la institución.
2. La calidad de la atención experimentada por los usuarios, en este caso las víctimas del conflicto armado.

Con base en lo anterior, se sugieren los siguientes elementos dentro de las dos categorías señaladas, para la evaluación de la calidad en el **servicio de obstetricia**.

La calidad con respecto a la prestación del servicio involucra las siguientes dimensiones:

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

2. Sistema de referencia. El cual consiste en los niveles jerárquicos para la admisión de los pacientes, la detección de complicaciones y su posterior referencia a servicios especializados, cada nivel de atención debe contar con protocolos de manejo para la atención en salud.
3. Sistemas de información. Los sistemas de información y registro de sucesos en salud son de vital importancia para poder evaluar los programas implementados, en víctimas del conflicto armado estos registros son a menudo omitidos o existe subregistro de ellos, sin embargo, son componentes básicos de la calidad intrahospitalaria (Savigny & Taghreed, 2009).
4. Uso apropiado de las tecnologías. El uso apropiado de tecnologías se refiere a todos aquellos procedimientos que deben ser empleados bajo justificación médica. Son una asociación de métodos, procedimientos, técnicas y equipo que, junto con el equipo de salud, contribuyen a resolver un problema de salud (Savigny & Taghreed, 2009).
5. Buenas prácticas clínicas. Se refiere al apego de guías de práctica clínica, protocolos y lineamientos que han documentado algunos procedimientos para mejorar la salud de las víctimas del conflicto armado: manejo psicosocial, manejo de las emergencias, entre otros.
6. Manejo de las emergencias. Se refiere a que los servicios médicos deben contar con los elementos necesarios para resolver una emergencia en tér-

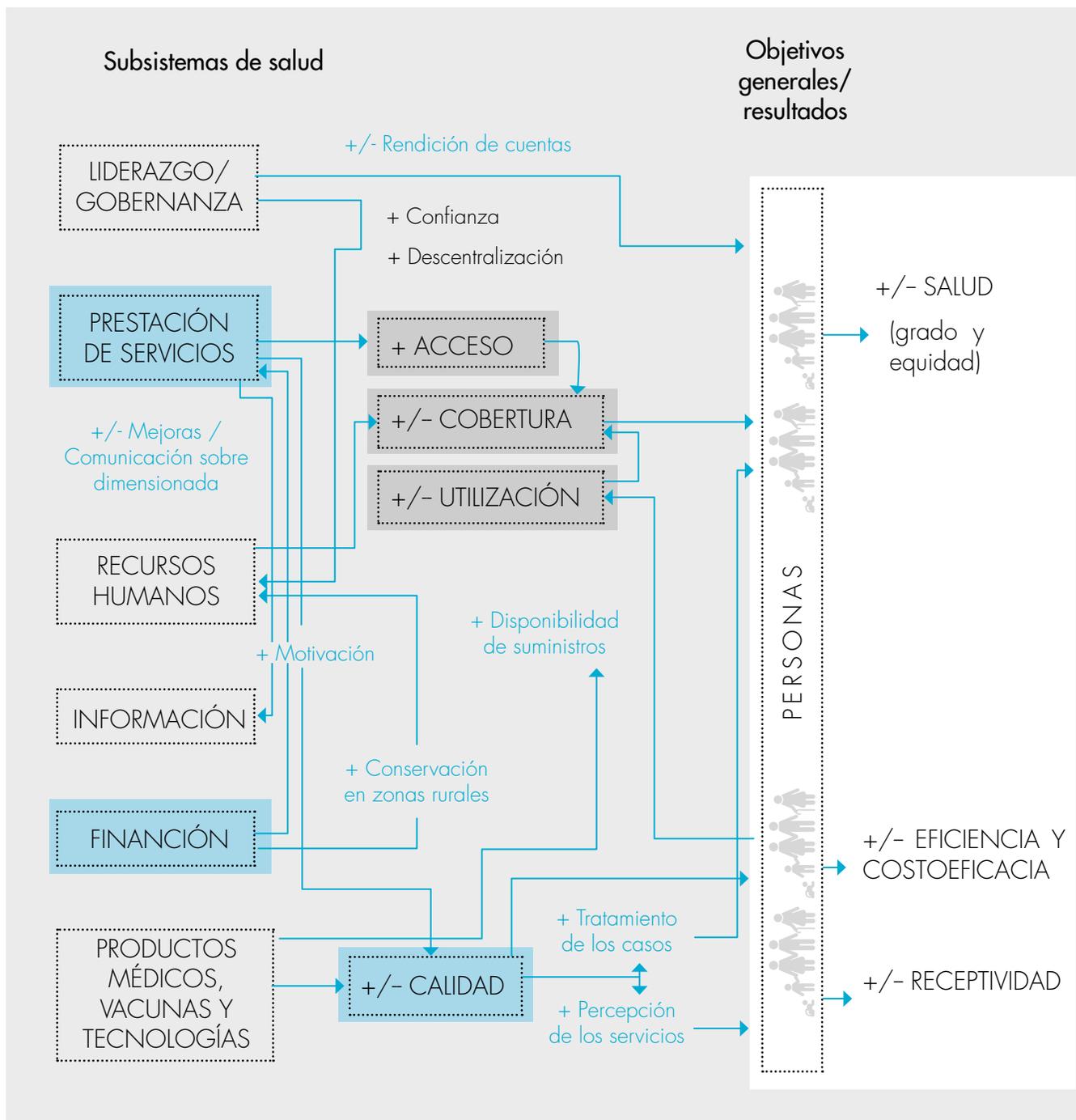
minos de establecer medidas inmediatas para prevenir complicaciones de la salud mental y física de las víctimas del conflicto armado (Savigny & Taghreed, 2009)

En lo que respecta a la calidad de la atención percibida por las mujeres usuarias de los servicios de obstetricia, se han identificado algunos elementos que influyen en la decisión sobre utilizar el servicio. Podemos mencionar la infraestructura y el personal médico que las atiende. Otro punto a resaltar es la comunicación interpersonal entre quien presta el servicio médico y quien lo recibe, con el propósito de discutir tanto el diagnóstico como las preferencias del tratamiento (Frenk, 2000).

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

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

PROBLEMA OBSERVADO DESDE EL PENSAMIENTO SISTÉMICO



Fuente: Savigny & Taghreed, 2009.

Análisis basado bajo los marcos conceptuales de pensamiento sistémico y el modelo de delimitación del problema para el análisis de política pública (Arnošt Veselý, Faculty of Social Sciences, Charles University).

En cada una de las problemáticas se analizará:

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

ALCANCE

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

OBJETIVOS

Objetivo general

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

Objetivos específicos

1. Identificar los marcos normativos que establezcan directrices, procesos y acciones que garanticen la salud como derecho en las víctimas del conflicto armado en Colombia.
2. Describir los marcos normativos identificados en términos del tipo de marco normativo y el alcance en la garantía del derecho a la salud en las víctimas del conflicto armado.
3. Analizar los marcos normativos desde el modelo de pensamiento sistémico y el modelo de análisis de procesos para identificar vacíos o fortalezas desde el punto de vista normativo, que permitan una adecuada incorporación de acciones, atenciones y procesos en el sistema de salud, para garantizar el adecuado desempeño de las indicaciones propuestas en el Protocolo de Atención Integral con Enfoque Psicosocial y Diferencial para las Víctimas del Conflicto Armado.

Marcos normativos analizados

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

- Sentencia T-045 de 2010
- Auto 092 de 2008
- Auto 006 de 2009

- Ley 1448 de 2011
- Ley 1751 (Ley Estatutaria) de 2015
- Decreto 2569 de 2014
- Decreto 4800 de 2011
- Decreto 4633 de 2011 artículos 76, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 115, 116, 117, 118
- Decreto 4634 de 2011 artículos 49, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 79, 80, 81
- Decreto 4635 de 2011 artículos 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 83, 84, 85, 86, 87, 88
- Decreto 2973 de 2010
- Resolución 2635 de 2014
- Resolución 429 de 2016
- Circular 16 de 2014
- Auto 173 de 2014
- Sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos

Metodología de análisis de política

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

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

1. Definición del problema
2. Obtención de información
3. Construcción de alternativas
4. Selección de criterios
5. Proyección de los resultados
6. Confrontación de costos
7. Decida
8. Cuente su historia

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

1. Definir el problema
2. Ensamblar alguna evidencia
3. Construir las alternativas
4. Seleccionar los criterios
5. Proyectar los resultados
6. Confrontar las compensaciones y los costos
7. Decidir
8. Contar la historia

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

1. Definir el problema:

Permite tener tanto una razón para desarrollar el proceso como una dirección para la recolección de información y ensamblaje de evidencia. Esto es muy importante cuando se trata de la generación de una nueva política pública. La guía de Bardach (2012) pretende, en gran medida, ser una herramienta para la resolución de problemas públicos. Por lo anterior, se toma muy en serio la identificación precisa del problema a resolver. Cabe señalar que, en la teoría de las políticas públicas de origen norteamericano, las políticas son, en esencia, mecanismos para resolver problemas públicos y, por tanto, son el Estado en acción.

Para el presente proyecto, lo que debe ser definido es cuál es el problema de la política que se quiere resolver. Esto tiene relación con alguno o varios de los siguientes aspectos:

- Pertinencia
- Utilidad
- Aceptación por parte de la comunidad a la cual se dirige
- Resultados obtenidos
- Conflictos generados
- Actores e instituciones relacionadas

2. Ensamblar alguna evidencia:

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

- Dedicar tiempo suficiente para leer documentos, buscar en bibliotecas,

hacer entrevistas, filtrar bases de datos y demás acciones.

- Dada esta condición, tratar de recoger solamente datos que se convertirán en información y luego en evidencia relacionada con el problema.
- Datos: hechos o representaciones de hechos
- Información: datos que tienen significado
- Evidencia: información que afecta las creencias de las personas sobre las características más significativas del problema en estudio y cómo puede ser resuelto.

3. Construir las alternativas:

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

4. Seleccionar los criterios:

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

5. Proyectar los resultados:

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

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

- Pensar en el futuro y no confundirlo con el pasado o el presente.
- Tratar de ser realista.
- No engañarse a sí mismo, sobreestimando las posibilidades

6. Confrontar las compensaciones y los costos:

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

7. Decidir:

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

8. Contar la historia:

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

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

Consideraciones generales de la metodología:

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

Dado el alcance del análisis de política para este Protocolo, no se desarrollaron los ocho pasos propuestos por Bardach (2012). Solo se desarrollaron los pasos comprendidos entre el 1 y el 4, y estas opciones de política fueron incorporadas en las indicaciones del Protocolo de Atención Integral a Víctimas del Conflicto Armado. Es indispensable señalar que esta metodología permitió identificar una serie de problemas y soluciones provenientes, no solo de los instrumentos normativos nacionales e internacionales mencionados anteriormente, sino también insumos provenientes de una revisión documental sobre algunos antecedentes que profundizan en los enfoques psicosocial y diferencial para la atención integral en salud. Así mismo, se hizo necesario colocar en discusión dos conceptos que complementan la incorporación de estos enfoques y que en la actualidad social —que va más allá de las situaciones

humanitarias y de emergencia del país— cobran mayor importancia: la salud mental comunitaria y la interseccionalidad en la política. Estos conceptos serán desarrollados con más detalle en las recomendaciones finales.

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

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

Se definió una postura epistemológica constructivista dado los múltiples enfoques y saberes contemplados, así como la dinámica de construcción, deconstrucción y el supuesto de transformación del objeto y sujeto de investigación en este proceso (González, Kellison, Boyd & Kopak, 2010). El Protocolo de Atención Integral con Enfoque Psicosocial y Diferencial para Víctimas del Conflicto Armado, bajo esta perspectiva es el instrumento de transformación social, resultado de la integración de saberes, nosologías y teorías epistemológicas que abordan el problema de interés. Así mismo se debe contemplar al sistema de salud como la respuesta social organizada para poder contemplar al protocolo como esa herramienta que fortalece dicha respuesta (González, Kellison, Boyd & Kopak, 2010).

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

- Identificación de víctima del conflicto armado

- Afectación física relacionada con un hecho victimizante
- Afectaciones mentales relacionadas con un hecho victimizante
- Multiculturalidad
- Atención con enfoque psicosocial
- Atención con enfoque diferencial

Posterior al desarrollo de los diálogos de saberes y el análisis de política, se propusieron las siguientes categorías de análisis:

- Mecanismos de aseguramiento en salud de la población víctima del conflicto armado
- Procesos de prestación de servicios de salud para la garantía del derecho a la salud de las víctimas del conflicto armado
- Definición de resolución del estado de salud secundario a un hecho victimizante

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

1. Indicaciones del aseguramiento: Aquellas indicaciones que buscan garantizar el acceso y cobertura efectiva de los servicios de salud a las víctimas del conflicto armado.
2. Aspectos de la prestación de servicios de salud: Indicaciones que buscan garantizar los procesos de utilización y calidad de servicios de salud de manera equitativa, a través del fortalecimiento de la infraestructura, recursos humanos en salud y las dinámicas de la prestación de servicios de salud.
3. Afectaciones físicas y mentales.
4. Indicaciones de la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial.
5. Estrategias de implementación de las indicaciones: Propone estrategias de incorporación.

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

luar las indicaciones propuestas en cuatro aspectos (Murphy et al., 1998; Rycroft, 2001):

- **Relevancia en el contexto:** Indicación que tiene alto impacto en la incorporación de la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial en el contexto de la prestación de servicios de salud en el SGSSS.
- **Factibilidad en el contexto:** Indicación relacionada con aspectos de calidad, que está sujeta al control de los proveedores y/o el sistema de salud, y se podría utilizar en un nivel nacional como estrategia de monitorización y seguimiento de la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial.
- **Validez:** Indicación con evidencia científica suficiente para garantizar una adecuada prestación de servicios de salud en los diferentes contextos nacionales a las víctimas del conflicto armado.
- **Especificidad:** Indicación que sea explícita en presentar. Quién realiza la atención, dónde y cómo se debe realizar y los resultados que se espera obtener de dicha atención.

Luego de esta evaluación se excluyeron del documento de indicaciones todas aquellas que no cumplieran alguno de estos cuatro criterios, según el análisis del grupo de expertos que hacen parte del grupo desarrollador. Estas indicaciones fueron valoradas nuevamente en términos de redacción y comprensión por el grupo desarrollador en pleno, en una sesión de trabajo virtual.

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

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

- a. Mesa de expertos: Para este espacio se desarrolló un diálogo deliberativo con expertos en las disciplinas de psicología, psiquiatría, trabajo social y enfermería. En este proceso se discutieron los aspectos relacionados con los profesionales de la salud que deben conformar el equipo multidisciplinario de atención, las competencias y funciones de cada uno de ellos, los tiempos de atención y de seguimiento y los objetivos de la valoración inicial, el establecimiento del plan de manejo y seguimientos.
- b. Espacios de participación con víctimas del conflicto armado: Para este espacio se estableció un grupo focal conformado por representantes de víctimas del conflicto armado. Se buscaba presentar

el alcance, los objetivos y la estructura del Protocolo, y luego discutir entre los miembros del grupo focal aspectos de la comprensión de las acciones propuestas en el documento, la identificación de barreras y facilitadores en la implementación del Protocolo en el territorio.

- c. Entrevistas con actores/instituciones con experiencia en el manejo de grupos vulnerables: Para este proceso se realizaron entrevistas a actores que representan a organizaciones no gubernamentales y gubernamentales con experiencia en la atención en salud a población vulnerable. En este proceso se entrevistó a la organización Colombia Diversa, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la organización Sisma Mujer. En estas entrevistas se indagaron aspectos relacionados con el enfoque diferencial y se identificaron los aspectos de la atención que se deben tener en cuenta para garantizar dicho enfoque en estas poblaciones.

Posterior a estos procesos participativos, el grupo desarrollador integró esta información, según su pertinencia, en indicaciones o puntos de buena práctica según el alcance y el tipo de consideración establecida en cada momento de participación.

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

Complementando la etapa previamente descrita, se desarrolló un consenso formal de expertos tipo panel de expertos con grupo

nominal, donde se consolidaron las indicaciones del Protocolo de Atención Integral desde la perspectiva de los expertos en

atención a víctimas del conflicto armado y tomadores de decisión. El consenso de expertos buscó fortalecer las indicaciones y recomendaciones del Protocolo desde el punto de vista de la atención y la experiencia profesional de los asistentes al panel y, adicionalmente, se buscó conocer la fuerza de dichas indicaciones basadas en evidencia, utilizando la metodología Grading of Recommendations Assessment, Development

and Evaluation (Grade), para conocer la fuerza y direccionalidad de las indicaciones con evidencia científica. Aunque esta metodología fue propuesta para el desarrollo de recomendaciones clínicas para guías de práctica clínica, se ha utilizado como estrategia para conocer la confianza de otros tipos de recomendaciones basadas en la evidencia para el sector salud (Balshem, 2011; Murphy et al. 1998)

ETAPA 7. Socialización territorial

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

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

Estos espacios de participación tenían como objetivo:

- Dar a conocer la metodología que se llevó a cabo para el desarrollo del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado.
- Exponer las indicaciones y los resultados del proceso de desarrollo del Protocolo.
- Dar a conocer la Ruta Integral de Atención.
- Conocer las perspectivas de los territorios y su retroalimentación en relación al Protocolo de Atención.

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



ANEXO II

ESQUEMA AMPLIO DEL PROCESO DE ATENCIÓN

ESQUEMA GENERAL DEL PROCESO DE OPERACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

Flujo de información sobre atención a las personas víctimas

Flujo de información sobre atención a las personas víctimas

Ministerio de salud y protección social

Elaboración y actualización de lineamientos técnicos del protocolo de atención en salud integral con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado. Asistencia técnica y consolidación de información.

Entidad territorial de salud

Coordinación de elaboración y ejecución del Plan departamental/Municipal/Distrital de implementación del protocolo de atención en salud integral con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado.

EAPB

- Articulación con la Unidad de víctimas y ejecución - UARIV, para el cruce bimensual de sus bases de datos con el Registro único de víctimas - RUV y remisión de información a toda su red de prestadores.
- Solicitud y uso de clave de acceso a sistema VIVANTO a MinSalud
- Designación de funcionario: Enlace PAPSIVI EPAB.

IPS

- Recibe información de la EAPB sobre cuáles de sus usuarios son víctimas del conflicto
- Tienen acceso al sistema VIVIATO, delegado por la EAPB
- Designación de funcionario: Enlace PAPSIVI IPS

Reportes del proceso

Consolidación de información cargada a PISCIS. Retroalimentación y actualización de catos

Enlace PAPSIVI EAPB: Consolidación de información recibida de IPS. Cargue a PISCIS.

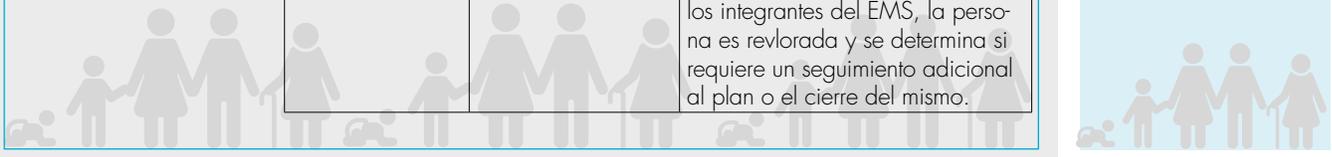
Entrada al proceso de atención

→

1. Demanda inducida o espontánea
2. Remisión por parte de otros profesionales de la IPS
3. Remisión por parte de otro prestador primario

Atención del Equipo Multidisciplinarias - EMS

Momentos	Profesionales EMS	Resultado
1. Recepción y bienvenida	Enfermero/a	Acercamiento, explicación y bienvenida al proceso de atención en salud. Reporte de realización de entrevista semiestructurada.
2. Establecimiento de plan de atención	Médico/a	Establecer un plan de atención en salud multidisciplinario a partir de la valoración detallada del estado de salud físico y mental de la persona víctima del conflicto armado. Remisión a otros profesionales del EMS y profesionales especializados
Acompañamiento permanente en la gestión y ejecución del plan	*Auxiliar de enfermería *Gestor	El auxiliar/gestor conoce el plan y las derivaciones establecidas por el médico y acompaña a la persona en el proceso de la gestión de tales atenciones.
3. Atención por parte de todos los integrantes del EMS	Médico/a, Psicólogo/a, enfermero/a, trabajador/a social	Valoración detallada por parte de cada profesional. Establecimiento de plan de intervención.
4. Cierro del plan	Médico/a	Una vez cumplidos todos los procesos de atención establecidos por los integrantes del EMS, la persona es revalorada y se determina si requiere un seguimiento adicional al plan o el cierre del mismo.



ANEXO III:

ELEMENTOS PARA LA INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE PSICOSOCIAL EN LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS

ALEJANDRO CEPEDA PÉREZ

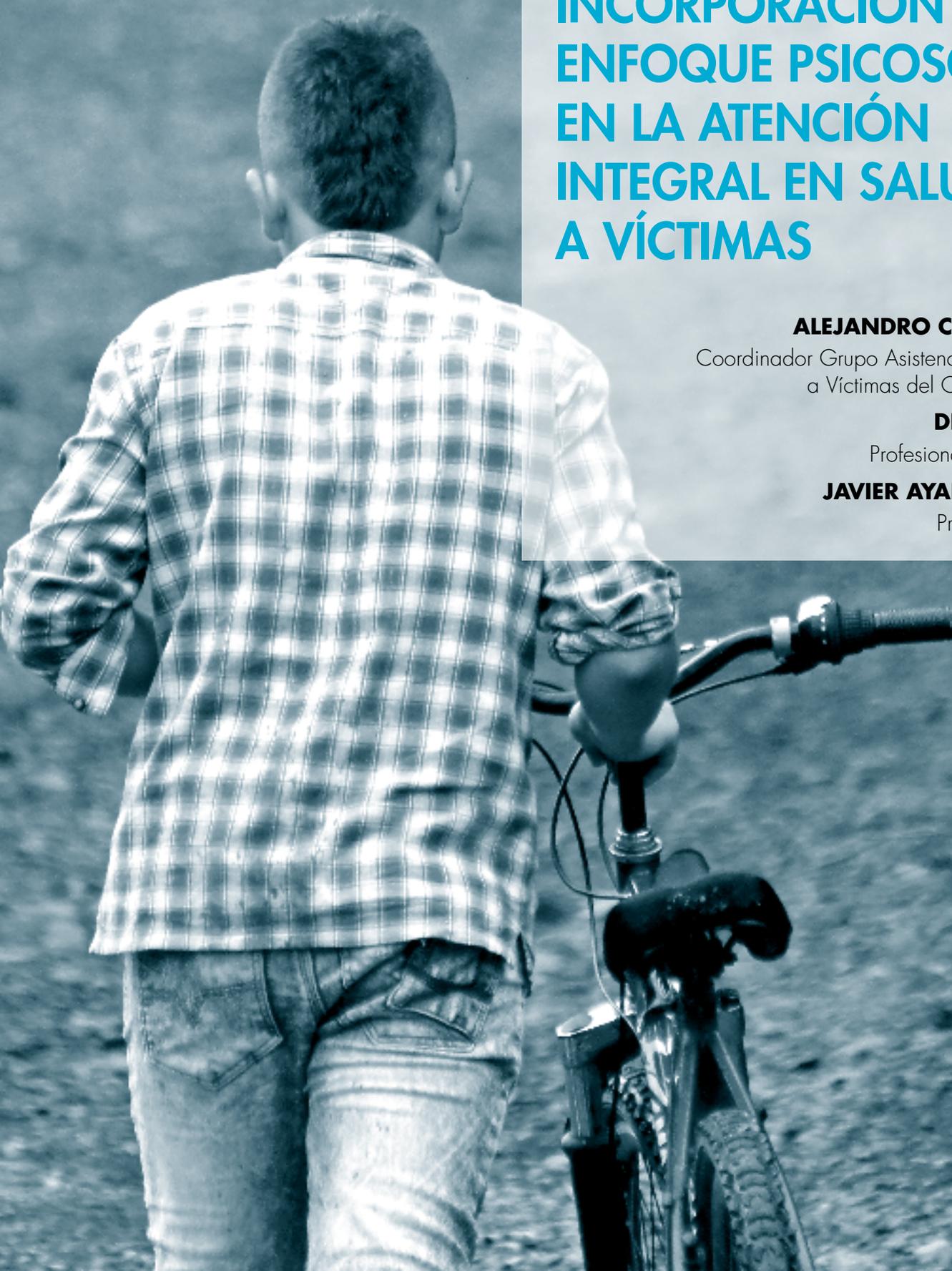
Coordinador Grupo Asistencia y Reparación
a Víctimas del Conflicto Armado

DIANA RIVERA

Profesional especializada

JAVIER AYALA TOSCANO

Profesional Gestor



1 INTRODUCCIÓN

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

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

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

2 ELEMENTOS PARA EL ABORDAJE DEL ENFOQUE PSICOSOCIAL

2.1 Reparación Integral desde el Enfoque Psicosocial

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

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

Esto implica reconocer que los hechos de violencia, en el marco del conflicto armado, han

causado un sufrimiento particular, entendido como un proceso complejo que requiere una forma de atención en salud desde un enfoque psicosocial, que exalte la integralidad de las personas que sufren, el contexto de su sufrimiento, sus vivencias, la forma como han integrado a su vida cada experiencia dolorosa y la capacidad para seguir adelante. Esto puede permitir la reconstrucción de la confianza entre las víctimas y el Estado desde el cuidado, procurando no causar mayores daños a los ya vividos y reconociendo que las afectaciones causadas a las personas por las graves violaciones a los derechos humanos no son definitorias de su identidad (las víctimas son más que sufrimiento).

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

Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones de que trata el artículo 3° de la presente ley. La reparación comprende las medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima, dependiendo de la vulneración en sus derechos y las características del hecho victimizante. (Ley 1448, 2011, art. 25).

Considerando lo anterior, se requiere comprender el escenario en el que ocurre la vio-

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

2.2 Enfoque Psicosocial

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

En el contexto de la reparación integral, se parte de entender que la violencia ejercida contra la población colombiana ha lesionado la dignidad humana y ha limitado el proyecto de vida de muchas personas y familias, lo que ha fracturado el tejido social de las comunidades, ha imposibilitado la continuidad de tradiciones culturales, ha obstaculizado la participación política y ha instaurado nuevas formas de pensar y relacionarse. Desde esta perspectiva, el *Enfoque Psicosocial* es entendido como una *“perspectiva que reconoce los impactos psicosociales que comprometen la violación de derechos*

en el contexto de la violencia y el desplazamiento en Colombia. Sustenta el enfoque de derechos por lo que debería orientar toda política pública, acción y medida de reparación a víctimas” (Ministerio de la Protección Social, 2009).

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

2.3 Atención en Salud con Enfoque Psicosocial

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

Lo anterior invita a comprender que estos principios están estrechamente relacionados y se complementan entre sí, que los límites entre ellos son difusos y que se requiere de una mirada integradora que los reconozca

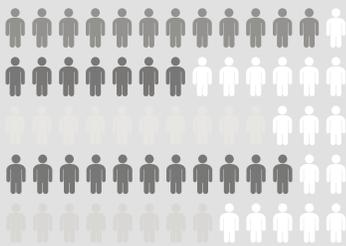
como el marco común del enfoque para enriquecer la atención en salud integral y alcanzar con ella un efecto reparador por sí misma.

Para que se dé efectivamente una atención en salud con enfoque psicosocial, quien la realiza debe contar con la capacidad de reflexionar haciéndose diversas preguntas: ¿Cuál es el rol que estoy ejerciendo en el momento de la atención como representante del Estado? A partir de este, ¿qué estoy haciendo para reconocer y dignificar a la persona que voy a atender? Como servidor público, ¿soy consciente de los mensajes implícitos que transmito a la víctima en la atención? ¿Cuál fue mi rol en el proceso de atención? ¿Siento que mi atención fue importante para el avance en el proceso de rehabilitación de la víctima? ¿Qué capacidades propias siento que me han servido para lograr que mis acciones en la atención sean bien recibidas por las víctimas y generen en ellas efectos positivos?

Las personas que han sido víctimas necesitan sentir una relación más cercana con el Estado, en el marco de su proceso de reparación integral, y la atención con enfoque psicosocial es una buena oportunidad para humanizar esta relación.

2.4 Premisas del Enfoque Psicosocial en la Atención en Salud

Para la comprensión de enfoque psicosocial, la Unidad para las Víctimas propuso un conjunto de premisas orientadas a los funcionarios y servidores que atienden a las víctimas, con el fin de prevenir acciones con daño y promover una postura ética en el desarrollo de sus funciones y obligaciones. A continuación, se exponen las premisas del Enfoque Psicosocial enmarcadas en la atención integral en salud:



Premisas del Enfoque Psicosocial en la Atención en Salud

Fuente: MinSalud, 2017.

1 Las víctimas están sufriendo

El sufrimiento debe ser visto como una forma de respuesta natural ante eventos anormales, como los que han ocurrido en el contexto del conflicto armado.

La atención integral en salud con enfoque psicosocial debe naturalizar y validar las respuestas frente a las graves violaciones, como respuestas naturales.

2 Las víctimas son más que sufrimiento

Los hechos de violencia son solo una parte de lo ocurrido a las personas víctimas.

La atención integral en salud con enfoque psicosocial considera el sufrimiento y los recursos de las personas, con la intención de promover su restablecimiento. Procura una relación con la persona.

3 Todos podemos hacer algo

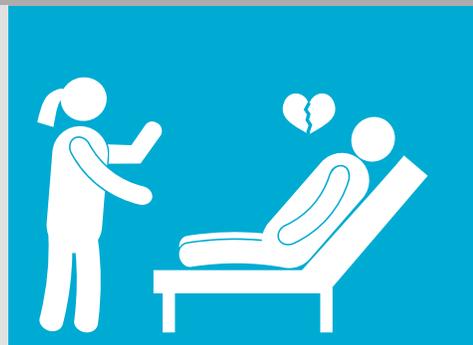
Todas las personas podemos hacer algo frente al sufrimiento de los otros.

La atención integral en salud con enfoque psicosocial requiere de las capacidades y habilidades para la dignificación y reconocimiento de la persona, el enfoque de acción sin daño y el enfoque diferencial. Esto garantiza que las acciones de atención tengan un efecto reparador.

4 Se expresa diferente

El sufrimiento no es mayor o menor en cada persona, es diferente.

La atención integral en salud con enfoque psicosocial busca aproximarse a las diferentes formas de expresión del sufrimiento que utiliza cada persona (como mujer, como padre, como hermana, como afro, etc.), pensando en diferentes formas de respuesta (verbal, corporal, emocional, etc.).



5 Permite el paso por el dolor

El dolor debe tener espacios de expresión, de manera que mediante el relato pueda tener lugar la construcción de la experiencia dolorosa.

La atención integral en salud con enfoque psicosocial busca que la expresión de la afectación emocional pueda constituirse, es decir, existir en el diálogo con algún destinatario del dolor (generar una recepción empática con el dolor del otro).

6 Representación y recuperación

Representar significa poner en el espacio público las emociones invisibilizadas o que no han encontrado un lugar simbólico que cuente, además, con un testigo de estas.

La atención integral en salud con enfoque psicosocial permite la representación (llanto, relato, silencios, etc.) del sufrimiento, y la valida como parte del proceso.



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

- Adoptar prácticas y procedimientos que eviten la re-experimentación del maltrato, el sufrimiento o estado de indefensión en las víctimas. Ello conlleva tener en cuenta que las acciones que se llevan a cabo en cualquier escenario de atención a las víctimas eviten situaciones que ocasionen posible reexperimentación de maltratos, por ejemplo la forma de realizar entrevistas, encierro, limitar la comunicación, entre otras.
- Promover acciones que protejan la integridad psicosocial y mental de las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos. Comprende acciones en las que se proteja la condición de las víctimas, mediante información completa, oportuna, acorde al nivel y momento de vida de la persona.
- Favorecer la autonomía, inclusión y participación que merecen las víctimas en cualquier acción con y para ellas (Navarro, Pérez & Kernaj, 2011).

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

3.1 Orientaciones

Las acciones que se desarrollan en los procesos de atención, asistencia y reparación con la población víctima implican la obligación moral del Estado de reconocer su responsabilidad por acción u omisión frente a los

hechos de violencia, restablecer la dignidad de personas y comunidades como sujetos titulares de derechos y reconocer su sufrimiento, visibilizando las historias de dolor y resistencia desde una postura de respeto, escucha y solidaridad con las víctimas (Sánchez et al., 2011).

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

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

Dignificación y Reconocimiento

La reparación integral busca generar acciones que propendan por el restablecimiento de la dignidad de las víctimas que han sufrido graves violaciones a los Derechos Humanos y al DIH. Por tanto, desde un marco de respeto a la integridad y honra de las víctimas, se debe brindar un trato respetuoso, amable y empático, en el que se les reconozca como sujeto titular de derechos y se promueva su participación en las decisiones que les afectan (Ley 1448, 2011, art. 4).

- **Ofrecer un trato digno** a las víctimas se traduce en acciones sencillas, pero fundamentales, como adecuar el espacio físico para realizar la acogida y el desarrollo del encuentro; saludar cálidamente y mostrar una disposición positiva a través del lenguaje verbal y no verbal; presentarse y explicar a qué institución pertenece, cuáles son los objetivos de la acción (entrevista, taller, brindar información u orientación, etcétera) y el destino de la información; actuar con claridad y responsabilidad para favorecer el acceso a los derechos ofreciendo una atención adecuada, oportuna y eficaz.
- **Escuchar activamente** a la víctima buscando comprender su pedido a través de la utilización de un lenguaje sencillo, claro y libre de tecnicismos, así como del uso de parafraseos y clarificaciones que indiquen cuáles son sus necesidades y expectativas frente al proceso de atención.
- **Preguntar** a la víctima **cómo desea ser llamada**, aunque no corresponda con el nombre que aparece en su documento de identidad.
- **Constar que** la víctima **ha comprendido** cada fase del proceso de atención, el alcance de las medidas, los tiempos y los requerimientos, el rol de quien la atiende y el paso siguiente después de concluir el encuentro. Esto puede verificarse a través de preguntas que permitan saber si la persona ha comprendido correctamente la información.
- **Escuchar** no solo lo que la persona está expresando directamente, sino los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo.
- **Identificar** el estado físico y emocional en el que se encuentra la víctima para realizar los ajustes necesarios durante el proceso de atención.
- **No interpretar** ni hacer conjeturas sobre el discurso de la víctima, ni emitir juicios de valor. Por consiguiente, parafrasear y confirmar con la víctima lo que ella quiso expresar. Por ejemplo: "Lo que usted acaba de mencionar es...", "Lo que quiere decir con esto es...", "Ayúdeme a saber si le estoy comprendiendo bien, le estoy escuchando que..." (SNARIV, 2015).
- **Facilitar la expresión de sentimientos** desde un interés genuino por conocer y apoyar a la víctima en el proceso de atención, en el marco de la medida de rehabilitación.
- Ayudar a la persona a **reconocer sus recursos personales**, familiares y comunitarios con los que cuenta, así como las estrategias de afrontamiento (implementadas en otras situaciones difíciles en el pasado) que pueden ayudar a superar la situación (SNARIV, 2015).
- Tener en cuenta la **situación de seguridad física** y emocional de la víctima, a fin de identificar posibles riesgos y amenazas¹² en contra de su vida e integridad o la de su familia.

¹² Amenaza: Es el anuncio o indicio de acciones que puedan causar daño a la vida, integridad, libertad o seguridad de una persona o de su familia. La amenaza puede ser directa cuando está expresamente dirigida contra la víctima o indirecta cuando se presume inminencia de daño como resultado de situaciones emergentes en el contexto de la víctima. La amenaza está constituida por un hecho o una situación de carácter externo y requiere la decisión o voluntariedad de causar un daño (Torres, 2014, p. 14).

- **Reconocer las redes de apoyo** que podría tener la víctima, con el fin de activarlas e indagar sobre valores, intereses y creencias compartidas que puedan llegar a ser soporte o fortalecer las formas de afrontamiento frente a la experiencia de victimización.

Asumir una postura crítica y a favor de las víctimas¹³

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

... Ser neutral en este contexto implica necesariamente ser indiferente ante el dolor generado por el sometimiento a hechos violentos; es olvidar a los que padecen los estragos del desplazamiento forzado, secuestro, tortura, desaparición forzada y cualquier otro hecho de violencia; es invisibilizar sus historias, sus proyectos y su derecho a la justicia, la verdad, la reparación y no repetición de los daños. Ser neutral es obligar a las víctimas a vivir como si nada estu-

... viese pasando, como si todo marchara dentro de los parámetros de la "normalidad". (Aguilera, 2013, p. 70).

Para ello es recomendable:

- **Reconocer la existencia de un conflicto armado** de larga duración en Colombia, lo cual implica identificar las lógicas subyacentes a la concurrencia de los hechos victimizantes que llevaron a la vulneración de los derechos fundamentales de las víctimas, así como su invisibilización y estigmatización.
- **Comprender el contexto en que ocurrieron los hechos violentos**, es decir, reconocer las causas, intencionalidades y modalidades de violencia en contra de personas y comunidades, los patrones de victimización aunados a discursos estigmatizantes y discriminatorios; así como problemáticas de exclusión, subordinación y discriminación de carácter estructural, principalmente en contra de sujetos de especial protección constitucional (SNARIV, 2015)¹⁴.
- **Señalar de manera expresa y clara que los hechos causaron un daño injustificable** y desproporcionado a sujetos individuales o colectivos victimizados, especialmente a aquellos de especial protección constitucional (Grupo de Psicología Social Crítica, 2010, p. 7).

¹³ Basado en: Grupo de Psicología Social Crítica (2010); Torres Flores (2014); SNARIV (2012).

¹⁴ Se entiende por sujetos de especial protección, según la Sentencia T-736 de 2013 de la Corte Constitucional, "a los niños y niñas, a las madres cabeza de familia, a las personas en situación de discapacidad, a la población desplazada, a los adultos mayores, y todas aquellas personas que por su situación de debilidad manifiesta los ubican en una posición de desigualdad material con respecto al resto de la población. Por este motivo, se considera que la pertenencia a estos grupos poblacionales tiene una incidencia directa en la intensidad de la evaluación del perjuicio, habida cuenta que las condiciones de debilidad manifiesta obligan a un tratamiento preferencial en términos de acceso a los mecanismos judiciales de protección de derechos, a fin de garantizar la igualdad material a través de discriminaciones afirmativas a favor de los grupos mencionados".

- Considerar que **la dignificación** de las personas víctimas **se articula a procesos de reconocimiento social y público** frente a la existencia de los hechos de violencia y las causas que generaron la victimización de personas y comunidades. Este reconocimiento se constituye en una base fundamental para la reconstrucción de la confianza entre las víctimas y el Estado (Grupo de Psicología Social Crítica, 2010, p. 7).
- **Reconocer los efectos del poder del lenguaje en los procesos de reparación**, es decir, potenciar el uso de un lenguaje que contribuya a la construcción de ciudadanías plenas, fortalecer las distintas formas de participación de las víctimas y utilizar la palabra como un mecanismo de lucha contra el silencio y la indiferencia (Grupo de Psicología Social Crítica, 2010, p. 7).
- Propiciar que la sociedad reconozca los daños desproporcionados sobre las víctimas, así como su invisibilización, discriminación y estigmatización frente a la sistemática violación de sus derechos (Grupo de Psicología Social Crítica, 2010, p. 7).

Reconocer a las víctimas como sujetos titulares de derechos

Tomando como referente las premisas del Enfoque Psicosocial, esta orientación busca promover el tránsito de la condición de víctima a la de sujeto titular de derechos como cualquier otro ciudadano, enmarcado en la posibilidad de tomar decisiones sobre su propia vida.

Para ello es recomendable (Grupo de Psicología Social Crítica, 2010):

- **Priorizar la voz, el bienestar y las potencialidades de las víctimas**, lo cual implica desarrollar cualquier acción partiendo de la experiencia, los significados

y las necesidades de personas y comunidades victimizadas.

- **Valorar las experiencias y saberes locales** como punto de partida para el desarrollo de los procesos de atención.
- **Reconocer a las personas o comunidades victimizadas desde una mirada integral**, lo que implica identificar las condiciones de afectación por la violencia que han sufrido, pero también sus capacidades, recursos de afrontamiento y estrategias de resistencia (SNARIV, 2015).
- **Promover la toma de conciencia sobre los derechos y deberes de las víctimas**. Esto implica verlas como sujetos activos en los procesos de atención en salud, y no como sujetos pasivos de la intervención del Estado. Las acciones que se realicen en el marco de la política y de la ley buscarán asegurar que en todo momento la víctima pueda tener claridad sobre los tiempos, las condiciones, los procesos y las acciones a seguir para la implementación de las medidas de atención en salud, en el marco de la Rehabilitación, que más se acomoden a las condiciones de su caso, dado que ese conocimiento es lo que asegura que ellas puedan empoderarse en todos los procesos (SNARIV, 2015, p. 29).

3.2 El cuidado emocional de los funcionarios que atienden a víctimas del conflicto armado

Encontrarse con historias dolorosas, de extremo sufrimiento, implica, además de considerar las propias ideas y prejuicios acerca del conflicto armado y los hechos victimizantes en las afectaciones de las víctimas, revisar los procedimientos y acciones en función de los procesos de atención que adelantamos.

Por esa razón, hablar de cuidado emocional¹⁵ en dichos contextos supone un cambio de mirada, al pasar de estar permanentemente orientados hacia las necesidades de otros, para dirigirla hacia uno mismo, su equipo y su organización.

Si bien estos elementos se constituyen en uno de los puntos de partida para reconocer y dignificar a las víctimas desde el marco de la reflexividad y de la acción sin daño, es importante evidenciar el impacto que tiene la labor que desarrollan cotidianamente los funcionarios en su vida personal y profesional. Lo anterior, reconociendo que "Ser testigos de las graves consecuencias que genera el conflicto armado en nuestra población no es desde luego una tarea fácil y no pasa inerte por la vida de quienes optan por tener esperanza en el cambio, al apoyar a la población".

Por lo tanto, se debe "analizar si el contacto con temas de alto impacto emocional como el daño y la violencia en todas sus formas produce un efecto silencioso en nuestra forma de comprender el mundo". Es así que se propone una serie de preguntas y elementos que ayudan a identificar en los funcionarios estos riesgos y afectaciones:

- ¿Solo pensamos en estos temas?
- ¿Nos hemos vuelto expertos en la realidad de las víctimas y en lo que ellas necesitan?

- ¿Estamos asumiendo posturas desde la impotencia, es decir, asumimos nuestra labor técnicamente, tenemos una postura neutral frente al sufrimiento de las víctimas, desarrollamos con rigidez las labores que nos corresponden?
- ¿Estamos asumiendo posturas de omnipotencia, es decir, adoptamos un papel de superioridad, mesiánico, salvador, heroico frente a la situación de las víctimas?
- ¿Estamos reproduciendo en nosotros mismos los síntomas y sufrimientos que las víctimas nos reportan cuando trabajamos con ellas? ¿Las historias de las víctimas se conectan con situaciones propias? ¿A qué posturas nos lleva esto?
- ¿Nos consideramos vulnerables y merecedores también de escucha y protección? ¿Reconocemos el propio dolor y el impacto de la escucha?
- ¿Negamos la realidad dolorosa y nos volvemos técnicos en nuestro trabajo, diagnosticamos rápidamente, desde el supuesto de "ya escuché esto"? (Arévalo, 2007).

Así mismo, en la Tabla 1 se sugieren algunas recomendaciones que pueden ayudar a construir estrategias de acción para el autocuidado¹⁶ emocional y el cuidado de los equipos que brindan atención a víctimas, orientadas a evitar el agotamiento emocional o burnout (Arévalo, 2007)¹⁷.

¹⁵ El Ministerio de Salud y Protección Social presenta el Eje de Cuidado Emocional como parte de la Estrategia Complementaria, que tiene como propósito el desarrollo de acciones institucionales, grupales e individuales para la prevención del agotamiento emocional y el estrés laboral, en profesionales y promotores/as de los equipos psicosociales del Papsivi en los entes territoriales priorizados para su implementación.

¹⁶ **Autocuidado:** Se refiere al cuidado de sí mismo en la dinámica de atención a las víctimas, realizando prácticas sanas y adecuadas, con el fin de evitar caer en el agotamiento emocional laboral conocido como burnout (SNARIV, 2012, p. 118).

¹⁷ **Burnout:** (del inglés: "fundirse o "quemarse"): el burnout y el estrés se originan en una vida en la que la aprobación interna y la satisfacción por la actividad que se está realizando se han perdido. Puede ser comprendido como la factura que estamos pagando por llevar una vida alienada y alejada de nuestra existencia real. El carisma y el

Tabla 1. Elementos para identificar afectaciones emocionales

Ritmos	Miedos	Contención de Emociones
La afectación emocional de los funcionarios a veces se oculta tras un ritmo intenso de trabajo, en el que no existen límites entre la vida familiar y laboral. Las víctimas o la comunidad llegan a ser el centro de sus vidas, más allá de los anhelos y metas personales y de las emociones propias.	Los miedos, la desesperanza, la impotencia y la rabia que sienten las comunidades se vuelven propios, y la mirada externa y analítica sobre el contexto se desdibuja.	Las emociones se contienen y los funcionarios pueden presentar dificultades para dormir, ansiedad, dificultad para centrar la atención, miedo, paranoia permanente; entre otras.
Algunas veces, el trabajo en equipo se dificulta, se presenta tensión y falta de comunicación sobre la manera como son afectados por la labor que desarrollan.		

Fuente: Arévalo, 2007, p. 258.

4. ENFOQUE DE ACCIÓN SIN DAÑO EN LA ATENCIÓN EN SALUD

El enfoque de acción sin daño nos lleva a indagar por el abordaje de los mínimos éticos considerados en los programas o proyectos que se desarrollan en la atención a población víctima frente a aspectos como los conflictos emergentes durante la ejecución; los mensajes éticos implícitos y las relaciones de poder y el empoderamiento de los participantes. En tal sentido, el enfoque de acción sin daño busca “No solo reconocer y analizar los daños que ocasionan las situaciones de conflictos, sino prevenir y estar atentos para no incrementar, con las propias acciones, esos efectos y sí, en cambio, tratar de reducirlos” (Rodríguez, 2010).

Es un enfoque ético basado en el antiguo principio hipocrático de la medicina de **no hacer daño**, Hipócrates señala que la primera consideración al optar por un tratamiento es la de evitar el daño (*priman non nocere*). Se desprende de allí una obligación moral y, en general, la demanda por una continua reflexión

y crítica sobre lo que se va a hacer y sobre *lo actuado* en tanto sus principios, consecuencias e impactos (Rodríguez, 2010, p. 5).

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

- El interés por comprender el contexto donde los actores ejercen sus intervenciones.
- La necesidad de precisar los propósitos que guían el análisis de contexto, en el reconocimiento de los actores y situaciones relacionadas con las dinámicas de violencia, y la identificación de fuentes reales o potenciales de conflicto que pueden desarrollarse de forma violenta.
- El interés por comprender las interacciones que pueden darse entre el ciclo de los proyectos, la gestión de recursos y los intereses o expectativas de diversos actores en relación con aquellos.

Es fundamental tener la posibilidad de extraer conocimiento experiencial, que se logra al reconocer los cambios en la personalidad e incluso la identidad de las personas a quienes se dirige la atención, las transformaciones en lo social y cultural, también en las prácticas asociadas a la exigibilidad de derechos y las formas de relación con el estado.

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

Acción sin daño y Acciones Afirmativas

El Enfoque de Acción Sin Daño implica la lectura del contexto a partir de divisores y conectores, la reflexión sobre los mensajes éticos implícitos y la transferencia de recursos producto de la acción institucional. Propone que en el momento de plantear las acciones y evaluar sus consecuencias, se incluya un análisis ético de las acciones desde el punto de vista de los valores y principios que las orientan, considerando, además de otros criterios, unos principios mínimos (o ética de mínimos) como acuerdos y valores deseables de convivencia humana en condiciones de pluralidad y multicultu-

ralidad, fundamentados en las nociones de dignidad, autonomía y libertad.

En coherencia con lo anterior, el enfoque de acción sin daño integra, a su vez, el concepto de Acciones Afirmativas, el cual hace referencia al desarrollo de acciones distintas por parte del Estado para unos determinados ciudadanos, de modo que por medio de estas se reduzcan escenarios de desigualdad en lo social, cultural o económico. Estas acciones se sustentan en la premisa del *"trato distinto a los distintos"* (Murillo, 2010), en tanto hace referencia a sujetos constitucionalmente definidos como sujetos de derechos individuales y colectivos.

Las acciones afirmativas están presentes en el Papsivi, al reconocer a la persona que se atiende en las particularidades que le han constituido como sujeto. Es decir, las acciones afirmativas rescatan las particularidades de la identidad de una persona que ha sido victimizada en el marco del conflicto armado, para fortalecerla como ser humano y reivindicar su identidad, su construcción individual y el libre desarrollo de su personalidad.

5 ENFOQUE DIFERENCIAL¹⁸

El artículo 13 de la Ley 1448 plantea que el principio de enfoque diferencial "reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad".

¹⁸ **Enfoque diferencial:** Se reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su diversidad étnica, edad, discapacidad, género y orientación sexual que poseen necesidades diferentes, que se encuentran en mayores grados de vulnerabilidad y están reconocidas como sujetos de especial protección constitucional. Frente a estos grupos de personas, es necesaria la prestación de un servicio ajustado, adaptado, especializado, coordinado o diferenciado. El artículo 13 de la Ley 1448 de 2011 establece que las medidas de protección, ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral deben adoptar criterios diferenciales con las particularidades específicas de cada persona. Algunas manifestaciones de la diversidad humana a las que se refiere el enfoque diferencial son niños, niñas y adolescentes, personas mayores, personas con discapacidad, mujeres, población que respondan a las particularidades y grados de vulnerabilidad de cada una de estas poblaciones, a fin de contribuir a la eliminación de los esquemas de discriminación y marginación que pudieron ser la causa de los hechos victimizantes (Torres, 2014, p. 18).

El enfoque diferencial puede entenderse entonces, como el conjunto de medidas y acciones que al dar un trato desigual o diferenciado a algunos grupos poblacionales, garantizan la igualdad en el acceso a las oportunidades sociales. Este trato se justifica en la condición fáctica de que las personas a quienes se otorga un trato diferencial experimentan barreras que limitan su integración en la sociedad, han experimentado desventajas históricas, exclusión, discriminación e injusticias, que en muchas ocasiones han sido causa o han incrementado el riesgo de experimentar hechos victimizantes. Por tanto, las medidas y acciones diferenciadas buscan que las personas puedan acceder en condiciones de igualdad a los derechos, bienes, servicios y oportunidades sociales y compensar injusticias del pasado. (UARIV, s.f.).

Al momento de diseñar acciones y medidas de atención para cada población particular, se deben considerar tres elementos fundamentales: la igualdad social (trato semejante a personas diferentes), la equidad (igual distribución de recursos para poblaciones diferenciadas) y la justicia (prácticas de acción sin daño), de acuerdo con Arteaga Morales (2012):

Igualdad social: “Implica la necesidad de una igual distribución de recursos (y de igual número de oportunidades para acceder a estos) para cada una de las poblaciones diferenciadas” (Arteaga, 2012, p. 20).

Equidad: “Implica la importancia de entregar recursos a poblaciones reconociendo sus diferencias y orientando las acciones a satisfacer sus necesidades, reconociendo posibles desventajas en el acceso” (Arteaga, 2012, p.20).

Justicia: “Capacidad que tienen los sujetos de interactuar sin llegar a perjudicar a otros. Esta concepción de justicia es el repositorio de las prácticas de acción sin daño” (Arteaga, 2012, p.20).

Estos tres elementos se encuentran transversalizados por el Enfoque Étnico, Enfoque de Derechos y Enfoque de Género. Cuando se habla de enfoque diferencial de género, se hace referencia al “análisis de las relaciones sociales que parte del reconocimiento de las necesidades específicas de las mujeres y que tiene por objeto permitir la igualdad real y efectiva entre hombres y mujeres. Desde esta mirada se pretende desarrollar e impulsar normatividad e implementar acciones que propicien el ejercicio de ciudadanía de las mujeres, que disminuyan las brechas de género, y en el contexto del conflicto armado la disminución del impacto diferencial y desproporcionado de género” (Montealegre & Urrego, 2010, p. 5).

5.1 Enfoque diferencial como metodología

El enfoque diferencial, además de ser una perspectiva, se constituye en una metodología al momento de pensar en acciones de atención en salud dirigidas a víctimas del conflicto armado que, a través del uso de categorías diferenciales, permite:

- Generar un análisis de la situación de derechos y vulnerabilidad de la población víctima.
- Visibilizar las diferencias socioculturales y arreglos de género de los diversos grupos poblacionales, así como sus condiciones de vida y sus necesidades básicas insatisfechas.

- Identificar el grado de vulnerabilidad en que se encuentran estas poblaciones (UARIV, s.f.).

Montealegre y Urrego (2016) han mencionado que la inclusión del enfoque diferencial en las investigaciones permite poner en evidencia los impactos particulares del conflicto armado en estas poblaciones, así como la agudización de la situación de pobreza, y las transformaciones familiares, comunitarias, organizativas, del proyecto de vida, llevando a situaciones incluso de exterminio cultural y territorial.

La subordinación y la discriminación a partir de las inequidades de poder han implicado, además, enormes desigualdades en las condiciones de vida y ejercicio de derechos entre hombres y mujeres, y entre las distintas etnias, edades y condiciones de salud, etcétera. A nivel mundial, los fenómenos de feminización de la pobreza, las violencias contra las mujeres, los genocidios, el feminicidio, la migración y el desplazamiento forzado, mayoritariamente de mujeres, de comunidades tribales, indígenas y afrodescendientes evidencian dinámicas de precarización de las condiciones de vida de sectores y grupos poblacionales con identidades específicas en tanto género y etnia, y en condiciones específicas. (Montealegre & Urrego, 2010, p. 9).

La incorporación del enfoque diferencial en el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial y su implementación contribuye a fortalecer una **mirada contextual**, y además permite una doble comprensión frente a las afectaciones y formas de resistencia de las comunidades que han sufrido y sobrevivido al conflicto armado. Estos

son algunos elementos que pueden usarse en un análisis desde el enfoque diferencial:

- ✓ Daños diferenciales por grupo poblacional.
- ✓ Dimensiones étnicas, etáreas, raciales y de género para la comprensión del conflicto armado.
- ✓ Reconocimiento de prácticas históricas de discriminación, subordinación, exclusión e invisibilización.
- ✓ Identificación de intereses estratégicos y su relación con el control por la tierra, el territorio, los recursos, la población civil y los hechos victimizantes.
- ✓ Formas de resistencia individual y colectiva frente a los impactos del conflicto armado.

Según la Sentencia C-371 de 2000, como método de actuación, el enfoque diferencial contempla el diseño de acciones afirmativas tendientes a “favorecer a determinadas personas o grupos, ya sea con el fin de eliminar o reducir las desigualdades de tipo social, cultural o económico que los afectan, o bien de lograr que los miembros de un grupo sub representado, usualmente un grupo que ha sido discriminado, tengan una mayor representación”. Desde esta perspectiva, dentro de las acciones afirmativas, se encuentran (UARIV, s.f.):

- ✓ **Acciones de priorización.** Hace referencia a los procedimientos y acciones para priorizar el acceso a medidas de atención, asistencia y reparación de acuerdo con la situación de vulnerabilidad de sujetos de protección constitucional reforzada.

- ✓ **Acciones de identificación y caracterización.** Se refiere a la identificación o caracterización de sujetos de protección constitucional reforzada, sus necesidades, intereses y capacidades, con el objetivo de dar una respuesta adecuada o diferenciada de acuerdo con sus particularidades; dar una respuesta acorde a su condición de vulnerabilidad; dar una respuesta de acuerdo con los impactos diferenciados del conflicto.
- **Acciones de difusión de derechos y rutas para satisfacerlos.** Se refiere a la información y difusión de sus derechos y rutas de atención, asistencia y reparación a víctimas que son sujetos de protección reforzada.

Asimismo, en la implementación del Protocolo, desde el enfoque diferencial es importante tener en cuenta los siguientes criterios generales (Montealegre & Urrego, 2010):

- ✓ **Fortalecer la participación.** La participación se constituye en un proceso que implica el reconocimiento de la dimensión política, además de ser asumida como un derecho. Por lo tanto, con el desarrollo de los procesos participativos, se posibilita la autoafirmación de los sujetos individuales y colectivos, como sujetos de derecho, en la medida que los involucra de forma activa y decisoria en las relaciones de poder, en el trámite de conflictos e intereses y en el diseño y ejecución de acciones frente a las medidas que los afectan.
- ✓ **Incorporar una perspectiva diferencial de género.** El género es una "categoría de análisis que ayuda a describir, así como a analizar, situaciones y relaciones sociales de poder. En su dimensión descriptiva, la categoría se refiere a la manera como una cultura se apropia de las diferencias sexuales —macho/hembra— e imputa a cada sexo atributos opuestos... Pero la categoría de género, además de describir esta desigual distribución de poder entre hombres y mujeres, permite también develar las distintas dinámicas sociales y políticas que han generado las relaciones de subordinación y dominación que se derivan de ella.
- ✓ Esas dinámicas están, por lo demás, irrigadas de luchas que se desenvuelven, abierta o soterradamente, para ampliar o acortar estas desigualdades de poder en los terrenos sociales, culturales, económicos y políticos" (Sánchez, G., 2011, p. 61).
- ✓ Al incorporar el enfoque diferencial de género en el análisis de la situación de las víctimas y en el diseño de las medidas o acciones, se pueden reconocer y visibilizar impactos diferenciados, relaciones de género antes, durante y después de los hechos violentos, así como relaciones de poder que mantienen prácticas de subordinación, exclusión y discriminación, principalmente de niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas mayores, en situación de discapacidad y de mujeres y personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas.
- ✓ **Reconocer al sujeto desde su historicidad.** "Se trata de desarrollar, de manera participativa, una aproximación histórica que dé cuenta de las formas como se ha configurado, en cada caso, el sujeto social concreto con el cual se interactúa, y la manera en que se ha estructurado la problemática particular y sus determinaciones arraigadas en la discriminación y la exclusión.

- ✓ Historiar los problemas, las relaciones, los sujetos, las luchas o los mismos contextos, en un diálogo con las memorias, resulta de gran trascendencia para una mejor comprensión y ubicación de las intervenciones, identificar cómo se pueden prevenir nuevos daños y contribuir a su mitigación y recuperación" (Sánchez, G., 2011, p. 70).
- ✓ **Reconocer los diversos saberes y promover el diálogo.** Asumir un diálogo respetuoso en el que se debe "Reconocer las diferencias, lo cual implica desvelar imágenes e intereses previos, conocer todos los aspectos desde un enfoque apreciativo y fomentar la empatía en el conocimiento.
- ✓ Valorar las diferencias permite construir valores dialogando y respetando a los otros, fomentando el interés por la diversidad y estimulando la receptividad hacia lo nuevo y desconocido como enriquecimiento de lo propio.
- ✓ Actuar socialmente ante las diferencias significa fomentar la igualdad desde el intercambio y la construcción de relaciones colaborativas y de apoyo" (Arce, 2013, p. 46).
- ✓ **Reconocer la territorialidad física y sociopolítica: los cuerpos, los territorios colectivos y las instituciones propias.** "La interacción con las mujeres, los miembros de la comunidad LGTBI y con los grupos étnicos implica siempre considerar que existe una territorialidad propia que se convierte en el espacio desde donde se afirman las identidades individuales y colectivas, y se levanta la acción preventiva y de rehabilitación frente al daño. Este territorio es un continuo físico, sociocultural y político sin fronteras claras, pero

con referentes concretos en el cuerpo, los cuerpos, los resguardos indígenas, los territorios colectivos afrodescendientes" (Sánchez, G., 2011, p. 71).

- ✓ **Fortalecer el doble blindaje del enfoque diferencial.** "Los derechos de los sujetos de especial protección (mujeres, infancia, adultos mayores o personas con capacidades especiales) no se diluyen en los derechos colectivos de los grupos. Por otra parte, el reconocimiento de los derechos de sujetos de especial protección no puede ir en contravía de los derechos del pueblo o comunidad" (UARIV, s.f.).
- ✓ **Adecuar la institucionalidad del Estado hacia el cumplimiento pleno de los derechos de las víctimas.** "La Corte Constitucional ordena a las instituciones del Estado adaptarse a los derechos y necesidades de los grupos étnicos y no a la inversa" (UARIV, s.f.).

5.2 Enfoque de Curso de Vida

El Enfoque de Curso de Vida permite el reconocimiento de las capacidades de las víctimas y de la interacción familiar, social, política, cultural e histórica en la que se encuentran inmersas; entendiendo que estas pueden variar a lo largo de la vida, generando diferentes roles, vínculos y formas de relación. Para el MSPS, el enfoque de curso de vida es:

El conjunto de trayectorias que tiene un individuo y su familia de acuerdo a los roles que desarrolla a lo largo de la vida (...), las cuales están marcadas por transiciones y significativos. Lo anterior está influenciado por las condiciones biológicas, psicológicas, sociales en los entornos que se desenvuelve el individuo a lo largo de la vida, por

las expectativas sociales referentes a la edad, por condiciones históricas y culturales específicas, así como por acontecimientos individuales únicos. (SNARIV, 2015).

Desde este enfoque se plantean tres ejes organizadores a tener en cuenta: el primero, la **trayectoria**, que hace referencia a “una línea de vida o carrera, a un camino a lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción”(Elder, 1991).

El segundo eje organizador es el de las **transiciones**, que marcan cambios de estados, posiciones y situaciones. Estas transiciones no son consideradas como etapas fijas, predecibles, sistemáticas y rígidas, sino que por el contrario el enfoque plantea:

Las transiciones pueden presentarse en cualquier momento (depende del dominio de que se trate, esto será más o menos probable) sin tener que estar predeterminadas. Aunque también es cierto que sigue prevaleciendo un sistema de expectativas en torno a la edad, el cual también varía por ámbitos, sociedades y grupos de diversa índole. (Elder, 1991).

El tercer eje organizador asociado a los anteriores, es el de **sucesos vitales**, el cual hace referencia a:

Los eventos que provocan fuertes modificaciones que, a su vez, se traducen en virajes en la dirección del curso de vida. Este “cambio de estado”, como lo conciben algunos autores

puede surgir de acontecimientos fácilmente identificables —sean “desfavorecedores”, como la muerte de un familiar muy cercano y significativo, o todo lo contrario—, o bien puede tratarse de situaciones que se califican como subjetivas. En cualquier caso, se presenta un cambio que implica la discontinuidad en una o más de las trayectorias vitales. (Elder, 1991).

En el enfoque de curso de vida, el **desarrollo humano** juega un papel muy importante, entendiéndose este como una expansión de la libertad y de la gama de opciones de vida, de sus posibilidades de Ser y Hacer (...) (Valcárcel, 2006).

En este sentido, la palabra desarrollo tiene implícito el valor por la vida humana e implica un abordaje integral e integrado para garantizar condiciones dignas y de bienestar. Para lograrlo, es importante construir capacidades humanas, así como también facilitar el reconocimiento de los recursos personales, familiares, sociales y culturales.

5.3 Elementos del enfoque diferencial en la atención en salud

5.3.1 Enfoque étnico (Mesa Nacional de Organizaciones Afrocolombianas, 2011)¹⁹.

Atendiendo al impacto diferenciado y a los daños desproporcionados generados por el conflicto armado sobre los grupos étnicos, se expidieron los siguientes decretos-ley: Decreto 4633 de 2011 para comunidades y pueblos indígenas, Decreto 4634 de 2011 para el pueblo gitano-rom y Decreto 4635 de 2011 para las comunidades negras,

¹⁹ Adaptación y síntesis del documento de la referencia

afrocolombianas, palenqueras, raizales, los cuales dictan las medidas para la atención, asistencia, reparación integral y restitución de tierras de estos grupos.

Según la sentencia de la Corte Constitucional T-349 de 1996, la categoría grupos étnicos se aplica a personas que reúnen dos condiciones:

- **Una subjetiva**, referida a la conciencia étnica, entendida como la conciencia que tienen los miembros de su especificidad, es decir, de su propia individualidad, a la vez que de su diferenciación de otros grupos humanos, y el deseo consciente, en mayor o menor grado, de pertenecer a él, es decir, de seguir siendo lo que son y han sido hasta el presente.
- **Y una objetiva**, referida al conjunto de creaciones, instituciones y comportamientos colectivos de un grupo humano (...). En este conjunto se entienden agrupadas características como la lengua, las instituciones políticas y jurídicas, las tradiciones y los recuerdos históricos, las creencias religiosas, las costumbres (folclor) y la mentalidad o psicología colectiva que surge como consecuencia de los rasgos compartidos.

Comunidades y pueblos indígenas²⁰.

Se estima que en la actualidad existen 102 pueblos diferentes y más de 735 resguardos establecidos en 27 departamentos del país, los cuales hablan 64 lenguas y dialectos. La población indígena está constituida por

agrupaciones homogéneas que comparten creencias, tradiciones y cosmogonías propias vinculadas al territorio, donde subsisten diversos planos de representación de la realidad, que son recreados mediante rituales y representados en hitos del territorio bien definidos, los cuales son reclamados como **lugares sagrados**, dado su profundo valor simbólico para las diferentes comunidades. Es por este valor asociado a la cosmología que los caminos, las montañas, las piedras, los ríos, logran un significado definitivo para las comunidades indígenas y hacen que el territorio tenga connotaciones sagradas.

Otro elemento por resaltar es la autonomía indígena, la cual es una potestad reconocida por el Estado dentro de un territorio, y a favor de prácticas de autogobierno o gobierno propio. Un ejemplo de ello es el proceso de concertación en el que se enmarca el Sisipi²¹. La Constitución Política reservó una serie de poderes que los facultan para gobernar sobre sus territorios, con el fin de garantizar su integridad cultural, social y económica (Constitución Política de 1991, art. 246).

Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

Afrodescendientes: Agrupan la comunidad humana en su conjunto, en tanto científicamente se reconoce que esta descende de África. No obstante, y como categoría jurídico-política, la III Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y demás Formas Conexas de Intolerancia adoptó este término para referirse a la

²⁰ Los apartados del enfoque diferencial étnico son tomados textualmente de UARIV, Usaid & OIM (s.f.).

²¹ El componente de salud integral en el marco del Sistema indígena de salud propia e intercultural (Sisipi) es una construcción colectiva entre distintos actores, que busca garantizar el derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas. El carácter de Propio está dado por la Consulta Previa, que es un derecho fundamental de los grupos étnicos de participar y ser consultados cuando se toman medidas legislativas o administrativas que afecten a su comunidad o cuando se decide con respecto a su territorio.

diáspora africana, y como categoría jurídica, el concepto de afrodescendiente da estatus de sujetos de derechos internacionales.

Afrocolombianos: Concepto de carácter eminentemente político, utilizado desde hace algunas décadas por los líderes de la comunidad negra, con el fin de reivindicar o destacar su ancestralidad africana. En los últimos años, el uso de este término se ha generalizado al punto que se utiliza indiscriminadamente con la palabra negro, de acuerdo con el nivel de conciencia o la ubicación política o concepción histórica de quien la usa. A su vez, se ha erigido como una categoría integradora de las distintas expresiones étnicas de la afrodescendencia colombiana.

La comunidad negra de San Basilio de Palenque: La comunidad negra del Palenque de San Basilio, en el municipio de Mahates, Bolívar, se diferencia del resto de comunidades negras del país por contar con un dialecto propio producto de la mezcla de lenguas africanas con el castellano. Fue fundada en el siglo XVII por cimarrones que huyeron al monte para recuperar su libertad, y se asentaron en los valles de los Montes de María.

Raizales del archipiélago de San Andrés y Providencia: Los raizales del Archipiélago de San Andrés y Providencia se diferencian de las comunidades negras del continente porque cuentan con un dialecto propio y prácticas culturales y religiosas más cercanas a la cultura antillana y la influencia anglosajona en la región Caribe. El consejo comunitario es el órgano que ejerce como máxima autoridad de administración interna dentro de las tierras de las comunidades negras. El consejo

comunitario está integrado por la asamblea general y la junta del consejo comunitario (Decreto 1745, 2005, art. 3). La asamblea general es la máxima autoridad del consejo comunitario y está conformada por las personas reconocidas por este, de acuerdo con su sistema de derecho propio y registradas en el censo interno (Decreto 1745, 2005, art. 4).

Pueblo rom: El pueblo gitano o rom hace parte de la diversidad étnica y cultural de la nación y, de acuerdo con sus elementos, valores culturales y étnicos, se considera un pueblo que posee características propias que lo diferencian de otros y del resto de la sociedad mayoritaria. No reconocen un territorio como propio, poseen un idioma llamado romaníe, son patrilineales y patrilocales y están conformados por familias extensas y cohesionadas. Siguen una ley llamada Kris Romaní y tienen conceptos de tiempo y lugar de acuerdo con usos y costumbres ancestrales.

Su forma tradicional de organización social y política es la Kumpany, lo cual, para el caso de Colombia, son grupos patrilineales de por lo menos tres familias que se asientan en municipios y ciudades a lo largo del país. En ella ejercen su justicia propia y autonomía, tanto en sus formas de sustento económico como en la toma de decisiones.

5.3.2 Personas con discapacidad²²

La discapacidad se origina o se exagera a raíz del conflicto armado.

Por lo tanto, se consideran víctimas en situación de discapacidad aquellas

²² Elaborado con base en el documento Subcomité Técnico de Enfoque Diferencial. Personas con discapacidad (UARIV, OIM & Usaid, s.f.). Consultar el apartado sobre la atención a víctimas de Minas Antipersonal (MAP), Munición sin Explotar (MUSE) y Artefactos Explosivos Improvisados (AEI), capítulo Recomendaciones para la atención por tipo de victimización.

personas que, además de haber experimentado los hechos victimizantes, presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial a mediano y largo plazo, que al interactuar con diversas barreras, incluidas las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. La condición de ser víctimas al interactuar con la discapacidad puede generar tres posibles escenarios:

- Cuando el hecho victimizante genera de forma directa la discapacidad física, sensorial, intelectual, mental o múltiple.
- Cuando la víctima ya presentaba una discapacidad antes de la ocurrencia del hecho victimizante, pero el hecho victimizante agravó la discapacidad.
- Cuando la víctima ya ha experimentado el hecho victimizante y luego adquiere la discapacidad. (UARIV, OIM & Usaid, s.f.).

De acuerdo con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, existen por lo menos cinco tipos de discapacidades:

Física: Incluye, en general, a las personas que por cualquier razón tengan movilidad reducida o encuentran barreras para moverse de forma autónoma e independiente o que usan ayudas técnicas, prótesis u órtesis. Son personas que usan sillas de ruedas o bastón, personas de talla baja, víctimas de minas que han sufrido la amputación o mutilación de alguno de sus miembros inferiores o superiores, entre otros.

Sensorial: Incluye, en general, a las personas que por alguna afectación, completa o

parcial, en los sentidos de la vista o de la audición, encuentran dificultades para comunicarse o desempeñarse en sus actividades cotidianas en igualdad de condiciones. Son las personas invidentes o de baja visión, las personas sordas o hipoacúsicas y las personas sordociegas. La sordoceguera no es una simple conjunción entre la ceguera y la sordera, sino una discapacidad totalmente autónoma y diferente a aquellas dos.

Intelectual/Cognitiva: Incluye a las personas cuyo proceso de pensamiento, aprendizaje y adquisición del conocimiento es diferente. Este tipo de discapacidad no hace referencia a una incapacidad para aprender, pensar o adquirir el conocimiento, sino a que quienes se enmarcan en este tipo de discapacidad piensan, aprenden y adquieren el conocimiento de otras maneras, en otros tiempos y a otros ritmos. Son personas con síndrome de Down y con autismo.

Mental: Incluye a las personas cuyas funciones o estructuras mentales son diferentes. Este tipo de discapacidad hace referencia a personas con diagnósticos como depresión profunda, trastorno bipolar, esquizofrenia, entre otras. La sola condición mental no hace que una persona tenga una discapacidad, sino que se requiere consultar las situaciones especiales que tiene en la interacción con los demás, con la sociedad, con su entorno para determinarla. Este tipo de discapacidad no compromete el proceso de aprendizaje, el cual permanece intacto en muchos de los casos y por ello la discapacidad mental no es asimilable a la intelectual.

Discapacidad múltiple: En muchos casos, los tipos de discapacidad que se describen se combinan y generan discapacidades múltiples. Por tanto, la discapacidad múltiple se manifiesta en los casos en que los tipos descritos se combinan en la misma persona.

5.3.3 Niños, niñas y adolescentes (NNA)

Dada la capacidad creativa y de resiliencia que poseen los NNA y que les permite sobreponerse a las adversidades de la vida, es vital que en el momento de la atención integral en la salud se reconozca el papel que tiene el NNA como sujeto activo y transformador, el cual no es solo un receptor de la atención, sino que también propone y facilita el desarrollo de alternativas de cambio en lo personal, familiar, comunitario y colectivo étnico, tal y como lo muestra la Organización Panamericana de la Salud (OPS): “la consideración de los menores de 18 años como sujetos de derechos y protagonistas de su desarrollo cambia la mirada, pues ya no se ven como individuos pasivos de la intervención” (OPS, 2002). Es así como se ha identificado que la participación activa de los NNA:

... aumenta la autoestima de los niños y las niñas y la confianza en sí mismos, fomenta sus capacidades generales, produce mejores rendimientos en todos los aspectos de su vida, refuerza la comprensión de los procesos democráticos y el compromiso en los mismos, protege a los niños con mayor eficacia, brinda la oportunidad de desarrollar el sentido de la autonomía, la independencia y una mayor competencia y adaptabilidad social. (Lansdown, 2004).

En el momento de la atención, es importante comprender las nociones que se tienen de niño, niña y adolescente, así como el lugar que ocupan ellos en la familia, el grupo social y la comunidad. De esta manera se podrá facilitar la construcción de un espacio en el que el NNA tenga *voz propia*, y en el que de manera conjunta se definan los niveles y formas de participación en la definición de su plan.

5.3.4 Jóvenes víctimas del conflicto armado

La atención integral en salud dirigida a jóvenes busca a través de la adopción de acciones incluyentes y afirmativas, el fortalecimiento de sus capacidades y condiciones de igualdad frente a la participación, toma de decisiones, ejercicio de autonomía y retomar el control de sus propias vidas tanto en lo individual como en sus familias, sus comunidades y/o sus colectivos étnicos.

Para este fin, se recomienda considerar los siguientes principios:

- **La autonomía.** Los y las jóvenes víctimas del conflicto armado del país deben ser reconocidos y reconocidas como agentes capaces de elaborar, revisar, modificar y poner en práctica sus planes de vida a través del ejercicio propio e independiente de toma de decisiones. Para esto, desde la atención integral en salud se reconoce la autodeterminación que esta población posee en la escogencia de sus diversas formas de organización, y la posibilidad de expresarse de acuerdo a sus necesidades y perspectivas.
- **La participación.** La atención integral en salud parte del reconocimiento del derecho que los y las jóvenes del país tienen para vincularse a los procesos de toma de decisiones que le conciernen o que afecten directa o indirectamente la obtención de condiciones de vida digna.
- **La igualdad de oportunidades.** A través de la atención integral en salud se pretende desarrollar acciones afirmativas que mitiguen en esta población escenarios de desigualdad y discriminación social a la que están expuestos,

específicamente aquellos en los cuales se ve afectado el desarrollo del proyecto de vida.

- **La innovación y el aprendizaje social.** En el marco de la atención integral en salud, estos elementos son relevantes y por tanto deben incorporarse como base para la atención, permitiendo escenarios de aprendizaje social de manera constante y permanente, la experimentación y la concertación en la toma de decisiones.
- **La diversidad.** La atención integral en salud le apuesta al reconocimiento de la diversidad de la población joven del país bajo un enfoque diferencial de acuerdo a su pertenencia étnica, su identidad de género y orientación sexual y discapacidad, con el ánimo de garantizar la igualdad de oportunidades a esta población.

Atendiendo a lo establecido desde este enfoque, la atención integral en salud dirigida a las y los jóvenes víctimas del conflicto armado le apunta al reconocimiento de los entornos en que viven, sus familias, sus comunidades, sus condiciones laborales, sociales, culturales e históricas, así como los diferentes roles que allí desempeñan, dado que todo lo anterior influye en sus trayectorias y en la manera como esta población transita de un estado o situación a otro. Desde los actores en salud integral, este reconocimiento permite que las acciones de atención tengan un efecto reparador.

5.3.6 Personas adultas mayores víctimas del conflicto armado

Las personas adultas mayores dentro del enfoque de curso de vida tienen una característica particular, relacionada con las múltiples

trayectorias y experiencias que han construido y transformado a través del tiempo y que determinan lo que son y viven en este momento de su vida. Ese conjunto de condiciones tanto individuales como familiares y sociales, sus vivencias y posibilidades de desarrollo marcan diferencias significativas en su autonomía, independencia y en la posibilidad de acceder a bienes y servicios, es decir, pueden favorecer o no el Goce Efectivo del Derecho (GED) en un ambiente de igualdad e inclusión con respecto no solo a sus pares sino a otras personas.

Esas posibilidades o en algunos casos esas inequidades producen un resultado diferencial que facilitan o no la existencia de ciertos recursos para afrontar diversos sucesos vitales.

El envejecimiento se caracteriza por cambios físicos, mentales, individuales y colectivos, siendo un proceso natural, cultural y, por tanto, social, histórico y político. En este sentido, la política nacional de envejecimiento y vejez en Colombia propende por la equiparación de oportunidades que permitan la autonomía, la funcionalidad y ambientes favorables.

Es decir, el envejecimiento y la vejez deben verse desde diferentes aspectos:

- **Biológico:** relacionado con las funciones y estructuras del cuerpo y los cambios que se pueden dar a través de los años, llegando a generar dependencia y pérdida de la funcionalidad.
- **Psicológico:** la vejez se relaciona en ocasiones con disminución de la capacidad funcional y el no reconocimiento de su posibilidad de aportar. Esto afecta la participación en la familia, la comunidad y la sociedad.

- **Familiar:** la viudez, la conformación de núcleos familiares por parte de los hijos, la pérdida de redes, pueden ocasionar que las personas adultas mayores se queden solas, se sientan discriminadas y poco útiles.
- **Demográfico:** las transformaciones poblacionales hacen que la estructura de la pirámide poblacional pueda invertirse, entre otras, por aumento en la esperanza de vida.
- **Socioeconómico:** relacionado con el aspecto demográfico, la mayor parte de las personas adultas mayores no poseen ingresos fijos, la mayoría no cuenta con una pensión y esto limita su acceso a bienes y servicios, por ende puede afectar su desarrollo.
- **Cultural:** el envejecimiento es asumido de forma diferente de acuerdo a cada grupo social, a sus representaciones y prácticas.

Estas características pueden generar una situación de vulnerabilidad particular ante los hechos de violencia.

En la atención integral en salud es importante reconocer las afectaciones psicosociales que han tenido las personas que hoy son adultas mayores, en su proyecto de vida, la vida en relación y en su integridad, así como del disfrute del momento de la vida en que se encuentran. Aunque el objetivo de la atención integral en salud no se centra en atender los daños psicosociales, se entiende que el reconocimiento de estas afectaciones particulares permite un acercamiento diferencial a las necesidades en salud de esta población, lo que a su vez permite un efecto reparador en el marco de la medida de rehabilitación.

La atención integral en salud dirigida a las personas adultas mayores debe contemplar el momento de la vida en que ocurrieron los hechos y las afectaciones que tiene hoy en día. Esto implica reconocer las transformaciones demográficas que a través del tiempo se han dado en el país, donde el envejecimiento poblacional es resultado de la disminución de la población joven y un aumento progresivo de la población adulta mayor.

En el marco de las afectaciones en las víctimas del conflicto, se requiere tener en cuenta, por una parte, que las personas que hoy son adultas mayores probablemente fueron victimizadas en otros momentos del curso de vida; por otra parte, se debe contemplar el envejecimiento de quienes no son hoy en día adultos mayores, siendo víctimas del conflicto armado.

5.3.6 Mujeres, hombres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas víctimas del conflicto armado

El enfoque diferencial de género ha sido entendido desde el Estado a partir de las diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, en el marco del Papsivi se propone un abordaje más amplio en el cual se reconoce de manera diferenciada la atención a las mujeres, los hombres y las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas, dadas las diferencias en materia de afectaciones que han tenido, así como sus particularidades propias. Asimismo, teniendo en cuenta el enfoque transformador, se trabaja desde la perspectiva de las nuevas masculinidades, con el fin de aproximarse a las afectaciones de hombres que han sido víctimas del conflicto armado.

Por otro lado, vale la pena precisar que dentro de las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas se contemplan los sectores sociales lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas, intersexuales (LGBTI), así como aquellas personas que se identifican de otras maneras. Este abordaje permite tener en cuenta las afectaciones particulares dadas sus lógicas de exclusión y *continuum* de violencia, por lo que las orientaciones metodológicas son diferentes a las dirigidas a las mujeres.

Este Enfoque Diferencial se ha centrado en las categorías *identidad de género* y *orientación sexual*, lo que permite entender las relaciones inequitativas que existen entre hombres y mujeres, por un lado, pero también para con las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas. Por ello, es importante entender lo anterior como una categoría amplia, que no habla de hombres y mujeres como grupos homogéneos, ahistóricos y transculturales, sino como personas que responden a características históricas, geográficas, políticas y, por lo tanto, culturales, de las que el conflicto armado se ha nutrido y anclado.

Partiendo de este principio, se definen conceptos básicos para entender las particularidades de las diferentes identidades de género y orientaciones sexuales en Colombia. Así, siguiendo los lineamientos de la Unidad para las Víctimas.

El sexo se entiende (de una manera simplificada)²³ como la clasificación de los

seres en términos biológicos (a partir de los marcadores endocrinos, cromosómicos y gonadales), para la especie humana se ubican las variables de:

- Hembra (o mujer)
- Macho (u hombre)
- Intersex²⁴. (UARIV, 2015).

En este sentido, se requiere entender el sexo como un atributo biológico permite reconocer que no siempre los cuerpos corresponden con la binariedad macho-hembra, por lo que reconocer la intersexualidad como una posibilidad que requiere unas atenciones específicas en la atención psicosocial. Asimismo,

El género determina lo que es esperado, permitido y valorado en una mujer o en un hombre en un contexto determinado. El género no se refiere solo a los hombres y a las mujeres, sino también a las relaciones sociales que se establecen entre ellos. Por ser una construcción sociocultural, es específico de cada cultura y cambia a lo largo del tiempo. (PNUD, 2004).

La comprensión del género como el ejercicio de los roles construidos histórica y políticamente, es muy importante para la atención integral en salud, toda vez que los roles asignados para las mujeres han cambiado drásticamente en el marco del conflicto, viéndose enfrentadas a roles para los cuales, a

²³ Para profundizar en una interpretación más compleja, ver: Mesa Intersectorial de Diversidad Sexual (2011, p. 24). Disponible en: http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2014_politicas_publicas/politica_publica_lgbt_balances_y_perspectivas.pdf.

²⁴ Los términos intersexualidad, intersex o estados intersexuales hacen referencia a personas cuyos marcadores sexuales combinan características de hembras y de machos, erróneamente conocidas como hermafroditas.

diferencia de los hombres, con frecuencia no han sido entrenadas desde la infancia en sus contextos familiares y sociales. Es importante tener en cuenta, como lo menciona la Unidad para las Víctimas en su guía para la orientación a víctimas del conflicto armado desde el enfoque de orientaciones sexuales e identidades de género, que:

La identidad de género es la forma como cada persona se construye, se define, se expresa y vive en relación con su sexo y los elementos de género que adopta. Así, independientemente de su sexo, las personas pueden identificarse como:

- Femeninas
- Masculinas

(UARIV, 2015).

Entender el género únicamente desde una perspectiva binaria (macho-hembra, masculino-femenino) impide entender tanto las identidades de género como las orientaciones sexuales que no son hegemónicas y genera revictimización y acción con daño cuando se trabaja desde lo psicosocial con personas que socialmente no siguen las normas culturales de la heterosexualidad. En ese sentido, para poder generar acciones afirmativas y atenciones que den cuenta de la complejidad de la sexualidad y de las identidades humanas, es necesario contemplar algunos conceptos básicos.

- **Cisgénero:** cuando el sexo de nacimiento coincide con la identidad de género que se ha asignado socialmente a ese sexo. Una persona con genitalidad de macho e identidad de género hombre, por ejemplo.
- **Transgénero o persona Trans:** una persona que ha decidido transitar de una

identidad de género a otra, que no se acomoda a su genitalidad de nacimiento.

- **Transformistas:** personas que asumen estéticas corporales, maneras o formas de expresiones asignadas al sexo opuesto al de su nacimiento, pero estas expresiones no se hacen de manera constante.
- **Travestis:** personas que generan estas acciones de manera permanente.
- **Transexuales:** personas que a través de intervenciones corporales (hormonales, quirúrgicas, etc.) adecúan su genitalidad y corporalidad a su identidad de género.

Nombrar adecuadamente las identidades de género y orientaciones sexuales es importante para hacer acciones afirmativas. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que:

Los tránsitos entre los géneros pueden darse tanto:

- Desde el sexo macho hacia lo femenino, es el caso de las mujeres transgeneristas.
- Desde el sexo hembra hacia lo masculino, es el caso de los hombres trans.
- Desarrollar otro tipo de tránsitos fluidos entre una u otra opción o en el medio de ambas fuera de la estructura dicotómica

(UARIV, 2015).

De esta manera se deben incorporar los cambios pertinentes no solo en el lenguaje, sino también en las maneras de abordar y de

atender a las personas que tienen una identidad de género, o una orientación sexual no hegemónica. Una manera de realizar una acción afirmativa sería, por ejemplo, cuando no se sabe cómo se identifica una persona, debe preguntársele, ¿cómo prefiere que le digan? su nombre identitario y la forma en que prefiere ser tratada (en masculino o femenino, por ejemplo).

A pesar de la escasa información institucional sobre población con identidad de género y orientaciones sexuales no hegemónicas en el marco del conflicto armado, cabe resaltar que la Ley 1448 de 2011 es la primera ley que reconoce explícitamente como víctimas a la pareja del mismo sexo de quien hubiese sido asesinado o desaparecido. Así mismo, la Resolución 090 de 2015 de la Unidad para las Víctimas prioriza en las medidas de atención, asistencia y reparación a personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas víctimas del conflicto. En este sentido, la normatividad reconoce a las personas cuyas identidades de género u orientaciones sexuales no son hegemónicas, en sus particularidades y afectaciones diferenciales, ampliando las

nociones que el Estado ha reconocido tradicionalmente sobre el enfoque de género.

La atención integral en salud es entendida desde la perspectiva del análisis del contexto en términos de las relaciones entre hombres y mujeres en el marco del conflicto armado. Es decir, se entienden las relaciones de poder que los sectores armados han ejercido contra las mujeres y contra las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas. Relaciones que, a su vez, se nutrieron del continuum de violencias que tradicionalmente se ha ejercido contra estas personas en Colombia.

Así, la atención integral en salud está orientada por el enfoque de género al entender estas relaciones, pero también desde el enfoque transformador, al procurar maneras más equitativas de relaciones entre hombres, mujeres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas. Esta relación entre los enfoques es de principal importancia, dadas las estructuras sociales que han alimentado el conflicto armado cuando las afectaciones han tenido como sustrato esas diferencias asimétricas de poder.

ANEXO IV: COMPETENCIAS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN SALUD -EMS

**Este anexo hace referencia a las propuestas desarrolladas por las sociedades y asociaciones que participaron en el desarrollo de este documento, de ninguna manera pretenden dar cuenta de las consideraciones oficiales que tenga el ente gestor.

1. COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA

Dominio	Competencia	Criterios de desempeño Pregrado y posgrado
ACCIÓN PROFESIONAL	Práctica basada en evidencia. Sustenta sus actuaciones profesionales en la mejor evidencia científica disponible, para el diseño y aplicación de procedimientos de evaluación, intervención y consultoría, como en acciones de participación con la comunidad.	Identifica fuentes de evidencia en la literatura científica sobre la atención a víctimas en zonas de conflicto a nivel global y local.
		Fundamenta sus actuaciones y decisiones profesionales e investigativas en el conocimiento de la ciencia psicológica, procesos psicológicos y de otras disciplinas científicas relacionadas con la comprensión de las situaciones relacionadas con el conflicto.
		Aplica la metodología científica en el planteamiento y solución de problemas en su práctica profesional e investigativa, y contribuye al desarrollo y avance de la profesión.
		Evalúa la calidad de la evidencia científica e identifica su pertinencia para el contexto social y cultural en el cual actúa; produce nueva evidencia empírica sobre sus acciones profesionales e investigativas.
		Mantiene altos estándares de competencia profesional para garantizar que sus intervenciones ofrezcan el mayor beneficio posible al paciente.
	Autoevaluación y autocuidado. Mantiene una práctica autorreflexiva y de autoevaluación permanente sobre los resultados, alcances, limitaciones e implicaciones de su actuación profesional y adopta estrategias de autocuidado en su desempeño profesional.	Examina el impacto de su comportamiento como profesional, sobre los resultados de sus intervenciones, en las personas, familias y comunidades y toma de decisiones relacionadas con los cambios que es necesario implementar a lo largo del proceso.
		Ejerce su práctica profesional dentro de los límites de las competencias en las que ha recibido formación.
		Utiliza pensamiento crítico y capacidad para someter sus opiniones a escrutinio, frente a otros profesionales y otros resultados de la práctica psicológica.
		Aplica una metodología científica, para evaluar continuamente el resultado de su acción profesional y para hacer los cambios y ajustes necesarios con base en su autoevaluación.
		Mantiene un compromiso continuo y permanente con la actualización de conocimiento con base en nuevos hallazgos y los integra en su práctica profesional.
Aplica estrategias de autocuidado y toma medidas de protección personal como resultado del desempeño de su actuación profesional.		

Dominio	Competencia	Criterios de desempeño Pregrado y posgrado
ETICA Y VALORES	Responsabilidad: Guía sus actuaciones profesionales por los principios de la ética profesional en beneficio del individuo, la familia, los grupos y las comunidades.	Evalúa permanentemente los resultados, alcances y limitaciones de sus intervenciones, entendiendo que las situaciones a las que han sido expuestas y las situaciones que en la actualidad deben afrontar tanto las personas como las familias y las comunidades son excepcionales y requieren de un conocimiento específico y actualizado.
		Aplica los principios deontológicos que guían el ejercicio profesional del psicólogo.
		Reconoce los potenciales efectos positivos y nocivos de actuar o dejar de actuar profesionalmente con las personas, familias, grupos y comunidades.
		Toma sus decisiones profesionales, teniendo en cuenta las características, valores, preferencias y creencias de las personas, las familias, los grupos y las comunidades.
		Identifica los conflictos éticos y de valores, y elige las acciones apropiadas siempre buscando el beneficio de las personas, los grupos y las comunidades.
		Identifica y evalúa las consecuencias e implicaciones inmediatas y a largo plazo, de sus actuaciones profesionales y reconoce el impacto de las mismas en la vida de las personas.
	Confidencialidad: Garantiza la privacidad y confidencialidad de la información obtenida en el contexto de su acción profesional, siempre y cuando no atente contra la integridad personal y de otros.	Entendiendo la complejidad de las características y condiciones del conflicto armado, explica claramente la naturaleza y límites de la confidencialidad, así como la forma en que se asegurará el manejo adecuado de la información suministrada por las víctimas y toma de decisiones necesarias para garantizarla.
		Se asegura de no proporcionar información sobre la identidad y contenido de la acción profesional, sin autorización de la persona.
		Garantiza la privacidad y la seguridad de los registros derivados de la acción profesional.
	Límites de sus competencias: Reconoce el alcance y el límite de sus competencias profesionales en las cuales ha recibido entrenamiento formal y ha desarrollado experiencia	Actualiza en forma continua sus competencias profesionales en las que ha sido formado, para ofrecer el mejor servicio profesional.
		Reconoce que la actuación profesional está más allá de sus competencias profesionales, toma las acciones necesarias para desarrollarlas o hace referencia a otro profesional que pueda dar respuesta a la necesidad de la persona, familia y/o comunidad.
	Autonomía Respeto y reconoce los deberes y derechos de las personas, familias y comunidades.	Explica claramente el proceso que se llevará a cabo, las estrategias que se utilizarán y los compromisos que se adquieren conjuntamente, y lo implementa solamente con la aprobación y autorización del paciente, promoviendo el derecho a elegir libremente.

Dominio	Competencia	Criterios de desempeño Pregrado y posgrado
RELACIONES INTERPERSONALES	Relaciones con los pacientes: Sustenta sus relaciones interpersonales en el respeto, orientadas a favorecer su acción profesional.	Establece relaciones colaborativas con los usuarios de sus servicios profesionales.
	Relaciones Intradisciplinarias: Participa activamente y hace contribuciones desde su nivel de competencia profesional a los equipos de trabajo con miembros de su disciplina.	Establece relaciones de cooperación con otros colegas de la disciplina, dirigidas a fortalecer los conocimientos que sean de beneficio para la acción profesional.
		Busca activamente fortalecer sus competencias en la interacción con sus colegas, cuando reconoce el límite de estas.
	Relaciones interdisciplinarias: Participa activamente y hace contribuciones desde su nivel de competencia profesional a los equipos de trabajo con miembros de otras disciplinas.	Respeta el aporte de otras disciplinas en su acción profesional y promueve la autonomía profesional.
		Coordina el trabajo en equipos interdisciplinarios, buscando siempre el interés y el beneficio de los pacientes en su acción profesional.
CONTEXTO, CULTURA Y DIVERSIDAD	Capacidad de lectura del contexto Actúa profesionalmente en coherencia con las necesidades de la población colombiana, con el fin de impactar la salud mental, el bienestar y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades.	Coordina el trabajo en equipos interdisciplinarios, buscando siempre el interés y el beneficio de los pacientes en su acción profesional.
		Identifica el aporte particular de otras disciplinas y lo incorpora en su acción profesional.
		Dentro de sus acciones profesionales mantiene un conocimiento actualizado de la organización, estructura y redes de los sistemas de prestación de servicios en salud, de las rutas de atención, así como la normatividad vigente.
	Diversidad y enfoques Contextualiza sus actuaciones profesionales de acuerdo con los diversos enfoques incluidos en los antecedentes legales que impactan en el ejercicio profesional.	En sus decisiones sobre cualquier tipo de acción profesional, tiene presente las características diferenciales y diversas de la población a la que está dirigida su acción profesional, como género, edad, etnia, religión y creencias culturales, entre otras, y hace los ajustes que se requieran para responder a las necesidades particulares de la población, respetando las características personales, sociales y culturales de los pacientes.
	Actúa en correspondencia con el enfoque de acción sin daño, la integralidad de las medidas, enfoque de derechos, diferencial y transformador, con la normatividad vigente en los temas relacionados con salud mental y convivencia social.	

Dominio	Competencia	Criterios de desempeño Pregrado y posgrado
	Análisis Cultural. Identifica las características específicas del contexto cultural en el que va a desarrollar su acción profesional y actúa en correspondencia con dichas características.	<p>Reconoce y respeta las características culturales, tradiciones, idioma y costumbres propias del contexto en el que se desarrollan sus acciones profesionales.</p> <p>Transforma su intervención profesional de acuerdo con los valores, cultura y preferencias de las personas, las familias y las comunidades.</p>
INVESTIGACIÓN	Evaluación del conocimiento. Consulta y hace uso apropiado del nuevo conocimiento, para impactar positivamente los resultados de su práctica	<p>Identifica las diversas fuentes de resultados de investigación y analiza las implicaciones sobre los problemas que aborda.</p> <p>Interpreta y aplica los resultados de la investigación y la práctica, para resolver los problemas relacionados con el ejercicio profesional.</p> <p>Es crítico frente al conocimiento derivado de la investigación científica.</p>
	Gestión del conocimiento: Convierte su práctica en una fuente de investigación-evaluación e identifica diferentes formas de utilizarla y compartirla con el equipo para aportar al desarrollo de su profesión, y al bienestar y cuidado de la salud mental de las personas, los grupos y las comunidades.	<p>Reconoce la investigación como uno de los caminos para evaluar los resultados de su práctica.</p> <p>Implementa el método científico para resolver los problemas relacionados con la salud mental de las personas, las familias, los grupos y las comunidades, siguiendo los principios de la bioética.</p> <p>Está dispuesto a transformar su práctica en función de los resultados que obtiene.</p> <p>Reconoce las múltiples formas de utilizar la información, así como los recursos que requiere para su apropiación.</p>

Fuente: Colegio colombiano de Psicología

2. COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL EN MEDICINA

- Actuar profesionalmente en coherencia con las necesidades de la población víctima del conflicto armado en Colombia, según las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social
- Desempeñarse con compromiso y responsabilidad ética y social, en el marco del

Salud, en cumplimiento de los principios que rigen el desempeño del profesional y procurando transformaciones positivas a favor de la salud y calidad de vida de la población.

cuidado de la vida y la dignidad del ser humano, de los derechos humanos, de las características socioculturales y económicas, individuales y colectivas, para actuar en consecuencia desde su profesionalismo y autodeterminación, en cumplimiento de las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.

- Gestionar recursos para la prestación de la atención integral en salud con enfoque psicosocial dentro del contexto de salud integral, orientada al logro de resultados en salud, en respuesta a las características y necesidades en salud de la población víctima del conflicto armado, del Sistema de Salud y actuando siempre en beneficio de las personas, las comunidades y el desarrollo de la profesión.
- Gestionar conocimientos para la comprensión y solución de las necesidades y problemas de salud individual y colectiva, que procuren el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud y el desarrollo de la profesión.
- Apoyar el fortalecimiento del Equipo Multidisciplinario de Salud mediante la utilización de estrategias pedagógicas, con criterios de pertinencia y calidad, orientados a mejorar su desempeño y desarrollo profesional.
- Realizar acciones con el fin de mejorar el comportamiento individual y colectivo en relación con la conservación y recuperación de la salud, en el marco de las políticas públicas y de acuerdo con el contexto socioeconómico y cultural de la población.

- Realizar actividades encaminadas a evitar, retardar la enfermedad o atenuar sus consecuencias, según la evidencia científica, condiciones y características de la población.

3. COMPETENCIAS DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON SALUD MENTAL

Con relación a las competencias del personal técnico auxiliares de enfermería y que aportan al **cuidado en salud mental a la persona que vive y ha vivido el conflicto**, retomamos las competencias formativas según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en el documento “perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para los auxiliares en las áreas de salud”²⁵.

Las competencias que a continuación se relacionan aportan a la atención que requieren las personas víctimas del conflicto y el posconflicto.

Auxiliar de enfermería

1. Atender y orientar a la persona en relación con sus necesidades y expectativas, de acuerdo con las políticas institucionales y normas de salud.
2. Admitir al paciente en la red de servicios de salud según niveles de atención y normativa vigente.
3. Apoyar la definición del diagnóstico individual de acuerdo con guías de manejo y tecnología requerida.

²⁵ <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Perfiles%20Ocupacionales.pdf> (consultado 12 de diciembre de 2016)

4. Asistir a las personas en las actividades de la vida diaria según condiciones del paciente, asignación y/o delegación del profesional, guías y protocolos vigentes.
5. Participar en el cuidado a las personas para el mantenimiento y recuperación de las funciones de los diferentes sistemas por grupo etario en relación con los principios técnicos científicos y éticos vigentes.
6. Administrar medicamentos e inmunobiológicos según delegación y de acuerdo con técnicas establecidas en relación con los principios éticos y legales vigentes.
7. Brindar atención integral al individuo y la familia en relación al ciclo vital de acuerdo con el contexto social, político, cultural y ético.
8. Generar actitudes y prácticas saludables en los ambientes de trabajo.

4. COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Acofaen viene trabajando hace varios años las competencias del profesional de Enfermería para las diferentes áreas del conocimiento y desempeño del enfermero(a), donde se reflejan los pilares de la Educación en los niveles del: saber (conocer); el saber hacer (la destreza y la habilidad); el saber ser (las actitudes); el saber estar con otros (las interacciones con otras disciplinas) y el saber cambiar (la innovación y la creatividad) con que se debe formar el enfermero en el país.

Este trabajo se ha fundamentado en la Ley 266 de 1996, que regula el ejercicio del profesional de Enfermería en Colombia,

y propone a partir de ella las competencias en el área de salud mental, las cuales deben responder a las necesidades formativas del recurso humano y al cuidado, teniendo en cuenta el contexto, las personas, sus derechos, sus diferencias y sus necesidades específicas para llevar una vida digna y autónoma.

Es así como un grupo de enfermeras posgraduadas en Salud Mental han trabajado las competencias profesionales en esta área, las cuales responden a las necesidades formativas del recurso humano, a los requerimiento en la atención de acuerdo al contexto colombiano actual de posconflicto, a las personas, sus derechos, sus diferencias y sus demandas, para poder llevar una vida digna y autónoma.

Por esta razón, consideramos que las competencias que a nivel de pregrado y posgrado deben tener los enfermeros en el área en salud mental le darán las herramientas para brindar cuidado de enfermería en esta área, integrada en todos los servicios de salud y formar parte de los grupos interdisciplinarios básicos de atención (EMS), que atienden a la persona y/o grupo comunitario que vive el conflicto o el posconflicto.

Para el proceso formativo y desempeño del enfermo(a) en continuo dinamismo, de acuerdo a la situación cambiante del país, el desarrollo de la disciplina, los cambios curriculares, los avances tecnológicos e investigativos, el análisis sistemático de la revisión de literatura, la evaluación y ajustes a la operacionalización de las competencias, se presentan las competencias, que fueron definidas en la publicación sobre los “Lineamientos para la Formación de Enfermería en Salud Mental en Colombia”, publicado por Acofaen en el año 2014:

1. "Participa en la formulación, diseño, implementación, y control de las políticas, planes, programas y proyectos en salud mental desde una perspectiva de atención primaria".
2. "Establece y gestiona políticas, planes y modelos de cuidado en enfermería en salud mental en concordancia con la Ley 1616 del 2013 de Salud Mental, el plan decenal de salud nacional y la política Ley 1448 del 2011, territorial y local, con base en las orientaciones dadas por organismos internacionales como la CIE, OPS, OMS, OEA, Unicef en materia de salud mental".
3. "Dirige, coordina y participa en los programas de servicios de salud mental, de acuerdo a los niveles de atención".
4. "Dirige, coordina y/o participa en la gestión sectorial y atención primaria en salud, que integren el cuidado de la salud mental, o tengan énfasis en salud mental y priorizando la atención de los grupos de mayor vulnerabilidad de la población y los riesgos más relevantes en salud mental, en coordinación con los diferentes grupos interdisciplinarios e intersectoriales".
5. "Ejerce responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, asesorías y consultorías en el área de salud mental".
6. "Define y aplica los criterios y estándares de calidad en las dimensiones ética, científica y tecnológica de la disciplina de enfermería en salud mental".

5. COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

Nominación	Competencia	Acciones (criterios para el desempeño)
Identificación de la complejidad de los contextos y las realidades sociales.	Reconocer, valorar e integrar de manera fundamentada los elementos del contexto que afectan las realidades sociales que viven las personas y las comunidades.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formula diagnósticos y caracterizaciones sociales, sustentados en lecturas críticas elaboradas con las personas, grupos, comunidades y organizaciones, a partir de determinantes sociales, brechas en salud e inequidades del sistema que les afectan. 2. Analiza de manera participativa y sistemática los contextos social, político, económico, cultural y ambiental que inciden en la condición de salud de las personas, familias, grupos, comunidades y organizaciones. 3. Interpreta estadísticas e indicadores que den cuenta de la condición de salud de la población, y participa en la definición de perfiles epidemiológicos y demográficos de las personas, familias y comunidades. 4. Prioriza necesidades de la población y expone estrategias de intervención a nivel institucional, interinstitucional, sectorial o intersectorial para la toma de decisiones o formulación de políticas públicas. 5. Divulga y retroalimenta los resultados de la gestión en salud con los actores del sistema.

Nominación	Competencia	Acciones (criterios para el desempeño)
Planeación desde lo interdisciplinario, con participación ciudadana	Dinamizar, promover y orientar la participación de los ciudadanos y colectivos en la selección, formulación y diseño de alternativas de acción orientadas a la transformación social.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Construye colectivamente políticas, planes, programas y proyectos sociales que privilegien la justicia social, la protección y defensa de los derechos de las personas, las colectividades y el medio ambiente. 2. Traza, define, ejecuta, controla y evalúa la gestión de planes relativos al cuidado primario en salud, de acuerdo con los lineamientos, planes y políticas nacionales y territoriales. 3. Define estrategias que garantizan el acceso a los servicios de salud, bajo los principios de oportunidad, integralidad, continuidad, equidad, inclusividad y solidaridad en los ciclos vitales del ser humano.
Intervención en los procesos sociales para la transformación de escenarios del SGSSS.	Construir procesos de desarrollo humano, con perspectiva de derechos, conjuntamente con los actores del sistema.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrolla métodos de intervención profesional con personas, familias, grupos, comunidades y organizaciones, de manera analítica, creativa y pertinente, según la complejidad de las problemáticas sociales. 2. Coordina acciones y servicios en organizaciones y entidades de los sistemas de bienestar social y de protección, para afrontar y mejorar la calidad de vida de diversas poblaciones en condiciones de desigualdad, exclusión, desarraigo, riesgo y vulnerabilidad social. 3. Defiende y promueve la restitución de derechos humanos de las personas y las colectividades, con enfoque diferencial, según su ciclo vital para hacer posible la convivencia y la ciudadanía activa. 4. Actúa con sensibilidad social y compromiso por la humanización en la prestación de los servicios de salud, de acuerdo con las particularidades del contexto, articulado a los procesos de gestión humana de las instituciones. 5. Gestiona la creación, activación y consolidación de redes sociales y de apoyo para el fortalecimiento del tejido social, el cuidado primario en salud y la acción de líderes comunitarios. 6. Recupera, con los sujetos y las colectividades, las experiencias de la práctica social, desde una mirada analítica y reflexiva sobre lógicas internas y posibilidades de innovación. 7. Genera conocimiento profesional y diálogo de saberes sobre la práctica social a partir de la reflexión sobre la acción; sistematiza y divulga las experiencias de intervención.
Actuación ética.	Fundamentar, ética y políticamente, la acción profesional en los diversos contextos de desempeño con responsabilidad social, según los derechos humanos, los principios éticos, democráticos, de justicia social, de respeto por la multiculturalidad, el medio ambiente y las diversidades.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconoce las diversas expresiones culturales de las personas y sus familias, los grupos y las comunidades, para la contextualización de la intervención. <p>Enfatiza su responsabilidad en acciones y recomendaciones, en áreas de su competencia, y asume las consecuencias de su actuar profesional con transparencia, confidencialidad y honestidad.</p>

Nominación	Competencia	Acciones (criterios para el desempeño)
Investigación social	Generar conocimiento social disciplinar, para comprender e intervenir en la realidad social y dinamizar el quehacer interdisciplinar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica realidades sociales que permitan la construcción de conocimiento interdisciplinar respecto de temáticas relacionadas. 2. Desarrolla investigación que permita la identificación de grupos con probabilidades de enfermar, a partir de procesos participativos en salud. 3. Utiliza información cuantitativa y cualitativa para explicar y comprender las realidades sociales, aplicando enfoques teóricos y metodológicos

Fuente: Consejo Nacional de Trabajo Social.

COMPETENCIAS TRANSVERSALES

Nominación	Competencia	Acciones (criterios para el desempeño)
Gestión de acciones con equipos interdisciplinarios, aplicables al contexto del Sistema de Salud colombiano	Constituir y movilizar equipos y redes sociales como base para el cuidado integral y defensa de los derechos de las personas en cuanto a la salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participa en la elaboración, ejecución y evaluación de programas y proyectos para difusión de los factores que afectan la salud de la población, con su participación activa. 2. Aporta al equipo de salud en el estudio, la comprensión y la transformación de la interrelación entre las variables sociales, económicas y culturales que inciden en la etiología de las enfermedades. 3. Interviene las variables sociales que retardan o impiden el logro de los objetivos en salud, seleccionando los casos de alto riesgo y aportando información básica para los diagnósticos y los tratamientos tempranos. 4. Interviene en el equipo de salud para atender, reducir o reparar los daños causados por las enfermedades de las personas, familias, grupos o comunidades. 5. Genera dinámicas educativas en el marco de la garantía de derechos de las personas, grupos o comunidades, dirigidas al personal que labora en las instituciones de salud.
Gestión de acciones con equipos interdisciplinarios, aplicables al contexto del Sistema de Salud colombiano	Constituir y movilizar equipos y redes sociales como base para el cuidado integral y defensa de los derechos de las personas en cuanto a la salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conceptúa sobre situaciones relacionadas con la salud para población con diversas capacidades para que accedan al servicio de salud pertinente en la perspectiva de la inclusión social. 2. Realiza reportes legales, con pronunciamientos judiciales que definen medidas de protección parcial y definitiva, cuando se presenta violación de derechos. 3. Orienta y articula la prestación de servicios a otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, procurando eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud.

Nominación	Competencia	Acciones (criterios para el desempeño)
Análisis del estado de salud de la población	Generar dinámicas de trabajo con el equipo de salud, para identificar y desarrollar acciones o procesos que faciliten y promuevan el mantenimiento de la salud de la población.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejerce la defensoría de los derechos de los sujetos individuales y colectivos en los procesos contemplados en el Sistema de Salud colombiano, en cuanto a control, prestación y aseguramiento. 2. Interviene para que en las zonas donde existe conflicto armado, las víctimas reciban atención integral.
Veeduría para el seguimiento de lo previsto por el Sistema de Salud colombiano	Coordina los actores del Sistema de Salud colombiano para garantizar los derechos contemplados en el él.	Armoniza los componentes del Sistema de Salud colombiano con los planes, programas y proyectos institucionales, para una atención digna y de calidad en salud.

Fuente: Consejo Nacional de Trabajo Social.

ANEXO V: HISTORIA CLÍNICA

Este anexo sugiere aspectos a abordar en la entrevista con una víctima del conflicto armado. Cabe resaltar que la historia clínica deberá responder a la normatividad nacional vigente.



A. Información General:

1. Nombre
2. Dirección Domicilio
- Teléfono Celular E-mail
3. Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento
4. ¿Quién te sugirió consultar?
5. En caso de emergencia avisar a Teléfono

B. Antecedentes Médicos

6. Si en la actualidad sufres, o anteriormente has sufrido de alguna enfermedad

7. Si en la actualidad te encuentras bajo algún tratamiento médico:

8. Si en la actualidad te encuentras bajo algún tratamiento con drogas, por favor indica:

9. Si has estado en tratamiento psicológico o psiquiátrico anteriormente, por favor explica:
Motivo Tipo de tratamiento Fechas

C. Información Familiar

10. Por favor cuéntame los siguientes datos sobre tus padres y hermanos (Nombre, Edad, Escolaridad, Ocupación) y nivel de satisfacción de la relación con cada uno de ellos en una escala de 1 a 10. (1 = Totalmente insatisfecho (a);

10 = Totalmente satisfecho (a))

Padre

Madre

Hermanos

Esposo

11. Si existen o han existido problemas de algún tipo en tu familia por favor descríbelos:

12. ¿Cómo describirías el tipo de relaciones que predominan en tu familia? (Es una familia unida, independiente, conflictiva, afectuosa, etc.) Información religiosa

13. Por favor indica tu religión

14. En una escala de 1 a 10, indica por favor ¿Qué tan creyente eres?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Medianamente Totalmente

15. En una escala de 1 a 10, indica por favor ¿Qué tan practicante eres?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nunca Ocasionalmente Siempre

D. Ambiente social

16. ¿Con quién vives en la actualidad?

Nombre, Edad, Relación

17. ¿Qué personas son importantes para ti? Por favor incluye aquí a las personas con quienes actualmente tienes una relación continua o permanente. No repitas ninguno de los nombres que diste en el punto anterior.

Nombre, Edad, Relación

18. ¿Con qué frecuencia participas en actividades sociales (reuniones con amigos, fiestas, paseos)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nunca Ocasionalmente Siempre

19. ¿Cuál es tu nivel actual de satisfacción en tus actividades sociales?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Medianamente Totalmente

Observaciones

E. Información Académica

20. Por favor, escribe en orden cronológico los colegios en los cuales has estudiado

Edades Fecha Colegio Curso

21. En una escala de 1 a 10, por favor describe cómo es o fue, en general, tu desempeño académico

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy bajo Medio Excelente

22. ¿Cuál es tu nivel actual de satisfacción con el estudio?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy bajo Medio Excelente

Observaciones

G. Aficiones, intereses y recreación

23. Por favor escribe a continuación el tipo de actividades a las que te dedicas actualmente en tu tiempo libre, cuando no tienes que desempeñar ninguna obligación académica (v.g. Lectura, música, arte, deportes, juego, cine teatro, etc.) Describe la frecuencia en una escala de 1 a 5 (diariamente = 5; semanalmente = 4, dos veces al mes = 3; mensualmente o menos = 2.5)

24. ¿Qué tipo de aficiones o actividades de recreación que no estés realizando en la actualidad te gustaría desarrollar en el futuro?

Tipo de actividad Frecuencia Satisfacción

25. ¿Cuál es tu nivel de satisfacción actual en tus aficiones, intereses y recreación?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy bajo Medio Muy alto

Observaciones

H. Autodescripción

26. Describe tu aspecto físico ¿Cómo eres?

27. ¿Cuáles son tus preferencias? ¿Qué te gusta? ¿Qué cosas, personas, situaciones o actividades te producen agrado o placer?

28. ¿Qué cosas, personas, situaciones o actividades específicas te producen nervios, incomodidad, tensión o tristeza?

29. ¿Qué tipo de reacciones tienes cuando estás de mal genio? ¿Qué cosas haces?

30. ¿Qué tipo de reacciones tienes cuando estás nervioso (a) o tenso (a)?

31. Generalmente ¿Qué haces y cómo reaccionas cuando estás triste?

32. ¿Cuáles son tus cualidades personales? ¿Qué diría una persona que te conoce bien si le preguntaran cuáles son tus puntos positivos?

33. ¿Cuáles son tus limitaciones personales? ¿Qué diría una persona que te conoce bien si le preguntaran cuáles son tus principales defectos?

I. Motivo de consulta

34. Por favor, describe las principales razones, problemas o quejas por los cuales has decidido buscar la atención.

35. ¿Desde cuándo has tenido estas dificultades?

36. ¿A qué crees que se deben estos problemas?

37. ¿Qué personas, situaciones o actividades parecen producir o empeorar estas dificultades?

38. ¿Qué personas, situaciones o actividades parecen ayudar a mejorar estas dificultades?

39. ¿A quién le has pedido consejo respecto de estos problemas? ¿Cuándo y con qué resultados?

J. Otras áreas de ajuste

40. ¿Tienes o has tenido dificultades para hacerte respetar y para hacer valer tus derechos, o para expresar desacuerdo o resentimiento cuando es apropiado, o para impedir que otras personas se aprovechen de ti? Por favor explica

41. ¿Tienes o has tenido periodos de profunda tristeza o depresión en los que no sientes ánimo para desempeñar ninguna actividad? Explica

42. ¿Tienes o has tenido alguna dificultad para establecer relaciones afectivas con otras personas?

Por favor, explica

43. ¿Tienes o has tenido algún tipo de temor muy intenso ante alguna situación u objeto que interfiera en tu actividad normal? Por favor explica

44. ¿Tienes dolores de cabeza con frecuencia?

45. ¿Tienes o ha tenido problemas para controlar tu consumo de bebidas alcohólicas? Por favor explica

46. ¿Has probado alguna vez marihuana, u otras sustancias no prescritas médicamente? Por favor, explica

K. Metas personales

47. A continuación describe tus metas personales en las siguientes áreas:

Familiar:

Pareja:

Social:

Académica:

Recreación/Deporte/Tiempo/Libre:

Salud:

Espiritual:

Responsabilidades personales

48. ¿Qué esperas obtener de la presente atención?

49. ¿Qué otra información que no haya estado incluida en la presente entrevista consideras que podría ser útil para tu atención?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, A. (2013). Componentes epistemológicos y metodológicos de la atención psicosocial a víctimas de guerra y violencia política en Colombia. *Revista Tesis Psicológica*, 8 (1), 68-79.
- Arce, R. (2013). *Diálogo e interculturalidad en contextos de conflictos vinculados a la gestión de los recursos naturales*. Perú: Cooperación Alemana Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, GIZ.
- Arévalo, L. (2007). Retos para la intervención con individuos, familias y comunidades en el contexto de la violencia sociopolítica. En Y. Puyana & M. H. Ramírez. *Familias: cambios y estrategias*. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas - Alcaldía Mayor de Bogotá - Secretaría Distrital de Integración Social.
- Arteaga, B. I. (2012). El enfoque diferencial: ¿una apuesta para la construcción de paz? En B. I. Arteaga, D. A. Walteros y O. D. Andrade (coords.). *Identidades, enfoque diferencial y construcción de paz*. [serie Documentos para la paz N.º 3]. Bogotá: Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, Observatorio de Construcción de Paz. Recuperado de: http://www.utadeo.edu.co/files/collections/documents/field_attached_file/serie3_1.pdf
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington: Banco Mundial.
- Balshem, H. et al. (2011). Grade guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, 401-406.
- Bardach, E. (2012). *Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving*. 4th Edition. Sage.
- Bello, M. N. (2014). *Aportes teóricos y metodológicos para la valoración de los daños causados por la violencia*. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica.
- Carrasquilla, G. (coord.). (2014). *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano*. Bogotá: Fundación Sata Fe de Bogotá. Recuperado de: http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos%20compartidos/Guia_Metodologica_Web.pdf
- International Crisis Group (2006). Colombia: ¿hacia la paz y la justicia? *Informe sobre América Latina*, 16.

- Congreso de Colombia. (16 de febrero de 2015). *Ley Estatutaria de Salud*. [Ley 1751 de 2015]. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>
- _____ (21 de enero de 2013). *Ley de Salud Mental*. [Ley 1616 de 2013]. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=51292>
- _____ (20 de diciembre de 2011). Decreto 4800 de 2011. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=45063>
- _____ (19 de enero de 2011). *Ley de Reforma a la Salud*. [Ley 1438 de 2011]. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
- _____ (10 de junio de 2011). *Ley General de Víctimas*. [Ley 1448 de 2011]. DO: 48.096. Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1448_2011.html
- _____. (25 de julio de 2005). *Ley de Justicia y Paz*. [Ley 975 de 2005]. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=17161>
- Corte Constitucional. (2015). *Constitución Política de Colombia*. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>
- _____ (2 de febrero de 2010). Sentencia T-045. [MP María Victoria Calle Correa]. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-045-10.htm>
- _____ (31 de julio de 2008). Sentencia T-760 de 2008. [MP Manuel José Cepeda Espinosa].
- Donabedian A. (1985). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol. I: The definition of quality and approaches to its assessment; Vol. II: The criteria and standards of quality; Vol. III: The methods and findings of quality assessment and monitoring: An illustrated analysis. Ann Arbor: Health Administration Press.
- _____ (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Q*, 44, 166-206.
- Echeverri, J. Á. & Román, Ó. (2008). Diálogos de saberes y meta-saberes del diálogo. Una perspectiva amazónica. *Revista de Estudios Sociales Comparativos*, 2(1), 16-45.
- Elder, G. (1991). Lives and social change. En W. R. Heinz. *Status passages and the Life Course*. Volumen I: Theoretical advances in life course research. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

- Equipo técnico Comité Ejecutivo Sistema Nacional de Bienestar Familiar (2016). *Lineamientos para la inclusión de la primera infancia, la infancia y la adolescencia en los planes territoriales de desarrollo*. Recuperado de: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/bienestar/sistema-nacional/2.%20LINEAMIENTOS%20INFANCIA_VERSION%20COMPLETA.pdf
- Frenk, J. (2000). Perspectives. *Bull World Health Organ*, 78(6), 857-860.
- González, F.; Kellison, J. G.; Boyd, S. J. & Kopak, A. (2010). A Methodology for Conducting Integrative Mixed Methods Research and Data Analyses. *J Mix Methods Res*. 20, 4(4), 342–360.[doi:10.1177/1558689810382916].
- González, P. A. & Macías, A. (2015). *An ontological turn in the debate on Buen Vivir – Sumak Kawsay – in Ecuador: Ideology, Knowledge, and the Common*. Latin American and Caribbean Ethnic Studies. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/1744222.2015.1056070>
- Grupo de Psicología Social Crítica (2010). Principios éticos para la atención psicosocial. *Revista de Estudios Sociales*, 36, 127-131. Recuperado de: <http://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/res36.2010.11>
- Joanna Briggs Institute (2014). *Reviewers' Manual*, Suplemento.
- Lansdown, G. (2004). La participación y los niños más pequeños. En: *La participación en la primera infancia ¿Retórica o una creciente realidad? Espacio para la infancia*.
- Laurell, A.C. (1992). La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades sociopolíticas. *Cuadernos Médico Sociales*, 60.
- Lira, E. (ed.) (1989). *Derechos humanos: Todo es según el dolor con que se mira*. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos.
- Mesa Nacional de Organizaciones Afrocolombianas (2011). *Propuesta de decreto ley para las víctimas afrocolombianas, negras, palenqueras y raizales, con ocasión de las facultades extraordinarias otorgadas en el artículo 205 de la Ley 1448 de 2011*. Bogotá: Embajada del Reino de los Países Bajos en Colombia.
- Ministerio de la Protección Social (2009). *Enfoque psicosocial en la atención a la población desplazada, confinada o en riesgo*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social - Organización Panamericana de la Salud - Universidad Tecnológica de Pereira. Recuperado de: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=240-enfoque-psicosocial-en-la-atencion-a-la-poblacion-desplazada-confinada-o-en-riesgo&Itemid=688

- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Resolución 429 de 2016. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
- _____. (2013a). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
- _____. (2013b). *Anexo 1. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas*. [Documento interno]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social.
- _____. (2004). *Lineamientos de Intervención Psicosocial con víctimas de la violencia y el desplazamiento forzado 2004-2012*. Bogotá: Minsalud.
- Montealegre, D. M. & Urrego, J. H. (2010). Enfoques diferenciales de género y etnia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz y la Convivencia (PIUPC).
- Murillo, P. E. (2010). Las medidas de acción afirmativa o medidas especiales: para reparar las injusticias históricas y la discriminación. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cOQ6yRHGCzwJ:s5b33cdf930697ef6.jimcontent.com/download/version/1460337976/module/9570648452/name/Las%2520medidas%2520de%2520acci%25C3%25B3n%2520afirmativa%2520o%2520medidas%2520especiales%2520para%2520reparar%2520las.pdf+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>
- Murphy, M. K. et al. (1998). Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technology Assessment NHS, R&D HTA Programme*, 2(3).
- Navarro, S; Pérez. P. & Kernaj, F. (2011). Consenso mundial de principios y normas mínimas sobre trabajo psicosocial en procesos de búsqueda e investigaciones forenses para casos de desapariciones forzadas, ejecuciones arbitrarias o extrajudiciales. Recuperado de: <http://www.hchr.org.co/publicaciones/libros/normas%20minimas%20NRJ%20FINAL.pdf>
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2016). *Temas de salud*. Ginebra. WHO. World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS (2002). *Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias*. Cap. III, sección 3.5.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2004). *Cómo elaborar una estrategia de género para una Oficina de País*. San Salvador: PNUD.

- Rappaport, J. (ed.) (2004). *Retornando la mirada: una investigación colaborativa interétnica sobre el Cauca a la entrada del milenio*. Popayán: Universidad del Cauca.
- Rodríguez, A. L. (2010). *El enfoque ético de la acción sin daño*. Bogotá: Oficina de Cooperación Suiza en Colombia - Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (GTZ) - PIUPC - Universidad Nacional de Colombia.
- Rycroft, J. (2001). Formal consensus: the development of a national clinical guideline. *Quality Health Care*, 10, 238- 244.
- Savigny, D. & Taghreed, A. (eds.) (2009). *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud*. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. OMS.
- Sánchez, G. (coord.). (2011). *La memoria histórica desde la perspectiva de género. Conceptos y herramientas*. Bogotá: CNRR – Grupo de Memoria Histórica. Recuperado de: https://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2011/la_reconstruccion_de_la_memoria_historica_desde_la_perspectiva_de_genero_final.pdf
- Sánchez, N. et al. (2011). *Reparación psicosocial. Fundamento para la reparación integral de personas víctimas del conflicto armado*. Bogotá: Cinep.
- Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas - SNARIV (2015). *Guía de medidas de satisfacción*.
- _____(2012). *Guía interinstitucional para la atención a las víctimas del conflicto armado*. Bogotá: Scripto SAS.
- _____- Subcomité Técnico de Medidas de Satisfacción (s.f.). *Lineamientos para llevar a cabo procesos de reconocimiento público de la responsabilidad en la comisión de hechos victimizantes y solicitudes de perdón público*. Recuperado de: <https://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/Lineamientos%20para%20llevar%20a%20cabo%20procesos%20de%20reconocimiento%20publico.pdf>
- Svendsen, M.L.; Ehlers, L. H.; Andersen, G. & Johnsen, S. P. (2009). Quality of care and length of hospital stay among patients with stroke. *Med Care*, 47(5), 575-582 [doi: 10.1097/MLR.0b013e318195f852].
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas - UARIV (2015). *Guía para la Orientación a víctimas del conflicto armado desde el enfoque de orientaciones sexuales e identidades de género. Guía para servidores públicos*. Bogotá: Presidencia de la República.
- _____(2013). *Conceptualización enfoque diferencial*. Enlaces Grupos enfoque diferencial. Bogotá.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas - UARIV, Organización Internacional para las Migraciones - OIM, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - USAID (2014). *Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas*. Recuperado de: <https://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/Elementos%20para%20la%20incorporacion%20del%20enfoque%20psicosocial%20en%20la%20atencion,%20asistencia%20y%20reparacion.pdf>

_____. (s.f.). *Subcomité Técnico de Enfoque Diferencial. Personas con discapacidad*. Recuperado de: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/LINEAMIENTO%20ENFOQUE%20DIFERENCIAL%20PERSONAS%20CON%20DISCAPACIDAD.pdf>

_____. (s.f.). *Enfoque étnico. Pueblos y comunidades indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y pueblos rom*. Recuperado de: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/enfoqueetnico.PDF>

Valcárcel, M. (2006). *Génesis y evolución del concepto y enfoque sobre el desarrollo*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

