

Ruta MAP–MUSE

Ruta integral de atención en salud y rehabilitación funcional para víctimas de minas Antipersonal - MAP o municiones sin explotar – MUSE



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ

Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA

Viceministro de Protección Social

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA

Secretario General

MARITZA ISAZA GÓMEZ

Jefe Oficina Promoción Social

Ministerio de Salud y Protección Social

JAZMINE LARA DÍAZ

Coordinadora Grupo Gestión en Discapacidad

Ministerio de Salud y Protección Social

CAROLINA SOLARTE PALECHOR

Grupo Gestión en Discapacidad

Ministerio de Salud y Protección Social

Julio 2025

Contenido

Introducción	5
Propósito de la Ruta.....	7
Alcance de la Ruta	7
Antecedentes normativos	8
Glosario de siglas y acrónimos.....	29
Definiciones.....	31
Responsabilidades de los actores claves.	41
Descripción de la Ruta.....	52
Etapa 1. Atención Prehospitalaria	56
Etapa 2. Atención de urgencias.....	60
Etapa 3. Atención hospitalaria	64
Etapa 4. Rehabilitación funcional.....	66
Etapa 5. Rehabilitación integral.....	75
Acciones diferenciales para niños, niñas y adolescentes	80
Acciones diferenciales para pueblos y comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y Rrom.....	82
Acciones diferenciales para población migrante	99
Acciones diferenciales con enfoque de Género.....	102
Seguimiento a la implementación de la Ruta y gestión de casos	106
Anexos	112

Listado de Anexos

Anexo 1. Inscripción en el Registro Único de Víctimas (RUV)	112
Anexo 3. Solicitud de indemnización por muerte y gastos funerarios	116
Anexo 4. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	118
Anexo 5. Diligenciamiento de la ficha de notificación:	120
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) Código INS 452	120
Anexo 6. Medios para interponer queja ante negación de servicios de salud	122
Anexo 7. Información requerida en la historia clínica	124
Anexo 8. Solicitud de la ayuda humanitaria a la Unidad para las víctimas	126
Anexo 9. Indemnización reconocida por la UARIV	129
Anexo 10. Ruta de acceso al procedimiento de certificación y Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad – RLCPD	133
Anexo 11. Indemnización por lesiones que causen incapacidad permanente	134
Anexo 13. Provisión de dispositivos médicos sobre medida de (ayuda auditiva, visual, oral y otras ayudas técnicas) ----	139
Anexo 14. Certificación del accidente por parte de la personería municipal	141
https://www.adres.gov.co/VUD/Paginas/informacion-reclamacion.aspx Anexo 15. Circular Externa 004 de 2017	142
Anexo 16. Recomendaciones INVIMA	144
Anexo 17: Formato de solicitud Traslado con apoyo de la Fuerza Aérea Colombiana FAC	145
Anexo 18: Formato Directorio Actores Territoriales Municipio o Distrito	148
Anexo 19: Formato Mapa de Oferta Territorial	149
Anexo 20: Formato Directorio telefónico Nacional	150

Introducción

Este documento presenta la actualización de la Ruta Integral de Atención en Salud y Rehabilitación Funcional para las Víctimas de Minas Antipersonal - MAP, Municiones Sin - Explosionar MUSE, expedida por este ministerio en el año 2016, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS con enfoque diferencial.

Se encuentra correlacionada con lo establecido en la Ley 1448 de 2011, a través de la cual, el Gobierno Nacional dictó medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno, Ley prorrogada mediante la Ley 2078 de 2021 por diez (10) años, hasta el 10 de junio de 2031 y modificada por la Ley 2421 de 2024 *y se dictan otras disposiciones sobre reparación a las víctimas del conflicto armado interno*; así como con la legislación existente en el marco del sistema de salud colombiano, los lineamientos propuestos en Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI y la Política pública de discapacidad e inclusión social. En tal sentido, involucra acciones articuladas de orden intersectorial.

La metodología implementada para el proceso de actualización de la Ruta estuvo basada en el desarrollo de mesas de trabajo, en las que participaron diferentes dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, posteriormente, en el marco de la Subcomisión Técnica de Asistencia a Víctimas de MAP/MUSE, coordinado por el Consejero, se socializó el documento preliminar, sobre el cual se recibieron observaciones e insumos de actores claves, entre ellos la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas – UARIV, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, la Superintendencia Nacional de Salud, la Oficina del Consejero Comisionado de Paz – OCCP Grupo AICMA, la Consejería Presidencial para la Participación de las personas con discapacidad, acompañados de la Procuraduría General de la Nación.

La Ruta es una herramienta guía para, los servidores públicos responsables de su implementación, actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, personas víctimas de MAP – MUSE, sus familias y cuidadores y organizaciones de personas con discapacidad, sobre las acciones que se requieren desde el momento de la activación de la Ruta, hasta el desarrollo de procesos de inclusión social de las víctimas de MAP/MUSE.

Por tanto, incluye orientaciones desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS; el financiamiento y pago de la atención en salud; el reconocimiento de gastos de transporte, la ayuda humanitaria¹, prestaciones económicas e indemnización por vía administrativa; el procedimiento para la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD, el Registro Único de Víctimas y el directorio de entidades de orden nacional, que participan en el proceso, las cuales buscan posibilitar el acceso de las entidades competentes durante las diferentes etapas de la Ruta de atención en salud y rehabilitación.

En esta versión, se incluyen acciones diferenciales específicas para niños, niñas y adolescentes, población étnica, población migrante y según género, sobre la adaptabilidad en la prestación de los servicios de salud; y se fortalece la etapa cinco de Rehabilitación integral con base en la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC y el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI.

Se incluye un capítulo sobre el seguimiento a la implementación de la Ruta a través de mesas de gestión de casos, desde lo municipal o distrital, departamental y nacional, que permitirá fortalecer la capacidad de resolución y la superación de barreras de acceso a los servicios de salud y rehabilitación funcional de las víctimas.

En esta actualización se explica la Ruta de atención en salud y rehabilitación en cada una de sus cinco (5) etapas e incluye definiciones de conceptos claves, así como las responsabilidades de los actores corresponsables de los procesos, consideraciones, recomendaciones generales y anexos que brindan más información de aspectos específicos.

¹ Ley 1448 de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Artículo 2. Ámbito de la ley. La presente ley regula lo concerniente a ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación de las víctimas de que trata el artículo 3 de la presente ley, ofreciendo herramientas para que estas reivindiquen su dignidad y asuman su plena ciudadanía. Unidad para las víctimas. Ayuda Humanitaria. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/guia-de-tramites-y-servicios/>

Propósito de la Ruta

Generar acciones efectivas y fortalecer los espacios intersectoriales que garanticen el acceso a los servicios de salud y rehabilitación funcional, en oportunidad, continuidad, pertinencia y calidad de los servicios, a las víctimas de MAP/MUSE y sus familiares o cuidadores.

Alcance de la Ruta

El ejercicio de actualización e implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud y Rehabilitación Funcional para las Víctimas de Minas Antipersonal – MAP o Municiones Sin Explosionar - MUSE, se centra específicamente en las acciones sectoriales e intersectoriales que garanticen el acceso a los servicios de salud y rehabilitación funcional, en oportunidad, pertinencia y calidad de los servicios, a las víctimas de MAP/MUSE, sus familiares y/o cuidadores, aportando con ello al proceso de inclusión social.

La responsabilidad de su implementación se encuentra en cabeza de aquellos agentes relacionados con la promoción de los derechos de las víctimas de MAP/MUSE y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS.

Las disposiciones contenidas en la ruta serán de obligatorio cumplimiento para las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, Empresas Promotoras de Servicios - EPS o quien haga sus veces, las entidades adaptadas y los Prestadores de Servicios de Salud - PSS -públicos, privados y mixtos, habilitados de acuerdo con la normatividad vigente.

Los regímenes Especial y de Excepción adaptarán con recursos y procesos propios la presente ruta o adecuará la propia para la garantía de atención de su población afiliada.

Antecedentes normativos

A continuación, se presenta el normograma relacionado, que permite el conocimiento de artículos específicos que sustentan algunos de los procesos y en esta medida aportan en la reclamación de derechos de las personas víctimas MAP MUSE.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
1991	Constitución Política de Colombia	Garantía de acceso a la seguridad social y la salud	Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
1993	Ley 100	Riesgos catastróficos	Artículo 167. Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito. En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial.
2006	Ley 1098	Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia Restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes	Artículo 27. Derecho a la salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud. En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2006	Ley 1098	Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia	Artículo 51. Obligación del restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. El restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas o los adolescentes es responsabilidad del Estado en su conjunto a través de las autoridades públicas, quienes tienen la obligación de informar, oficiar o conducir ante la policía, las defensorías de familia, las comisarías de familia o en su defecto, los inspectores de policía o las personerías municipales o distritales, a todos los niños, las niñas o los adolescentes que se encuentren en condiciones de riesgo o vulnerabilidad. Cuando esto ocurra, la autoridad competente deberá asegurarse de que el Sistema Nacional de Bienestar Familiar garantice su vinculación a los servicios sociales
2010	Resolución 1220	Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE	Artículo 5. Funciones: Los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE, tienen las siguientes funciones y obligaciones: a). De manera conjunta con los actores del sistema General de Seguridad Social en Salud, debe~ contribuir en la atención adecuada y oportuna de los pacientes que requieren atención de situaciones de urgencia. b). En situaciones de emergencia o desastre, deben procurar dar una respuesta eficiente y coordinada, con las entidades del sector salud que hacen parte del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (SNPAD), incluidos los organismos de socorro. c). Informar, orientar y asesorar a los Integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la comunidad en general, sobre la regulación de las urgencias y sobre la prevención, preparación y atención de las emergencias y los desastres. d). Propender por el uso ordenado y racional de los servicios de urgencias de su jurisdicción. e). Articularse para contribuir de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada en las solicitudes de atención de urgencias, emergencias o desastres de la población, en las regiones en donde se encuentre funcionando el Número de Seguridad y Emergencias -NUSE. f). En los casos de atención de urgencias, apoyar la operación de los procesos de referencia y contrarreferencia a cargo de la Dirección Territorial de Salud correspondiente y el de otras entidades responsables del pago de servicios del área de influencia del CRUE cuando hayan suscrito para el efecto los respectivos contratos. (...)

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2010	Resolución 1220	Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE	Artículo 5. Funciones: Los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE, tienen las siguientes funciones y obligaciones (continúa): g). Coordinar la operación con los procesos de referencia y contrarreferencia en el área de influencia del CRUE en situaciones de emergencia o desastre. h). Apoyar el sistema de vigilancia epidemiológica en los eventos de urgencia, emergencia o desastre. i). Recibir y organizar la información que, sobre situaciones de urgencia, emergencia y/o desastre se presenten en la zona de influencia del CRUE y realizar las acciones de respuesta que correspondan. j). Mantener un registro diario de los casos reportados y atendidos por el CRUE k) Elaborar y enviar los reportes que solicite el Ministerio de la Protección Social a través de su Centro Nacional de Comunicaciones, relacionados con la atención de urgencias, emergencias y desastres en su jurisdicción. l). Organizar y coordinar la red de comunicaciones en Salud, para la atención de urgencia m). Coordinar con los CRUE de otros departamentos, distritos o municipios, las acciones de preparación y respuesta para garantizar la atención en salud de situaciones de urgencias, emergencias y desastres. n). Garantizar la articulación y coordinación con los servicios de atención prehospitalaria en los sitios en que preste este tipo de servicios. o). Brindar información y asesoría a la red de prestadores de servicios de salud sobre emergencias toxicológicas; disponibilidad de antídotos y bancos de sangre. p). Apoyar la gestión de la dirección territorial de salud en programas como red de trasplantes, atención de pacientes electivos, información de personas desaparecidas, misión médica entre otros. q). Coordinar la disposición de los recursos de los centros de reserva del sector salud para la atención de casos de urgencia, emergencia o desastre. r). Mantener coordinación permanente con los Comités Locales y Regionales de Desastres. s). Activar los planes de emergencia contingencia del sector y difundir declaratorias de alerta hospitalaria. t). Recibir la información y definir el prestador a donde deben remitirse los pacientes, en los casos de atención inicial de urgencias y autorización adicional que impliquen la remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago el prestador de servicios de salud.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2011	Ley 1438	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	Artículo 3. Principios del SGSSS. 3.6 Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación. Artículo 19. Restablecimiento de la salud de niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados. Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, serán totalmente gratuitos para las víctimas, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.
2011	Ley 1448	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones	Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer un conjunto de medidas judiciales, administrativas, sociales y económicas, individuales y colectivas, en beneficio de las víctimas de las violaciones contempladas en el artículo 3 de la presente ley, dentro de un marco de justicia transicional, que posibiliten hacer efectivo el goce de sus derechos a la verdad, la justicia y la reparación con garantía de no repetición, de modo que se reconozca su condición de víctimas y se dignifique a través de la materialización de sus derechos constitucionales. Artículo 13. Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad. Por tal razón, las medidas de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral que se establecen en la presente ley, contarán con dicho enfoque. 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.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2011	Ley 1448	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones	Artículo 13. Enfoque diferencial. (continúa) (...) Para el efecto, en la ejecución y adopción por parte del Gobierno Nacional de políticas de asistencia y reparación en desarrollo de la presente ley, deberán adoptarse criterios diferenciales que respondan a las particularidades y grado de vulnerabilidad de cada uno de estos grupos poblacionales. Igualmente, el Estado realizará esfuerzos encaminados a que las medidas de atención, asistencia y reparación contenidas en la presente ley contribuyan a la eliminación de los esquemas de discriminación y marginación que pudieron ser la causa de los hechos victimizantes. Artículo 25. Derecho a la reparación integral. 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. Parágrafo 1. Las medidas de asistencia adicionales consagradas en la presente ley propenden por la reparación integral de las víctimas y se consideran complementarias a las medidas de reparación al aumentar su impacto en la población beneficiaria. Por lo tanto, se reconoce el efecto reparador de las medidas de asistencia establecidas en la presente ley, en la medida en que consagren acciones adicionales a las desarrolladas en el marco de la política social del Gobierno Nacional para la población vulnerable, incluyan criterios de priorización, así como características y elementos particulares que responden a las necesidades específicas de las víctimas. No obstante, este efecto reparador de las medidas de asistencia, estas no sustituyen o reemplazan a las medidas de reparación. Por lo tanto, el costo o las erogaciones en las que incurra el Estado en la prestación de los servicios de asistencia, en ningún caso serán descontados de la indemnización administrativa o judicial a que tienen derecho las víctimas. (...)

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2011	Ley 1448	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones	Artículo 25. Derecho a la reparación integral. (continúa) Parágrafo 2. La ayuda humanitaria definida en los términos de la presente ley no constituye reparación y en consecuencia tampoco será descontada de la indemnización administrativa o judicial a que tienen derecho las víctimas. Artículo 189. Niños, niñas y adolescentes víctimas de minas antipersonales, municiones sin explotar y artefactos explosivos improvisados. Todos los niños, niñas y adolescentes víctimas de minas antipersonal, municiones sin explotar y artefactos explosivos improvisados tendrán derecho a la reparación integral. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de minas antipersonal, municiones sin explotar y artefactos explosivos improvisados tendrán derecho a recibir de manera gratuita y por el tiempo definido según criterio técnico-científico tratamiento médico, prótesis, órtesis y asistencia psicológica, que garanticen su plena rehabilitación. PARÁGRAFO. El reconocimiento y pago del tratamiento de que trata el presente artículo se hará por conducto del Ministerio de la Protección Social con cargo a los recursos al Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en salud, FOSYGA, subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, salvo que estén cubiertos por otro ente asegurador en salud y dando cabal cumplimiento y desarrollo al Título III de la Ley 1438 de 2011.
2011	Decreto 4800	Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones	Artículo 87. Afiliación de víctimas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, cruzará el Registro Único de Víctimas a que hace referencia el artículo 154 de la Ley 1448 de 2011, que certifique la Unidad Administrativa Especial para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, con la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, o la que haga sus veces, y con las bases de datos de los regímenes especiales. Artículo 88. Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social diseñará y/o ajustará, en los seis (6) meses siguientes a partir de la publicación del presente decreto y con la participación de los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial teniendo en cuenta las necesidades específicas de la víctima, el hecho victimizante, y las consecuencias de este sobre la población víctima de que trata el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011. Se tendrá en cuenta la actualización de los planes de beneficios según lo dispuesto por la Ley 1438 de 2011.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2011	Decreto 4800	Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones	Artículo 89. Cubrimiento de servicio de la atención en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -ECAT- del Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga- o quien haga sus veces, cubrirá el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria en los términos del parágrafo del artículo 54 de la Ley 1448 de 2011, que no estén cubiertos por los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni por regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular o beneficiaria la víctima. La garantía de la prestación de los servicios a que se refiere el presente artículo estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- tanto del régimen contributivo como del subsidiado y el trámite de solicitud y pago de los mismos se regirá por las normas vigentes que regulan el procedimiento de recobros ante el Fosyga, lo anterior sin perjuicio de los mecanismos de financiamiento y pago establecido en el artículo 19 de la Ley 1448 de 2011. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará las medidas que considere pertinentes para la implementación de esta medida. Artículo 102. Ayuda humanitaria inmediata. Las entidades territoriales deben garantizar ayuda humanitaria inmediata a las víctimas de hechos diferentes al desplazamiento forzado ocurridos durante los últimos tres (3) meses, cuando estas se encuentren en situación de vulnerabilidad acentuada como consecuencia del hecho. Esta ayuda debe cubrir los componentes de alimentación, aseo personal, manejo de abastecimientos, utensilios de cocina, atención médica y psicológica de emergencia, transporte de emergencia y alojamiento transitorio. Las entidades territoriales deben suministrar esta ayuda a las víctimas que la requieran hasta por un (1) mes. Este plazo puede ser prorrogado hasta por un mes adicional en los casos en que la vulnerabilidad derivada del hecho victimizante lo amerite. Parágrafo. Las entidades territoriales deben destinar los recursos necesarios para cubrir los componentes de la ayuda humanitaria en los términos del presente artículo.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2011	Decreto ley 4633	Por medio del cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas.	Artículo 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto generar el marco legal e institucional de la política pública de atención integral, protección, reparación integral y restitución de derechos territoriales para los pueblos y comunidades indígenas como sujetos colectivos y a sus integrantes individualmente considerados, de conformidad con la Constitución Política, la Ley de Origen, la Ley Natural, el Derecho Mayor o el Derecho Propio, y tomando en consideración los instrumentos internacionales que hacen parte del bloque de constitucionalidad, las leyes, la jurisprudencia, los principios internacionales a la verdad, a la justicia, a la reparación y a las garantías de no repetición, respetando su cultura, existencia material e incluyendo sus derechos como víctimas de violaciones graves y manifiestas de normas internacionales de derechos humanos o infracciones al Derecho Internacional Humanitario y dignificar a los pueblos indígenas a través de sus derechos ancestrales.
2011	Decreto ley 4634	Por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y restitución de tierras a las víctimas pertenecientes al pueblo Rrom o Gitano.	Artículo 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto establecer el marco normativo e institucional de la atención, asistencia y reparación integral de las víctimas pertenecientes al pueblo Rrom, ofreciendo herramientas administrativas, judiciales y mecanismos de participación, para que el pueblo Rrom y sus miembros individualmente y colectivamente considerados sean restablecidos en sus derechos de conformidad con la dignidad humana, la Constitución Política Nacional, los instrumentos internacionales que hacen parte del bloque de constitucionalidad, las leyes, la jurisprudencia, los principios internacionales a la verdad, a la justicia, a la reparación y a las garantías de no repetición, respetando su cultura, existencia material e incluyendo sus derechos como víctimas de violaciones graves y manifiestas de normas internacionales de Derechos Humanos o Infracciones al Derecho Internacional Humanitario y dignificar al pueblo Rrom a través de sus derechos individuales y colectivos.
2011	Decreto ley 4635	Por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.	Artículo 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto establecer el marco normativo e institucional de la atención, asistencia, reparación integral y restitución de tierras y de los derechos de las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en concordancia con la Ley 70 de 1993, ofreciendo herramientas administrativas, judiciales y mecanismos de participación para que las comunidades y sus miembros individualmente considerados sean restablecidos en sus derechos de conformidad con la Constitución Nacional, los instrumentos internacionales que hacen parte del bloque de constitucionalidad, las leyes, la jurisprudencia, los principios internacionales acerca de la verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición, respetando y dignificando su cultura, existencia material, derechos ancestrales y culturales propios, así como sus derechos en tanto víctimas.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2013	Ley 1618	Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad	Artículo 5. Garantía del ejercicio efectivo de todos los derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión. Las entidades públicas del orden nacional, departamental, municipal, distrital y local, en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad, son responsables de la inclusión real y efectiva de las personas con discapacidad, debiendo asegurar que todas las políticas, planes y programas, garanticen el ejercicio total y efectivo de sus derechos, de conformidad con el artículo 3° literal c), de Ley 1346 de 2009. Para tal fin, las autoridades públicas deberán, entre otras, implementar las siguientes acciones: Numeral 5. Implementar mecanismos para mantener actualizado el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, integrados en el sistema de información de la protección social, administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Artículo 9. Derecho a la habilitación y rehabilitación integral. Todas las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral respetando sus necesidades y posibilidades específicas con el objetivo de lograr y mantener la máxima autonomía e independencia, en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la habilitación y rehabilitación, se implementarán las siguientes acciones: Numeral 9. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, garantizará la rehabilitación funcional de las personas con Discapacidad cuando se haya establecido el procedimiento requerido, sin el pago de cuotas moderadoras o copagos, en concordancia con los artículos 65 y 66 de la Ley 1438 de 2011.
2014	Resolución 848	Mediante la cual se establecen lineamientos, criterios y tablas de valoración diferenciales para el hecho victimizante de lesiones personales	Artículo 4. Reglas para la tasación de la indemnización en caso de lesiones físicas. Artículo 5. Reglas para la tasación de la indemnización en caso de lesiones psicológicas

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2015	Ley 1751	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones	Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención. En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud. Parágrafo 1. Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran. Parágrafo 2. En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.
2015	Decreto 1084	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación.	Título 2. Registro Único de víctimas. Capítulo 1. Disposiciones generales Artículo 2.2.2.1.1. Definición de registro. El Registro Único de Víctimas es una herramienta administrativa que soporta el procedimiento de registro de las víctimas. El Registro Único de Víctimas incluirá a las víctimas individuales a las que se refiere el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 e incluirá un módulo destinado para los sujetos de reparación colectiva en los términos de los artículos 151 y 152 de la misma ley. Artículo 2.2.6.1.2. Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social diseñará y/o ajustará, con la participación de los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (...)

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2015	Decreto 1084	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación.	Artículo 2.2.6.1.2. Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial. (...) el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial teniendo en cuenta las necesidades específicas de la víctima, el hecho victimizante, y las consecuencias de este sobre la población víctima de que trata el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011. Se tendrá en cuenta la actualización de los planes de beneficios según lo dispuesto por la Ley 1438 de 2011. Parágrafo. El protocolo de atención integral en Salud con Enfoque Psicosocial a que hace referencia este artículo deberá contemplar los mecanismos de articulación y coordinación entre las redes de servicios de salud y otras redes definidas por la Unidad Administrativa Especial de Víctimas que presten asistencia a la población de la que trata la Ley 1448 de 2011. Artículo 2.2.6.1.3. Cubrimiento de servicios de la atención en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -ECAT- del Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga- o quien haga sus veces, cubrirá el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria en los términos del parágrafo del artículo 54 de la Ley 1448 de 2011, que no estén cubiertos por los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni por regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular o beneficiaria la víctima. La garantía de la prestación de los servicios a que se refiere el presente artículo estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- tanto del régimen contributivo como del subsidiado y el trámite de solicitud y pago de los mismos se regirá por las normas vigentes que regulan el procedimiento de recobros ante el Fosyga, lo anterior sin perjuicio de los mecanismos de financiamiento y pago establecido en el artículo 19 de la Ley 1448 de 2011. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará las medidas que considere pertinentes para la implementación de esta medida.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2015	Resolución 2968	Por la cual se establecen los requisitos sanitarios que deben cumplir los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa ubicados en el territorio nacional.	Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos sanitarios que deben cumplir los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa. Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente resolución se aplicará a los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa ubicados en el territorio nacional. Parágrafo. Quedan excluidos de la aplicación de la presente resolución el diseño, elaboración y adaptación de productos prescritos por los terapeutas ocupacionales, según lo previsto en el artículo 22 de la Ley 949 de 2005.
2017	Resolución 926	Por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas	Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto reglamentar el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas —SEM— en Colombia. Artículo 6. Objetivo del -SEM. El -SEM tiene como objetivo responder de manera oportuna y eficiente las veinticuatro (24) horas del día y siete (7) días a la semana, a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios, que requieran atención médica de urgencias. Artículo 9. Coordinación no asistencial. La coordinación y operación no asistencial del - SEM está en cabeza de la entidad territorial, a través del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres — CRUE del territorio de su jurisdicción y tendrá como funciones, además de las previstas en la normatividad vigente, las siguientes: 1. Garantizar la articulación del -CRUE con el Número Único de Seguridad y Emergencias -NUSE o aquel que cumpla sus funciones. 2. Articular a los integrantes del -SEM ante situaciones de emergencia o desastre en el marco del Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres. 3. Promover programas de educación a la comunidad como primeros respondientes comunitarios ante emergencias; para tal fin, la entidad territorial podrá establecer alianzas con las demás entidades del Sistema Nacional Gestión del Riesgo de Desastres o con la empresa privada. 4. Reportar a este Ministerio la información que se requiera a través de los mecanismos que para el efecto se definan. Parágrafo. Las entidades territoriales emitirán los actos administrativos respectivos para la implementación del SEM en su jurisdicción y en general para el cumplimiento de las funciones aquí señaladas.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2021	Ley 2078	Por medio de la cual se modifica la ley 1448 de 2011 y los decretos ley étnicos 4633 de 2011, 4634 de 2011 y 4635 de 2011, prorrogando por 10 años su vigencia	Artículo 1. Objeto. A través de esta ley se prorroga por diez años la vigencia de la Ley 1448 de 2011, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones, y de los Decretos-ley Étnicos 4633 de 2011, 4634 de 2011, y 4635 de 2011.
2022	Decreto 1040	Por el cual se adiciona un párrafo al artículo 2.2.5.1.16 del Capítulo 1 del Título 5 de la parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Único Reglamentario del Sector Trabajo, a efectos de reglamentar el valor de los honorarios para la calificación de pérdida de capacidad laboral de quienes aspiran a la Prestación Humanitaria Periódica para las Víctimas del Conflicto Armado.	Artículo 1. Adición de un párrafo al artículo 2.2.5.1.16 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. Adiciónese un párrafo al artículo 2.2.5.1.16 del Capítulo 1 del Título 5 de la parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Único Reglamentario del Sector Trabajo, el cual quedará así: "Párrafo. Tratándose de la Prestación Humanitaria Para Víctimas Del Conflicto Armado Interno prevista en el artículo 46 de la Ley 418 de 1997, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actuarán como peritos, el dictamen pericial se efectuará en el término de diez (10) días hábiles y frente a este solo procede el recurso de reposición. Los honorarios para pagar a la Juntas por dicho peritazgo será de tres (03) días de Salario Mínimo Mensual Legal Vigente -SMMLV- para el año en que se radique la solicitud, y estarán a cargo de la víctima del conflicto armado y/o demás interesados. Para demostrar el interés jurídico los aspirantes deberán allegar a la Junta Regional de Calificación, el acto administrativo que demuestre la inclusión en el Registro Único de Víctimas -RUV- como víctima del conflicto armado. Los dictámenes de pérdida de capacidad laboral que se expidan bajo los parámetros del presente párrafo únicamente tendrán validez para efectos de los trámites de la Prestación Humanitaria para Víctimas del Conflicto Armado Interno de que trata el artículo 46 de la Ley 418 de 1997, y que reglamenta el Decreto 600 de 2017."

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2022	Decreto 1650	Por el cual se sustituye el Título 1 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social relativo a las víctimas del conflicto armado	Artículo 1. Sustitúyase el Título 1 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así: "TÍTULO 1 VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO 2.9.1.1. Víctimas del conflicto armado. Para efectos del presente Título, son víctimas del conflicto armado aquellas a las que hace alusión el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 y las víctimas que hayan sido reconocidas administrativa o judicialmente a través de los instrumentos, procedimientos, medios o mecanismos de protección nacional o internacional, previstos o aprobados por la Ley. Capítulo 1 PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVI Artículo 2.9.1.1.1. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas —PAPSIVI—. Adóptese el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas —PAPSIVI—, el cual tendrá como objeto brindar, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las medidas de asistencia en salud y de rehabilitación física, mental y psicosocial a la población beneficiaria referida en el artículo 2.9.1.1. del presente decreto. Artículo 2.9.1.1.4. Componente de Atención Integral en Salud. El Componente de Atención Integral en Salud como medida de asistencia en salud y rehabilitación, hace referencia a la totalidad de actividades y procedimientos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, tendientes a contribuir al mejoramiento de la salud física y mental de la población víctima, el cual será implementado por las Entidades Promotoras de Salud —EPS—, las entidades adaptadas y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, en el marco del Plan de Beneficios en Salud — PBS- con cargo a la Unidad de Pago por Capitación — UPC. Las indicaciones y orientaciones específicas para brindar esta atención integral estarán contenidas en el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, que hará parte de los lineamientos técnicos de dirección y operación del PAPSIVI, definidos y unificados en virtud de lo establecido en el artículo 2.9.1.1.6. del presente decreto.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2022	Decreto 1652	Por el cual se adiciona el Título 4 a la parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la determinación del régimen aplicable para el cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Artículo 1. Adiciónese el Título 4 a la Parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, así: "TITULO 4 Régimen de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras Artículo 2.10.4.9. Excepción del cobro de cuotas moderadoras y copagos para grupos poblacionales especiales. Además de las excepciones señaladas en los artículos 2.10.4.6 y 2.10.4.8 del presente decreto, se exceptúa del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según corresponda, a los siguientes grupos poblacionales especiales: 1. En el Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, se exceptúa: ...1.5. Los niños, niñas y adolescentes del Sisbén 1 y 2, con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, respecto a los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos, conforme lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 1438 de 2011 o las normas que los modifiquen o sustituyan. ...1.8. Las víctimas del conflicto armado interno determinadas en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, incluidas las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras conforme el artículo 3 del Decreto-Ley 4635 de 2011, que se encuentren registradas en el Sisbén 1 y 2 atendiendo lo previsto el artículo 52, parágrafo 2 de la Ley 1448 de 2011 y el artículo 53, parágrafo 2 del Decreto-Ley 4635 de 2011 o las normas que los modifiquen o sustituyan estarán exceptuadas del cobro de copagos. Las víctimas contempladas en la parte resolutive de las sentencias proferidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos — CIDH, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos. ...1.9. Las personas en situación de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional cuando se haya establecido el procedimiento requerido, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en el artículo 9, numeral 9 de la Ley 1618 de 2013 o las normas que los modifiquen o sustituyan.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2022	Decreto 2644	Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016 "por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Que de conformidad con lo establecido en el artículo 49 de la Ley 1955 de 2019, "por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad", "(...) A partir del 10 de enero de 2020, todos los cobros, sanciones, multas, tasas, tarifas y estampillas, actualmente denominados y establecidos con base en el salario mínimo mensual legal vigente (smlmv), deberán ser calculados con base en su equivalencia en términos de la Unidad de Valor Tributario (UVT). En adelante, las actualizaciones de estos valores también se harán con base en el valor de la UVT vigente. (...)." Artículo 2. Modificación del artículo 2.6.1.4.2.3. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Modifíquese el artículo 2.6.1.4.2.3. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así: "Artículo 2.6.1.4.2.3. Cobertura. Las cuantías correspondientes a los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista o de otro evento aprobado, serán cubiertas por la compañía aseguradora del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT o por la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES, según corresponda, así. 4. Por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un evento terrorista, en un valor máximo de setecientos uno coma sesenta y ocho (701,68) Unidades de Valor Tributario - UVT, al momento de la ocurrencia del evento. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá constituir una reserva especial para cubrir los servicios de salud de las víctimas que requieran asistencia por encima de dicho tope. Parágrafo 1. Los pagos por los servicios de salud que excedan los topes de coberturas establecidos en el presente artículo serán asumidos por la entidad promotora de salud a la que se encuentra afiliada la víctima, por las administradoras de los regímenes Especial y de Excepción cuando la víctima pertenezca a estos, o por la Administradora de Riesgos Laborales - ARL, a la que se encuentra afiliada, cuando se trate de un accidente laboral. Parágrafo 2. La población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez superados los topes, tendrá derecho a la atención en salud en instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. En estos casos, el prestador de servicios de salud informará de tal situación a la secretaria de salud o la entidad que haga sus veces para que adelante los trámites de afiliación en los términos del artículo 2.1.5.1.4 del presente decreto.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2022	Decreto 2644	Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016 "por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Parágrafo 3. Si la víctima cuenta con uno de los planes voluntarios de salud, podrá elegir ser atendido por la red de prestación de esos planes; en este caso, las primeras setecientos uno coma sesenta y ocho (701,68) Unidades de Valor Tributario -UVT, que se requieran para su atención serán cubiertos por la compañía de seguros autorizada para expedir el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT, o por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES, según quien asuma la cobertura, conforme con lo previsto en el presente artículo. Superada dicha cobertura, se asumirá la prestación con cargo al plan voluntario de salud. Aquellos servicios que se requieran y que no estén amparados o cubiertos por dicho plan serán asumidos por el plan de beneficios. En cualquier caso, las empresas que ofrecen planes voluntarios de salud no podrán limitar la cobertura a sus usuarios respecto de los servicios médicos que estos requieran por el solo hecho de tener origen en accidentes de tránsito, eventos terroristas, eventos catastróficos de origen natural o los que sean aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Artículo 3. Modificación del artículo 2.6.1.4.2.19. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Modifíquese el artículo 2.6.1.4.2.19. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así: "Artículo 2.6.1.4.2.19. Tarifa. De conformidad con lo establecido en el literal d) del artículo 112 del Decreto-ley 019 de 2012, los gastos de transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud, se pagarán por una sola vez en cuantía equivalente a ocho coma setenta y siete (8,77) Unidades de Valor Tributario - UVT al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito, del evento catastrófico de origen natural, del evento terrorista o de los que sean aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2023	Ley 2297	Por medio de la cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores o asistentes personales bajo un enfoque de derechos humanos, biopsicosocial, se incentiva su formación, acceso al empleo, emprendimiento, generación de ingresos y atención en salud y se dictan otras disposiciones	Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer medidas efectivas para garantizar el acceso al servicio de cuidador o asistencia personal de las personas con discapacidad que así lo requieran, respetando sus preferencias, de acuerdo a un enfoque de derechos humanos, autonomía y capacidad legal de las personas con discapacidad. Adicionalmente, disponer medidas de acompañamiento a las familias de personas con discapacidad, incentivar su formación, acceso al empleo, emprendimiento, generación de ingresos y atención en salud, y dictar otras disposiciones.
2023	Resolución 295	Por la cual se modifican los artículos 3, 8, 11, 14, 16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las condiciones para la ejecución	Artículo 3. Modificar el artículo 11 de la Resolución 518 de 2015, el cual quedará así: "Artículo 11. Responsabilidades. Además de las competencias asignadas a los actores involucrados en la planeación, formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del PIC, estos tendrán las siguientes responsabilidades: 11.1. DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS 11.1.11. Realizar la adaptación y adecuación de las intervenciones individuales y colectivas, en conjunto con los grupos poblacionales presentes en el territorio que permita el acceso, respeto y reconocimiento de sus prácticas tradicionales o culturales, en el marco de procesos de concertación entre las entidades territoriales y las comunidades indígenas, la población NARP y los ROM así como lo concurrencia entre departamentos, distritos y municipios.
2023	Resolución 1236	Por la cual se definen los requisitos, criterios y condiciones para la presentación de las reclamaciones, la realización de la auditoría integral y el pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de las víctimas de accidentes de tránsito, eventos terroristas y eventos catastróficos de origen natural presentados ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)	Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento que contenga los requisitos, criterios y condiciones para el trámite de las reclamaciones y el pago, a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), por concepto de servicios de salud y prestaciones económicas derivadas de los eventos establecidos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, así como la realización de la auditoría integral.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO										
2023	Resolución 1236	Por la cual se definen los requisitos, criterios y condiciones para la presentación de las reclamaciones, la realización de la auditoría integral y el pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de las víctimas de accidentes de tránsito, eventos terroristas y eventos catastróficos de origen natural presentados ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)	Artículo 7. Término de radicación de la reclamación. El término para la radicación de reclamaciones establecido en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, literal a) modificado por el artículo 152 de la Ley 2294 del 2023, o la norma que lo modifique o sustituya, se contará a partir de la ocurrencia del hecho generador del derecho a reclamar, acorde con los siguientes criterios:										
			<table><tr><td>AMPARO RECLAMADO</td><td>HECHO GENERADOR</td></tr><tr><td>Gastos por atenciones en salud</td><td>Atención en salud contado a partir de la fecha de egreso de la víctima, identificado en el soporte de la atención médica reclamada.</td></tr><tr><td>Gastos por transporte</td><td>Fecha de traslado o la fecha de ocurrencia del evento, en la hoja de traslado.</td></tr><tr><td>Indemnización por muerte y gastos funerarios</td><td>Fecha de fallecimiento de la víctima consignada en el registro civil de defunción. En caso de muerte presunta por desaparecimiento, fecha de ejecutoria de la sentencia que la declaró.</td></tr><tr><td>Indemnización por incapacidad permanente</td><td>Adquisición de firmeza del dictamen de pérdida de capacidad laboral.</td></tr></table>	AMPARO RECLAMADO	HECHO GENERADOR	Gastos por atenciones en salud	Atención en salud contado a partir de la fecha de egreso de la víctima, identificado en el soporte de la atención médica reclamada.	Gastos por transporte	Fecha de traslado o la fecha de ocurrencia del evento, en la hoja de traslado.	Indemnización por muerte y gastos funerarios	Fecha de fallecimiento de la víctima consignada en el registro civil de defunción. En caso de muerte presunta por desaparecimiento, fecha de ejecutoria de la sentencia que la declaró.	Indemnización por incapacidad permanente	Adquisición de firmeza del dictamen de pérdida de capacidad laboral.
			AMPARO RECLAMADO	HECHO GENERADOR									
			Gastos por atenciones en salud	Atención en salud contado a partir de la fecha de egreso de la víctima, identificado en el soporte de la atención médica reclamada.									
			Gastos por transporte	Fecha de traslado o la fecha de ocurrencia del evento, en la hoja de traslado.									
			Indemnización por muerte y gastos funerarios	Fecha de fallecimiento de la víctima consignada en el registro civil de defunción. En caso de muerte presunta por desaparecimiento, fecha de ejecutoria de la sentencia que la declaró.									
Indemnización por incapacidad permanente	Adquisición de firmeza del dictamen de pérdida de capacidad laboral.												
2024	Resolución 1197	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el procedimiento de certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad y se deroga la Resolución 1239 de 2022	Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento de certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), este último como mecanismo para localizar, caracterizar y certificar a las personas con discapacidad. Para efectos de la valoración multidisciplinaria y del registro de la información, se tendrá en cuenta el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.										
2024	Resolución 2646	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Registro de Caracterización e Identificación de los Cuidadores o Asistentes Personales de Personas con Discapacidad" en respuesta a lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley 2297 de 2023.	Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el Registro de Caracterización e Identificación de los Cuidadores o Asistentes Personales de Personas con Discapacidad y, determinar los criterios para su caracterización.										
			Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones de esta resolución se aplican a las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad, las entidades del orden nacional, las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales o las entidades que hagan sus veces.										

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2024	Ley 2421	Por la cual se modifica la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones sobre reparación a las víctimas del conflicto armado interno.	Artículo 36. Modifíquese el artículo 136 del Capítulo VIII del Título IV de la Ley 1448 de 2011, el cual quedaría así: ARTÍCULO 136. DERECHO A LA REHABILITACIÓN. El Gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de Salud y la Protección Social, en un plazo no superior a doce (12) meses a partir de la promulgación de la presente ley, deberá elaborar y expedir una Política Pública Nacional de Atención Psicosocial y en Salud para la Reparación Integral, de manera conjunta y participativa con las víctimas del conflicto de violencia sociopolítica, organizaciones de víctimas, sus representantes legales, las organizaciones psicosociales y en salud integral expertas en la atención a víctimas, la academia especializada, y otros actores cualificados que entre las partes convengan. La Política Nacional de Atención Psicosocial y Salud para la Reparación Integral debe comprender y cumplir los criterios de reparación en materia de rehabilitación ordenados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Constitucional de Colombia. (...) Artículo 37. Modifíquese el artículo 137 del Capítulo VIII del Título IV de la Ley 1448 del 2011, el cual quedará así: ARTÍCULO 137. DERECHO A LA SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS Y PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, creará dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, el cual se implementará a través del Plan Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, comenzando en las zonas con mayor presencia de víctimas. [...] Artículo 76. Modifíquese el artículo 174 de la Ley 1448 de 2011, el cual quedará así: ARTÍCULO 174. De las funciones de las entidades territoriales. Con miras al cumplimiento de los objetivos trazados en el artículo 161, las entidades territoriales procederán a diseñar, ajustar e implementar, a través de los procedimientos, correspondientes, la Estrategia Integral de Intervención Territorial de Soluciones Duraderas con programas de prevención, asistencia, atención, protección y reparación integral a las víctimas; en consonancia con el artículo 25 de esta ley. (...). (...) 2. Con cargo a los recursos que reciban del Sistema General de Participaciones, en cada una de sus distribuciones específicas, con sujeción a las reglas constitucionales y legales correspondientes, se garantizará la prestación eficiente y oportuna de los servicios de salud, educación, agua potable y saneamiento básico, priorizando los programas específicos para las víctimas del conflicto y que permita la implementación de la Estrategia Integral de Intervención Territorial de Soluciones Duraderas, en concordancia con lo establecido en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1176 de 2007.

AÑO	NORMA	TEMA	ARTÍCULO RELACIONADO
2024	Resolución 2718 de 2024 o la norma que la modifique o sustituya (actualización periódica anual)	Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)	Artículo 9. Garantía de acceso a los servicios y tecnologías de salud. Las EPS y entidades adaptadas deberán garantizar a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la integralidad, continuidad y acceso efectivo y oportuno y con calidad a los servicios y tecnologías de salud, así como la atención de urgencias en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, con servicios de urgencia habilitados en el territorio nacional, al tenor de la establecido en la Ley 1751 de 2015 y el artículo 21 de esta resolución. Artículo 55. Ayudas técnicas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las siguientes ayudas técnicas: 1. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas), para los procedimientos quirúrgicos, financiados con recursos de la UPC. 2. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis), para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante. 3. Prótesis de otros tipos (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros), para los procedimientos financiados con recursos de la UPC. 4. Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética). Parágrafo 1. Están financiados con recursos de la UPC, las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales, se darán en calidad de préstamo, en los casos en que aplique, incluye entrenamiento de uso, con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial. Parágrafo 2. No se financian con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos.

Glosario de siglas y acrónimos

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud	INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
AICMA: Acción Integral Contra Minas Antipersonal	MAP: Minas antipersonal
AIV: Asistencia Integral a las Víctimas	MUSE: Municiones sin Explosionar
AVD: Actividades de la Vida Diaria	NNA: Niñas, niños y adolescentes
BDUA: Base de Datos Única de Afiliados	OACP: Oficina del Alto Comisionado para la Paz
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades	PAARI: Plan de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas
CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud.	PAPSIVI: Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas
CRUE: Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres	PAS: Plan adicional de Salud
DDHH: Derechos Humanos	PSS: Prestadores de Servicios de Salud
DIH: Derecho Internacional Humanitario	REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
DNP: Departamento Nacional de Planeación	RLCPD: Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad.
EAPB: Entidad Administradora de Planes de Beneficios	RUV: Registro único de víctimas
EPS: Entidad Promotora de Salud	SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
FAC: Fuerza Aeroespacial Colombiana	SISBEN: Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales
FUD: Formato Único de Declaración para la solicitud de inscripción en el RUV	SMLDV: Salario mínimo legal diario vigente

FURCEN: Formulario único de certificación para el censo de víctimas – eventos catastróficos o terroristas	SMLMV: Salario mínimo legal mensual vigente
FURPEN: Formulario único de reclamación de indemnizaciones por accidentes de tránsito y eventos catastróficos, Personas naturales.	UARIV: Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctima
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	UPC: Unidad de pago por capitación
IPS: Institución prestadora de servicios de salud	UVT: Unidad de Valor Tributario

Definiciones

Accesibilidad: Condición que permite, en cualquier espacio o ambiente ya sea interior o exterior, el fácil y seguro desplazamiento de la población en general y el uso en forma confiable, eficiente y autónoma de los servicios instalados (Ley 1618 de 2013).

Actividades de la Vida Diaria (AVD): son las actividades cotidianas que realizan las personas para satisfacer las necesidades relacionadas con el cuidado de sí mismo, y lograr así el máximo nivel de independencia, autonomía y participación, teniendo en cuenta las etapas del ciclo vital, la condición de salud y los diferentes contextos². Con el término de AVD se está haciendo referencia tanto a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Las ABVD “son fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar” (Christiansen y Hammercker, 2001). Las AVD son actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad, que requieren interacciones más complejas que las anteriores (Lineamientos de rehabilitación funcional MSPS, 2019).

Administradora de Riesgos Laborales: Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados, no sólo a atender, sino también a prevenir y proteger a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan (Glosario de términos MSPS, 2013).

Atención Psicosocial: la atención psicosocial como parte de las medidas de Rehabilitación en el marco de la Política Pública de Reparación Integral a las víctimas del conflicto armado colombiano, 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 a la vida en relación generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH, ofertados por las instituciones estatales con competencias definidas en el marco legal.

² El Comité de Rehabilitación. Sistematización de la experiencia en la implementación del modelo de Actividades de la Vida Diaria – AVD (Medellín, 2011)

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 y Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas. Definición conjunta construida en noviembre de 2015 (MSPS - Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas, 2015).

Atención de urgencias: conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud, frente a las alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa y con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de una persona y que requieren de atención inmediata, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas, presentes o futuras. (Resolución 2718 de 2024, MSPS).

Atención prehospitolaria: conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y recursos encaminados a prestar atención en salud a personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental causada por trauma o enfermedad de cualquier origen. Las actividades se implementan en el sitio de ocurrencia del evento y durante el traslado de la persona hasta su admisión en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, y tiene como objetivo preservar la vida, disminuir complicaciones y riesgos que puedan generar discapacidad o muerte (Guía de Atención Médica Prehospitolaria MSPS 2012)

Ayudas técnicas³⁴: adaptaciones, instrumentos o dispositivos cuya finalidad es facilitar al individuo realizar actividades de la vida cotidiana. Las ayudas se emplean también para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias (Resolución 2718 de 2024, MSPS).

Componente primario de prestación: encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico

³ Organización Mundial de la Salud OMS 2016 Lista de ayudas técnicas prioritarias

⁴ Resolución 2718 Artículo 55. Ayudas técnicas.

cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad (Política de Atención Integral en Salud MSPS, 2016).

Componente complementario de prestación: encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario las cuales son garantizadas por prestadores de servicios de salud con servicios habilitados de mediana y alta complejidad (Política de Atención Integral en Salud MSPS, 2016).

Contrareferencia: La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da a la entidad responsable de pago y al prestador de servicios de salud inicial y puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o la entrega de información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora (Decreto 441 de 2022, MSPS).

Cuidador o asistente personal: Se entiende por cuidador o asistente personal una persona, profesional o no, que apoya a realizar las tareas básicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad quien, sin la asistencia de la primera, no podría realizarlas. El servicio de cuidado o asistencia personal estará siempre supeditado a la autonomía, voluntad y preferencias de la persona con discapacidad a quien se presta la asistencia (Ley 2297 de 2023 Congreso de la República).

Cuotas moderadoras: las cuotas moderadoras son un aporte en dinero que corresponden al valor que deben cancelar los afiliados cotizantes y sus beneficiarios del Régimen Contributivo por la utilización de los servicios de salud con el objetivo de racionalizar y estimular el buen uso de estos (Decreto 1652 de 2022, MSPS).

Enfoque Psicosocial⁵: perspectiva que permite contextualizar las diferentes formas de expresión del sufrimiento emocional, así como del daño psicosocial de las personas, en su experiencia como víctima de violaciones graves a los Derechos Humanos (DDHH) e infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH). Para

⁵ Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas. Presentación realizada al Ministerio de Salud y Protección Social. Marzo de 2016.

incorporar el enfoque psicosocial en los procesos de atención a víctimas del conflicto armado, la Unidad de Atención y Reparación a Víctimas – UARIV- por sus siglas, propone 6 premisas (Estrategia de Atención Psicosocial MSPS, 2017):

Primera premisa: 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.

Segunda premisa: considerar que las personas que han sido afectadas por el conflicto armado interno no sólo están sufriendo. En su historia existen otros elementos como supervivencia, resistencia, heroísmo, desarrollo frente a la adversidad, reorganización psicológica, familiar y social. Cuentan también con recursos para afrontar la vida actual y la perspectiva de futuro, es decir cuentan con recursos que les permiten seguir afrontando la vida actual y la perspectiva de futuro.

Tercera premisa: considera que todas las personas podemos hacer algo frente al sufrimiento de los otros. Cuidar y acoger el dolor de quien ha sufrido graves violaciones a los Derechos Humanos o al Derecho Internacional Humanitario, no es tarea sólo de profesionales en psicología.

Cuarta premisa: comprender que el sufrimiento tiene diferentes formas de expresión, lo cual, quiere decir que hay diferentes formas de sufrir. No todas tienen expresión a través del llanto o de la tristeza; ni todas, a través de la enfermedad.

Quinta premisa: 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, a través de las diferentes expresiones artísticas o en las diferentes formas de simbolización que funcionan como formas dialógicas en el espacio colectivo.

Sexta premisa: Se debe permitir el paso por el dolor. En ese sentido permitir el sufrimiento de lo que se ha perdido. 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.

En el marco del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado 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 el sufrimiento⁶.

De igual manera, el Ministerio de Salud y Protección Social definió el concepto de Enfoque Psicosocial como una “perspectiva que reconoce los impactos psicosociales que comprometen la violación de derechos en el contexto de la violencia y el desplazamiento en Colombia. Sustenta el enfoque de derechos, por lo que debería orientar toda política pública, acción y medida de reparación a víctimas” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004).

Entidad Territorial de Salud: con este término se hace referencia a las Secretarías de Salud, Direcciones Locales de Salud o la entidad que cumpla sus funciones en cada municipio, departamento o distrito (Directrices para la Caracterización MSPS, 2016).

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)⁷: son las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las asociaciones mutuales en sus actividades de salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud (Decreto 441 de 2022, MSPS).

Eventos terroristas⁸: Se consideran eventos terroristas provocados con bombas u otros artefactos explosivos, los causados por ataques terroristas a municipios, así

⁶ Ministerio de Salud. Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, 2017

⁷ Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007 (Colombia, Diario Oficial 46.835 de diciembre 07 de 2007). Artículo 4.

⁸ Decreto 780 de 2016 Artículo. 2.6.1.4.2. numeral 4. Definiciones

como las masacres terroristas, que generen a personas de la población civil, la muerte o deterioro en su integridad personal (Decreto 056 de 2015, MSPS).

Interconsulta: es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente. (Resolución 2718 de 2024, MSPS).

Mina Antipersonal – MAP: Artefacto Explosivo concebido para explosionar por la presencia, proximidad o contacto de una persona y que tiene la capacidad de matar, herir, lesionar, incapacitar y/o causar daños a una o más personas (Plan Estratégico 2020 - 2025 Hacia una Colombia Libre de Sospecha de MAP para todos los Colombianos OACP-AICMA, 2020).

Munición Sin Explosionar – MUSE: Son los artefactos explosivos que hayan sido cebados, provistos de espoleta, armados o preparados de otro modo para su uso, y utilizados. Pueden haber sido disparados, dejados caer, depositados, lanzados, emplazados o proyectados, y habrían debido hacer explosión, pero no lo hicieron, ya sea por mal funcionamiento, diseño u otras causas (Plan Estratégico 2020 - 2025 Hacia una Colombia Libre de Sospecha de MAP para todos los Colombianos OACP-AICMA, 2020).

Órtesis⁹: dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético (Plan Estratégico 2020 - 2025 Hacia una Colombia Libre de Sospecha de MAP para todos los Colombianos OACP-AICMA, 2020).

Pagos compartidos o copagos: los pagos compartidos o copagos son un aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio demandado con la finalidad de contribuir a financiar el Sistema y están a cargo de los afiliados beneficiarios en el Régimen Contributivo y de los afiliados del Régimen Subsidiado (Decreto 1652 de 2022, MSPS).

Persona con discapacidad¹⁰: las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo

⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2718 2024. Artículo 55. Ítem 4.

¹⁰ Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Nueva York, 13 de diciembre de 2006), artículo 1.

que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Ley 1349 de 2009).

Plan de contingencia¹¹: herramienta municipal y departamental de preparación de respuesta a las emergencias por MAP/MUSE, para la entrega o gestión de componentes de ayuda humanitaria en fase de inmediatez, ente ellos de resaltar el transporte de emergencia, la atención médica y psicológica de emergencia (Decreto 1084 de 2015).

Portabilidad en salud: es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud. Cada EAPB dispondrá en su página web un espacio para reportar los cambios en el municipio (Portabilidad, MSPS, 2023).

Prestadores de Servicios de Salud: término referido a hospitales o clínicas, profesionales independientes, transporte asistencial de pacientes o entidades de objeto social diferente que prestan servicios de salud. Entidades que adoptan el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, con el fin de asegurar que los servicios se presten en condiciones que minimicen los riesgos de seguridad para el paciente (Resolución 3100, MSPS, 2019).

Primeros auxilios¹²: son los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales prestados a las personas accidentadas o con enfermedad antes de ser atendidos en un centro asistencial (Guía de Atención Médica Prehospitalaria MSPS 2012)

Productos de apoyo: se define en la norma UNE-EN ISO 9999 V2¹³ como cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipos, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad, destinado a: facilitar la participación; proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades; o prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación (ABECÉ de la Discapacidad MSPS, 2020).

¹¹ Decreto 1084 de 2015, Artículo 2.2.7.7.11. Planes de contingencia para atender las emergencias.

¹² Cruz Roja Colombiana. Manual de Primeros Auxilios. (2007). Docencia

¹³ Productos de apoyo para personas con discapacidad Clasificación y Terminología ISO 9999:2011.pdf

Esta definición incorpora la actualización de los términos teniendo en cuenta el marco conceptual contenido en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Prótesis¹⁴: dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica (Resolución 2718 de 2024, MSPS).

Régimen contributivo en salud¹⁵: es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador (Ley 100 de 1993).

Deben afiliarse a este régimen todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, los trabajadores independientes con capacidad de pago, las madres comunitarias y los aprendices en etapa lectiva y productiva.

Régimen subsidiado en salud¹⁶: es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad (Ley 100 de 1993).

Artículo 2.1.5.1.1 Afiliados al Régimen Subsidiado¹⁷. *"Son afiliados al Régimen Subsidiado las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización al Régimen Contributivo y que no tienen las calidades para estar en el Régimen Especial o de Excepción; así como aquellos que cumplan una o varias de las siguientes condiciones:*

1. Personas pobres o vulnerables, así clasificadas según la última metodología disponible del Sisbén, o el que haga sus veces, y conforme a los criterios de focalización que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

¹⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2718 de 2024. Glosario ítem 41. Artículo 56

¹⁵ Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 (Colombia, Diario Oficial 41.148 del 23 de diciembre de 1993), artículo 202

¹⁶ Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, artículo 211

¹⁷ Decreto 616 de 2022 "Por el cual se modifican los artículos 2.1.1.3, 2.1.3.11, 2.1.7.7, 2.1.7.8 Y se sustituye el Título 5 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016. Términos.

2. *Personas no pobres o no vulnerables, clasificadas a partir de la última metodología disponible del Sisbén, o el que haga sus veces, que contribuyan solidariamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
3. *Personas focalizadas e identificadas a través de listados censales”.*

Rehabilitación funcional¹⁸: proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes (Ley 1618 de 2013).

Rehabilitación Integral¹⁹: mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, por medio de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan de acuerdo con el tipo de discapacidad (Ley 1618 de 2013).

Referencia: La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica de un prestador de servicios de salud inicial a otro, para la atención o complementación diagnóstica que dé respuesta a las necesidades de salud de estos, de conformidad con el direccionamiento de la entidad responsable de pago (Decreto 441 de 2022, MSPS).

Referencia y contrareferencia²⁰: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red integral de prestadores definida por la entidad responsable del pago (Decreto 441 de 2022, MSPS).

Rescate²¹: es la aplicación de técnicas de estabilización, remoción, penetración y extracción de víctimas por causa de desastres o accidentes, que se encuentren atrapados o aprisionados por estructuras o vehículos (aéreos, terrestres o acuáticos), o perdidas en zonas de selva o nevados, así como náufragos o víctimas de

¹⁸ Congreso de la República. Ley 1618 de 2013. Artículo 2. Numeral 6.

¹⁹ Congreso de la República. Ley 1618. Artículo 2. Numeral 7.

²⁰ Decreto 441 de 2022. Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 Del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.

²¹ Defensa Civil Colombiana. Glosario. Colombia. Recuperado de: www.defensacivil.gov.co/loader.php?IServicio=Glosario&letra=R

inundaciones, utilizando para ello equipos especiales y adecuados (Estrategia Nacional de Respuesta a Emergencias en Salud, MSPS, 2023).

Ruta Integral de atención en salud (RIAS): son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación (Rutas integrales de atención en salud - MSPS, 2016).

Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS): es el mecanismo por el cual el Estado brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros. El SGSSS funciona en dos regímenes de afiliación: 1) Régimen Contributivo, al cual se deben afiliar las personas que tienen capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias. 2) Régimen Subsidiado en Salud, al cual deben estar afiliadas las personas pobres y vulnerables del país (Aseguramiento al sistema general de salud, MSPS, 2023).

Triage²²: El triage es un término de origen francés (del verbo trier, cribar u ordenar). Originariamente era un término militar que significaba seleccionar, escoger o priorizar; se ha implementado en conflictos militares que datan de las guerras de Napoleón, en relación con la atención del gran número de heridos en combate. Desde ese entonces a nuestros días, el concepto de triage se ha ido adaptando a nuevas condiciones de atención médica de emergencias, y actualmente se aplica tanto a los eventos naturales como a aquellos originados por el hombre. Se entiende por triage el “Proceso de categorización de lesionados basado en la urgencia de sus lesiones y la posibilidad de supervivencia”, diferente al criterio de atención en condiciones normales, en las que el lesionado más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico inmediato o a largo plazo (Guía de Atención Médica Prehospitalaria MSPS 2012).

²² Ministerio de Salud y Protección Social; Universidad de Antioquia. Guías básicas de atención médica prehospitalaria (Colombia, 2012).

Responsabilidades de los actores claves.

Para una mejor comprensión de las competencias para el acceso a la Ruta integral de atención en salud y de rehabilitación funcional, en este apartado se incluyen los principales actores de la Ruta, las responsabilidades de cada uno y las consideraciones frente a reconocimientos, financiamiento de los servicios de salud - rehabilitación funcional y prestaciones económicas en el proceso de atención a las víctimas de MAP/MUSE en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

Entidad Territorial departamental, municipal o distrital en salud.

- Socializar la presente Ruta con los diferentes actores territoriales responsables de su implementación, así como a las comunidades.
- Coordinar el acceso a la Ruta de Asistencia Integral a las Víctimas (AIV) en sus planes de gestión del riesgo – desarrollo.
- Realizar, Socializar y Publicar el directorio de actores territoriales, con los cuales la comunidad debe comunicarse en caso de presentarse un accidente por MAP/MUSE. En el anexo 18 se encuentra la tabla guía para diligenciar, algunos actores competentes, entre otros, que la Entidad Territorial considere deben ser relacionados en el directorio. (Anexo 18: Formato Directorio actores territoriales Municipio o Distrito).
- Liderar la conformación de la mesa territorial de gestión y seguimiento de casos, encargada de articular con los diferentes actores responsables con el objetivo de garantizar el acceso a los servicios y la eliminación de barreras.
- Contar con el mapa de oferta territorial para la rehabilitación integral e inclusión social, familiar, escolar, laboral. En el anexo 19 se dispone de la tabla guía para elaborar el mapa. (Anexo 19: Formato Mapa de Oferta Territorial).
- Brindar acompañamiento y asesoría para la garantía de derechos de las personas víctimas de MAP/MUSE y sus familias.
- Incluir los riesgos existentes en el marco del hecho victimizante de MAP MUSE en la actualización de los planes de contingencia de la entidad territorial.
- Las Entidades Territoriales deberán desarrollar dentro de sus funciones de rectoría y gobernanza en salud acciones conjuntas, articuladas e integradas entre todos

los actores presentes en sus territorios, es decir, deben fortalecer las capacidades de liderazgo para lograr efectividad de los planes, programas y/o proyectos implementados en su jurisdicción²³.

- Garantizar a las víctimas de MAP/MUSE, los servicios de asistencia médica, quirúrgica y/u hospitalaria.
- Garantizar la ayuda humanitaria de la que trata el Decreto 4800 de 2011 en su artículo 102²⁴.
- Los Departamentos, Distritos y Municipios deberán diseñar, implementar, hacer seguimiento y evaluación a sus políticas, planes, programas y proyectos, teniendo en cuenta los diferentes hechos victimizantes, la participación de las víctimas, el enfoque diferencial y el goce efectivo de los derechos de la población víctima. con los artículos 250 y 251 del Decreto 4800 de 2011²⁵.

Víctimas de MAP/MUSE

- Conocer la Ruta Integral de atención en salud y rehabilitación funcional.
- Informar a la Aseguradora/EAPB (Entidad Administradora de Planes de Beneficios) para trámite de portabilidad de servicios en salud y a la Entidad Territorial de salud para trámite de afiliación, movilidad entre regímenes de salud²⁶ o cambio de EAPB.

Prestadores de Servicios de Salud - PPS

- Brindar las atenciones en salud y rehabilitación funcional que requieran las personas víctimas de MAP/MUSE en el marco del enfoque diferencial como responsabilidad de todos los actores.
- Cumplir con las responsabilidades establecidas en el Protocolo de vigilancia en salud pública del Instituto Nacional de Salud y reporte del evento de interés en salud pública -*Lesiones por minas antipersonal y municiones sin explotar*.

²³Instrucciones impartidas para todas las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud TITULO V ENTIDADES TERRITORIALES - DISPOSICIONES GENERALES PARA LAS ENTIDADES TERRITORIALES

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentosMetodologias/Titulo%20V%20Entidades%20Territoriales.pdf>

²⁴ Decreto 4800 de 2011. Por el cual se reglamenta la ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones. Compilado en el Decreto 1084 de 2015. ARTÍCULO 2.2.6.4.1. Ayuda humanitaria inmediata. Las entidades territoriales deben garantizar ayuda humanitaria inmediata a las víctimas de hechos diferentes al desplazamiento forzado ocurridos durante los últimos tres (3) meses, cuando estas se encuentren en situación de vulnerabilidad acentuada como consecuencia del hecho.

²⁵ Decreto 4800 de 2011. Por el cual se reglamenta la ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones. Compilado en el Decreto 1084 de 2015. ARTÍCULO 2.2.8.2.3.1. Departamentos. ARTÍCULO 2.2.8.2.3.2. Distritos y municipios. (...) Garantizar la prevención, la asistencia, la atención y la reparación integral de las víctimas ...)

²⁶ 2.1.5.1. Afiliados régimen subsidiado. Ítem 12. Víctimas del conflicto armado de conformidad con lo señalado en la Ley 1448 de 2011 y que se encuentren en el Registro Único de Víctimas elaborado por la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

- Garantizar la operatividad del sistema de referencia y contrarreferencia según normatividad vigente.
- Presentar a la entidad territorial, los servicios disponibles habilitados para definir la oferta en el territorio, incluyendo aspectos relacionados con modalidades, grados de complejidad, talento humano, dotación e infraestructura, en el marco la normatividad vigente.
- Atender con idoneidad las solicitudes que en términos asistenciales, administrativos y logísticos requieran la entidad territorial, las EAPB y la comunidad.
- Cumplir con los estándares de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutividad y calidad, independientemente de cuál sea la condición de salud de las personas, es fundamental el rol del equipo interdisciplinario de salud.
- De acuerdo con el artículo 14 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se prohíbe la negación de la prestación de servicios y tecnologías de salud, para los cuales no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa de manera previa.

Centros Reguladores de Emergencias y Desastres – CRUE

- Coordinar y regular en sus jurisdicciones (Distrital, Departamental, Nacional), el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud oportuna y eficiente de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre.
- Articularse para contribuir de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada en las solicitudes de atención de urgencias, emergencias o desastres de la población, en las regiones en donde se encuentre funcionando el Número Único de Seguridad y Emergencias (NUSE).
- En los casos de atención de urgencias, apoyar la operación de los procesos de referencia y contra referencia a cargo de la Dirección Territorial de Salud correspondiente y el de otras entidades responsables del pago de servicios del área de influencia del CRUE.

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES o quien haga sus veces

Mediante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES se garantizan los recursos para la asistencia y prestaciones económicas para las personas víctimas MAP MUSE , establecido en el marco de su

nueva estructura; el Decreto 1429 de 2016 “*Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES- y se dictan otras disposiciones*”, se alude en el artículo 17 las funciones de la Dirección de Otras Prestaciones. Son funciones de la Dirección de Otras Prestaciones, las siguientes:

1. Planear, hacer seguimiento, controlar y verificar el proceso de liquidación y reconocimiento y pago de otras prestaciones por concepto de los servicios de salud determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, de las víctimas de eventos catastróficos, terroristas y de accidentes de tránsito y las indemnizaciones y auxilios a las víctimas de eventos catastróficos y, terroristas.
2. Proponer e implementar las directrices, instrucciones, conceptos y manuales técnicos para adelantar el proceso de liquidación, reconocimiento y pago de otras prestaciones por concepto de los servicios de salud determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social de las víctimas de eventos catastróficos, terroristas y de accidentes de tránsito y las indemnizaciones y auxilios a las víctimas de eventos catastróficos y terroristas.
3. Certificar la viabilidad del reconocimiento de otras prestaciones por concepto de los servicios de salud determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, de las víctimas de eventos catastróficos, terroristas y de accidentes de tránsito y las indemnizaciones y auxilios a las víctimas de eventos catastróficos, terroristas.

De acuerdo con el Decreto 780 de 2016 que compila el Decreto 056 de 2015 que trata sobre el reconocimiento y pago de servicios de salud, indemnizaciones y gastos de transporte derivados de eventos terroristas, considerados estos como los provocados por artefactos explosivos, que generen daño en su integridad personal o la muerte a las víctimas de la población civil o sus familiares, en su reparación incluye:

Servicios de salud: están enunciados en el artículo 2.6.1.4.2.1. Los servicios de salud que deben ser brindados a las víctimas de que trata el presente Capítulo comprenden:

1. Atención inicial de urgencias y atención de urgencias.
2. Atenciones ambulatorias intramurales.
3. Atenciones con internación.

4. Suministro de dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis.
5. Suministro de medicamentos.
6. Tratamientos y procedimientos quirúrgicos.
7. Traslado asistencial de pacientes.
8. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.
9. Rehabilitación física.
10. Rehabilitación mental.

Así mismo, se garantizarán los servicios enunciados en el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011, como son:

1. Hospitalización.
2. Material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, conforme con los criterios técnicos que fije el Ministerio de la Protección Social.
3. Medicamentos.
4. Honorarios Médicos.
5. Servicios de apoyo tales como bancos de sangre, laboratorios, imágenes diagnósticas.
6. Transporte.
7. *Examen del VIH sida y de ETS, en los casos en que la persona haya sido víctima de acceso carnal violento.
8. *Servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la jurisprudencia de la Corte Constitucional y/o la ley, con absoluto respeto de la voluntad de la víctima.
9. *La atención para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas.

*Es importante precisar que la ADRES o quien haga sus veces NO reconoce lo enunciado en los numerales 7,8 y 9 de este apartado, teniendo en cuenta que estos servicios no son derivados del evento terrorista, el cual está definido en el Decreto 780 de 2016. El responsable de estos es la UAV.

Y se reconocen al Prestador de Servicios de Salud en un valor máximo de *setecientos uno coma sesenta y ocho (701,68) Unidades de Valor Tributario – UVT*, al momento de la ocurrencia del evento²⁷.

Indemnización por incapacidad permanente, enunciada en el artículo 2.6.1.4.2.6, es el valor a reconocer, por una única vez, a la víctima de un evento terrorista, cuando como consecuencia de tales acontecimientos se produzca en ella la pérdida de su capacidad para desempeñarse laboralmente. La calificación de pérdida de capacidad será realizada por la autoridad competente, de acuerdo a lo establecido en el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto- ley 019 de 2012 y se ceñirá al Manual Único para la pérdida de capacidad laboral y ocupacional vigente a la fecha de la calificación; podrá ser reconocido hasta un máximo de ciento ochenta (180) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv) y de acuerdo con la tabla señalada en el artículo 2.6.1.4.2.8. del Decreto 780 de 2016.

Este mismo artículo en su párrafo 2 menciona que no serán beneficiarios de la indemnización por incapacidad permanente a cargo de la ADRES, quienes a la fecha de la ocurrencia del evento se encuentren afiliados en estado "activo" al Sistema General de Riesgos Laborales y el evento que ocasionó el estado de invalidez se trate de un accidente de trabajo o quienes hayan obtenido una pensión de invalidez o una indemnización sustitutiva de la pensión de invalidez por parte del Sistema General de Pensiones.

Incapacidades temporales, enunciada en el artículo 2.6.1.4.2.10. del Decreto 780 de 2016. Para el caso de los afiliados al régimen contributivo, serán reconocidas por la EPS a la que estuviere afiliada la víctima. Si el accidente fuere de origen común, o por la Administradora de Riesgos Laborales si este fuere calificado como accidente de trabajo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, el artículo 3.2.1.10 del Decreto 780 de 2016, los artículos 2 y 3 de la Ley 776 de 2002, el párrafo 3 del artículo 5 de la Ley 1562 de 2012, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

²⁷ Decreto No. 2644 de 2022. Artículo 2. Modificación del artículo 2.6.1.4.2.3. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Modifíquese el artículo 2.6.1.4.2.3. Cobertura, Numeral 4 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Indemnización por muerte y gastos funerarios, enunciados en el artículo 2.6.1.4.2.11. del Decreto 780 de 2016. Es el valor a reconocer a los beneficiarios de la víctima que haya fallecido como consecuencia de un evento terrorista, como son: el cónyuge o compañero (a) permanente de la víctima, en la mitad de la indemnización y sus hijos en la otra mitad, distribuida en partes iguales. De no haber hijos, la totalidad de la indemnización corresponderá al cónyuge o compañero (a) permanente; de no existir alguno de los anteriores, serán beneficiarios los padres y a falta de ellos los hermanos de la víctima.

Se reconocerá y pagará una sola indemnización por muerte y gastos funerarios por víctima, en cuantía equivalente a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv) al momento de la ocurrencia del evento terrorista, la cual será cubierta por la ADRES.

Gastos de transporte y movilización a la Institución Prestadora de servicios de Salud – IPS, enunciados en el artículo 2.6.1.4.2.15. del Decreto 780 de 2016. Es el valor a reconocer a la persona natural o jurídica que demuestre haber incurrido en gastos de transporte y movilización de la víctima, desde el sitio de la ocurrencia del evento terrorista, hasta la institución prestadora de servicios de salud pública o privada a donde aquella sea trasladada. Se pagarán por una sola vez en cuantía a ocho coma setenta y siete (8,77) Unidades de Valor Tributario – UVT al momento de la ocurrencia del evento terrorista.

La ADRES o quien haga sus veces, es quien cubre el gasto de transporte asistencial efectuado para la movilización de la víctima de MAP - MUSE. El plazo para efectuar la reclamación ante la ADRES es de dieciocho meses contados a partir de la fecha del traslado. En el anexo 2 se disponen de los requisitos para el reconocimiento. (Anexo 2. Reconocimiento de gastos de transporte y movilización inicial).

Imposibilidad de recibir doble beneficio, enunciado en el artículo 2.6.1.4.3.11. del Decreto 780 de 2016. En caso de que el beneficiario de las indemnizaciones a reconocer como consecuencia de un evento terrorista haya recibido indemnización por muerte y gastos funerarios o por incapacidad, por parte de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, el valor reconocido por dicha entidad se descontará de la indemnización a reconocer por parte de la ADRES o quien haga sus veces, y se pagará la diferencia, con el propósito de evitar que se genere un doble pago por el mismo hecho.

Lo anterior, en armonía con lo señalado en el Decreto 780 de 2016 y lo establecido en el Decreto 2644 de 2022 "Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016 "por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social":

La Ruta contiene los anexos donde se describen los requisitos y gestiones que se deben adelantar ante la ADRES o quien haga sus veces, para acceder a los enunciados reconocimientos y pagos.

Asegurador/EAPB (Entidad Administradora de Planes de Beneficios) ²⁸

- Garantizar las atenciones en salud y rehabilitación (asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria) a que tenga derecho la personas víctima de MAP/MUSE, luego de agotado el tope de cobertura cubierto por ADRES según el Decreto 2644 de 2022, y/o de acuerdo con la normatividad vigente.²⁹
- Evitar el fraccionamiento de la atención y favorecer la integración a través de las redes de servicios de salud, permitiendo el desarrollo del sector y mejorando la accesibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en lo referente a las acciones de salud pública, promoción, habilitación y rehabilitación para la población con discapacidad.
- Es importante tener en cuenta que al momento de cubrir el tope máximo reconocido por ADRES o quien haga sus veces, en lo relacionado con servicios y tecnologías de salud, los pagos por los servicios de salud que excedan los topes de coberturas establecidos, serán asumidos por la EPS (EAPB) a la que se encuentre afiliada la víctima, por las administradoras de los regímenes Especial y de Excepción cuando la víctima pertenezca a estos, o por la Administradora de Riesgos Laborales - ARL, a la que se encuentra afiliada, cuando se trate de un accidente laboral.

OTROS SECTORES

Oficina del Consejero Comisionado de Paz – OCCP Grupo AICMA

- Articular con las entidades territoriales (categorizados por Consejero Comisionado de Paz Grupo AICMA, de baja, mediana y alta afectación por accidentes de

²⁸ Circular externa 004 de 2017 Superintendencia Nacional de Salud.

²⁹ Decreto 2644 diciembre 30 de 2022. Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016 "por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social". Artículo 2. **Parágrafo 1.**

MAP/MUSE) y entidades aliadas para garantizar el proceso de rescate / evacuación. Frente alguna eventualidad que requiera apoyo de la FAC, se adjunta el anexo de solicitud. (Anexo 17: Formato de solicitud Traslado con apoyo de la Fuerza Aérea Colombiana FAC).

- Realizar seguimiento al tránsito de las víctimas por Ruta de Asistencia Integral a las Víctimas (AIV) por MAP – MUSE.
- Registrar a las víctimas en el Sistema de Gestión de Información Sobre Actividades Relativas a Minas (IMSMA, su sigla en inglés), previa certificación de la personería municipal del lugar del accidente.
- Asesorar a las víctimas en su proceso por la Ruta.
- Informar a las entidades competentes los problemas evidenciados en la atención de las víctimas.
- Articular acciones y elaborar planes de trabajo con las instituciones que contribuyen en la quinta etapa de la Ruta para la inclusión social y económica de los sobrevivientes de MAP - MUSE (Unidad para las Víctimas UARIV, ICBF, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Defensa, Ministerio de Agricultura, Ministerio de las TICs, Ministerio del Interior, Prosperidad Social, Agencia Nacional de Tierras, SENA, Coldeportes, Instituto Nacional de Salud, Superintendencia Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social).
- Identificar desde la etapa de 2 de la atención de urgencias las necesidades de la población sobrevivientes de MAP-MUSE y su núcleo familiar, a través de cruces de bases de datos con entidades como el DNP y el DANE que cuenten con información de caracterización de las necesidades de la población.
Más información en el siguiente enlace <https://www.accioncontraminas.gov.co/>. y en el Directorio telefónico nacional (Anexo 20: Formato Directorio Nacional).
- Participar en las mesas relacionadas con la gestión de casos.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Adelantar a través de las acciones de las autoridades administrativas el proceso de restablecimiento de derechos y acompañamiento a la reparación integral a niñas, niños y adolescentes víctimas de MAP/MUSE, de acuerdo con lo establecido en los lineamientos vigentes para esta población.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas – UARIV

Realizar la valoración de la declaración para la inclusión en el RUV.

Inscripción en el Registro Único de Víctimas – RUV Reconocimiento de ayuda humanitaria e Indemnización por vía administrativa.

Una vez incluida la víctima en el RUV, realizar la entrega de la Ayuda Humanitaria a víctimas de hechos victimizantes diferentes al desplazamiento forzado incluidas, de acuerdo con las necesidades que guarden relación con el hecho victimizante y previo el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 4222 de 2021 que reglamenta su entrega y realizar la reparación en el marco de las medidas establecidas por la Ley 1448 de 2011. Indemnización reconocida por la UARIV.

Fortalecimiento de la Estrategia de Recuperación Emocional ERE, mediante la focalización especial a las víctimas por MAP MUSE, garantiza el acceso a las medidas de rehabilitación psicosocial, satisfacción y acciones que promueven las Garantías de No Repetición.

Deducción de los montos pagados con anterioridad. Enunciado en el artículo 154 del Decreto 4800 de 2011. La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, descontará del monto a pagar por concepto de indemnización por vía administrativa, los montos pagados por indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente reconocidos y pagados por ADRES o quien haga sus veces, del monto de la indemnización administrativa a que tenga derecho.

Financiamiento de servicios y tecnologías en salud. Con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud en una concepción integral, de acuerdo con lo establecido por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social lideró entre los años 2015 y 2017, la construcción participativa del procedimiento técnico-científico de exclusiones, con el fin de determinar explícitamente aquellos servicios y tecnologías que se excluyen de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, por cumplir con los criterios señalados en el artículo 15 de la misma Ley, teniendo en cuenta el concepto y recomendaciones emitido por expertos, pacientes, ciudadanos y otros actores.

Asimismo, con la aplicación de tal procedimiento, se avanzó en establecer los beneficios implícitos reconocidos con recursos públicos asignados a la salud, que le otorga a la población del territorio nacional el acceso a la totalidad de servicios y tecnologías de salud autorizados en el país, para la promoción de la salud, prevención

de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de cualquier contingencia de salud, según la prescripción del profesional tratante, con excepción de aquellos explícitamente excluidos de financiación con recursos públicos asignados a la salud, siendo las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a través de su red de prestadores, las responsables de gestionar de forma eficiente, integral y continua, la salud de sus afiliados.

De otra parte, la financiación de dichos servicios y tecnologías en salud está organizada a través de dos componentes que coexisten articuladamente, para facilitar la materialización del derecho a la salud. Por una parte, se tiene el aseguramiento que, mancomunando los riesgos derivados de las necesidades en salud de las personas, utiliza instrumentos para inferir y reconocer un presupuesto de manera ex ante denominado Unidad de Pago por Capitación - UPC, reconocido por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES y adicionalmente se presenta el reconocimiento del presupuesto máximo que busca gestionar el riesgo en salud de manera integral financiando aquellos servicios y tecnologías en salud que no son financiadas con cargo a la UPC. Por otra parte, se cuenta con otro componente, a través del cual se financia el acceso a servicios y tecnologías que aún no hacen parte del aseguramiento, los cuales son financiados con recursos dispuestos por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Ahora bien, como ya se señaló todos los servicios y tecnologías en salud disponibles y aprobados en el país hoy hacen parte de los beneficios a que tienen derecho los afiliados al SGSSS salvo que cumplan algún criterio de exclusión de los definidos en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud, dentro de una atención integral; debiendo ser garantizadas por parte de la EPS cuando sean prescritas por parte del profesional de salud tratante, bajo el principio de autonomía profesional, ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad la evidencia científica como lo establece el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, siempre y cuando no correspondan a alguno de los criterios de exclusión de financiación con recursos públicos asignados a la salud establecidos en el artículo 15 de la misma Ley 1751.

Descripción de la Ruta

La Ruta integral de atención en salud y rehabilitación funcional para víctimas de minas Antipersonal - MAP o municiones sin explotar - MUSE, se estructura en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS y la Política Pública de salud vigente, que en la búsqueda de avanzar en la garantía del derecho a la salud en Colombia y de asegurar el acceso efectivo de las personas, familias y comunidades a los servicios de salud, se plantea la consolidación de un *Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo*, centrado en las personas, familias y comunidades, fundamentado en la estrategia de Atención Primaria en Salud APS con enfoque en salud familiar y comunitaria.

Un modelo de salud que integra los principios de la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, transectorialidad y perspectiva de cuidado, ésta última en armonía con lo definido en el marco del Sistema Nacional de Cuidado³⁰, ello, para la continuidad del cuidado en los diferentes ámbitos o entornos de vida cotidiana de las personas, familias y comunidades.

Igualmente, la Ruta integral de atención en salud y rehabilitación funcional para víctimas de minas Antipersonal - MAP o municiones sin explotar - MUSE, se encuentra transversalizada por los *Atributos de la calidad en la atención en Salud*³¹, definidos como:

Calidad: el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia³².

³⁰ Ley 2281 de 2023 "por medio de la cual se crea el Ministerio de Igualdad y Equidad y se dictan otras disposiciones" Art. 6 Creación del "Sistema Nacional de Cuidado".

³¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Atributos de la calidad en atención en salud. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx>

³² Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, artículo 153

Continuidad: las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido súbitamente por razones administrativas o económicas antes de la recuperación o estabilización del paciente³³.

Integralidad: los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada³⁴.

Oportunidad: es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud³⁵.

Resolutividad: es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona³⁶.

Accesibilidad: son los servicios y tecnologías de salud que deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información³⁷.

³³ Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015 (Colombia, 16 de febrero de 2015), artículo 6.

³⁴ Congreso de Colombia. Ley 1751, artículo 8.

³⁵ Congreso de Colombia. Ley 1751, artículo 6.

³⁶ Adoptado Servicio de Salud del MAULE, Chile.

³⁷ Congreso de la República. Ley 1751 de 2015, artículo 6 Literal c.

El proceso de atención en salud y rehabilitación para víctimas de MAP/MUSE se compone de cinco etapas³⁸, cada una de ellas integrada por una variedad de pasos los cuales conforman en su conjunto la Ruta integral de atención en salud y rehabilitación funcional para víctimas de minas Antipersonal - MAP o municiones sin explosionar - MUSE.

Las primeras tres etapas que componen la Ruta se describen de manera secuencial y cronológica; la cuarta etapa (rehabilitación funcional) no responde a dicha cronología en su implementación cotidiana, dado que la rehabilitación funcional es un proceso que requiere proyectarse desde las primeras etapas de atención, de manera que las acciones que se efectúan en estas faciliten el posterior proceso de rehabilitación e inclusión social de la persona víctima. Con cierta frecuencia se inician las intervenciones terapéuticas de rehabilitación desde la etapa de atención hospitalaria; sin embargo, los pasos descritos en la etapa de rehabilitación funcional del presente documento están referidos a las acciones requeridas posteriores al egreso de la hospitalización.

Cada una de las etapas de la Ruta descrita en el presente documento incluye un esquema con los pasos para desarrollar y unas recomendaciones o aspectos para tener en cuenta como parte de la etapa específica que se aborda. Algunos de los puntos descritos remiten a procedimientos precisos, los cuales son incorporados como anexos.

La primera etapa, denominada '**Atención prehospitalaria**', contiene la orientación acerca de las instancias que se deben contactar para coordinar el rescate y evacuación de la víctima, la información que debe darse y quién será el responsable del pago del traslado, así como el proceso que debe efectuar para el mismo. También se describen las indicaciones para tener en cuenta en caso de que la víctima no sobreviva.

En la segunda etapa, denominada '**Atención de urgencias**', se halla información acerca de dónde debe ser atendida la víctima en el momento de la urgencia y qué hacer en caso de que le sea negada la atención. De forma similar, brinda orientación acerca de los trámites administrativos que deben efectuar los prestadores del servicio de salud cuando atiendan a una víctima de MAP/MUSE.

³⁸ Las etapas se alinean con lo establecido en el capítulo 4 del Decreto 1427 de 2022. Por el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamentan las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.



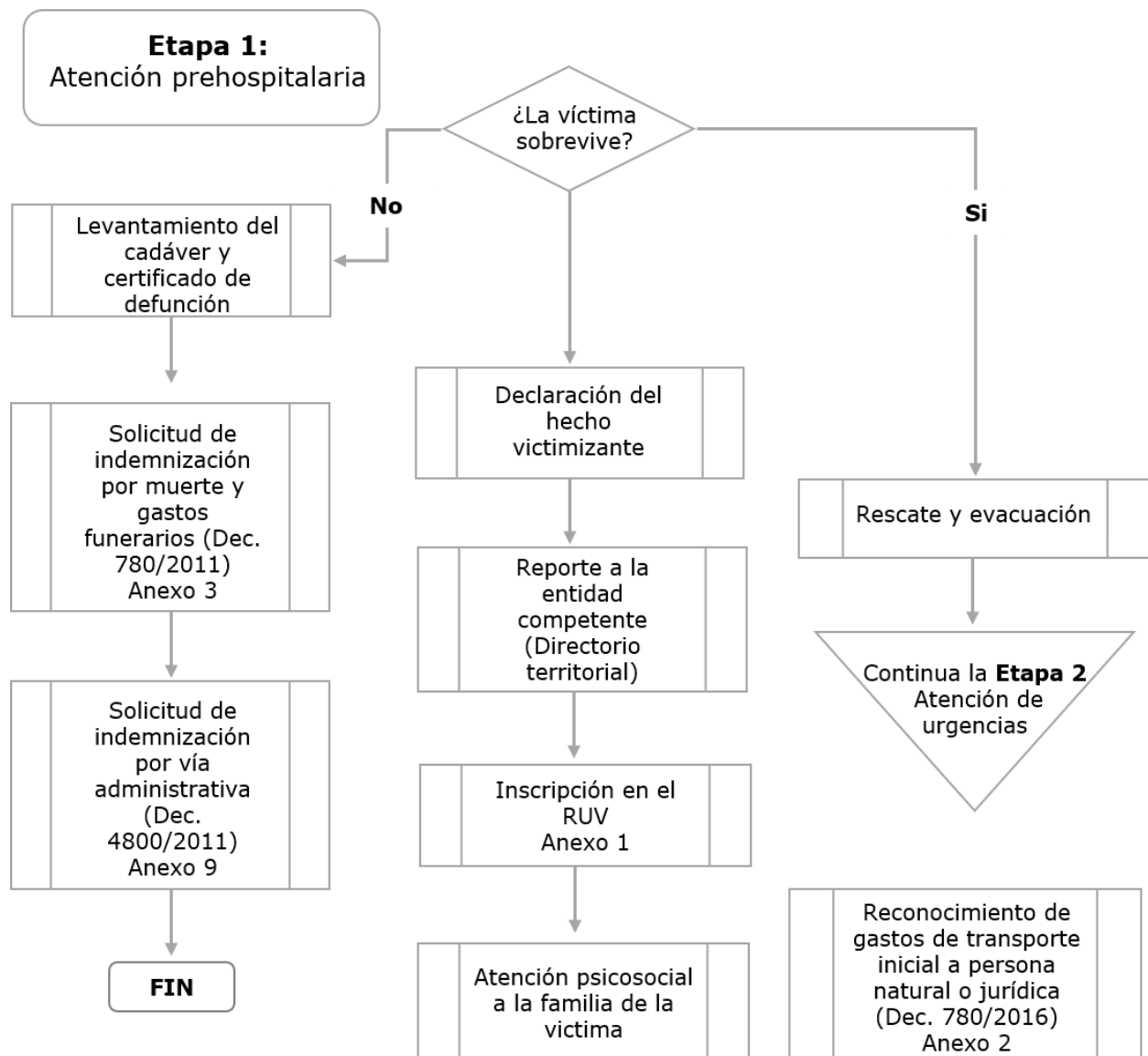
En la tercera etapa, correspondiente a la '**Atención hospitalaria**', la Ruta indica qué servicios se les debe prestar a las víctimas por el hecho de tener esta condición, qué hacer en caso de requerir referencia a un hospital o clínica de mayor nivel de complejidad y quién será el responsable del pago de las atenciones en salud.

En la cuarta etapa, llamada '**Rehabilitación funcional**', se incluye información acerca del desarrollo del proceso de habilidades para ser promovidas con la víctima a través de los Prestadores de Servicios de Salud - PPS, la atención psicosocial, las tecnologías ortopédicas externas, los dispositivos médicos sobre medida y el procedimiento que se debe llevar a cabo para su acceso.

En la quinta etapa, denominada '**Rehabilitación integral-inclusión**', se enuncian los demás procesos para ser desarrollados y lograr la inclusión social de las víctimas de MAP/MUSE, con base en la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC.

Etapa 1. Atención Prehospitalaria

Esta etapa incluye las orientaciones, actividades, procedimientos, intervenciones terapéuticas pre- hospitalarias, que se implementan en el sitio de ocurrencia del evento y durante el traslado de la persona hasta su admisión en un Prestador de servicios de salud. Acciones que se llevan a cabo con el fin de preservar la vida, disminuir complicaciones y riesgos que puedan generar discapacidad o muerte.



Orientaciones para la comunidad o familiar, en caso de que la víctima sobreviva:

- Determine si es seguro acercarse a la víctima e identifique si alguna persona de la comunidad cercana puede brindarle los primeros auxilios.
- Establezca comunicación con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) o con el hospital local o con el número único de emergencias 123. La comunidad debe contar con el directorio de las autoridades locales competentes con las que se puede comunicar en caso de emergencias. En el anexo 18 de esta publicación se encuentra un formato de directorio telefónico para ser completado por los usuarios de la Ruta, con los datos de contacto suministrados por la Entidad Territorial (anexo 18).
- Al reportar la emergencia es importante procurar dar la información lo más clara posible acerca del sitio de la ocurrencia, los datos completos (nombre, número de cédula y localización) de quién sufrió el accidente y de quién está realizando la llamada.
- Recuerde que el traslado de la víctima está cubierto por el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS mediante a Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, o quien haga sus veces.
- Realizar la declaración del hecho victimizante ante Ministerio Público: Personería, Procuraduría o Defensoría o quien haga sus veces en la entidad territorial.
- En el caso en que la víctima directa sea una niña, niño o adolescentes o indígena, cuando la víctima sea su cuidador y no cuente con familia extensa, reporte el evento a la autoridad administrativa competente en el territorio para su verificación de derechos (Defensoría de familia del ICBF, Comisaría de Familia o Inspección de Policía de la entidad territorial o Autoridad tradicional indígena).
- Adelantar la gestión para la inscripción en el Registro único de víctimas ante la UARIV. En el anexo 1 se dispone de la orientación del procedimiento. (Anexo 1: Inscripción en el Registro Único de Víctimas (RUV)).

- En el caso que se requiera traslado de la víctima dentro de la atención prehospitalaria, con servicios habilitados en el sistema de salud que supere el monto reconocido por la ADRES, será la EAPB a la que se encuentre afiliada la víctima, quien asuma el valor excedente del pago.

Orientaciones para familiares de víctimas fallecidas

En el caso en que la víctima no sobreviva, es importante tener en cuenta:

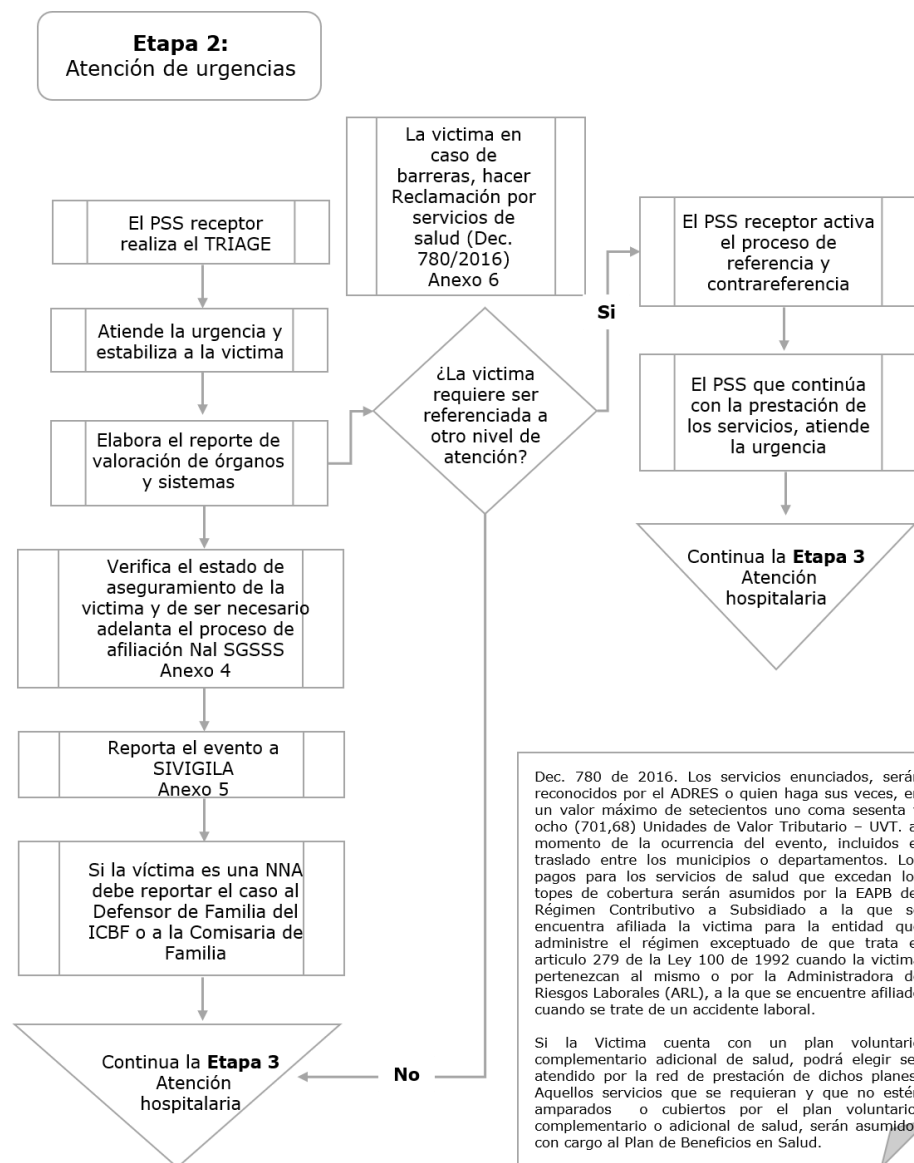
- Cuando la persona fallezca en el lugar de ocurrencia del evento, se deben adelantar las gestiones para el levantamiento del cadáver y el certificado de defunción con la autoridad competente del territorio.
- Igualmente determine si es seguro acercarse a la víctima
- Solicitar al Consejo Municipal de Gestión de Riesgo, el Censo con la Población víctima del evento terrorista, el cual deberá especificar cómo mínimo el nombre e identificación de la víctima y las circunstancias de modo, tiempo y lugar de ocurrencia del evento. En el anexo 14 se dispone del formato que se diligencia por esta entidad. (Anexo 14: Certificación del accidente por parte de la personería municipal.).
- Adelantar la gestión para la inscripción en el Registro único de víctimas ante la UARIV. En el anexo 1 se dispone de la orientación del procedimiento. (Anexo 1: Inscripción en el Registro Único de Víctimas (RUV)).
- Los familiares de la víctima que no cuenten con recursos para sufragar los gastos funerarios tienen derecho a recibir de manera inmediata o en el menor tiempo, asistencia funeraria solicitándola a la Entidad Territorial municipal o distrital.
- Cuando la víctima muere en un lugar diferente al que residía, los familiares tienen derecho a que los costos de la asistencia funeraria sean asumidos por partes iguales entre el municipio donde ocurrió el accidente y el municipio donde residía la víctima³⁹.

³⁹ Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 4800 de 2011 (Colombia, Diario Oficial No. 48.289 de 20 de diciembre de 2011), artículo 101.

- Los familiares tienen derecho a acceder a una indemnización individual por vía administrativa por homicidio hasta de 40 SMLMV, indemnización reconocida por la UARIV. o pueden solicitar indemnización por muerte y gastos funerarios a la ADRES o quien haga sus veces, la cual corresponde a 750 SMLDV. Resaltar que los requisitos solicitados por cada entidad son diferentes y que, en cualquiera de los dos casos, la UARIV o la ADRES – o quien haga sus veces– descontarán el monto de la indemnización que se haya aprobado por la otra entidad. En el anexo 9 se encuentran los requisitos y orientación del trámite ante la UARIV. (Anexo 9: Indemnización reconocida por la UARIV). Y en el anexo 3 se encuentran los requisitos y orientación del trámite ante la ADRES. (Anexo 3: Solicitud de indemnización por muerte y gastos funerarios).
- La persona familiar de la víctima fallecida tiene derecho a ser incluida en el Registro Único de Víctimas y acceder a todas las medidas de reparación.
- Los familiares tienen derecho a acceder a capacitación en el manejo de recursos recibidos a título de indemnización, cuando esta se recibió por medio de la UARIV.
- Consulte por la oferta Institucional de Atención Psicosocial en su Entidad Territorial.

Etapa 2. Atención de urgencias

La víctima tiene derecho a acceder a la atención de urgencias de manera inmediata, con independencia de la capacidad socioeconómica y sin exigir condición previa para su admisión en las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas⁴⁰.



⁴⁰ Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Ley 1448 de 2011. (Colombia, Diario Oficial 48.096 de junio 10 de 2011), artículo 47, parágrafo 2 y artículo 53.

Orientaciones a los Prestadores de Servicios de Salud en esta etapa:

Sobre los Prestadores que presten los servicios de salud que deben brindarse a las víctimas⁴¹:

- El prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), a través de la respectiva entidad territorial en donde se encuentra habilitado y presta los servicios.
- Todo servicio de salud deberá ser atendido por prestadores de servicios de salud habilitados por la autoridad competente, en el lugar en que se preste el servicio y solo podrá prestarse en la jurisdicción en la que se encuentre habilitado por el ente territorial competente.
- Cuando la institución prestadora de servicios de salud no cuente con el grado de complejidad del servicio requerido por la víctima, deberá remitirla a través de los procedimientos de referencia y contrarreferencia, a la Institución Prestadora de Servicios de Salud más cercana y habilitada para prestar el servicio requerido.
- La atención de urgencias se debe garantizar en el prestador de servicios de salud público o privado más cercana al lugar de ocurrencia del evento. De acuerdo con el artículo 14 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se prohíbe la negación de la prestación de servicios y tecnologías de salud, para los cuales no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa de manera previa cuando se trate de atención de urgencia.
- El PSS debe realizar el TRIAGE donde se establece la prioridad en la atención de la persona, de conformidad con la Resolución 5596 de 2015.
- En el caso que la víctima no esté inscrita en una EAPB, realizar la atención y la respectiva afiliación al sistema a través del Sistema de Afiliación Transaccional o directamente ante la EAPB, según lo señala, el Decreto 616 de 2020 integrado en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 1128 de 2020. La entidad territorial, deberá hacer seguimiento a dicha afiliación y su correcto registro en la BDUA como población víctima del conflicto armado. En el anexo 4 se encuentra el procedimiento que se debe realizar por parte de los PSS y las Entidades

⁴¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016, artículo 2.6.1

Territoriales – ET. (Anexo 4: Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud)

- Como el accidente por MAP/MUSE es de interés en salud pública, el PSS que realiza la atención deberá diligenciar el reporte de notificación obligatoria, ficha de Sivigila 452, para tener información más completa que ayude en un futuro a ajustar las políticas existentes. En el anexo 5 se presenta el formato y acceso para el reporte (Anexo 5: Diligenciamiento de la ficha de notificación).
- En ningún caso se realizará cobro de copago o cuotas moderadoras a las víctimas atendidas⁴². Tampoco podrán exigirle fotocopias o autenticaciones de documentos.

De igual manera el Decreto 1652 de 2022, en el artículo 2.10.4.9, numeral 1.8 señala:

"(...) Las víctimas del conflicto armado interno determinadas en el artículo 2 Artículo 2 de la Ley 2421 de 2024, incluidas las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras conforme el artículo 3 del Decreto-Ley 4635 de 2011, que se encuentren registradas en el Sisbén 1 y 2, atendiendo lo previsto el artículo 52, parágrafo 2 de la Ley 1448 de 2011 y el artículo 53, parágrafo 2 del Decreto-Ley 4635 de 2011 o las normas que los modifiquen o sustituyan estarán exceptuadas del cobro de copagos⁴³.

Las víctimas contempladas en la parte resolutive de las sentencias proferidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos – CIDH, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos.

El Ministerio de Salud y Protección Social suministrará a las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas el listado de beneficiarios, previa suscripción del acuerdo de confidencialidad que se disponga para tal fin".

Por otra parte, el mismo Decreto 1652 respecto a la atención de urgencias, establece en el artículo 2.10.4.5 Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras. Las cuotas moderadoras se pagarán por cada usuario al momento

⁴² Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 016 de 2014 (Colombia, Diario Oficial n.º 49.103 de 25 de marzo de 2014), numeral 7.

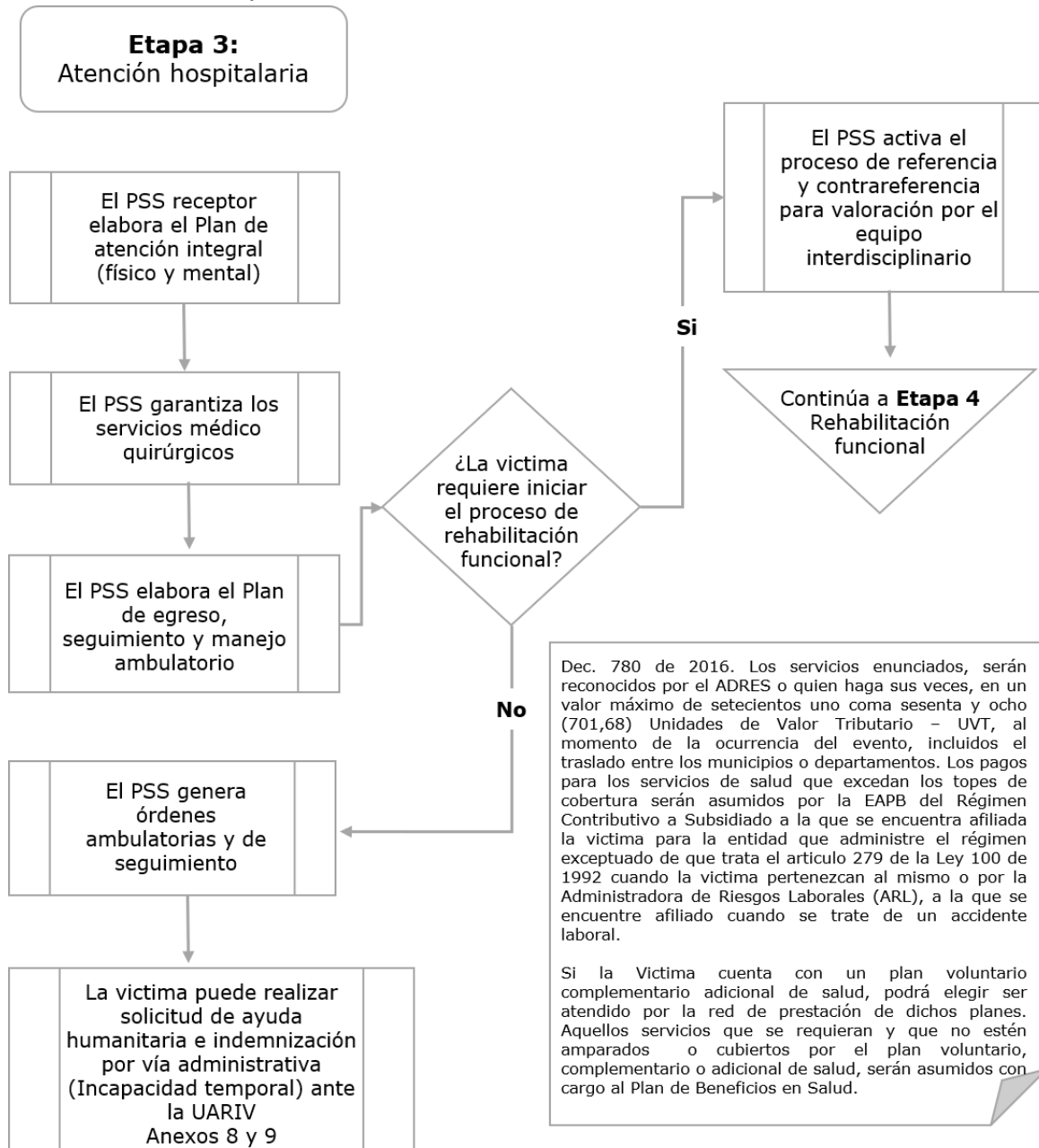
⁴³ Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1652 de 2022

de utilización de cada uno de los siguientes servicios, de manera independiente: “(...) numeral 7. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando se trate de pacientes clasificados en las categorías de triage IV y V conforme la Resolución 5596 de 2015 o la norma que la modifique o sustituya. En todo caso, no podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias” y artículo 2.10.4.8. Excepciones del cobro de copagos. Los afiliados están exentos de copago, por las atenciones en salud originadas en: “(...) numeral 2. Atención en el servicio de urgencias para los pacientes clasificados en las categorías de triage I, II, y III definidas en la Resolución 5596 de 2015 o las normas que regulen la materia”.

- Las intervenciones realizadas por el personal de salud deben tener en cuenta los protocolos pertinentes, lo que posibilitará un adecuado proceso de recuperación y rehabilitación posterior.
- El PSS deberá tener habilitados los servicios con miras a garantizar la seguridad al paciente acorde con la Resolución 3100 de 2019 o la que la sustituya o modifique, cumpliendo con los estándares de talento humano, infraestructura, dotación, de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, de procesos prioritarios, de historia clínica y registros, y de interdependencia.
- Si el PSS niega la atención de urgencias, la víctima deberá solicitar el motivo de la negación por escrito. Este debe ser elaborado y firmado por la propia institución de salud.

Etapa 3. Atención hospitalaria

Esta etapa está referida a las acciones de salud (médicas, quirúrgicas, de rehabilitación u otras) que se requieren llevar a cabo con la víctima de MAP/MUSE en una condición de hospitalización.



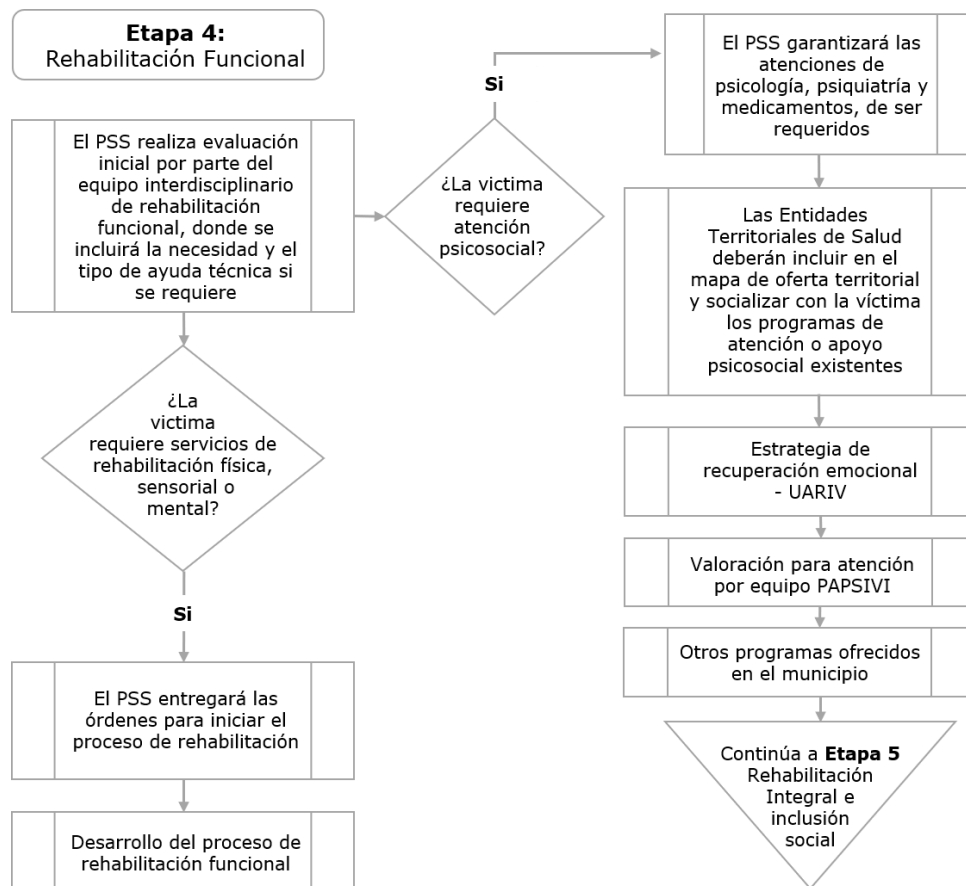
Orientaciones a los PPS en la etapa de Orientación Hospitalaria:

- En caso de requerir alguna ayuda diagnóstica, especialidad médica o servicio que no esté disponible en la institución de salud donde está siendo atendida la víctima, esta deberá ser remitida acorde a sus necesidades en salud.
- En caso de que el traslado entre PPS supere el monto reconocido por ADRES o quien haga sus veces, este será realizado por la EAPB a la que se encuentre afiliada la víctima, según los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- Para el ingreso al PSS que continuará prestando los servicios, la víctima o su familia deben llevar un resumen de la historia clínica, junto con los resultados de los exámenes practicados. Este resumen será entregado por el PSS donde fue atendida la víctima inicialmente. En el anexo 7 se presentan los requisitos para la solicitud. (Anexo 7: Información requerida en la historia clínica)
- En caso de que la víctima requiera de alguna amputación, es importante que el médico tratante tenga en cuenta las características que esta debe cumplir para posibilitar la posterior adaptación de la prótesis cuando llegara a ser necesaria, además del consentimiento informado del procedimiento requerido ⁴⁴.
- El PSS público o Privado debe garantizar la atención integral de la víctima.
- Dado el caso de que la víctima requiera rehabilitación funcional posterior a la hospitalización, el médico tratante deberá entregar la orden para ser valorada por el equipo interdisciplinario de rehabilitación funcional.
- Sobre las incapacidades temporales, serán reconocidas por la EAPB cuando la víctima está afiliada al régimen contributivo, en todo caso la víctima, podrá solicitar ante la UARIV el reconocimiento de indemnización por vía administrativa, en función de los días de incapacidad, según lo establecido en la Resolución 848 de 2014 o la que la sustituya y se establecerá un mecanismo entre las entidades con el propósito de evitar que se genere un doble pago por el mismo hecho.

⁴⁴ Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la persona amputada, la prescripción de la prótesis y la rehabilitación integral. Ministerio de Salud y Protección Social. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos del consentimiento informado

Etapa 4. Rehabilitación funcional

Los pasos descritos en esta etapa de rehabilitación funcional están referidos a las acciones requeridas desde el inicio de la atención intrahospitalaria y en el manejo ambulatorio. Para llevar a cabo tales acciones, se solicita la orden por el médico tratante, donde se prescribe la evaluación por el equipo interdisciplinario de rehabilitación funcional.



- Aplica lo enunciado en el Dec. 780/2016 sobre la cobertura reconocida en el ADRES o quien haga sus veces y la responsabilidad de las EAPB en la garantía de la continuidad de la atención en salud y rehabilitación, cuando se supere el tope máximo de setecientos uno coma sesenta y ocho (701,68) Unidades de Valor Tributario – UVT.
- Si se requiere tecnología ortopédica externa, como prótesis u órtesis, remítase al anexo 12.
- Si requiere otras tecnologías de asistencia médica de ayuda auditiva, visual, oral u otras, remítase al anexo 13.
- Todas las tecnologías en salud deben cumplir con buenas prácticas de manufactura y demás normas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
- La víctima podrá solicitar reconocimiento de indemnización por incapacidad permanente ante el ADRES, luego de contar con la certificación de la pérdida de capacidad laboral realizada por la autoridad competente, de acuerdo a los establecido en el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012 y se ceñirá al Manual Único para la pérdida de capacidad laboral y ocupacional vigente a la fecha de la calificación; podrá ser reconocido hasta un máximo de ciento ochenta (180) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), y de acuerdo con la tabla señalada en el artículo 2.6.1.4.2.8. del Decreto 780 de 2016.
- La víctima podrá solicitar indemnización administrativa ante la UARIV. Anexo 10.
- Tanto la ADRES como la UARIV desconcentrarán de los pagos reconocidos con anterioridad, por una u otra entidad, con el propósito de no pagar por el mismo hecho victimizante y concepto, doble vez.

Orientaciones para la víctima en la etapa de rehabilitación funcional:

- Con la orden de rehabilitación funcional, se realiza la valoración referida, a través de la cual se determina el tipo de intervenciones y de órtesis, prótesis o ayudas técnicas (productos de apoyo) que podrá necesitar la víctima.
- Para acceder a los nuevos procesos requeridos, el médico tratante (líder del equipo interdisciplinario) entregará nuevas órdenes, tanto para las terapias como para las órtesis, prótesis, ayudas técnicas (productos de apoyo) o valoraciones por otros especialistas. En los anexos 12 y 13 se describen los elementos para tener en cuenta. (Anexo 12: Provisión de tecnologías ortopédicas externas (prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas) - (Anexo 13. Provisión de dispositivos médicos sobre medida de (ayuda auditiva, visual, oral y otras ayudas técnicas).
- Los establecimientos que elaboran y adaptan productos de apoyo, las órtesis, prótesis, ayudas técnicas y dispositivos médicos sobre medida de (ayuda auditiva, visual, oral y otras ayudas técnicas), dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa, están sujetos a los procesos de inspección, vigilancia y control que realiza el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos — INVIMA, para el cumplimiento de los requisitos sanitarios. En el anexo 16 se relacionan las recomendaciones del INVIMA en caso de reclamación. (Anexo 16: Recomendaciones INVIMA).
- Las órdenes entregadas por el médico tratante posibilitarán que se desarrollen las acciones que requiere la víctima para mejorar su independencia y autonomía en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y su posterior inclusión al medio educativo, laboral y social según sea el caso.
- La rehabilitación funcional se realizará sin el pago de cuotas moderadoras o copagos⁴⁵.
- Es importante recordar la solicitud –al médico de la Institución Prestadora de Servicios de Salud– de la constancia de incapacidad médica para tramitar la ayuda humanitaria. En el anexo 8 se encuentra la orientación y requisitos de la solicitud. (Anexo 8: Solicitud de la ayuda humanitaria a la Unidad para las víctimas).

⁴⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 016 de 2014, numeral 8

- La constancia de incapacidad médica para tramitar la ayuda humanitaria debe contener:
 - a. Datos personales y de identificación de la víctima (quien estuvo incapacitada).
 - b. El nombre de la institución que respalda el documento (no se aceptan constancias de incapacidad u otros documentos suscritos por médicos no autorizados por la EAPB).
 - c. Nombre, firma y número de tarjeta profesional de quien expide el certificado de incapacidad médico o psicológico tratante.
 - d. El periodo de incapacidad.
 - e. El código diagnóstico relacionado con la incapacidad. (CIE vigente).
- En caso de adquirir una discapacidad se deben llevar a cabo otros procedimientos, entre ellos:
 - a. Solicitar a la Entidad Territorial de Salud de su municipio o distrito entregar orden para la valoración interdisciplinaria y el Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad – RLCPD de acuerdo con la Resolución 1197 de 2024 *"Por la cual se dictan disposiciones en relación con el procedimiento de certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad y se deroga la Resolución 1239 de 2022"* o la que la modifique. En el anexo 10 se presenta la ruta para el trámite. (Anexo 10: Ruta de acceso al procedimiento de certificación y Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad – RLCPD Resolución 1197 de 2024 Minsalud).
 - b. Realizar las gestiones para solicitar ante la Unidad para las Víctimas indemnización por vía administrativa. En el anexo 9 se encuentran los requisitos y orientación del trámite ante la UARIV. (Anexo 9: Indemnización reconocida por la UARIV). O ante la ADRES o quien haga sus veces, indemnización por lesiones que causen incapacidad permanente. En el anexo 11 se encuentran los requisitos y orientación del trámite ante la ADRES (Anexo 11: Indemnización por lesiones que causen incapacidad permanente). Es de anotar que los requisitos solicitados por cada entidad son diferentes y que en cualquiera de los dos casos la UARIV o la ADRES descontarán el monto de la indemnización que haya aprobado la otra entidad⁴⁶.
- La atención de la salud mental se garantiza en el marco de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación

⁴⁶ Para más información en relación con los trámites requeridos para la indemnización de la ADRES, visite el enlace: <https://www.adres.gov.co/VUD/Paginas/informacion-reclamacion.aspx>

(UPC)⁴⁷. La Ley 1616 de 2013 establecen los derechos de las personas en el ámbito de salud mental y hacen reconocimiento de la convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad al asumirlo desde un enfoque social.

Orientaciones para el Equipo interdisciplinario de los Prestadores de Salud:

- En el marco de la ruta de rehabilitación funcional es fundamental el rol del equipo interdisciplinario y las modalidades de atención en salud (intrahospitalaria, domiciliaria y telemedicina), en el que, independientemente de cuál sea la condición de salud de las personas, toda la atención ofrecida debe cumplir con los estándares de calidad, oportunidad y pertinencia.

Adicionalmente, se busca evitar el fraccionamiento de la atención y favorecer la integración a través de las redes de servicios de salud, permitiendo el desarrollo del sector y mejorando la accesibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en lo referente a las acciones de salud pública, promoción, habilitación y rehabilitación para la población con discapacidad.

- De esta manera, el equipo interdisciplinario debe estar involucrado en la atención de las personas desde la identificación del caso hasta alcanzar los objetivos de funcionalidad propuestos con la persona con discapacidad y su familia, en las siguientes fases:
 1. Evaluación inicial: necesidades y expectativas (planteamiento)
 2. Definición de la intervención: por un equipo
 3. Intervención: dirigida a mejorar la independencia y
 4. Evaluación final: del logro en independencia en las AVD
- Todo esto implica el recorrido de la ruta que inician de acuerdo con la complejidad o necesidades de la persona quien demanda los servicios, acorde con su condición de salud a partir de los resultados de una evaluación funcional realizada por un equipo interdisciplinario, que se concentra en definir el diagnóstico funcional con base en las deficiencias, limitaciones, restricciones, potencialidades y expectativas de la persona con discapacidad y su familia. Tanto la definición de la intervención como la intervención en sí misma está acompañada por el equipo interdisciplinario

⁴⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2718 de 2024

que desde el enfoque biopsicosocial se conforma e interactúa con la persona con discapacidad y su familia de acuerdo con los resultados de la evaluación inicial. Tales equipos interdisciplinarios podrán actuar en los ámbitos hospitalario, ambulatorio, domiciliario, comunitario o a través de la telerehabilitación/telemedicina. La ruta finaliza con las actividades de mantenimiento, así como de seguimiento domiciliario y en servicios ambulatorios que sean requeridos según el caso.

- Finalmente, en el rol de consejería a la persona con discapacidad, su familia y personas cuidadoras, el equipo interdisciplinario de rehabilitación funcional garantizará que cada uno de esos actores sociales adquieran conocimientos y habilidades en el marco de los derechos, en torno a los roles laborales, ocupacionales, y de otras actividades del desempeño que garantizan la preparación de las personas para hacer el tránsito esperado hacia la inclusión social; igualmente, se pondrán a las personas con discapacidad, familias y personas cuidadoras en contacto con aquellas redes sociales del ámbito educativo, del trabajo, de cultura, recreación y deporte, y relativas al transporte y la movilidad, que en ese sentido faciliten el tránsito por la rehabilitación funcional a la rehabilitación integral con miras a la inclusión social.
- Igualmente resaltar, que hasta tanto se supere el recurso dispuesto por ADRES entrará a cubrir el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) según las coberturas que se encuentran incluidas:
 - Valoraciones por médicos especialistas.
 - Evaluaciones e intervenciones por los diferentes profesionales de rehabilitación.
 - Prótesis ortopédica interna (endoprótesis ortopédica), por ejemplo: implante coclear, lente intraocular, entre otros.
 - Prótesis ortopédica externa (exoprótesis) para miembros inferiores y superiores, por ejemplo: prótesis y órtesis.
 - El proceso protésico incluye adaptación y recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones físicas.
 - Psicoterapia ambulatoria para la población general. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja.

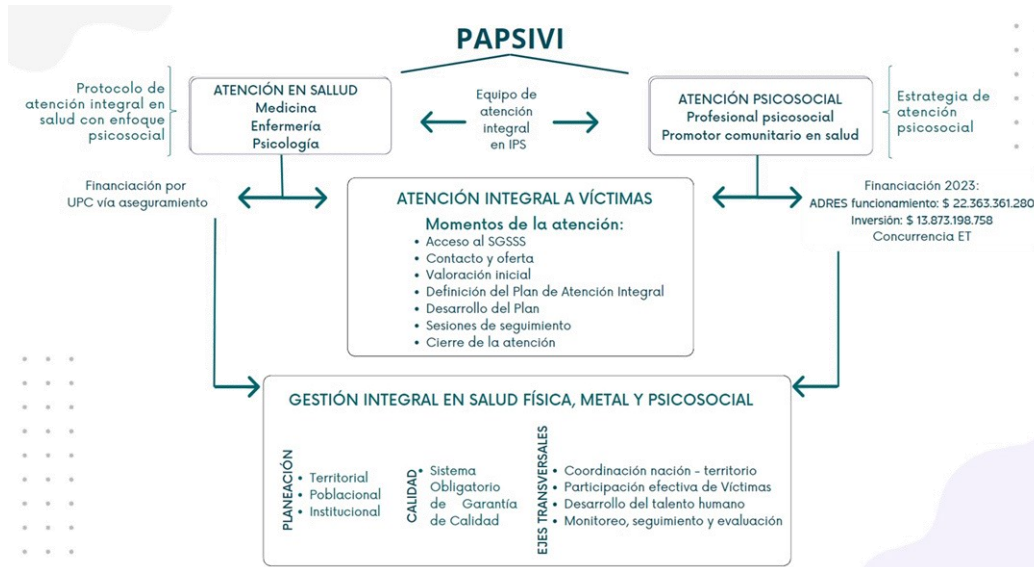
- En caso de requerir atención con internación de salud mental, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, dentro del ámbito de la salud. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC, para la internación, será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Orientaciones para la Atención Psicosocial:

- La atención psicosocial es importante en este proceso de rehabilitación y para ello se han implementado una serie de programas que se desarrollan en diferentes instancias, según las particularidades de cada municipio.
- Pregunte por la atención psicosocial en su PSS, con la Entidad Territorial de Salud, o en la UARIV de su municipio; entidades donde le ampliarán la información sobre la oferta disponible en su municipio (PAPSIVI y otros).
- Igualmente, en la garantía de la atención integral en salud con enfoque psicosocial a las víctimas, se establece el *Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas -PAPSIVI*, que corresponde al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral psicosocial y en salud. Estas actividades pueden desarrollarse a nivel individual o colectivo siempre orientadas a superar las afectaciones consecuencia del hecho victimizante - Decreto 4800 de 2011 y su Artículo 164. Este programa constituye la línea técnica que permite a los diferentes actores atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas en los ámbitos individual, familiar, comunitario, los sujetos de reparación colectiva, con el fin de mitigar su sufrimiento emocional y contribuir tanto a la recuperación físico - mental, como a la reconstrucción del tejido social de las comunidades.
- El PAPSIVI se implementa en el marco de dos medidas de la política pública: como garantía de asistencia, en tanto presta atención integral en salud, y como rehabilitación en caso de que ella sea demandada como medida de reparación integral y transformadora para los casos de rehabilitación física, mental o psicosocial.

- Además del PAPSIVI, la Ruta de AIV articula otros programas de enfoque psicosocial, ejecutados en otras entidades, que complementan el apoyo al proceso de recuperación de las víctimas, la comunidad donde habitan, la garantía de su bienestar y la superación de barreras. Estos planes adicionales se enfocan en brindar atención integral en salud que se construye desde el reconocimiento de las necesidades particulares de la persona afectada y así dar continuidad al proceso de rehabilitación funcional y la inclusión social.
- Existen acciones de articulación intersectorial adelantadas para identificar las barreras que emergen en las diferentes etapas de la Ruta de AIV y establecer medidas de mejoramiento en la implementación del proceso de atención, entre las que destacan:
 - Trabajo coordinado con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias – CRUE desde el nivel nacional, con el fin de fortalecer el proceso de referencia y contrarreferencia durante la atención integral en salud con enfoque diferencial.
 - Continuar el trabajo con los diferentes actores del SGSSS para que se realice la notificación obligatoria, en cumplimiento del protocolo de vigilancia en salud pública, de las lesiones por MAP - MUSE y el análisis periódico de la información que ha surgido como resultado de esta vigilancia.
 - Fortalecer la canalización de las víctimas de MAP MUSE y sus familias, la atención psicosocial y la atención en salud mental en el marco del PAPSIVI y la articulación con servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
 - Revisar y actualizar, según el caso, la normatividad vigente que incida en el fortalecimiento de la Ruta de AIV.
 - Fortalecer al talento humano en salud en el conocimiento de la Ruta de AIV y las responsabilidades relativas a sus competencias.
 - Fortalecer la difusión de la Ruta de AIV a nivel comunitario para que los sobrevivientes reconozcan sus derechos y los mecanismos de accesibilidad a lo establecido en este proceso de atención.

Esquema Ruta PAPSIVI **



Por su parte, la UARIV, en el marco de la política pública de atención a víctimas, ha incorporado estrategias para el fortalecimiento de los proyectos de vida de las víctimas en su entorno familiar, social y reforzar el sentido reparador y transformador que tienen sus recursos de indemnización. Lo anterior, facilita la implementación de medidas de satisfacción y las garantías de no repetición, enmarcada en seis enfoques: transformador, diferencial, integral, dignidad humana, participación conjunta y respeto mutuo.

Orientaciones para la Estrategia de Recuperación Emocional y Acompañamiento a la Reparación Integral:

- La Estrategia de Recuperación Emocional y Acompañamiento a la Reparación Integral, tiene por objetivo contribuir a la mitigación del sufrimiento y de los daños psicosociales, morales y políticos ocasionados por el conflicto, aportando en el curso de vida de los y las víctimas/sobrevivientes de acuerdo con el contexto del país y las necesidades de los participantes con un enfoque diferencial, garantizando el acceso a las medidas de rehabilitación psicosocial, satisfacción y garantías de no repetición, con un componente de educación financiera.
- De manera complementaria a la competencia del Ministerio de Salud y protección social en relación con la medida de Rehabilitación psicosocial individual la Unidad para las Víctimas implementa la Estrategia de recuperación emocional grupal

EREG, con el propósito de facilitar herramientas a los y las sobrevivientes del conflicto armado a través de encuentros grupales para la mitigación del daño en las dimensiones psicosociales, morales, políticas y económicas que aporte en la transformación de la vida de los participantes, en el marco de la reparación Integral. Dicha estrategia cuenta con diferentes adaptaciones metodológicas que permiten desde el reconocimiento de los daños y afectaciones diferenciales en los sujetos de especial protección constitucional abordar población adulta(hombres y mujeres) residente en Colombia(estrategia Hilando), niños y niñas(Saltando la cuerda) y para adolescentes (Rotando la vida) adicionalmente para población con pertenencia étnica (tejiendo Saberes) y la estrategia diferenciada para víctimas adultas en el exterior(Raíces).

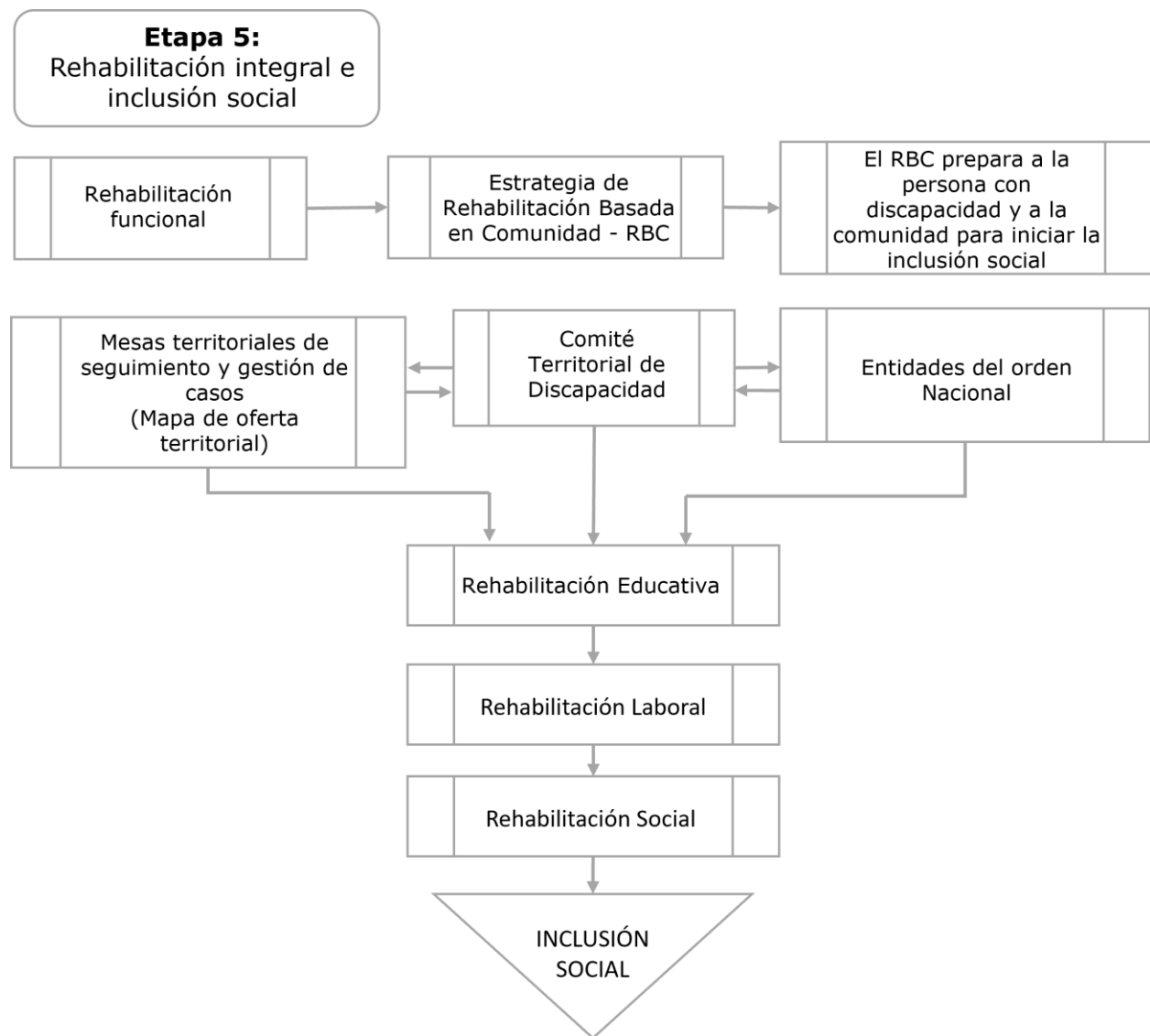
- Así mismo la Unidad ha diseñado la Estrategia de recuperación emocional individual EREI con la finalidad de brindar acompañamiento psicosocial individual a las víctimas del conflicto armado que asisten a los Centros Regionales de Atención a Víctimas (CRAV). Como una acción de coordinación para lograr mayor cobertura con ocasión de la pandemia global vivida y las medidas de protección dictadas en la emergencia sanitaria, se realiza en modalidad mixta presencial/no presencial⁴⁸.
- Se Realiza en la modalidad grupal a través de encuentros presenciales (9 encuentros y las de NNA tiene 7 encuentros) La estrategia de recuperación emocional y sus diferentes protocolos, les permite a las personas representar el sufrimiento y validar su experiencia emocional, reconstruir su proyecto de vida, potenciar los recursos de afrontamiento, fomentar las prácticas familiares, sociales y culturales, brindar herramientas básicas de educación financiera, fortalecer sus hábitos de ahorro y mejorar la confianza institucional.
- Con el fin de brindar la medida de rehabilitación psicosocial en los Centros Regionales de Atención a Víctimas y Puntos de Atención, el grupo de enfoque psicosocial realiza de forma presencial y telefónica la medida rehabilitación psicosocial en su modalidad individual.

Este modelo de atención consta de 8 encuentros presenciales o 6 a través telefónico, los cuales se pueden desarrollar hasta en 12 llamadas. No requiere cita previa, ya que se atender a demanda.

⁴⁸ Unidad de Víctimas. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/directorio-centros-regionales-guia-de-servicios/14732>

Etapa 5. Rehabilitación integral

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



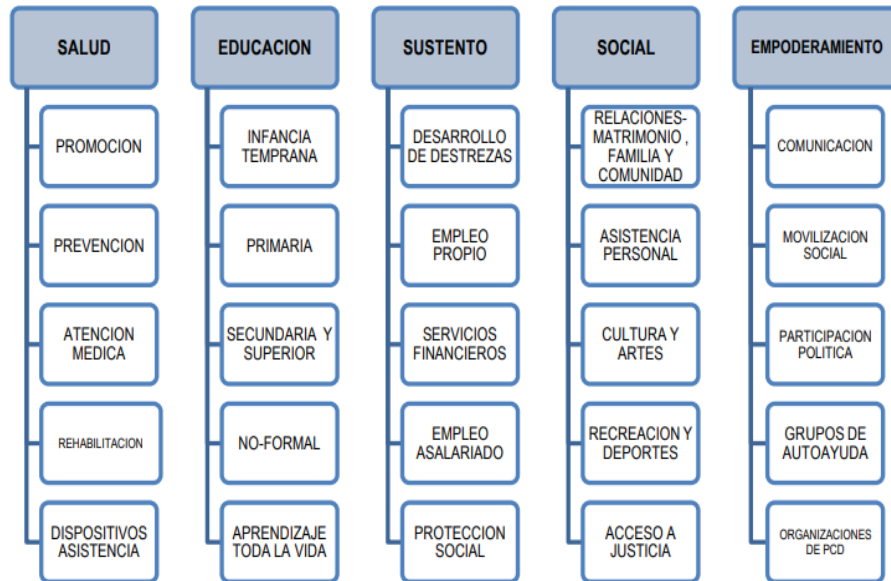
En el marco de las atenciones para la rehabilitación integral, desde el sector salud, a través de las intervenciones colectivas, se implementa la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad -RBC, la cual es entendida como una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crea oportunidades, desarrolla capacidades, apoya y trabaja con las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Grupos de Apoyo, involucra la participación intersectorial, promueve el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovecha los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país⁴⁹.

La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) fue iniciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) siguiendo la Declaración de Alma-Ata de 1978. Fue promovida como una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en países de bajos y medianos ingresos, haciendo uso óptimo de los recursos locales. Durante los últimos 30 años, la RBC ha evolucionado a una estrategia multisectorial para atender las necesidades más amplias de las personas con discapacidad, asegurando su participación e inclusión en la sociedad y mejorando su calidad de vida.

La estrategia de RBC compromete el trabajo articulado de los diferentes actores y las organizaciones de la sociedad civil, en torno a los cinco componentes de la estrategia RBC: Salud, Educación, Sustento, Social y empoderamiento, los cuales se observan en el siguiente gráfico:

⁴⁹ Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)

Matriz de Rehabilitación Basada en Comunidad OMS



Fuente: Guías para la RBC, OMS 2012 (versión en español) ⁵⁰. Protección Social. Lineamientos nacionales de RBC. Gráfico 7. Matriz de Rehabilitación Basada en Comunidad OMS.

La estrategia de RBC va a contribuir de manera sustancial para que en el marco de la articulación intersectorial se generen mecanismos para que los diferentes actores sociales como son: las personas con discapacidad, sus familia y personas cuidadoras, la comunidad local, la sociedad civil, las organizaciones de y para personas con discapacidad, las Administraciones locales en cada territorio, los agentes o líderes comunitarios y la academia, tengan herramientas para la autogestión y para el reconocimiento de la oferta institucional tanto del sector salud como de los demás sectores comprometidos con el bienestar de las personas con discapacidad (sector educativo, sector productivo, sector laboral, entre otros).

En la implementación cada actor cumple su rol dentro de la Estrategia⁵¹

- La persona con discapacidad y su familia, son actores activos desde la planeación hasta la evaluación de los programas y proyectos, ellos son los que definen las prioridades en el accionar y las formas de intervención. Deben desarrollar capacidades de liderazgo y gestión, esto es una parte de lo que construirán a

⁵⁰ Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)

⁵¹ Tomado de los lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC – Ministerio de Salud y Protección Social - Págs. 47 y 48 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>

través de la RBC. Desde un trabajo voluntario, trabajan con los equipos de RBC, coordinadores o ejecutores. Apoyan las acciones de sensibilización acerca de discapacidad en sus comunidades y participan de manera activa en los Comités Municipales de Discapacidad y/o RBC.

La Comunidad local: La estrategia RBC debe estimular la participación no solo de las personas con discapacidad y sus familias, sino también la de toda la comunidad. Están llamadas a participar para comprender y resignificar la discapacidad, cambiar las creencias y actitudes negativas frente a las personas con discapacidad y generar mayores posibilidades de inclusión. Generan las redes de apoyo a las personas con discapacidad que viven cerca de ellos.

- **La Sociedad Civil:** Su rol es desarrollar y llevar a la práctica programas de RBC en sus áreas de influencia, buscando la articulación con las entidades de gobierno. La transferencia de conocimiento y la asistencia técnica en RBC es una función primordial de las organizaciones de la sociedad civil, así como apoyar el desarrollo de la estrategia y otros programas para la población con discapacidad.
- **Las Organizaciones de Personas con Discapacidad:** Las organizaciones de personas con discapacidad fortalecen los programas/proyectos de RBC. Están llamadas a representar los intereses de las personas con discapacidad y sus familias. Brindan el conocimiento frente a las necesidades de la población y educan a otras personas sobre sus derechos. Informan sobre los servicios disponibles para las personas con discapacidad y orientan a las personas hacia ellos. Son actores activos dentro del desarrollo de la RBC.
- **Las Administraciones locales en cada territorio (Gobernaciones, y Alcaldías Distritales y Municipales):** Las entidades gubernamentales implementan la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad RBC. Deben velar por la inclusión de la Estrategia en el Plan de Desarrollo. Desde el sector salud y con la coordinación con el sector educativo, deportes, cultura, social entre otros, deben buscar fuentes de financiación para estas acciones. Coordinan los programas/proyectos de RBC en alianza con organizaciones privadas o de la sociedad civil. Los referentes de discapacidad de las secretarías de salud o desarrollo social o quien haga sus veces, coordinan acciones de RBC con los integrantes de los comités territoriales de discapacidad. Deben propiciar la participación de las personas con discapacidad y sus familias. En general deben

ser los administradores, coordinadores y organizadores de la estrategia de RBC a nivel territorial.

- Los Agentes o Líderes de RBC – Facilitadores RBC: Son líderes, técnicos o profesionales de la rehabilitación que están en el núcleo de la estrategia RBC. Orientan el proceso de planeación, implementación y desarrollo de la estrategia.

Tienen capacidad de gestión, buenas metodologías para el trabajo con las personas con discapacidad y con los demás actores del entorno comunitario, buena comunicación y son asertivos en sus relaciones. Identifican a las personas con discapacidad, educan y capacitan a sus familias, brindan información sobre rutas de atención disponibles en el municipio o localidad, fomentan la formación y fortalecimiento de redes sociales de apoyo, gestión de iniciativas de inclusión en diferentes ámbitos en su municipio y generan acciones de toma de conciencia en la comunidad.

Es importante precisar que para esta quinta etapa desde la OCCP GRUPO AICMA, se trabajará de manera transversal desde la etapa I, II y III que permita articular, coordinar y realizar labores de incidencia en el marco de la articulación interinstitucional, que permita la atención oportuna y pertinente de los sobrevivientes de Minas Antipersonal y Munición sin explotar en el marco de todas las fases que intervienen en la Ruta integral de atención en salud y rehabilitación funcional para víctimas de minas Antipersonal - MAP o municiones sin explotar – MUSE.

Generar estrategias de gestión de oferta, con entidades gubernamentales y demás organizaciones del sector AICMA, que permita un acceso preferente de la población víctima de MAP-MUSE a la oferta social del estado y de los actores privados, contribuyendo a procesos de inclusión social y económica de la población sobreviviente de MAP - MUSE, su núcleo familiar y a sus cuidadores.

Acciones diferenciales para niños, niñas y adolescentes

Las niñas, niños y adolescentes son, en virtud de su nivel de desarrollo físico y mental, sujetos de especial protección constitucional.

Todos los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado y MAP/MUSE tendrán derecho al restablecimiento de derechos y a la reparación integral, según lo establecido en el artículo 183 de la ley 1448 de 2011, *“mediante los procesos y mecanismos que la Constitución y las leyes, y en particular, el Código de Infancia y Adolescencia, disponen para tal fin”*⁵².

La atención en salud y rehabilitación funcional de las niñas, niños y adolescentes víctimas de MAP/MUSE se debe cumplir de acuerdo con la Ruta anteriormente descrita y recordando lo siguiente:

- Los menores de 18 años podrán acceder de forma directa a la consulta especializada pediátrica, sin requerir referencia por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita⁵³.
- Ningún hospital, clínica, Centro de Salud y demás instituciones dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño o niña que requiera atención en salud⁵⁴.
- Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, serán totalmente gratuitos para las víctimas, sin importar el régimen de afiliación⁵⁵.

⁵² Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Ley 2421 de 2024, Artículo 56.

⁵³ Ministerio de Salud y Protección Social Resolución 2718 de 2024.

⁵⁴ Congreso de la República. Ley 1098 de 2006 (Colombia, Diario Oficial n.º 46.446 de 8 de noviembre de 2006), artículo 27.

⁵⁵ Congreso de la República Ley 1438 artículo 19

- Incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de niños y menores⁵⁶.

El restablecimiento de derechos es responsabilidad del Estado en conjunto con las autoridades públicas, quienes tienen la obligación de informar, oficiar o conducir ante la policía, las defensorías de familia, las comisarías de familia o, en su defecto, los inspectores de policía o las personerías municipales o distritales, sobre los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en condiciones de riesgo o vulnerabilidad. Cuando esto ocurra, la autoridad competente deberá asegurarse de que el Sistema Nacional de Bienestar Familiar garantice su vinculación a los servicios sociales⁵⁷.

⁵⁶ Congreso de la República. Ley 1098, artículo 27

⁵⁷ Congreso de la República. Ley 1098, artículo 51

Acciones diferenciales para pueblos y comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y Rrom

De acuerdo con la constitución política de Colombia y la Ley Estatutaria de salud, la población étnica se reconoce como “sujetos de especial protección constitucional” y dado que los casos de víctimas de MAP/MUSE vienen aumentando en los últimos años en el territorio nacional, se hace necesario incluir acciones diferenciales que faciliten el reconocimiento de los principios, apoyos y ajustes razonables, adecuaciones y adaptaciones socioculturales, de los pueblos y comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y Rrom en todo el proceso de atención en salud y rehabilitación para víctimas de MAP/MUSE.

PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS

Principios Pueblos y comunidades indígenas.

Tabla 1. Principios de los pueblos y comunidades indígenas⁵⁸⁵⁹.

Principio	Conceptualización
Autonomía y libre determinación	Se refiere a la aplicación de la ley de origen, derecho mayor, derecho propio y la palabra de vida desde los sistemas de conocimiento, cosmovisiones y cosmogonías de los pueblos, en el ejercicio de las funciones culturales, políticas y administrativas, el pleno ejercicio del derecho de propiedad de sus territorios y la vivencia de los planes de vida.

⁵⁸ Proyecto de Decreto “Por el cual se establece e implementa el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI como la política de Estado en salud para los Pueblos Indígenas de Colombia y se dictan otras disposiciones”.

⁵⁹ Para el Territorio Indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) tener en cuenta además los principios enunciados en el Decreto 968 de 2024.

Principio	Conceptualización
Complementariedad	Los diferentes niveles de gobierno crearán mecanismos de optimización y mejora en conjunto con el territorio indígena, en busca de la eficiencia de los recursos para garantizar el cuidado integral de la salud de los pueblos indígenas. Así mismo, el sistema de salud, sus modelos de atención, prestación de los servicios de salud, y las acciones de salud pública serán complementarios para garantizar la integralidad del SISPI.
Coordinación e Interdependencia	Los diferentes niveles de gobierno deberán ejercer sus competencias de manera articulada, coherente y armónica, con el propósito especial de garantizar la operatividad del SISPI de manera holística con las funciones y competencias de los territorios indígenas para el cumplimiento de sus objetivos en materia de salud.
Desarrollo propio	El estado mediante la puesta en funcionamiento del SISPI busca garantizar el derecho de los Pueblos indígenas a establecer sus propias prioridades en materia de desarrollo integral, protección de sus sistemas de conocimiento y garantía para la vida, en los términos del Artículo 7 del Convenio 169 de 1989 de la OIT, procesos de salud propia que garanticen condiciones adecuadas de vida para las generaciones presentes y futuras.
Equidad social y equilibrio territorial	Es el reconocimiento de los derechos que tienen los territorios y territorialidades indígenas de participar en los recursos, oportunidades y beneficios que proporciona el Estado, buscando reducir y eliminar los desequilibrios culturales, sociales, económicos y ambientales de tal manera que se garantice la protección de la diversidad cultural y natural de la Nación.
Gratuidad	Es la relación directa con la garantía del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas, sin costo alguno y bajo responsabilidad del Estado Colombiano.
Interpretación Cultural	Cuando surja alguna duda de interpretación de los términos utilizados en la presente norma, su alcance, objeto, o efectos se acudirá a los sistemas de conocimiento, cosmovisión, cosmogonía, pensamiento indígena, idioma propio, ley de origen, derecho mayor, derecho propio y la palabra de vida de cada pueblo y las disposiciones constitucionales y de ley pertinentes.
Objeción Cultural	Todo aquello que en materia de salud atente contra la permanencia cultural y la pervivencia espiritual, física, biodiversa, territorial y comunitaria, podrá ser objetado por el pueblo indígena afectado, en concordancia con los derechos fundamentales.
Prelación Cultural	En reconocimiento de la diversidad cultural, prevalecerán los sistemas de conocimiento, cosmovisión, cosmogonía, pensamiento

Principio	Conceptualización
	indígena, idioma propio, ley de origen, derecho mayor, derecho propio y la palabra de vida de cada pueblo indígena.
Protección del SISPI	Es deber del estado brindar las garantías para la operatividad del Sistema Indígena de salud propio e intercultural SISPI, con los modelos, procesos y formas de cuidado de salud indígena, así como el goce efectivo del derecho fundamental a la salud integral.
Territorialidad	Es la fuente desde donde se explica y comprende la integralidad de la vida de los diversos seres de la naturaleza, donde la tierra es la madre, la maestra, el espacio donde se vivencia la lengua propia, la ley de origen, compuesta por seres, espíritus y energías que permitan un orden y hacen posible la vida, de conformidad con las tradiciones culturales propias de cada pueblo.
Universalidad	Los pueblos indígenas gozarán efectivamente al acceso integral a la salud propia e intercultural en todos los momentos de vida sin discriminación alguna.
Voluntariedad	Es la decisión autónoma de cada pueblo de asumir o no, sea de manera gradual o progresiva, las competencias, administración y funciones en el marco del SISPI.

Fuente. GAE MSPS

Apoyos y ajustes razonables Pueblos y comunidades indígenas

- Considerar la pertenencia étnica y de autorreconocimiento de la persona víctima si es indígena.
- Si la víctima no se encuentra acompañada por miembros de su comunidad, reporte el evento a la autoridad de su pueblo o comunidad indígena.
- Establecer las medidas para el acompañamiento por parte de los agentes de medicina tradicional durante la valoración y atención.
- Eliminar barreras físicas, comunicativa y actitudinales, que puedan interferir con la atención, para garantizar la toma de decisiones libres e informadas en salud para la atención.
- Garantizar los apoyos, estrategias, medios, métodos, modos, formas, formatos y recursos a nivel de información, tecnológicos, de accesibilidad, comunicación (dispositivos de asistencia de comunicación y acceso a la información, lengua de

señas colombiana y sistemas de comunicación, lenguaje verbal oral, lenguaje verbal escrito, símbolos gráficos, lenguaje de signos, expresión facial y corporal, gesticulación, emisión de sonidos y sistemas de comunicación aumentativa y/o alternativa) redes de apoyo, personas de apoyo (acompañante, persona de confianza, representante legal: elegida por la persona, o las que hagan parte de su red familiar, comunitaria o institucionales), entre otros, para la comunicación en la toma de decisiones, para que las personas víctimas sean informadas, consulten y/o expresen su voluntad y puedan tomar decisiones de manera libre, autónoma e informada en ejercicio de su capacidad jurídica en el proceso de atención en salud.

- Establecer puntos de Información, acogida, orientación y acompañamiento a las personas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas, sus familias, cuidadores durante las intervenciones de la Ruta.
- Servicio de intérpretes, traductores y/o acompañamiento por parte de los agentes de atención en salud comunitarios y las acciones diferenciales que sean del caso (de lengua de señas, de lenguas propias de los pueblos y comunidades indígenas), cuando se requiera como intérpretes o traductores.
- Utilizar un lenguaje claro, sencillo, y coloquial, explicando los tecnicismos que se utilicen.
- Comunicación no verbal. Observar sus gestos y señales ya que darán pistas de algunos estados emocionales.
- Repetir la información sobre los diagnósticos y los tratamientos, así como el procedimiento a seguir según el caso, hasta asegurarse que haya sido comprendido por la persona y su red de apoyo.
- Efectuar los ajustes razonables, entendidos como las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas, encaminadas a garantizar que en la prestación del servicio se atiendan los requerimientos específicos que aseguren efectivamente a las personas pertenecientes a pueblos y comunidades indígenas, el ejercicio de su derecho al acceso al servicio de salud y, particularmente, la toma de decisiones informadas en esta materia y que no impongan una carga desproporcionada o indebida sobre los servicios de salud.

- Desarrollar las intervenciones advirtiendo, principalmente, los sistemas de creencias, tradiciones, costumbres y rituales como factores protectores y de afrontamiento.
- Tener en cuenta en el marco de la atención integral, elementos relacionados con las formas de organización, planes de vida, salvaguarda, etnodesarrollo, modelos de salud propios e interculturales, así como la cosmovisión, principios, ley de origen, normas culturales, usos, costumbres y tradiciones, prácticas de cuidado y protección, manejo y procesos de restablecimiento de la salud, entre otros, de acuerdo con los pueblos y comunidades indígenas.
- Incluir las autoridades indígenas en las mesas de seguimiento a la implementación de la Ruta MAP MUSE y gestión de casos que se realicen en los territorios indígenas.

Adecuaciones y adaptaciones socioculturales Pueblos y comunidades indígenas

Modificar y/o ajustar los mecanismos y abordaje de las poblaciones en la prestación de servicios, en aras de la disminución o erradicación de barreras de acceso y diseño e implementación de estrategias innovadoras de entrega de servicios e intervenciones para pueblos y comunidades indígenas.⁶⁰

Para la atención psicosocial de los pueblos y comunidades indígenas, se destacan las premisas de la *Ruta de atención integral en salud para víctimas colectivas de comunidades indígenas* -RAISVI^{61,62}, se copia la literalidad de las siguientes:

- La atención se debe basar principalmente en la dimensión colectiva con el ánimo de incidir en los procesos propios y en el fortalecimiento de las comunidades, específicamente para la garantía de sus derechos colectivos.

⁶⁰ Propuesta de criterios para la identificación de necesidades, la formulación, evaluación e implementación de los proyectos de infraestructura y dotación en materia de salud para las instituciones que atienden pueblos indígenas. Convenio Asociación No. 037 entre la Organización Nacional Indígena de Colombia ONIC y Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en trabajo conjunto con las áreas competentes en asuntos étnicos y adecuaciones sociocultural MSPS.

⁶¹ Ruta de atención integral en salud para víctimas colectivas de comunidades indígenas -RAISVI, la cual responde a lo establecido en el artículo 84 del Decreto Ley 4633/2011 Metodología de implementación de la Ruta.

⁶² Ruta de Reparación Colectiva para grupos étnicos en el marco de los Decretos Ley 4633, 4634 y 4635 de 2011 ht, [tps://www.unidadvictimas.gov.co/wp-content/uploads/2016/04/colectivaetnicos.pdf](https://www.unidadvictimas.gov.co/wp-content/uploads/2016/04/colectivaetnicos.pdf).

- La atención deberá estar orientada a la potencialización de las capacidades propias de las comunidades indígenas para la toma de decisiones, la autogestión y el desarrollo propio de prácticas socioculturales que permitan la recuperación o mitigación de las afectaciones psicológicas, espirituales, sociales y culturales que generó el conflicto armado. De esta manera, durante la atención se debe reconocer a las comunidades indígenas como agentes colectivos que deciden de manera directa sobre el devenir de su propia vida.
- La atención debe propender por el fortalecimiento sociocultural de las comunidades indígenas, entendiendo que su cultura y dinámicas sociales se constituyen como ejes fundamentales para la promoción, prevención y protección de sus prácticas tradicionales y rituales. De esta manera la atención debe contemplar la existencia de sus cosmologías, prácticas, creencias y costumbres, y por ende respetarlas y valorarlas positivamente durante el proceso.
- La atención debe estar orientada a garantizar la sostenibilidad, la cual se podrá medir en términos del rescate y continuidad de prácticas culturales para mantener el equilibrio y armonía de la comunidad que, debido al conflicto armado, se perdieron o dejaron de realizarse.
- Para el proceso de atención con las comunidades indígenas tenga en cuenta la perspectiva de género y el enfoque de curso de vida, en clave de la cosmovisión de cada pueblo o comunidad, con el ánimo de garantizar la participación al interior de las comunidades de manera activa de niños, niñas, adolescentes, mujeres, jóvenes y personas adultas mayores.
- Recuerde que, dentro de los territorios colectivos de las comunidades indígenas, también existen autoridades espirituales que se reconocen de distinta manera de acuerdo con la cosmovisión, cosmogonía y usos y costumbres de cada pueblo o comunidad.
- Durante el proceso de atención se recomienda como acción afirmativa promover y permitir el uso de la lengua propia.
- Para las comunidades indígenas la pervivencia cultural y física es esencial, por eso se sugiere que las acciones que se desarrollen en el marco de la RAISVI, estén encaminadas a la promoción y fortalecimiento de sus prácticas culturales e

identitarias con énfasis en los procesos de sanación y restablecimiento del equilibrio y la armonía.

- Cuando se identifiquen casos de violencia sexual dentro de una comunidad indígena, recuerde que ellas tienen derecho a: i) que el acompañamiento brindado sea por personal especializado e interculturalmente sensibilizado; ii) al desarrollo de exámenes psicológicos culturalmente adecuados que permitan el restablecimiento de los daños producidos; iii) que se garantice la presencia de traductores y/o intérpretes; y, iv) que puedan elegir el sexo de la persona ante quien rendirá su declaración o realizará su examen médico forense.
- En el caso de los Pueblos Indígenas, el concepto de salud es construido desde una visión holística de la realidad, en la cual la vida individual, familiar y comunitaria están plenamente relacionadas, de tal manera que, la salud es una manifestación del equilibrio y la armonía entre las dimensiones física, histórica, cultural y espiritual entre los individuos, la comunidad y la naturaleza. En oposición, la enfermedad es producto del desequilibrio entre dichos elementos.

“Por su parte, la medicina tradicional, es entendida como el conjunto de conocimientos, creencias y explicaciones sobre los desequilibrios o pérdidas de la armonía física, mental o espiritual y el repertorio de cuidados o formas de diagnóstico, prevención y tratamiento para la recuperación del equilibrio y la armonía. Tiene dentro sus recursos de atención: la convicción en los poderes de la medicina tradicional, las propiedades de las plantas (etnobotánica), los espíritus de los sitios sagrados, los rituales, los rezos y en general diversas manifestaciones de la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos y comunidades étnicas”. (UARIV, 2018, p. 39)

- En el sistema médico indígena, existe un orden jerárquico según el cual existen actores con mayor conocimiento sobre la medicina tradicional que otros, los cuales van desde integrantes de la comunidad en general, que poseen conocimientos básicos sobre autocuidado, pasando en algunos casos por: sobanderos (encargados de atender problemas ortopédicos), rezanderos, curanderos, parteras, hasta médicos tradicionales quienes ostentan importantes conocimientos en el campo espiritual y etnobotánico. Al interior de los pueblos indígenas existen figuras que sobrepasan los conocimientos del médico tradicional y se sitúan como máximas autoridades al interior de sus pueblos (en razón a sus

conocimientos), entre estos se encuentran, figuras tales como: Jaibanás, Chamanes, Mamos, Mayores, The Wala, Payés, Curacas, Taitas, Sinchis, entre otros. (UARIV, 2018, p. 39).

PUEBLOS Y COMUNIDADES NEGRAS, AFROCOLOMBIANAS, RAIZALES Y PALENQUERAS

Principios Pueblos y comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras⁶³

Tabla 2. Principios de los pueblos y comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Principio	Conceptualización
Aceptabilidad	Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, poblaciones étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida.
Accesibilidad	Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.
Adaptabilidad	Hace referencia a las modificaciones y ajustes que deben realizarse para las prestaciones de las acciones/intervenciones, así como los mecanismos de abordaje de las poblaciones, conforme a sus particularidades y los territorios donde habitan con el fin de garantizar los objetivos y resultados en salud esperados, en el marco de los atributos de la calidad de la atención en salud y del respeto.
Complementariedad	Articulación y reconocimiento los saberes y prácticas en medicina ancestral y tradicional de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

⁶³ Resolución 1964 de 2024. Por la cual se adopta el lineamiento para la implementación del enfoque diferencial étnico en salud para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de áreas urbanas y rurales

Principio	Conceptualización
Equidad	El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección
Interculturalidad	Es un concepto dinámico y se refiere a las relaciones evolutivas entre grupos culturales. Ha sido definida como <i>"la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto mutuo"</i>. La interculturalidad supone el multiculturalismo y es la resultante del intercambio y el diálogo Intercultural en los planos local, nacional, regional o internacional (UNESCO, 2006). Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global⁶⁴.
Progresividad del derecho	Promoverá la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el fortalecimiento de capacidades del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.
Protección pueblos y comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras	Para los grupos étnicos, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Fuente. Plan Decenal de Salud Pública 2021 - 2032. GAE MSPS – Resolución 1964 de 2024⁶⁵

⁶⁴ Principios y elementos establecidos en la Ley Estatutaria de salud, Ley 1751 de 2015

⁶⁵ Resolución 1964 de 2024. Por la cual se adopta el lineamiento para la implementación del enfoque diferencial étnico en salud para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de áreas urbanas y rurales

Apoyos y ajustes razonables Pueblos y comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

- Considerar la pertenencia étnica y de autorreconocimiento de la persona víctima si es negra, afrocolombiana, raizal y palenquera.
- En la valoración individual y en el desarrollo de las intervenciones colectivas, principalmente reconocer sus sistemas de creencias, tradiciones, costumbres y rituales como factores protectores y de afrontamiento ante la adversidad.
- Tener en cuenta los mayores y mayores y/o los/las sabedoras y sabedores ancestrales y tradicionales en salud de estas comunidades, para el acompañamiento y armonización de los espacios, así como las denominaciones culturales y ancestrales de las enfermedades y procedimientos en salud de la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera.
- Adquirir la idoneidad para el uso de técnicas, métodos, formatos y apoyos para la comunicación alternativa –incluidos aquellos que infieran el uso de tecnologías para la información y la comunicación accesibles, clara y suficiente, así como desarrollar las competencias socio-emocionales para el manejo y práctica clínica de las personas con discapacidad, que hagan posible la aplicación de las salvaguardias para la toma de decisiones libres e informadas en materia de salud, respetando su capacidad jurídica y su condición como sujetos de derechos.
- Utilizar un lenguaje sencillo y concreto, explicando los tecnicismos que se utilicen. Además de contar con traductores si la comunidad no maneja bien el español (especialmente para los raizales y palenqueros).
- Comunicación no verbal. Observar sus gestos y señales ya que darán pistas de algunos estados emocionales.
- Generar procesos de validación y retroalimentación sobre los diagnósticos y los tratamientos, así como el procedimiento a seguir según el caso, hasta asegurarse que haya sido comprendido por la persona y su red de apoyo.
- Efectuar los ajustes razonables, entendidos como las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas, encaminadas a garantizar que en la

prestación del servicio se atiendan los requerimientos específicos que aseguren efectivamente a las personas pertenecientes a pueblos y comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, el ejercicio de su derecho al acceso al servicio de salud y, particularmente, la toma de decisiones informadas en esta materia y que no impongan una carga desproporcionada o indebida sobre los servicios de salud.

- Promover la participación de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras a través de sus instancias de representación en las mesas de seguimiento a la implementación de la Ruta MAP MUSE y gestión de casos que se realicen en los territorios NARP.

Adecuaciones y adaptaciones socioculturales de los pueblos y comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

Elaborar guías y protocolos para la atención en salud teniendo en cuenta las particularidades del curso de vida de esta población y las afectaciones que con mayor proporción se presentan en las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

Promover las disposiciones del Lineamiento para la implementación del enfoque diferencial étnico en salud para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de áreas urbanas y rurales establecida en el anexo técnico de la Resolución 1964 de 2024, disponible en el siguiente enlace:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%201964%20ODE%202024.pdf

Se resaltan las siguientes acciones de atención integral en salud con las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras:

- Diseñar y desarrollar programas de educación continua para el personal asistencial y no asistencial, en el enfoque diferencial étnico que permitan la generación de capacidades técnicas, administrativas y operacionales en las instituciones del sector y de esta manera poder organizar los modelos de gestión, atención y prestación de servicios, acordes a la identidad cultural de los pueblos y comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

- Identificar las necesidades de atención en salud para las personas de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras tanto urbanas como rurales así como tener en cuenta su interseccionalidad con: ciclo de vida, discapacidad, género, orientación sexual e identidades de género diversas, víctima del conflicto armado y riesgo de habitabilidad en calle.
- Diseñar y Desarrollar procesos de educación para la salud en los consejos comunitarios, organizaciones de base y formas o expresiones organizativas de las comunidades negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras y funcionarios públicos, que permitan fortalecer sus competencias y relacionamiento mediante diálogo de saberes, donde se incluyan a los sabedores y sabedoras en salud del territorio.
- Implementar caminos interculturales a través de la Articulación interinstitucional e intersectorial para la gestión sobre los riesgos y modificar los determinantes sociales que influyen en la salud física, mental y espiritual de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, a partir de los ejercicios de caracterización y diagnóstico realizados.

Para la atención psicosocial de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras – NARP, tener en cuenta el documento *Módulo étnico del Programa de atención psicosocial y salud integral para víctimas del conflicto armado -en adelante PAPSIVI- dirigido a comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras*⁶⁶⁶⁷, que destaca dos componentes principales de atención: 1. Restablecimiento del equilibrio y la armonía y 2. Gestión de la atención en salud con enfoque diferencial, se copia la literalidad de las siguientes premisas:

- La articulación entre la teoría y la práctica, es decir, reconocer que el conocimiento existe en la realidad de las personas y que se produce de manera colectiva, se destituye de este modo la distinción entre conocimiento científico y sentido común, reconociendo en los saberes propios sistemas de conocimiento que dan sentido a su experiencia.

⁶⁶ Módulo étnico del Programa de atención psicosocial y salud integral para víctimas del conflicto armado -en adelante PAPSIVI- dirigido a comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, en cumplimiento de lo ordenado al Ministerio de Salud y Protección Social -en adelante MSPS- en el artículo del 88 del Decreto ley 4635/2011: " El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral contendrá un módulo especial a partir de los impactos colectivos causados por los daños sufridos por las comunidades en la dimensión comunitaria, familiar e individual y las afectaciones generadas sobre los derechos colectivos, como la identidad, el territorio, la autonomía y la participación".

⁶⁷ Ruta de Reparación Colectiva para grupos étnicos en el marco de los Decretos Ley 4633, 4634 y 4635 de 2011 ht, [tps://www.unidadvictimas.gov.co/wp-content/uploads/2016/04/colectivaetnicos.pdf](https://www.unidadvictimas.gov.co/wp-content/uploads/2016/04/colectivaetnicos.pdf).

- Reconoce a todos los sujetos que participan en los procesos de Investigación Acción Participativa - IAP (en este caso implementación del módulo étnico NARP), como actores con la capacidad de transformar su realidad.
- La Investigación Acción Participativa - IAP en el marco de la medida de rehabilitación debe permitir a través de un diálogo conjunto y, por tanto, en una relación dialógica, el reconocimiento de conocimientos culturales significativos de las comunidades, los cuales son el medio para realizar los procesos de atención, posibilitando la transformación de afectaciones sufridas.
- Todo proceso de reconocimiento y generación de conocimiento a su vez genera conciencia en las personas que participan del mismo. Lo que significa que las personas al participar de los procesos de IAP, adquieren conciencia sobre las situaciones que las llevaron al estado actual, así como de las posibilidades con las que cuentan para generar cambios a partir de la práctica social y cultural.
- Las formas de atención del módulo étnico (las cuales serán descritas en el apartado de los dos componentes de este) deben ser entendidas como acciones para la transformación y el aprendizaje colectivo. Se centra la atención reconocer cómo las acciones implementadas por la comunidad pueden modificar, articular o afrontar la realidad adversa.
- La Investigación Acción Participativa IAP promueve la participación, es decir, se espera que las personas que participan en los procesos no sean simplemente receptores de información, sino agentes críticos y creativos (Calderón y López, sf).

PUEBLO RROM

Principios Pueblo Rrom

Tabla 1. Principios del pueblo Rrom.

Principio	Conceptualización
Aceptabilidad	Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad
Accesibilidad	Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información
Disponibilidad	El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente
Interculturalidad	Es la comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas del pueblo Rrom o Gitano y las instituciones del Sistema de Salud, que genere el reconocimiento, la valoración, la preservación, integración y el respeto a su particularidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global
Protección pueblos y comunidades	Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Principio	Conceptualización
indígenas, ROM (...).	
Solidaridad	El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades

Fuente. Plan Decenal de Salud Pública 2021 - 2032. GAE MSPS

Apoyos y ajustes razonables Pueblo Rrom

- Considerar la pertenencia étnica y de autorreconocimiento de la persona víctima si es Rrom o Gitana.
- Para población Rrom (especialmente si son víctimas del conflicto armado) tenga en cuenta que para los y las gitanas muchos de los temas a tratar se deben hacer entre hombres y entre mujeres. La mezcla de hombres y mujeres en algunos espacios son inaceptables y de darse se generarían disgustos y riñas. Por lo anterior las consultas y procedimientos deberán realizarse por talento humano en salud del mismo género de la persona Rrom a atender. Si se requiere, establezca un diálogo previamente con la autoridad de la Kumpania (el Seré Romengué) quien es el hombre cabeza de familia (el hombre mayor), con quien se establecerán espacios de diálogo constantes para la toma de decisiones, en relación con las intervenciones en salud.
- Reconocer algunos aspectos de la cultura Rrom que inciden en el abordaje intercultural e integral de la salud y que orientan la adecuación sociocultural de las intervenciones, por ejemplo: en donde habitan, sus formas de organización sociocultural, sus cosmovisiones (relación con la naturaleza y el entorno), concepciones de impureza, marimé-no marimè, en relación con hábitos de orden y aseo, identificación de las prácticas de medicina ancestral y quienes las practican, entre otras.
- Evite el uso de lenguaje técnico que no deje claridad sobre lo que se va a realizar, hable pausadamente.
- Haga partícipe a la persona: En este aspecto, es importante que resalte y valore los saberes de cada cultura; reconozca como interlocutor válido a su

sabedor/sabedora ancestral, o a su guía espiritual. Reconozca la manera como ellos, desde su cultura, comprenden los signos y síntomas. Reconozca y respete las prácticas propias para el cuidado de la salud (territorial, comunitaria, familiar e individual) del pueblo Rrom; ser respetuoso en todo momento y no juzgue a la persona.

- Asegúrese de que las preguntas sean claras, comprensibles, sensibles a las diferencias de edad, género, prácticas culturales del pueblo Rrom (hay algunas preguntas que pueden ser mal vistas o sancionadas en una cultura específica, específicamente indagaciones sobre la salud sexual y reproductiva o sobre violencias sexuales). En ese sentido se debe ser cuidadoso para abordar el tema el cual debe hacerse con sencillez y responsabilidad.
- Promueva la participación de los diferentes acompañantes, en la resolución de los problemas de salud de la o el consultante y su lugar o rol en la kumpania.
- Hay que considerar que el curso de vida (Niños y niñas menores de 12 años, personas adultas de 35 a 40 años, y personas mayores) de la población gitana quizá sea distinto a la definida para la población general, lo cual es importante revisar en el trabajo conjunto o diálogos de saberes con la población Rrom, con el fin de comprender algunos cambios y momentos significativos de sus vidas desde sus cosmovisiones, e intervenir en posibles riesgos para su salud.
- Las mujeres de las Kumpania son las encargadas de la transmisión de los saberes a su comunidad, por lo cual se debe tener en cuenta su participación en la educación sobre factores de riesgo o protectores de enfermedades no transmisibles.
- Considerar el servicio de intérpretes, traductores y/o acompañamiento por parte de un intérprete de Romaní para la atención a la comunidad, dado que en la Kumpania hay personas y principalmente personas mayores, que no conocen el español en su totalidad, haciendo que no entiendan lo que se dice en la valoración multidisciplinaria.

Adecuaciones y adaptaciones socioculturales Pueblo Rrom

Propiciar la participación de la comunidad gitana, en escenarios ya conformados, y/o fortalecidos, con el fin de que se construya con ellos mismos las propuestas de adecuación sociocultural a partir del análisis y comprensión de su situación de salud, recordando fortalecer el diálogo horizontal y respetuoso de sus creencias y prácticas, así como de sus formas de organización.

Sensibilización a todo el personal de los servicios de salud en los temas de diversidad cultural e interculturalidad y no discriminación (por ejemplo, Uso de habilidades de comunicación eficaces; Crear un ambiente que facilite la comunicación abierta) teniendo en cuenta saberes previos, formas de cuidado, cosmovisiones sobre la salud y la vida, prácticas y creencias, así como la construcción conjunta de propuestas de adecuación sociocultural en la atención del Pueblo Rrom.

Brindar información y orientación a través de la entrega de piezas comunicativas adaptadas culturalmente a la población ROM derechos y deberes en salud.

Acciones diferenciales para población migrante

Colombia ha ratificado buena parte de los instrumentos derivados del derecho internacional para la protección al migrante provenientes de diferentes países, con lo cual se generan una serie de obligaciones en relación con la atención a la salud de la población migrante cuando esta ocurre en condiciones de vulnerabilidad.

Adicionalmente y ante los desafíos que presenta los flujos migratorios mixtos, el gobierno nacional ha emitido una serie de normativas, como: el Decreto 216 de 2021 con el cual se adopta el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos (ETPV), Ley 2136 de 2021 "Política Integral Migratoria" y el Documento CONPES 4100 de 2022 "Estrategia para la integración de la población migrante venezolana como factor de desarrollo para el país", encaminadas a la integración de la población migrante en la sociedad en un horizonte de mediano plazo.

La población migrante que se encuentra con estatus migratorio regular y está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) puede acceder a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) que contienen intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Por su parte, la población migrante que se encuentra en el territorio nacional con estatus migratorio irregular tiene derecho a recibir atención de urgencias en salud y a acciones de salud pública enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), a través del cual se realizan jornadas de salud en convivencia, salud sexual y reproductiva, vacunación con cualquier vacuna del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y pruebas rápidas de Infecciones de Transmisión Sexual (sífilis y VIH).

Es así como la población migrante que requiera atención por urgencias como es el caso de un evento por MAP/MUSE, tiene el derecho a ser atendido hasta ser

estabilizado y superar el riesgo de muerte, en lo establecido según normatividad vigente⁶⁸.

Al respecto, cabe mencionar que la atención de urgencias está garantizada por la Circular Única de Atención de Urgencias de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual establece la atención inicial de urgencias y especifica que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán establecer un protocolo para la atención de urgencias médicas, encaminado a fijar prioridades así como a exigir efectividad, calidad y rapidez en la atención de sus usuarios; adicionalmente, el Artículo 12 del Decreto 783 de 2000 define la atención inicial de urgencias y, el Decreto 2408 de 2018 *"Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto: 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos"* establece en el Artículo. 2.9.2.6.3. Condiciones para la utilización de los recursos. *"(...) Los recursos del nivel nacional que sean destinados para el pago de las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos deberán ser utilizados por las entidades territoriales, siempre que concurren las siguientes condiciones:*

- 1. Que corresponda a una atención inicial de urgencias en los términos aquí definidos.*
- 2. Que la persona que recibe la atención no tenga subsidio en salud en los términos del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 ni cuente con un seguro que cubra el costo del servicio.*
- 3. Que la persona que recibe la atención no tenga capacidad de pago.*
- 4. Que la persona que recibe la atención sea nacional de un país fronterizo.*
- 5. Que la atención haya sido brindada en la red pública hospitalaria del departamento o distrito."*

El evento por MAP/MUSE al ser catalogado como urgencia, debe ser atendido por el servicio de urgencias de la complejidad correspondiente para lo cual el país dispone de un total de 1600 servicios de Urgencias acorde al REPS.

El Ministerio de Salud y Protección Social pone a disposición de la población migrante, organizaciones de base comunitaria, academia, cooperantes, gobierno y comunidad

⁶⁸ Decreto 2408 de 2018. Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto: 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos



en general, el Observatorio Nacional de Migración y Salud como un escenario para construir conocimiento, que facilita la disponibilidad de información pertinente y oportuna para la planeación, monitoreo y evaluación de las acciones dirigidas al bienestar de la población migrante, al cual puede acceder en el enlace:

<https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Observatorio-Nacional-de-Migracion-y-Salud.aspx>

Aquí podrá descargar boletines de caracterización, informes sobre el avance en el acceso a los servicios de salud, diagnóstico de la situación de salud, reportes por violencia y lesiones, políticas públicas, normatividad en migración y salud.

Finalmente, es importante precisar que específicamente para el caso de los y las migrantes venezolanas afiliadas al régimen subsidiado deberán presentarse a la entidad territorial para actualizar la información de su domicilio cada 4 meses, acreditando su situación de permanencia en el país, en caso de no hacerlo la entidad territorial podrá informar la novedad de retiro (Decreto 616 de 2022).

Acciones diferenciales con enfoque de Género

La Ley 2421 de 2024 en su artículo 9 establece El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, sexo, orientación sexual e identidad de género diversa - LGBTIQ+, discapacidad, orfandad, creencias, origen nacional, diversidad étnica, cultural y territorial. Por tal razón, las medidas de prevención, el derecho de ayuda humanitaria, los derechos reconocidos, así como las medidas de atención, asistencia y reparación integral que se establecen en la presente ley, contarán con dicho enfoque, sin perjuicio de la aplicación de criterios de priorización.

Así mismo, de acuerdo a lo establecido en el auto 092 del 2008, se establece la protección de los derechos fundamentales de las mujeres y se identifica en el marco del conflicto armado colombiano, factores de vulnerabilidad específicos a las mujeres a causa de su condición de ser mujer, que incluyen en hechos victimizantes como ser víctimas de minas antipersonal, las cuales van dirigidas contra los miembros de las familias o las personas allegadas a las mujeres que adquieren visibilidad por sus actividades públicas. Esto se constituye como una violencia contra la mujer en el marco del conflicto armado, de tipo físico y psicológico, y una violación grave de la Constitución Política, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario.

Como parte del reconocimiento a la incorporación del enfoque de género en los programas de acción contra minas antipersonal en Colombia, el Plan Operativo 2023-2025 para la Acción Integral Contra Minas Antipersonal en Colombia establece el desarrollo de acciones orientadas a:

- Participación efectiva en las iniciativas derivadas de los programas y proyectos de desminado humanitario, educación en el riesgo y asistencia integral a las víctimas
- Caracterización de las necesidades particulares de las mujeres relacionadas con la acción integral contra minas
- Análisis de brechas en el acceso a las oportunidades de las mujeres antes durante y después del desarrollo de actividades AICMA en los territorios más afectados

- Incremento del fortalecimiento técnico a través de la asistencia técnica nacional e internacional para la incorporación del enfoque de género.
- Implementar una estrategia de acompañamiento a cuidadoras de sobrevivientes de minas antipersonal, a través de las organizaciones de víctimas en las que sean tenidas en cuenta las circunstancias, vivencias, expectativas y necesidades propias de las mujeres a las que les ha cambiado su vida ejerciendo el rol de cuidadoras de familiares que sufrieron accidentes por minas antipersonal.

Así mismo, el MSPS, en el marco de esto, formula la Ruta integral de atención en salud y rehabilitación funcional para víctimas de minas antipersonal - MAP o municiones sin explotar - MUSE, como herramienta para los servidores frente a las gestiones que se deben adelantar en las diferentes etapas de la Ruta para la atención. A continuación, se presenta los aspectos a considerar en el marco de la atención para la incorporación del enfoque de género:

- Sensibilizar a todo el personal en cada una de etapas de atención sobre el enfoque de género haciendo énfasis y las afectaciones que puede tener el sexo, el género, la orientación sexual, como determinantes sociales de la salud⁶⁹.
- Capacitar a todo el personal que atiende a mujeres y personas de los sectores LGBTI víctimas de minas antipersonal, sobre conceptos básicos, que es género, orientación sexual e identidad de género.
- Garantizar el uso del lenguaje inclusivo entendido como la forma de expresarse o escribir sin perpetuar o reproducir estereotipos de género⁷⁰.
- En el momento de la atención, activar simultáneamente rutas de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta materno perinatal, en lo referido a la atención en salud de las mujeres.
- Desarrollar análisis con datos desagregados por sexo, género u orientación sexual los cuales permiten identificar información clave para la atención en salud y la respuesta intersectorial⁷¹
- Tener en cuenta que las mujeres y los hombres afrontan diferentes riesgos de seguridad así mismo enfrentan consecuencias distintas como efecto de los explosivos⁷².

⁶⁹ Ministerio de Salud y Protección Social, Lineamientos para la transversalización del enfoque de género para el cierre de brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual en el sector salud.

⁷⁰ Ibidem

⁷¹ Ibidem

⁷² Naciones Unidas, Guía de género de las Naciones Unidas para los programas de acción contra minas, 2019

- Garantizar la atención a través de un enfoque centrado en la víctima/sobreviviente.
- Fomentar la participación social en salud de las mujeres en la construcción de programas, políticas y proyectos que se orienten a la atención en salud de las víctimas de minas antipersonal.
- Hacer uso capacitadoras comunitarias o agentes comunitarias mujeres o personas LGBTI como primeros respondientes en la atención de víctimas de minas antipersonal y educadores frente al riesgo de aparatos explosivos.
- Tener en cuenta que después de un accidente, las mujeres sobrevivientes tienen más probabilidades de enfrentarse al aislamiento, la estigmatización y el abandono por parte de sus parejas y familias⁷³.
- Tener en cuenta que las mujeres y las niñas suelen tener mayores dificultades para acceder a la atención y los servicios médicos permanentes y de emergencia, y no suelen ser priorizadas para recibir prótesis y servicios⁷⁴.
- Que, debido a las normas sociales masculinas predominantes, los sobrevivientes varones tienen menos probabilidades de acceder al apoyo psicológico y psicosocial⁷⁵.
- Que la mayoría de las cuidadoras de los sobrevivientes son mujeres razón por la cual es necesario incluirlas en estrategias como PAPSIVI o RBC.
- Adaptar los mensajes comunicacionales a los comportamientos de riesgo conocidos, que pueden variar entre mujeres, niñas, niños y hombres⁷⁶.
- Que las mujeres tienen menos probabilidades de encontrar trabajo o recibir apoyo financiero, lo que las hace más vulnerables al riesgo de la pobreza⁷⁷.
- Considerar la posibilidad de reclutar mujeres y personas LGBTI sobrevivientes de minas antipersonal como educadores y educadoras del riesgo.
- Incluir en las campañas de promoción las historias de mujeres, niñas y otros grupos diversos, que sean víctimas de artefactos explosivos.
- El uso adecuado de pronombres respetando la identidad de género, para que el contacto con la persona trans siempre se haga desde el reconocimiento de su identidad de género.
- No presuponer la identidad de género de las personas con base en su expresión de género, sino preguntándole directamente.

⁷³ Ibidem

⁷⁴ Ibidem

⁷⁵ Ibidem

⁷⁶ Ibidem

⁷⁷ Ibidem



Relacionar las acciones con enfoque de género de la Ruta integral de atención en salud y rehabilitación funcional para víctimas de minas antipersonal - MAP o municiones sin explosionar – MUSE en el trazador presupuestal para la equidad de la Mujer.

Seguimiento a la implementación de la Ruta y gestión de casos

El seguimiento a la implementación de la Ruta contempla escenarios, periodicidad e indicadores tanto en lo nacional como en lo territorial, para lo cual se establecen los siguientes mecanismos:

El seguimiento al cumplimiento de esta Ruta se realizará conjuntamente y acorde con las competencias de cada entidad y/o actores relacionados en este documento.

Las mesas tendrán tres instancias, municipal o distrital, departamental y nacional; la mesa municipal estará conformada por todos los actores de la Ruta y se reunirá para diligenciar y actualizar periódicamente el directorio, socializar la Ruta y elaborar el mapa de oferta territorial y hacer seguimiento cada dos (2) meses a los casos, gestionando a través de la articulación intersectorial las barreras de acceso a los servicios requeridos por las víctimas de MAP/MUSE y sus familias, y de manera extraordinaria cuando se presenten casos con vulneración de derechos que requieran atención inmediata.

La mesa departamental estará conformada por la secretaría de salud departamental, referente de atención a víctimas y referente de aseguramiento, prestación de servicios y apoyada por el referente gestión en discapacidad, referente departamental de la OACP, referente departamental de la UARIV, referente departamental del ICBF, se reunirán cada seis (6) meses con el propósito de realizar un seguimiento a la implementación de la Ruta y enviará los resultados encontrados, a la mesa técnica del nivel nacional conformada por la OACP, el Ministerio de Salud y Protección Social y la UARIV. El ICBF, evaluando los siguientes aspectos:

1. Porcentaje de casos de víctimas de MAP/MUSE con barreras de atención en salud, rehabilitación funcional e inclusión social, gestionados a través de la Ruta en el marco de la articulación entre OACP, el sector salud, la UARIV y el ICBF cuando existan casos de NNA, del nivel territorial.

2. Porcentaje de casos de víctimas de MAP/MUSE con barreras de atención en salud, rehabilitación funcional e inclusión social que ingresaron a la Ruta en el nivel territorial y que requirieron articulación en el nivel departamental.
3. Porcentaje de casos de víctimas de MAP/MUSE con discapacidad que requirieron articulación con programas y servicios a través de la presentación de su caso al Comité Territorial de Discapacidad (CTD).

De igual forma, en estos espacios de encuentro, se determinará cuáles fueron las barreras presentadas y las acciones adelantadas, de acuerdo con la vulneración de algunos derechos relacionados en las diferentes etapas de la Ruta.

De las mesas municipales, distritales y departamentales, debe quedar un acta con su respectivo listado de asistencia, en donde se encuentren registrados los asistentes, un documento de reporte de indicadores los cuales deben ser remitidos por correo electrónico a la mesa técnica del nivel nacional.

Semestralmente, la mesa técnica del nivel nacional evaluará los informes enviados desde el territorio y establecerá medidas de mejoramiento y de ser necesario se articulará con los diferentes entes de Inspección Vigilancia y Control de los sectores comprometidos.

A continuación, se presentan las tablas con la descripción, objetivo, fórmula, periodicidad de la medición y meta de cada uno de los indicadores de seguimiento a la Ruta:

Nombre del indicador	Objetivo	Fórmula	Periodicidad	Meta
Porcentaje de Gestión de casos en el nivel municipal o distrital	Identificar el porcentaje (%) y número de casos de víctimas MAP/MUSE con barreras de atención en salud, rehabilitación funcional e inclusión social, gestionados a través de la Ruta en el nivel municipal o distrital.	No. de casos gestionados exitosamente a través de la ruta/No. de casos presentados en el territorio*100.	Semestral Enero a junio Julio a diciembre Los primeros 20 días del mes de enero y Julio respectivamente.	Lograr la gestión exitosa del 100% de los casos presentados en el nivel municipal o distrital.
Porcentaje de Gestión de casos en el Comité Territorial de Discapacidad (CTD)	Identificar el porcentaje (%) y número de casos de víctimas MAP/MUSE que requirieron articulación con programas y servicios a través de la presentación de su caso al Comité Territorial de Discapacidad (CTD)	No. de casos con articulación a programas y servicios a través del CTD/No. de casos identificados y presentados al CTD*100	Semestral Enero a junio Julio a diciembre Los primeros 20 días del mes de enero y Julio respectivamente.	Lograr el 100% de la articulación de las víctimas MAP/MUSE con discapacidad a los programas y servicios que requieren a través del CTD.
Porcentaje de Gestión de casos en el nivel departamental	Identificar el porcentaje (%) y número de casos de víctimas MAP/MUSE con barreras de atención en salud, rehabilitación funcional e inclusión social, gestionados a través de la Ruta en el nivel departamental.	No. de casos que ingresaron a la Ruta en el Nivel municipal o distrital y requirieron articulación del nivel departamental/ No. de caso ingresados a la Ruta en el nivel departamental *100	Semestral Enero a junio Julio a diciembre Los primeros 20 días del mes de enero y Julio respectivamente.	Lograr la gestión exitosa del 100% de los casos en el nivel departamental

A continuación, se presenta la tabla Guía que brinda las orientaciones sobre el cómo se deben reportar en cada cuatrimestre los indicadores de la Ruta:

Nombre del indicador	Periodo de la medición	Meta	Resultado	Análisis del Resultado	Acciones de Mejora
Indique el Nombre del indicador.	Indique el periodo y año de la medición.	Indique el porcentaje (%) del meta establecido por el nivel nacional para este indicador.	Indique el porcentaje (%) de los casos presentados en la ruta y gestionados exitosamente durante el Periodo de medición.	Cuando el porcentaje (%) del resultado sea inferior al 100%: Indique las razones por las cuales no se logró la meta e informe las experiencias exitosas en la gestión de los casos que si se lograron resolver. Si el resultado es 100% informar la experiencia exitosa en la gestión de los casos.	Cuando el porcentaje (%) del resultado no cumple con la meta establecida, a partir del análisis de las barreras y las experiencias exitosas para resolver los casos, proponer acciones de mejora para lograr la meta. Si se alcanzó la meta no se requiere de acciones de mejora.

En todo caso, la Superintendencia Nacional de Salud, en virtud de los mandatos establecidos en la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1949 de 2019 y la Ley 1966 de 2019, así como el Decreto 1080 de 2021 o el que haga sus veces, es el máximo órgano de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como una de sus funciones garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema.

Dispone de canales de atención vía formulario web, chat institucional, llamada en línea, videollamada, además de las líneas telefónicas y puntos de atención regional a las cuales puede acceder en su página web a través del enlace:

<https://superargo.supersalud.gov.co/formularioWeb/>

Consideraciones y recomendaciones generales

- En caso de cambio temporal de residencia, es pertinente hacer uso de la portabilidad en salud. Este proceso le posibilita la continuidad de las atenciones en salud, y rehabilitación en el sitio de residencia temporal.
- En caso de cambio de domicilio hacia otro departamento y/o municipio distinto de donde se tenía la inscripción a la EAPB, se debe solicitar traslado de esta. Para ello, es necesario enviar la solicitud a la EAPB a la que se desea inscribir la persona, la cual puede realizarse a través portal web www.miseguridadsocial.gov.co o directamente ante la EAPB mediante el formulario único de afiliación y novedades al sistema.
- Las personas afiliadas al Régimen Subsidiado que adquieran capacidad de pago y que estén en la obligación de afiliarse al Régimen Contributivo podrán continuar inscritas a la misma EAPB y recibir los beneficios junto con su núcleo familiar, aplicando la movilidad en salud.
- En caso de cambio del Régimen Contributivo al Subsidiado, el afiliado debe solicitar a la EAPB la movilidad en salud con el fin de no perder la continuidad en la prestación del servicio, siempre y cuando cumplan con las condiciones establecidas en el Decreto 064 de 2020 integrado en el Decreto 780 de 2016, de acuerdo con la Resolución 1128 de 2020. Se reitera que las personas podrán realizar movilidad al régimen subsidiado, si pertenece a una población especial identificada a través de listado censal o cuenta con las encuestas del Sisbén metodología IV.
- Se recomienda guardar copia de todos los documentos soporte emitidos por las entidades corresponsables durante el proceso de atención.
- Se recomienda a la víctima solicitar siempre copia de la historia clínica en los centros de salud, hospitales y/o centros de rehabilitación donde sean atendidas

(ver el detalle de la información requerida en el anexo 7: Información requerida en la historia clínica).

- Con la negación del servicio por escrito, la víctima puede interponer la queja ante la Superintendencia de Salud, la Secretaría de Salud, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría o la Personería, para que estas, en el marco de sus competencias, realicen las acciones a que haya a lugar. En el anexo 6 se dispone de la orientación para realizar la solicitud a la Supersalud. (Anexo 6: Medios para interponer queja ante negación de servicios de salud).
- . En caso de requerir Certificación del accidente, se debe acudir a la Entidad Territorial para la solicitud. En el anexo 14 se dispone del formato que se diligencia por esta entidad. (Anexo 14: Certificación del accidente por parte de la personería municipal.).
- Es importante tener presente que la víctima tiene derecho a acceder nuevamente a servicios de asistencia en salud por hechos sobrevinientes relacionados con accidentes por MAP/MUSE⁷⁸.
- En caso de presentar requerimientos, complicaciones o cambio de prótesis u órtesis. La víctima debe acudir a la Institución Prestadora de Servicios de Salud más cercana. Según la valoración que el médico realice, efectuará referencia para exámenes, tratamientos u otros especialistas que requiera.
- Para conocer las Instrucciones respecto a la ruta integral de atención en salud y rehabilitación funcional para las víctimas de minas antipersonal (MAP) y de municiones sin explotar (MUSE) emitidas para Entidades administradoras de planes de beneficios EAPB, instituciones prestadoras del servicio de salud y entidades territoriales, se relaciona el anexo 15 para acceder al documento emitido por la Supersalud. (Anexo 15: Circular Externa 004 de 2017)
- Se recomienda mantener actualizada la información del directorio nacional de Entidades participantes en la Ruta. En el anexo 20 se relaciona la información actualizada a la fecha de emisión del documento. (Anexo 20: Formato Directorio telefónico Nacional).

⁷⁸ Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Ley 1448 de 2011, artículo 59.

Anexos

Anexo 1. Inscripción en el Registro Único de Víctimas (RUV) ⁷⁹

La víctima debe presentarse ante una oficina del Ministerio Público (Personerías municipales, Defensorías regionales o procuradurías provinciales o regionales) y contarle al funcionario que realice la atención, las circunstancias de tiempo, modo y lugar que originaron el evento⁸⁰. Esta información será consignada en el Formulario Único de Declaración FUD.

Una vez presentada la solicitud de registro ante el Ministerio Público, se remitirá a la Unidad para las Víctimas, donde revisarán el caso y establecerán si se otorga o niega en un término máximo de sesenta (60) días hábiles, en todo caso, se podrá solicitar la actualización o suministro de la información adicional a la víctima, que se requiera en el marco del proceso de valoración.

Luego de recibidas las solicitudes de inscripción en el RUV, con el fin de decidir sobre su inclusión o no, el procedimiento de valoración individual se desarrolla de la siguiente manera: La decisión de otorgar o denegar la inclusión en el Registro se debe emitir en un término máximo de sesenta (60) días hábiles desde la radicación ante la Unidad para las Víctimas, de acuerdo con lo previsto en el artículo 77 de la Ley 2421 de 2024. Para ello, se hace necesario en un primer momento realizar una verificación previa del cumplimiento de los requisitos mínimos para su presentación:

- a. Los datos de identificación de cada una de las personas relacionadas. En caso de que el declarante no disponga de los números de identificación, deberán ser expresos los motivos por los cuales no es posible aportar esta información, sin que esto genere limitaciones en el trámite de su solicitud.
- b. Información sobre género, edad, estrato socioeconómico, situación y tipo de discapacidad (si la hay y la conoce), raza y etnia.
- c. Firma del funcionario de la entidad que recibe la solicitud de registro.
- d. Huella dactilar de la persona que solicita el registro.

⁷⁹ Ley 2421 de 2024 Artículo 19. CAPÍTULO II. Registro Único de Víctimas Artículo 155, 156.

⁸⁰ Artículo 2.2.2.3.1. Solicitud de registro. Decreto 1084 de 2015

- e. Firma de la persona que solicita el registro. En los casos que la persona manifieste no poder o no saber firmar, se tomará como válida la huella dactilar.
- f. Las circunstancias de modo, tiempo y lugar previas, durante y posteriores a la ocurrencia de los hechos, por lo menos de manera sucinta, teniendo en cuenta el tiempo en el que ocurrió la violación, y la situación de vulnerabilidad de la víctima.
- g. Datos de contacto de la persona que solicita el registro. Información del parentesco con la víctima directa de conformidad con lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2421 de 2024.

En el evento que no se cumpla con los requisitos mínimos, la declaración se retorna mediante el aplicativo RUV, relacionando la inconsistencia que presenta el Formulario Único de Declaración FUD.

Posteriormente, la declaración debe ser devuelta a la entidad del Ministerio Público que recibió la solicitud, con el propósito de que subsane las inconsistencias en esta. El término de 60 días para adelantar el procedimiento de valoración es suspendido hasta tanto se subsane la declaración con la información requerida.

Una vez la oficina del Ministerio Público remita a la Unidad para las Víctimas la declaración con el lleno de los requisitos legales, es viable proceder con la valoración del caso.

La valoración de las solicitudes de inscripción en el RUV está determinada por la Ley 1448 de 2011 y el Decreto Ley 1084 de 2015, que fundamentan conceptualmente sus objetivos, su funcionamiento y determinan el procedimiento de registro en el RUV. Es de aclarar que este procedimiento se realiza en concordancia con lo dispuesto en los Decretos Ley 4633, 4634 y 4635 de 2011, orientadores del enfoque que debe brindarse a los miembros de pueblos y comunidades étnicas.

De otro lado, se encuentra la jurisprudencia constitucional, así como de los organismos de Derecho internacional, en virtud de los tratados y convenios internacionales de los cuales Colombia es signataria a partir del Bloque de Constitucionalidad, alrededor de los conceptos de conflicto armado interno, reconocimiento de la calidad de víctimas, infracciones al DIH y las violaciones graves y manifiestas al Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

El procedimiento mediante el cual se emite la decisión sobre las solicitudes de inscripción dentro del RUV consiste en conjugar las tres herramientas con las que se cuenta: técnico, jurídico y contexto.

La decisión por medio de la cual se resuelve la solicitud de inscripción en el RUV debe estar soportada en un acto administrativo debidamente motivado, por medio del cual se informe al solicitante las razones por las cuales se llegó a la conclusión de otorgar o denegar su inscripción⁸¹.

Una vez reconocida como víctima, tendrá acceso a las medidas de atención, asistencia y reparación, contempladas en la enunciada ley.

Las víctimas colombianas domiciliadas en el exterior podrán presentar la solicitud ante la embajada o consulado del país donde se encuentren. En los países en que no exista representación del Estado colombiano, podrán acudir al país más cercano que cuente con misión diplomática colombiana. En este caso, la representación diplomática de que se trate deberá remitir la solicitud a la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en un término no mayor a ocho (8) días, contados a partir de la recepción de la solicitud.

⁸¹ Manual Criterios de Valoración v3. Unidad para las Víctimas.
https://www.unidadvictimas.gov.co/es/documentos_bibliotec/manual-criterios-de-valoracion-v3/

Anexo 2. Reconocimiento de gastos de transporte y movilización inicial

Decreto 780 de 2016

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, o quien haga sus veces, reconoce el gasto de transporte efectuado para la movilización de la víctima de MAP/MUSE desde el lugar de ocurrencia del evento hasta el sitio de la primera atención (centro asistencial).

El plazo para efectuar la reclamación ante la ADRES es de dieciocho meses contados a partir de la fecha del traslado⁸².

Los requisitos para realizar la reclamación son:

- Presentar diligenciado el FURTRAN (Formulario de reclamación de gastos de transporte) suscrito por la persona designada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, para el trámite de admisiones.
- Copia de la cédula de ciudadanía del reclamante.
- Cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia, la empresa debe presentar las reclamaciones a través de la herramienta de radicación electrónica dispuesta en la página WEB de la ADRES, ingresando con el usuario y contraseña asignada a la entidad.
- Cuando el transporte haya sido prestado por personas naturales, deben presentar los documentos de manera presencial o por correo certificado en las instalaciones de la ADRES ubicada en la Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16, Centro Empresarial Elemento en la ciudad de Bogotá, en el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 4:00 pm

Para más información, puede ingresar al siguiente enlace:
<https://www.adres.gov.co/VUD/Paginas/informacion-reclamacion.aspx>

⁸² Artículo 152 de la Ley 2294 de 2023

**Anexo 3. Solicitud de indemnización por muerte y gastos funerarios
Formulario único de reclamaciones por accidentes de tránsito y eventos
catastróficos (eventos terroristas, catástrofes naturales y otros eventos
aprobados por el MSPS) de personas naturales - FURPEN⁸³.**

Decreto 780 de 2016

Otorgado mediante procedimiento de reclamación a la ADRES o quien haga sus veces.
(Se realizará de acuerdo con el Artículo 2.6.1.4.3.2 del Decreto 780 de 2016 o el que lo modifique o sustituya)

Para el efecto, el beneficiario deberá radicar ante la ADRES el formulario diligenciado⁸⁴ con los siguientes documentos:

1. Se debe diligenciar en forma clara para cada víctima de Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito, en original y verificando que las copias sean legibles al igual que el original. Una vez implementada la sede electrónica de radicación de las reclamaciones presentadas ante la ADRES en virtud de lo establecido en la Resolución 12758 de 2023 expedida por la ADRES, podrán presentarlo a través de la herramienta electrónica o allegar el formulario y los documentos soporte a la ventanilla de radicación de forma presencial o mediante correo físico.
2. Formulario que para el efecto adopte la ADRES, (FURPEN), debidamente diligenciado por el beneficiario reclamante.
3. Epicrisis o resumen clínico de atención, si la víctima fue atendida antes de su muerte.
4. Certificado emitido por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres, en el que conste que la persona atendida fue víctima de un evento terrorista.
5. Registro Civil de Defunción de la víctima
6. Certificado de inspección técnica del cadáver o certificado emanado de la fiscalía general de la Nación.
7. Copia del Registro Civil de Matrimonio cuando sea el cónyuge quien realice la reclamación o haga parte de los reclamantes, o acta de conciliación extraprocesal o escritura pública, en el caso de compañero (a) permanente donde hayan

⁸³ Nota: Este formato aplica para la presentación de Reclamaciones para el reconocimiento y pago de las indemnizaciones a Personas Naturales víctimas de Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito.

⁸⁴ Formulario dispuesto en la página de ADRES, relacionado en la Circular 022 de 2023 ADRES.
<https://www.adres.gov.co/normativa/CircularesADRES/0000022.pdf>

expresado su voluntad de formar una unión marital de hecho o sentencia judicial en donde se declare la unión marital de hecho.

8. Copia de los registros civiles de nacimiento cuando sean los hijos de la víctima los reclamantes o hagan parte de estos.
9. Copia del Registro Civil de Nacimiento de la víctima cuando sean los padres de la víctima los reclamantes.
10. Copia de los registros civiles de nacimiento de la víctima y sus hermanos cuando estos sean los reclamantes.
11. Copia del documento de identificación de los reclamantes.
12. Manifestación en la que se indique si existen o no otros beneficiarios con igual o mejor derecho que los reclamantes para acceder a la indemnización.
13. Sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador del menor (es) de edad, cuando estos sean los beneficiarios y quien reclama no es uno de sus ascendientes.
14. Certificación bancaria expedida por la entidad financiera vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, con una antelación no mayor a tres (3) meses al momento de la radicación de los documentos ante la ADRES. Esta certificación deberá incluir la siguiente información:
 - Nombre, tipo e identificación de la persona natural
 - Tipo de cuenta (ahorro o corriente)
 - Número de cuenta.

Para más información, puede ingresar al siguiente enlace:

<https://www.adres.gov.co/VUD/Paginas/informacion-reclamacion.aspx>

Anexo 4. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Decreto 064 de 2020 compilado en el Decreto 780 de 2016

AFILIACIÓN DE OFICIO

A partir de lo establecido en el Artículo 236 del Plan Nacional de Desarrollo (Ley 1955 de 2019), se expidió el Decreto 064 de 2020, modificado posteriormente por el Decreto 616 de 2022 incluido en el Decreto 780 de 2016 el cual establece la afiliación de oficio como instrumento para la inscripción en una EPS, de aquella población que se encuentre sin aseguramiento en salud por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, o que se encuentre con la novedad de terminación de la inscripción en una EPS. Este instrumento fue reglamentado mediante la Resolución 1128 de 2020.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo anterior, ha dispuesto una funcionalidad de Afiliación de Oficio, en el Sistema de Afiliación Transaccional – SAT, siendo este el medio para el registro de la afiliación y el reporte de novedades, por parte de los actores del sistema.

El sitio web para acceder al Sistema de Afiliación Transaccional – SAT, es www.miseguridadsocial.gov.co

El ámbito de aplicación para realizar la Afiliación de Oficio que el Sistema de Afiliación Transaccional – SAT, está dirigido a las Instituciones Prestadoras de Salud – IPS y las Entidades Territoriales – ET.

VALIDACIONES

El proceso de Afiliación de Oficio en el Sistema de Afiliación Transaccional – SAT, realiza un proceso de validación de identidad para ser comparados y validados con nuestras fuentes de referencia, como son, entre otras:

RENEC – Registraduría Nacional del Estado Civil Migración Colombia

ADRES – Administradora de los Recursos del SGSSS

RUAF-ND - Registro Único de Afiliados (Nacimientos y Defunciones)

Listados Censales de Poblaciones Especiales, y demás información disponible.

ASPECTOS PARA LA AFILIACIÓN DE OFICIO EN EL SAT

1. Cuando la persona reúna condiciones para pertenecer al régimen contributivo, la IPS o ET la registrará y la inscribirá en una EPS de dicho régimen.
2. Cuando la persona declare que no cumple las condiciones para pertenecer al régimen contributivo y se encuentre clasificado en los niveles I y II del SISBEN; la IPS o ET la registrará y la inscribirá en una EPS del régimen subsidiado.
3. Cuando la persona declare que no cumple las condiciones para pertenecer al régimen contributivo y que no le ha sido aplicada la encuesta del SISBEN; la IPS o ET la registrará y la inscribirá en una EPS del régimen subsidiado, y tendrá 4 meses para la aplicación de la encuesta del SISBEN.
4. La persona deberá elegir la EPS de no hacerlo, el SAT seleccionará la EPS que tenga mayor cobertura en la jurisdicción y será la IPS o la ET, quién le informe sobre dicha inscripción.
5. Si la afiliación de oficio no se puede realizar a través de SAT, se deberá tramitar directamente ante la EAPB elegida por la persona.

Para más información ingrese al enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Afiliacion-Oficio.aspx>

**Anexo 5. Diligenciamiento de la ficha de notificación:
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) Código
INS 452**

Las lesiones por MAP y MUSE constituyen un problema de salud pública según la quincuagésima primera asamblea mundial de la salud, por tanto, la OMS debe contribuir a las actividades coordinadas del sistema de naciones unidas en contra de las minas antipersonal mediante el desarrollo de programas de salud pública para la prevención y el control de lesiones por minas antipersonal, e insta a los estados miembros a que presten la debida atención en los aspectos de salud pública de la convención y proporcionar los recursos necesarios para apoyar la aplicación del plan de acción de la OMS sobre las minas antipersonal, teniendo en cuenta la necesidad de un enfoque integrado y sostenible⁸⁵.

En cumplimiento, el Instituto Nacional de Salud expidió el Protocolo de Vigilancia de Lesiones por minas antipersonal y municiones sin explotar Código 452. La vigilancia en salud pública del evento permitirá Identificar nuevas víctimas, complementar la información de víctimas ya registradas y se constituye en una fuente adicional de información para el registro oficial de la Oficina del Alto Comisionado para la Paz - OACP - Consejero Comisionado de Paz Grupo AICMA, que permite orientar la toma de decisiones para su prevención y control. Contiene las estrategias de vigilancia y las responsabilidades de cada uno de los actores. Podrá descargarlo en la página web del INS o a través del enlace:

https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_%20Lesiones%20por%20artefactos%20-%20MAP%20-%20MUSE.pdf

El Protocolo enuncia la ficha de notificación: Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal) Código INS 452 a través del cual se realiza la vigilancia en salud pública que se acompaña del instructivo de diligenciamiento, que podrá descargarlo en la página web del INS o a través del enlace:

https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/452_Lesiones_Polvora_2022.pdf

⁸⁵ Organización Mundial de la Salud. 51a Asamblea Mundial de la Salud. WHA51.8 Acción concertada de salud pública contra las minas antipersonal. [Internet]; 1998. [consultado julio de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA518_spa.pdf?ua=1



El Protocolo enuncia también que el flujo de información para la recolección de datos corresponde al procedimiento nacional de notificación de eventos, el cual se puede consultar en el documento: Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila” que describe las actividades necesarias para la operación del aplicativo Sivigila del subsistema de información del Sistema de vigilancia en salud pública; dirigido a todos los actores del sistema de vigilancia y control en salud pública, basada en indicadores, encargados de la gestión y operación del sistema de vigilancia y control en salud pública, desde el ámbito local: prestadores de servicios de salud (Unidades primarias generadoras de datos), Unidades notificadoras municipales, distritales y departamentales, y las entidades de carácter nacional. Puede ser consultado en el portal web del INS o a través del enlace:

<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/1-manualsivigila-2018-2020.pdf>

Anexo 6. Medios para interponer queja ante negación de servicios de salud

FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS Y/O MEDICAMENTOS

Cuando no se autorice la prestación de un servicio de salud o el suministro de medicamento, entregue este formulario al usuario, debidamente diligenciado.

Nombre de la entidad administradora de planes de beneficios, I.P.S. o entidad territorial.	
Número de formato	

Fecha de la solicitud del servicio _____
 Fecha de diligenciamiento del formato _____

Datos generales del solicitante del servicio:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre completo

Tipo de identificación	Número del documento de identificación

Teléfono de contacto	Ciudad / Municipio	Departamento

Indique con una (X) el tipo de plan del usuario

Plan de beneficios en salud cubierto con la UPC.	Plan de beneficios en salud no cubierto por la UPC.	Plan de medicina prepagada (PMP)	Población pobre no cubierta con subsidio a la demanda

Fecha de afiliación del usuario _____

Indique con una (X) el estado de la afiliación

Vigente	Suspendido	Remitir sin aseguramiento

Clase de servicio no autorizado y recomendaciones al usuario

Servicio no autorizado - código o medicamento no autorizado	
Descripción Escriba el servicio, procedimiento, intervención, etc.	
Justificación Escriba el motivo de la negación.	
Fundamento legal Relacione las disposiciones que presuntamente respaldan la decisión	

Escriba las alternativas que existen para que el usuario acceda al servicio de salud o medicamento solicitado con el propósito que haga valer sus derechos legales y constitucionales:

Nombre y cargo del funcionario que niega el servicio	
Firma del funcionario que niega el servicio	
Firma del peticionario	

Si está en desacuerdo con la decisión adoptada acuda a la Oficina de Atención al Usuario de su EPS. Si su queja no es resuelta, formule una consulta a la Superintendencia Nacional de Salud a través de los canales de atención. Para más información ingrese a www.supersalud.gov.co

**Anexo 7. Información requerida en la historia clínica
(Epicrisis – Resumen clínico de atención)
Artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del Decreto 780 de 2016**

Los requisitos contenidos en el artículo 2.6.1.4.3.5 aplican solamente a las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente decreto y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes.

A partir de lo anterior, es necesario que la epicrisis cuente como mínimo con los siguientes datos:

1. Primer nombre y primer apellido del paciente
2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.
3. Servicio de ingreso.
4. Hora y fecha de ingreso.
5. Servicio de egreso.
6. Hora y fecha de egreso.
7. Motivo de consulta.
8. Enfermedad actual, información que debe contener:
 - 8.1. La relación con el evento que originó la atención.
 - 8.2. Relación de recibido del paciente en caso de ingreso por remisión de otra IPS.
9. Antecedentes.
10. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio.
11. Hallazgos del examen físico.
12. Diagnóstico de ingreso.
13. Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico.
14. Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo.
15. Resultados de la totalidad de procedimientos diagnósticos y todos aquellos que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico.
16. Justificación de indicaciones terapéuticas cuando estas lo ameriten.
17. Diagnósticos de egreso.

18. Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad si la hubiere.
19. Plan de manejo ambulatorio.
20. En caso de que el paciente sea remitido a otra IPS, relación de la remisión.
21. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento

Los requisitos contenidos en el artículo 2.6.1.4.3.6 aplican solamente a los resúmenes clínicos de atención que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente decreto y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes.

Contenido del resumen clínico de atención. Para los efectos del presente decreto el resumen clínico de atención se diligenciará para servicios de salud ambulatorios y debe contener como mínimo los siguientes datos:

1. Primer nombre y primer apellido del paciente.
2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.
3. Edad y sexo del paciente.
4. Servicio de ingreso.
5. Fecha de atención.
6. Motivo de consulta.
7. Enfermedad actual en donde debe indicarse:
 - 7.1. La relación con el evento que originó la atención.
 - 7.2. Si se trata de la prestación de servicios de ayudas diagnósticas, interpretación médica del paraclínico facturado.
8. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó la atención.
9. Antecedentes.
10. Examen físico.
11. Diagnóstico.
12. Plan de tratamiento.
13. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.
14. Cuando se hayan suministrado medicamentos deberá indicarse presentación, dosificación, frecuencia y tiempo de tratamiento.

Anexo 8. Solicitud de la ayuda humanitaria a la Unidad para las víctimas

Ayuda Humanitaria por afectación

De acuerdo con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 2421 de 2024, La Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación, deberá adelantar las acciones pertinentes ante las distintas entidades que conforman el Sistema Nacional de Atención y Reparación a Víctimas para garantizar la ayuda humanitaria; para ello, estas entidades prestarán sus servicios de manera descentralizada, en zonas rurales o rurales dispersas, para lo cual la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación a Víctimas deberá disponer de un enlace por subregión PDET en estas zonas, garantizando la atención de la población víctima, de manera razonable. De igual manera, y de acuerdo con lo contemplado en el artículo 49 de la Ley 418 de 1997 y sus prórrogas correspondientes, prestará por una sola vez, a través de mecanismos eficaces y eficientes, asegurando la gratuidad en el trámite, y de acuerdo con su competencia, la ayuda humanitaria.

El monto máximo que se entrega es de dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes al momento del pago, de acuerdo con las necesidades que guarden relación con el hecho victimizante. Se entrega por una sola vez dependiendo de la afectación sufrida y previo el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 4222 de 2021 que reglamenta su entrega.

Frente a los documentos necesarios para el reconocimiento de la Ayuda Humanitaria para víctimas de Minas Antipersonal, no se requiere documentación adicional. En caso de que el afectado sea menor de edad, fotocopia de la cédula de ciudadanía del padre de familia, y copia del acto administrativo o decisión judicial por medio del cual se establece la representación, cuidado o custodia de la niño, niña o adolescente - NNA, conforme las reglas del Código de la Infancia y la Adolescencia.

Las Entidades Territoriales deben garantizar ayuda inmediata a las víctimas de hechos diferentes al desplazamiento forzado durante los últimos tres (3) meses, cuando estas se encuentren en situación de vulnerabilidad acentuada como consecuencia del hecho⁸⁶

⁸⁶ Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 4800 de 2011, artículo 102.

La ayuda humanitaria debe cubrir los componentes de alimentación, aseo personal, manejo de abastecimiento, utensilios de cocina, atención médica y psicológica de emergencias, transporte de emergencia y alojamiento transitorio.

Las Entidades Territoriales deben suministrar esta ayuda a las víctimas que la requieran hasta por (1) mes. Este plazo puede ser prorrogado hasta por un mes adicional en los casos en que la vulnerabilidad derivada del hecho victimizante lo amerite.

El monto para heridas leves que otorguen una incapacidad mínima de 30 días se otorgará por una (1) sola vez, por persona, hasta una suma máxima equivalente a dos (2) SMLMV al momento del pago. (Artículo 105, Decreto 4800/2011).

Documentos necesarios para reconocimiento de ayuda humanitaria para víctimas de afectación médica, psicológica y física que generen incapacidad mínima de treinta (30) días:

- Certificación o constancia médica expedida por la Institución Prestadora de Servicio de Salud que atendió la emergencia médica. Este documento debe contar con información clara y legible acerca de la víctima, diagnóstico relacionado con la afectación directa del hecho victimizante, tiempo de incapacidad otorgado y fecha de expedición. De igual forma, se debe identificar claramente el nombre del médico tratante y su número de tarjeta profesional o del funcionario responsable de la emisión de dicha certificación.

En caso de no contar con la valoración médica, la víctima o su familia podrá entregar el informe, el certificado o la valoración realizada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía de la víctima (en caso de ser mayor de edad). En caso de que el afectado sea menor de edad, fotocopia de la cédula de ciudadanía del padre sobreviviente, o copia del acto administrativo o decisión judicial por medio del cual se establece la representación, cuidado o custodia del menor de edad, conforme las reglas del Código de Infancia y Adolescencia.

Las entidades territoriales con menor capacidad administrativa y financiera cuentan con apoyo subsidiario de la Unidad para atender esta obligación bajo el mecanismo



en Dinero, para emergencias individuales; tramite que adelantan directamente los municipios con la Unidad en favor de las víctimas que lo requieran previa valoración de las necesidades que guarden relación con el hecho en el marco de la garantía al mínimo vital.

Anexo 9. Indemnización reconocida por la UARIV

INDEMNIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Es una medida de reparación integral que entrega el Estado colombiano como compensación económica por los hechos victimizantes sufridos. La materialización de la medida para las víctimas que viven en el exterior se realizará a través de un abono en cuenta bancaria, ya sea en Colombia o en el país donde vivan.

Que la Unidad para las Víctimas, en aras de garantizar el goce efectivo del derecho que les asiste a las víctimas a la reparación individual y atendiendo las disposiciones constitucionales del Auto 206 de 2017, definió de manera puntual las circunstancias en las cuales las víctimas del conflicto armado serán priorizadas para el otorgamiento de la medida de indemnización a través de la Resolución 1049 de 2019. Conforme a ello, en primera medida accederán de manera prioritaria todas aquellas víctimas que tengan los siguientes criterios: i) ser mayor de 68 años, ii) tener una condición de discapacidad, o iii) tener alguna enfermedad huérfana, de tipo ruinoso, catastrófico o de alto costo. Ahora bien, en el caso en el cual la víctima no se encuentre inmersa en dicho universo, esta Entidad contempló su acceso a la medida a través del método técnico de priorización o solicitud general.

MÉTODO TÉCNICO DE PRIORIZACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN ADMINISTRATIVA. CAPÍTULO I. GENERALIDADES.

El Método Técnico de Priorización de la Indemnización Administrativa [en adelante: 'Método'] tiene por objetivo generar unas listas ordinales que orientarán la priorización que debe seguir el otorgamiento de la medida de indemnización administrativa. El Método se aplicará anualmente para la asignación de los turnos de pago de manera proporcional a los recursos apropiados en la respectiva vigencia fiscal de conformidad con el Marco de Gasto de Mediano Plazo del Sector. A efectos de dar aplicación a lo previsto en la mencionada Resolución, se incorpora el presente acápite de generalidades que contribuye en la comprensión del alcance y concepto del Método, en el marco de la medida abordada.

La posición de las personas en estas listas ordinales estará definida por el resultado de carácter clasificatorio otorgado individualmente a todas ellas, a partir de los ponderados, calificaciones y puntajes que cada criterio tenga de conformidad a lo

establecido en el anexo técnico del presente acto administrativo. El presupuesto asignado para atender dichas solicitudes determinará el número de personas a indemnizar en la vigencia en curso, información que se brindará a solicitud de la víctima y que reposará en las herramientas de consulta de los canales de atención de la Unidad para las Víctimas.

1. Definición: El Método es un conjunto de procesos técnicos que contiene los criterios y lineamientos que debe adoptar la Subdirección de Reparación Individual para determinar la priorización anual del otorgamiento de la indemnización administrativa. A través de dicho proceso técnico, se analizan objetivamente las diversas características de las víctimas por medio de variables demográficas, socioeconómicas, de caracterización del hecho victimizante y sobre el avance en la ruta de reparación, con el propósito de generar un orden para otorgar la entrega de la indemnización administrativa de acuerdo con la disponibilidad presupuestal anual.

2. Variables demográficas. Corresponde a la identificación de situaciones particularidades de cada víctima en relación con su condición física, psicológica o social, así:

- a) Pertenencia étnica de acuerdo con la información consignada en el Registro Único de Víctimas.
- b) Jefatura de hogar única por parte de hombre o mujer.
- c) Persona que se identifique en el Registro Único de Víctimas con orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas (LGTBI).
- d) Grupo etario (0 a 68 años).
- e) Padecer una enfermedad que no se encuentre en las categorías de: huérfana, de tipo ruinoso, catastrófico o de alto costo, definidas como tales por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- f) Padecer una enfermedad o discapacidad que no genere una dificultad en el desempeño, lo cual deberá ser acreditado mediante certificado de discapacidad reglamentado y vigente en Colombia.

3. Variables de estabilización socioeconómica: Se refiere al proceso de estabilización socioeconómica de las víctimas de desplazamiento forzado, según el resultado de las siguientes mediciones, por lo cual se valorarán a los siguientes resultados:

- a) Superación de la situación de vulnerabilidad;

- b) Superación de las carencias en subsistencia mínima en los componentes de alojamiento y alimentación;
- c) Medición de subsistencia mínima cuyo resultado arroje extrema urgencia y vulnerabilidad en los componentes de alojamiento y alimentación;

Nota: Las variables definidas, asociadas al proceso de estabilización socioeconómica, sólo serán aplicables a las víctimas de desplazamiento forzado susceptibles de recibir la medida de indemnización administrativa.

4. Características del hecho victimizante: Hacen referencia a las particularidades del hecho victimizante padecido, la multiplicidad de hechos sufridos y el tiempo que ha transcurrido desde la presentación de la declaración, para lo cual se ponderará lo siguiente:

- a) Multiplicidad de hechos victimizantes sufridos;
- b) Mayor tiempo transcurrido desde la ocurrencia del hecho victimizante hasta la fecha;
- c) Mayor tiempo transcurrido desde la declaración del hecho victimizante al momento de la solicitud.

5. Avance en la ruta de reparación: Con esta variable se analiza el acceso de las víctimas a las medidas de reparación, con el fin de avanzar en la materialización al derecho a la Reparación Integral, por lo cual se valorará lo siguiente:

- a) Tiempo transcurrido para la asignación de un turno para la entrega de la indemnización administrativa, si lo tuviere;
- b) Personas que han accedido a otras medidas de reparación administrativa;
- c) Personas con sentencia favorable de restitución de tierras;
- d) Víctimas de desplazamiento forzado con acompañamiento al retorno o reubicación, incluyendo aquellas que se han retornado del exterior con acompañamiento del Estado colombiano.

6. Fuentes de información para la aplicación del Método: La Unidad para las Víctimas tendrá en cuenta para el análisis de las variables del Método las siguientes fuentes:

- a) Los registros administrativos recopilados por la Red Nacional de Información;
- b) La información actualizada en la fase de solicitud de indemnización administrativa;

c) El resultado de las mediciones de Subsistencia Mínima, Superación de Situación de Vulnerabilidad y Criterios de Salida de Reparación Administrativa.

De acuerdo con lo anterior, se puntualiza que el proceso de priorización de la Resolución 1049 de 2019.

Indemnización por lesiones:

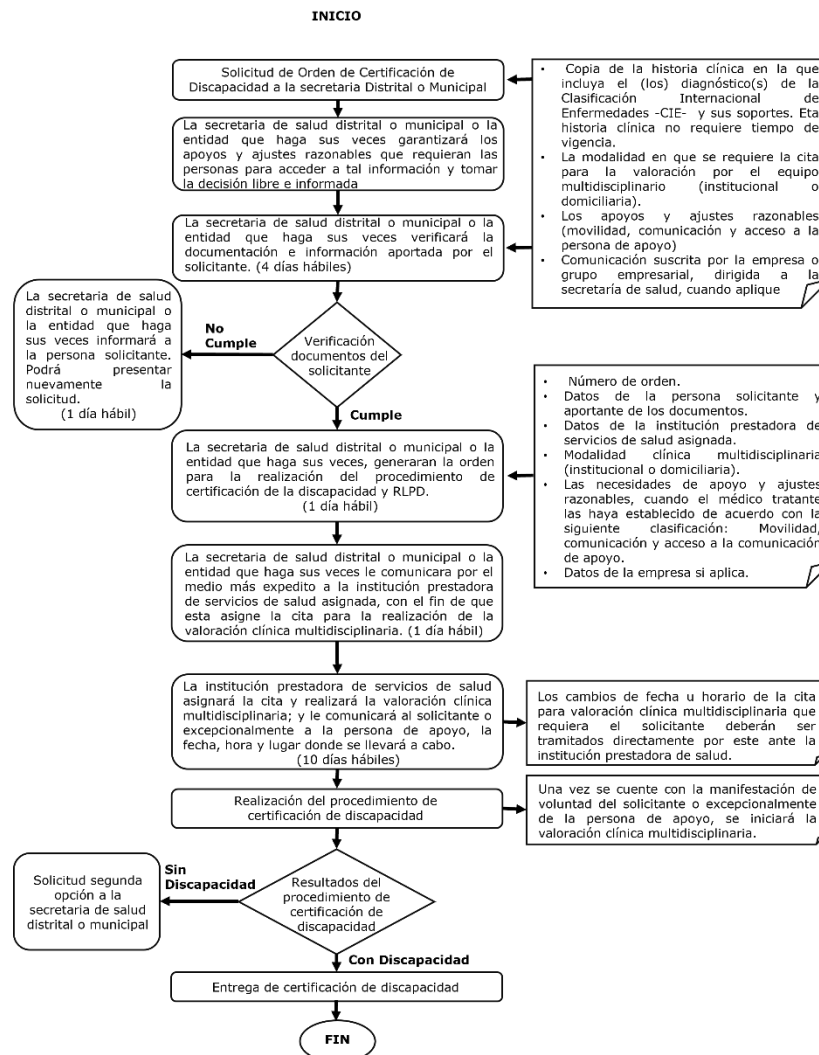
- Se reconoce la indemnización únicamente a quien sufrió el hecho, en ningún caso se reconoce la indemnización a los familiares como víctimas indirectas, incluso si estas se encuentran incluidas en el RUV. NOTA: Para solicitudes presentadas por la Ley 418 de 1997 se aplicará la regla más favorable frente a la tasación de la indemnización entre la Resolución 7381 de 2004 y la Resolución 848 de 2014.

Monto reglamentado en la Resolución 848 de 2014:

1. Recibirán 40 SMMLV todas las víctimas de lesiones físicas y/o sensoriales que causen discapacidad (incapacidad permanente).
2. Recibirán Hasta 30 SMMLV las víctimas de lesiones físicas que causaron incapacidad temporal y en función de los días de incapacidad: ✓ Entre 31 y 90 días = 4 SMMLV ✓ Por cada mes adicional = 1 SMMLV adicional al monto inicial, sin superar los 30 SMMLV ✓ Salario mínimo diario legal vigente SMDLV vigente por fracción de mes
3. Recibirán 40 SMMLV las víctimas con lesiones psicológicas que según el CIE-10 padezcan enfermedades cuyo pronóstico evidencia dificultades en el tratamiento y la afectación está asociada a la funcionalidad de la persona.
4. Recibirán 4 SMMLV las víctimas con lesiones psicológicas que según el CIE-10 padezcan enfermedades cuyo pronóstico es favorable si la persona recibe tratamiento, pero que en todo caso implican alguna repercusión en las áreas de funcionamiento personal, social, familiar, afectivo, sexual y ocupacional.

Anexo 10. Ruta de acceso al procedimiento de certificación y Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad – RLCPD

Resolución 1197 de 2024 Minsalud



Dado que el procedimiento para acceder al certificado de discapacidad es progresivo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la UARIV acordaron mecanismos de flexibilización sobre la ruta prioritaria para personas con discapacidad para la solicitud la indemnización administrativa, en cuanto a los documentos requeridos, para que no sea exigido el certificado de discapacidad y en su lugar se pueda presentar copia de historia clínica que cumpla con los criterios de la Circular 09 de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Anexo 11. Indemnización por lesiones que causen incapacidad permanente

Decreto 780 de 2016

¿Qué es la Indemnización?

Es el valor a reconocer con ocasión del fallecimiento o incapacidad permanente de una persona derivada de un accidente de tránsito que involucre un vehículo sin póliza SOAT o no identificado, de un evento terrorista, de un evento catastrófico de origen natural u otro evento aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Este derecho es indelegable e intransferible y solamente puede ser reclamado directamente por el beneficiario de la indemnización.

¿Qué plazo hay para reclamar?

Indemnización por muerte o gastos funerario: tres años contados a partir de la fecha de fallecimiento de la víctima.

Incapacidad permanente: Tres años contados a partir de la firmeza del dictamen de pérdida de capacidad laboral.

¿Quiénes son los beneficiarios?

Son beneficiarios de la indemnización por muerte y gastos funerarios el cónyuge o compañero (a) permanente, los hijos, padres y hermanos de la víctima, según el orden y procedencia establecido en el Decreto 780 de 2016.

Es beneficiario de la indemnización por incapacidad permanente la persona que hubiere perdido su capacidad laboral según los porcentajes definidos en el Decreto 780 de 2016.

¿Cómo funciona?

1. El beneficiario diligencia el formulario de reclamación. Diligenciar completamente el formulario y adjuntar los soportes correspondientes. Se le informa al beneficiario el número de radicación que pueda para hacer seguimiento.

2. La ADRES evalúa la reclamación presentada. Revisión de la información diligenciada en el formulario y los documentos presentados como soporte.
3. La ADRES notifica al reclamante el resultado de su reclamación. En caso de que el resultado sea favorable al solicitante, la ADRES dentro del mes siguiente a la firmeza de la decisión girará la indemnización a la cuenta bancaria registrada por el beneficiario.

Si el resultado es desfavorable al solicitante, éste puede recurrir la decisión dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación de la decisión, adjuntando las pruebas que considere pertinentes.

Soportes para la indemnización por incapacidad permanente:

- Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral en firme, emanado de la autoridad competente, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 142 del Decreto-Ley 019 de 2012, en el que se especifique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral.
- Epicrisis o resumen clínico: Soporte de atención según corresponda. Documento obligatorio donde se identifique que las lesiones que causan la incapacidad permanente son a causa de un evento cubierto por la ADRES.
- Acreditación de la condición de víctima: Epicrisis o resumen clínico de atención, y/o certificado emitido por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres, en el que conste que la persona atendida fue víctima de eventos catastróficos de origen natural o terroristas.
- Declaración de no afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales: Declaración, por parte de la víctima, en la que indique que no se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales, y que no ha recibido pensión de invalidez o indemnización sustitutiva de la misma por parte del Sistema General de Pensiones.
- Sentencia judicial ejecutoriada: En la que se designe al curador, cuando la víctima requiera de este o representante.
- Registro civil de nacimiento: Documento obligatorio cuando la víctima sea menor de edad, en el que se demuestre el parentesco con el reclamante en primer grado de consanguinidad, o sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador.



- Cédula de ciudadanía: De los reclamantes si son mayores de edad, tarjeta de identidad o registro civil si son menores de edad.
- Certificación bancaria: En original, generada por la entidad financiera, con fecha de expedición no mayor a 3 meses, cuyo titular sea la persona natural beneficiaria, donde indique tipo de cuenta, estado, número, fecha de apertura, sucursal nombre e identificación del titular.

Para más información, puede ingresar al siguiente enlace:

<https://www.adres.gov.co/VUD/Paginas/informacion-reclamacion.aspx>

Anexo 12. Provisión de tecnologías ortopédicas externas (prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas)

Se describen los elementos para tener en cuenta para acceder a la Provisión de tecnologías ortopédicas externas (prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas).

1. **Orden y/o Remisión del servicio.** Los prestadores de servicios de salud y específicamente los médicos especializados son quienes determinan la necesidad de la tecnología ortopédica externa y entregan la orden con las indicaciones del mismo acorde a las necesidades personales y contextuales de la víctima. En esta parte del proceso, podrá identificarse la necesidad de apoyo del equipo interdisciplinario de rehabilitación previo a la adaptación de la tecnología ortopédica, condición que también es definida por los médicos especialistas.
2. **Red integral de prestadores y/o el listado de establecimientos.** El asegurador (EAPB)⁸⁷ o la Entidad Territorial de Salud (según sea el caso), es quien autoriza la elaboración y adaptación de las tecnologías ortopédicas requeridas por la persona, articulando para esto su red integral de prestadores con los establecimientos proveedores de tecnologías para la referencia y contra referencia. En caso de que la EAPB no brinde información, la Entidad Territorial de salud departamental distrital y municipal puede garantizarle la información y como acceder al servicio.
3. **Prestador de servicios de salud.** Elaboran y aplican protocolos de atención médico quirúrgica. Realizan rehabilitación funcional pre protésica y pos protésica. Referencia y contra referencia de pacientes al establecimiento donde se cumplan los requerimientos médicos. Integrar al tecnólogo ortesista/protesista desde la prescripción al equipo interdisciplinario de rehabilitación institucional.
4. **Proveedores de los dispositivos médicos sobre medidas y tecnologías ortopédicas.** Son los encargados de la elaboración y adaptación de las tecnologías ortopédicas externas; proceso que se complementa con el equipo interdisciplinario de rehabilitación de la red integral de prestadores. Atienden la prescripción del equipo interdisciplinario y las buenas prácticas de manufactura y las demás normas relacionadas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección

⁸⁷ Resolución 2718 de 2024. Artículo 55. Ayudas técnicas.

Social MSPS. Realizan entrenamiento al paciente en el uso del dispositivo médico. Realizan mantenimiento correctivo y preventivo del dispositivo medico durante la vida útil y cumple con la garantía. Refiere al paciente en la IPS para rehabilitación pos protésica en coordinación con las EAPB:

5. **Buenas prácticas de manufactura⁸⁸**. Los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa, están sujetos a los procesos de inspección, vigilancia y control que realiza el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos — INVIMA, para el cumplimiento de los requisitos sanitarios.

⁸⁸ Resolución 2968 de 2015

Anexo 13. Provisión de dispositivos médicos sobre medida de (ayuda auditiva, visual, oral y otras ayudas técnicas)^{89_90_91_92_93}

Este proceso se desarrolla de forma similar al descrito en el anexo 12 de Provisión de tecnologías ortopédicas externas (prótesis, órtesis u otras ayudas técnicas); sin embargo, es de anotar que los médicos especializados para la prescripción de los dispositivos que se requieren dependen de los órganos afectados, por lo cual podrán intervenir diferentes especialistas en el proceso.

7. **Orden y/o Remisión del servicio.** Los prestadores de servicios de salud y específicamente los médicos especializados son quienes determinan la necesidad del dispositivo médico sobre medida de ayuda auditiva, visual, oral y otras ayudas técnicas y entregan la orden con las indicaciones de los mismos acordes a las necesidades personales y contextuales de la víctima. En esta parte del proceso, podrá identificarse la necesidad de apoyo del equipo interdisciplinario de rehabilitación previo a la adaptación del dispositivo médico, condición que también es definida por los médicos especialistas.
8. **Red integral de prestadores y/o el listado de establecimientos.** El asegurador (EAPB)⁹⁴ o la Entidad Territorial de Salud (según sea el caso), es quien autoriza la elaboración y adaptación de dispositivos médicos sobre medida requeridos por la persona, articulando para esto su red integral de prestadores con los establecimientos proveedores de tecnologías para la referencia y contra referencia. En caso de que la EAPB no brinde información, la Entidad Territorial de salud departamental distrital y municipal puede garantizarle la información y como acceder al servicio.

⁸⁹ Decreto 1030 de 2007. Por el cual se expide el Reglamento Técnico sobre los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular y los establecimientos en los que se elaboren y comercialicen dichos insumos y se dictan otras disposiciones.

⁹⁰ Resolución 4396 de 2008. Por la cual se adopta el Manual de Condiciones Técnico-Sanitarias de los establecimientos en los que se elaboren y comercialicen dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular.

⁹¹ Resolución 2968 de 2015 Por la cual se establecen los requisitos sanitarios que deben cumplir los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa ubicados en el territorio nacional.

⁹² Resolución 5491 de 2017. Por la cual se establecen los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida de ayuda auditiva y los establecimientos que fabrican, ensamblan, reparan, dispensan y adaptan dichos dispositivos ubicados en el territorio nacional.

⁹³ Resolución 214 de 2022 Por la cual se establecen los requisitos sanitarios que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida bucal y los establecimientos que los fabrican, reparan, dispensan y adaptan, y se adoptan las guías de verificación.

⁹⁴ Resolución 2718 de 2024. Artículo 55. Ayudas técnicas.

9. **Prestador de servicios de salud.** Elaboran y aplican protocolos de atención medico quirúrgica. Ordenan la elaboración del dispositivo medico sobremedida u otra tecnología en el marco de la rehabilitación funcional protésica. Referencia y contra referencia de pacientes al establecimiento donde se cumplan los requerimientos médicos. Adaptan al paciente el dispositivo medico sobre medida u otra ayuda técnica. Realizan control periódico al paciente y el seguimiento al dispositivo medico sobre medida u otra ayuda técnica.
10. **Proveedores de los dispositivos médicos sobre medida de (ayuda auditiva, visual, oral y otras ayudas técnicas).** Son los encargados de la elaboración y adaptación de dispositivos médicos sobre medida de (ayuda auditiva, visual, oral y otras ayudas técnicas). Atienden la prescripción del equipo interdisciplinario y las buenas prácticas de manufactura y las demás normas relacionadas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social MSPS. Realizan entrenamiento al paciente en el uso del dispositivo médico. Realizan mantenimiento correctivo y preventivo del dispositivo medico durante la vida útil y cumple con la garantía.
11. **Buenas prácticas de manufactura⁹⁵.** Los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa, están sujetos a los procesos de inspección, vigilancia y control que realiza el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos — INVIMA, para el cumplimiento de los requisitos sanitarios.

⁹⁵ Resolución 2968 de 2015

Anexo 14. Certificación del accidente por parte de la personería municipal.

Formulario único de certificación del censo de víctimas eventos catastróficos –
FURCEN⁹⁶

El formulario FURCEN deberá ser diligenciado por los consejos municipales o distritales de gestión del riesgo de la respectiva entidad territorial en donde ocurrió el evento catastrófico de origen natural o terrorista.

Instrucciones Generales:

- Se debe diligenciar en forma clara, sin enmendaduras.
- El presente formato debe presentarse junto con el anexo técnico conforme a las especificaciones técnicas que hacen parte integral de la presentación de la reclamación.
- Este formato junto con el anexo técnico, se enviará al Administrador del encargo fiduciario del FOSYGA⁹⁷, con copia a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social. La entidad que realizó el correspondiente censo se quedará con copia de este documento.
- Identificación del evento catastrófico
- Tipo de Evento: Marque con X el tipo de evento si es catastrófico natural o terrorista y seleccione cual.
- Fecha y Hora del Evento: Escribir la fecha en formato Día, Mes, Año en la casilla asignada y la hora en formato 24 horas.
- Dirección donde ocurrió el evento, Departamento, Municipio: Escribir con claridad los datos de ubicación del evento.
- Identificación de las víctimas del evento catastrófico.
- En cada una de las líneas dispuestas en el formulario diligenciar los datos de identificación de cada víctima.
- Tipo de Documento de Identidad: Escriba las letras que identifican el tipo de documento así:
CC = Cedula de Ciudadanía
CE = Cedula de Extranjería

⁹⁶ Consultar en el siguiente enlace:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Nota%20externa%20201633200889671%20de%202016.pdf

⁹⁷ A partir del primero de agosto de 2017 asumido por ADRES

PA = Pasaporte
TI = Tarjeta de Identidad
RC = Registro Civil
AS = Adulto sin identificación
MS = Menor sin identificación

En los casos en que la víctima sea persona no afiliada al SGSSS, no tenga identificación y no sea posible obtener la misma por parte de la institución prestadora de servicios de salud, su identificación corresponderá al tipo AS (Adulto sin identificar) o MS (Menor sin identificar), según sea el caso y su número se señalará así: Código del departamento + código del municipio (del lugar donde ocurrió el evento) + NN + historia clínica del paciente. Ejemplo: 05001NN15257. O de conformidad con la siguiente tabla de la Resolución 2232 de 2015.

Número de Documento: Escribir el número de documento de identidad correspondiente a la víctima.

- Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre: Escribir los nombres y apellidos de las víctimas de forma legible en cada una de las casillas diseñadas para cada campo.

- Aprobación de certificación
- Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre: Escribir los nombres y apellidos de la persona que certifica que las personas relacionadas son víctimas del evento descrito.
- Tipo de documento: Marque con una X el tipo de documento al que corresponde.
- Número de Documento: Escribir el número de identificación del documento.

Para más información, puede ingresar al siguiente enlace:

<https://www.adres.gov.co/VUD/Paginas/informacion-reclamacion.aspx>



Anexo 15. Circular Externa 004 de 2017

143

La Superintendencia Nacional de Salud, en virtud de los mandatos establecidos en la Ley 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, Decreto 2462 de 2013 y en el Decreto 1765 de 2019, es el máximo órgano de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como una de sus funciones garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema.

Circular Externa 017 de mayo 25 2017 en el siguiente enlace.

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/circular%20externa%20004%20de%202017.pdf>

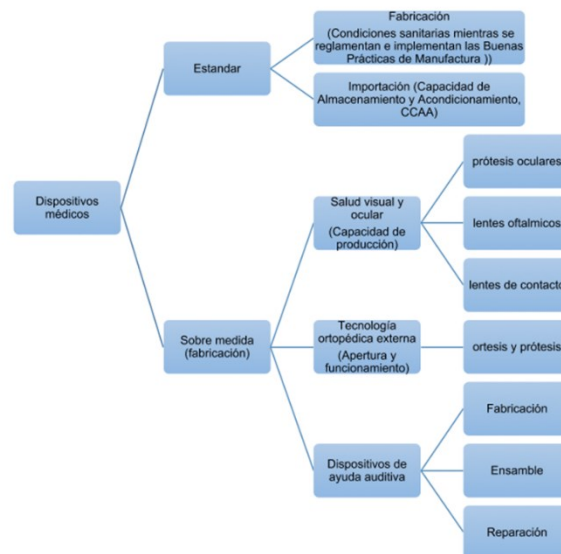
Anexo 16. Recomendaciones INVIMA

Todos los dispositivos médicos y equipos biomédicos requieren para su producción, importación, exportación, procesamiento, envase, empaque, almacenamiento, expendio y comercialización de registro sanitario expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, previo el cumplimiento de los requisitos técnicos-científicos, sanitarios y de calidad previstos en la normatividad sanitaria vigente.

Es importante contar con Registro por parte del Invima para comercializar un producto porque a través del Registro Sanitario o permiso de comercialización, el Invima garantiza que la introducción de los dispositivos médicos y equipos biomédicos, cumplan con los estándares de seguridad, eficacia y desempeño para que puedan ser comercializado y usados en Colombia.

La normatividad sanitaria vigente establece requisitos que deben cumplir los fabricantes e importadores de dispositivos médicos, con el fin de asegurar que estos productos reúnen condiciones de calidad y seguridad.

La clasificación de productos según la certificación requerida se puede observar en la siguiente figura:



Fuente. Auditoría y certificaciones INVIMA
<https://www.invima.gov.co/web/guest/dispositivos-medicos-y-equipos-biomedicos>

En caso de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias o Denuncias en el siguiente enlace.
<https://www.invima.gov.co/atencion-al-ciudadano/peticiones-quejas-reclamos-y-sugerencias>

Anexo 17: Formato de solicitud Traslado con apoyo de la Fuerza Aérea Colombiana FAC

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	OA-CENRP-FR-046
	FORMATO SOLICITUD TRASLADO / EVACUACIÓN AEROMÉDICA	Versión N°:	04
		Vigencia:	26-04-2022

Ciudad _____ Fecha _____

Señores
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
FUERZA AÉREA COLOMBIANA
CENTRO NACIONAL DE RECUPERACIÓN DE PERSONAL
Bogotá, D.C.

Asunto: Solicitud Traslado / Evacuación Aeromédica

Entidad Solicitante:

Respetuosamente me permito solicitar el apoyo de Traslado / Evacuación Aeromédica para el paciente:

GR	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	PESO	TALLA	EDAD	DX PRINCIPAL

(GR (Grado) - Para el personal de la Fuerza Pública.)

En la ruta:

ORIGEN (LUGAR EXACTO DONDE SE ENTREGARÁ EL PACIENTE AL PERSONAL DE LA TRIPULACIÓN MÉDICA DE LA FAC)	DESTINO (LUGAR DONDE LA AMBULANCIA TERRESTRE RECIBIRA EL PACIENTE)
---	--

Prestadores del servicio de Traslado Aeromédico con quienes se ha solicitado movilizar el paciente previo a esta solicitud:

Empresa de Traslado Aero médico	Teléfono	Fecha	Hora
---------------------------------	----------	-------	------

(No aplica para beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía)

Entidad prestadora de salud a la cual se encuentra afiliado el paciente:

RELACIONAR NOMBRE DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (E.P.S)

Información clínica del paciente: (Suministrada por el médico Tratante)

HORA	TA	FC	FR	SpO2	T°	GLASGOW

Fecha y hora de la consulta o de la atención médica inicial en la institución de salud:

Fecha	Hora
-------	------

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA INCLUYENDO EL ESTADO CLÍNICO Y SIGNOS VITALES DEL PACIENTE AL MOMENTO DE REALIZAR LA SOLICITUD Y EN CASO DE LAS PACIENTES EN ESTADO DE EMBARAZO INDICAR SEMANAS DE GESTACIÓN ACTUAL.

Tiempo de Evolución:

Justificación de la demora del traslado del paciente

LA FUERZA AÉREA COLOMBIANA (CUYA MISIÓN CONSTITUCIONAL ES VOLAR ENTRENAR Y COMBATIR PARA VENCER Y DOMINAR EN EL AIRE, EL ESPACIO Y EL CIBERESPACIO, EN DEFENSA DE LA SOBERANÍA, LA INDEPENDENCIA, LA INTEGRIDAD TERRITORIAL, EL ORDEN CONSTITUCIONAL Y CONTRIBUIR A LOS FINES DEL ESTADO), A QUIEN SE ACUDE COMO OPCIÓN DE APOYO EN CASOS DE CARÁCTER HUMANITARIO, CUANDO LA EPS AGOTE TODAS LAS OBLIGACIONES QUE LE CORRESPONDE POR NORMATIVIDAD. ESTO PARA EFECTOS DE DEMOSTRAR QUE LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD PARA EL PACIENTE NO PUEDE SER ATRIBUIBLE A LA FUERZA AÉREA COLOMBIANA.

1.1 Indicación del Traslado

ESPECIFICAR LA INDICACIÓN DEL TRASLADO AEROMÉDICO DEL PACIENTE

1.2 Solo para pacientes con soporte ventilatorio invasivo:

MODOS- VENTILATORIO	CONTROL VOLUMEN / PRESIÓN	FR	TI/TE I: E	VOLUMEN CORRIENTE	PIP	PEEP	FIO2

Información administrativa:

Institución médica en la actualmente se encuentra el paciente:

Nombre y número telefónico (celular) de contacto del médico tratante o médico que suministre la información clínica actualizada del paciente.



Institución médica a la se encuentra referido el paciente:

Código de aceptación:

Empresa de ambulancias que movilizará el paciente:

El número telefónico (celular) de contacto:

Enlace de contacto para trámites administrativos:

El número telefónico (celular) de contacto:

Así mismo se solicita que el paciente pueda viajar en compañía de:

APELLIDOS Y NOMBRES

Identificado con número de cédula:

Quien es mayor de edad y cuyo
parentesco con el paciente es:
PESO (KG)

PARENTESCO

(LOS MENORES DE EDAD SE TRASLADAN OBLIGATORIAMENTE CON UN ADULTO RESPONSABLE.)

En constancia de lo anterior,

FIRMA ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO:

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:

CARGO:

TELÉFONO:

NOTA: Una vez diligenciado completamente este formato sin tachones o enmendaduras debe enviarse al correo electrónico **disponible.cnrp@outlook.com**, debidamente firmado, se debe confirmar la recepción del formato con el Servicio Disponible CENRP en el **teléfono 318 734 47 08**.

Anexo 18: Formato Directorio Actores Territoriales Municipio o Distrito

148

Directorio Municipio o Distrito

ACTOR DE LA RUTA DE ATENCIÓN MAP/MUSE	DIRECCIÓN	DATOS DE CONTACTO (Teléfono – correo electrónico)
Lideresa - Líder comunitario		
Lideresa - Líder comunitario		
Alcaldía Municipal		
Secretaría de Salud Municipal		
Centro Regulador de Emergencias y Desastres -CRUE		
Cruz Roja		
Defensa civil		
Bomberos		
Ejército Nacional		
Policía Nacional		
Hospital local - E.S.E.		
Centro de salud privado		
Centro de salud privado		
Centro de rehabilitación		
EPS presente en el territorio		
Promotor de salud		
Secretaría de Gobierno		
Gestores territoriales de la OACP		
Personería Municipal		
Comisaría de Familia		
Defensoría de Familia		
Defensoría del Pueblo		
ICBF		
Unidad de atención y reparación a víctimas - UARIV		
ONG Presente en el territorio		
ONG Presente en el territorio		

Anexo 19: Formato Mapa de Oferta Territorial

Entidad que oferta el servicio	Programa o servicio	Población objeto	Requisitos de ingreso	Datos de contacto (Dirección, correo, teléfono)

Anexo 20: Formato Directorio telefónico Nacional

Directorio telefónico Nacional

ENTIDAD	TELÉFONO	CORREOS DE CONTACTO	DIRECCIÓN
Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES	Línea gratuita Nacional 018000423737 Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. PBX (601)4322760	correspondencia1@adres.gov.co	Avenida Calle 26 No 69 76 Centro Empresarial, Torre 1, piso 17 Bogotá, D.C.
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF	Línea 141. Línea gratuita nacional para denuncia, emergencia y orientación. Disponible las 24 horas. Línea gratuita nacional ICBF 018000 91 80 80. Disponible lunes a viernes 8:00 am a 5:00 pm PBX: +57 601 4377630 Disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.	atencionalciudadano@icbf.gov.co	Sede de la Dirección General: Avenida carrera 68 No 64 c 75 Bogotá, D.C. Dirección y Datos de Contacto en cada departamento se encuentra en el siguiente enlace: Puntos de Atención ICBF Portal ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF www.icbf.gov.co/puntos-atención
Ministerio de Defensa	Línea gratuita nacional 01 8000 913022 (601) 3305043	usuarios@mindefensa.gov.co	Carrera 54 No. 26 25 CAN Bogotá, D.C.
Ministerio de Salud y Protección Social	Línea gratuita nacional 01 8000 960020 (601) 3305043 Horario de atención: lunes a viernes de 7 a.m. a 9 p.m. y sábados de 8 a.m. a 4 p.m.	correo@minsalud.gov.co	Carrera 13 No. 32-76 Piso 1 Bogotá, D.C. Horario de atención: lunes a viernes de 8 a.m. a 4p.m. en jornada continua.

ENTIDAD	TELÉFONO	CORREOS DE CONTACTO	DIRECCIÓN
	1 p.m.		
Oficina del alto comisionado para la paz OACP Consejero Comisionado de Paz Grupo AICMA	Línea de atención a víctimas por MAP – MUSE_ 317 5132265. Conmutador DAPRE: 5629300.	contacto@presidencia.gov.co	Calle 7 No. 6-54 en Bogotá D.C.
Superintendencia Nacional de Salud	PBX: +57 601 744 2000 Línea Gratuita Nacional: 01 8000 513 700 Fax: +57 601 744 2000 opción 4	correointernosns@ssu.persalud.gov.co	Sede Administrativa Carrera 68A No. 24B - 10, Torre 3, Piso 4, 9 y 10 Edificio Plaza Claro, Bogotá D.C. Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Centro de Atención al Ciudadano y Recibo de Correspondencia, Carrera 13 N.º 28-08, locales 21 y 22, Bogotá D.C. Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Oficinas Regionales y Puntos de Atención a nivel nacional. Consultar en: https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/ProteccionC3%B3n%20al%20Usuario/puntos-de-atencion.aspx
Unidad para la atención y reparación de las víctimas - UARIV	Línea Gratuita Nacional: 01 8000 911119 PBX (601) 4261111	servicioalciudadano@unidadvictimas.gov.co	Carrera 85D No 46ª 65 Complejo logístico San Cayetano Bogotá, D.C.

Referencias bibliográficas

Congreso de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"*. Bogotá, D.C.

Congreso de Colombia. (2006). *Ley 1098 de 2006 "Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia"*. Bogotá, D.C.

Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011. "Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones"*. Bogotá, D.C.

Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1448 de 2011 "Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones"*. Bogotá, D.C.

Congreso de Colombia. (2013). *Ley 1618 de 2013. "Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad"*. Bogotá, D.C.

Congreso de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015. "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"*. Bogotá, D.C.

Congreso de la República. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá, D.C. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/constitucion-1991.pdf>

Ministerio de Hacienda y Crédito público. (2022). "Por medio del cual al se modifica el Decreto 780 de 2016 "por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social". Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social - Universidad de Antioquia. (2012). *Guías básicas de atención médica prehospitalaria*. Bogotá, D.C. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/Guia-medicas-atencion-prehospitalaria.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Circular 016 de 2014 Exención concurrente del pago de cuotas moderadoras y copagos por leyes especiales*. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Circular%200016%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Circular%200016%20de%202014.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC*. Bogotá, D.C. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Decreto 780 de 2016. "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*. Bogotá, D.C. Obtenido de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Decreto%200780%20de%2020](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Decreto%200780%20de%2020)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Protocolo de Atención Integral en salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del conflicto armado*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion->

Organización de las Naciones Unidas. (2016). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Nueva York.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Rehabilitación Basada en la Comunidad. Guías para La RBC. Folleto Introductorio*. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050 Introducci%20n%20spa.pdf?sequence=42](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050%20Introducci%20n%20spa.pdf?sequence=42)

Presidencia de Colombia. (2011). *Decreto 4800 de 2011 "Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones"*. Bogotá, D.C.



Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Decreto 1429 de 2016. *"Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES- y se dictan otras disposiciones"*. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Resolución 1652 de 2022. *"Por el cual se adiciona el Título 4 a la parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la determinación del régimen aplicable para el cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud"*. Bogotá, D.C.