



Protocolo de abordaje psicosocial para la adopción de medidas de atención integral, atención y acompañamiento psicosocial a las víctimas del conflicto armado

Convenio de cooperación 079 entre la Organización Internacional para las Migraciones y el Ministerio de la Protección Social

**Informe final
Equipo de Consultoría**

Bogotá, febrero de 2011

Consultoría para la elaboración de *Protocolos de abordaje psicosocial para la adopción de medidas de atención integral, atención y acompañamiento psicosocial de las víctimas del conflicto armado, una guía de intervención en salud mental comunitaria específica y diferencial por delitos de lesa humanidad para las víctimas del conflicto armado. Formación de funcionarios municipales en la implementación y seguimiento de las dos estrategias del Protocolo de abordaje psicosocial y salud mental*, según contrato independiente PS 4578 firmado entre LIZ AREVALO NARANJO y la Organización Internacional para las Migraciones, OIM.

Equipo de Consultoría:

Liz Arévalo Naranjo
Luz Marina Monzón
Ludivia Serrato Martínez
Claudia Rodríguez
Yadira E. Borrero Ramírez

Asesor
Pau Pérez Sales

Tabla de Contenido

1. Introducción	5
Del objeto.....	5
De los antecedentes	5
Del método.....	6
2. Principios Rectores del Protocolo establecidos por la Sentencia T-045 de la Corte Constitucional para la atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado y por la Ley 107 del Congreso para la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno	8
2.1. Acceso a los servicios de salud	8
2.2. Ruta de procedimientos y atención.....	11
3. Estructura y funcionamiento del Protocolo	14
3.1. <i>Estrategia global</i>	19
3.1.1. Apoyos a niveles múltiples.....	19
3.2. Estrategia de coordinación del Protocolo.....	21
3.2.1. Ministerio de la Protección Social	21
3.2.2. Entidades territoriales (incluyendo los programas regionales y municipales de atención a víctimas y a las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud)	23
3.3. Estrategia de creación, organización y funcionamiento de Centros de Atención con equipos interdisciplinarios especializados a nivel local y regional	24
3.3.1. Funciones	25
3.3.2. Perfiles y roles de los miembros de los equipos	29
3.3.3. Procesos de atención psicosocial a desarrollar por los equipos regionales / locales.....	31
3.4. Estrategia de articulación de los equipos con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).....	38
3.4.1. Empresas Promotoras de Salud:	38
3.4.2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:	39

3.5. Estrategia de articulación de los equipos especializados con otros actores responsables de la atención a las víctimas	40
3.6. Estrategia de articulación entre actores Estatales responsables de procesos de reparación con los Equipos Especializados Interdisciplinarios locales y regionales.....	44
3.7. Estrategia de abordaje psicosocial como eje transversal	48
3.8. Estrategia de participación de las víctimas	48
3.9. Estrategia de formación del talento humano	50
3.10. Estrategia de divulgación del Protocolo	51
3.11. Estrategia de monitoreo, seguimiento y evaluación.....	53
4. Propuesta de implementación del Protocolo por etapas	55

1. Introducción

Del objeto

Este Protocolo busca ser un instrumento de reflexión y acciones para funcionarios públicos, privados, víctimas y ONG comprometidas con los procesos de reparación a víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica en Colombia.

Su construcción es producto de las órdenes complejas emitidas por la Corte Constitucional al Estado colombiano, a través de la Sentencia T-045 de 2010, en la cual lo obliga a garantizar atención en salud con enfoque psicosocial, a través de equipos interdisciplinarios especializados y superando las restricciones de los actuales planes de beneficio; a las víctimas de la violencia sociopolítica y el conflicto armado, las cuales han sufrido los impactos de graves violaciones a los derechos humanos y a la Ley 107 o Ley para la Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas.

En este marco, el Protocolo de abordaje psicosocial para la adopción de medidas de atención integral, atención y acompañamiento psicosocial de las víctimas del conflicto armado propone un conjunto de estrategias para garantizar el derecho de las víctimas a recibir atención especializada, dentro del marco de las medidas de reparación, específicamente las medidas orientadas a la rehabilitación física y mental establecidas por las legislación nacional e internacional sobre derechos humanos.

De los antecedentes

La Corte Constitucional ha destacado la mayor exposición y vulnerabilidad en que se encuentran algunos grupos de personas, por diversos factores de discriminación (naturaleza histórica, social, cultural, económica), por razones de género, raza, etnia, entre otras.

La necesidad de actuar seria, decidida y eficazmente para superar los factores de discriminación y vulnerabilidad de estas personas, ha sido establecida por la Corte en diversas sentencias, entre ellas, la T-025 de 2004 y los autos de seguimiento, tales como:

1. Auto 004 de 2009: sobre la protección de los derechos fundamentales de personas y pueblo indígenas.
2. Auto 005 de 2009: sobre la protección de los derechos de la población afrodescendiente, el cual se complementa con el Auto 222 de 2009 sobre medidas de protección para comunidades afrodescendientes.
3. Auto 006 de 2009: sobre el impacto cualitativamente diferenciado y agravado sobre las personas con discapacidad.
4. Auto 092 de 2008: relativo a las obligaciones constitucionales e internacionales de adoptar un enfoque diferencial estricto de prevención y su impacto desproporcionado sobre la mujer.
5. La Sentencia T-045 de 2010 está sustentada en la obligación del Estado de asumir todas las medidas necesarias, dentro del ordenamiento jurídico interno, conforme a las obligaciones internacionales y la garantía efectiva de los derechos y libertades reconocidos a las personas en la Constitución Nacional y en los tratados internacionales.

Los razonamientos de la Corte Constitucional, en relación con las mujeres que reclamaban la protección de su derecho a la salud, reconocen que no solo las mujeres sino todas las víctimas del conflicto armado, deben ser protegidas y salvaguardadas como titulares de derechos, esto es, sujetos de derechos. Sujetos a quienes el Estado está obligado a brindar y garantizar el derecho a la salud mediante el diseño e implementación de protocolos, programas y políticas que respondan adecuadamente a su situación de víctimas del conflicto armado, como también que sean apropiados para contribuir a la “recuperación de los impactos psicosociales producidos por su exposición a eventos traumáticos desencadenados por la violencia sociopolítica en el país”¹.

En este marco, el Protocolo se ajusta a la Sentencia T-045 y a la Ley de víctimas. Ambas fijan de manera explícita cuál debe ser la estructura global del mismo, dejando a consideración técnica el modo en que debe explicitarse, siempre dentro de ese marco normativo.

Del método

Este Protocolo fue construido tomando como punto de partida un proceso de investigación documental, espacios de discusión con el Ministerio de la Protección Social y una posterior discusión con expertos.

En un primer momento se revisó toda la jurisprudencia nacional e internacional que es relevante sobre el tema;² posteriormente, y como parte de la investigación documental, se consultaron las experiencias nacionales e internacionales de los últimos diez años de procesos de atención psicosocial a víctimas de conflictos armados y de violaciones a derechos humanos.

Además, esta revisión documental exploró las políticas, lineamientos y protocolos sobre el tema que se han construido en diferentes entidades del Estado –Ministerio de la Protección Social, Defensoría del Pueblo, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Procuraduría General de la Nación, Fiscalía General de la Nación– encontrando que una de las principales dificultades es la insuficiente articulación entre los actores responsables de la atención a las víctimas y la falta de protocolos específicos para su atención psicosocial.³

Posteriormente se realizaron cuatro actividades participativas: de un lado, tres talleres en la Costa Atlántica con personal de los servicios de salud (cuyas expectativas, reflexiones y preguntas ayudaron a orientar las necesidades de este personal en específico); y, de otro lado, una mesa de discusión con expertos en atención a víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica (cuyos aportes han enriquecido de manera significativa el primer avance de este Protocolo). Así mismo se llevaron a cabo dos espacios de

¹ Sentencia T-045 de 2010.

² Los resultados hacen parte del primer producto de la consultoría, revisión normativa. Reposa en el MPS.

³ Los resultados hacen parte del segundo producto de la consultoría, revisión documental. Reposa en el MPS.

discusión con el equipo del Ministerio de la Protección Social, con el que se discutió la orientación del Protocolo y se recibieron sus aportes por escrito. En conjunto, estas actividades orientaron el proceso final de ajuste del Protocolo.

El Protocolo se acompaña de tres anexos:

Anexo 1: Fundamentos legales y marco Jurídico del Protocolo

Anexo 2: Estándares de calidad exigibles para la implementación del Protocolo

Anexo 3: Herramienta de apoyo para la caracterización psicosocial: El Calidoscopio

2. Principios Rectores del Protocolo establecidos por la Sentencia T-045 de la Corte Constitucional para la atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado y por la Ley 107 del Congreso para la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno

De conformidad con lo analizado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-045 de 2010, en particular lo relativo al estudio concreto del caso y las órdenes emitidas a partir de allí –para el caso concreto, pero también de manera general– pueden delimitarse unos procedimientos y contenidos de la respuesta exigida a los funcionarios encargados de la garantía del derecho a la salud de las víctimas en el marco del conflicto armado en la perspectiva de que contribuya a un proceso de reparación desde un abordaje psicosocial.

2.1. Acceso a los servicios de salud

Los programas, políticas y protocolos que se implementen por el Ministerio de la Protección Social, para corregir los obstáculos y barreras que enfrentan las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica, para que signifiquen la garantía efectiva del goce de sus derechos, deben estar enmarcados en las siguientes condiciones:

(a). Cobertura:

- “Un ámbito de cobertura necesario y obligatorio que le permita enfrentar la realidad fáctica de las víctimas de desplazamiento forzado, en particular las afecciones a su salud mental y emocional así como al proyecto de vida y las relaciones con el entorno familiar, cultural y social” (Sentencia T-045, 2010).

(b). Tienen que estar por fuera de excesivos e injustificados trámites administrativos y burocráticos:⁴

- Los requisitos de acceso a las instituciones de salud deben ser interpretados y aplicados de manera flexible y a favor de la protección debida a las víctimas (criterio de interpretación y aplicación pro víctima) del conflicto armado, atendiendo el marco de las responsabilidades nacionales e internacionales del Estado.
- La ausencia de carné o certificaciones sobre la condición de víctima de la persona, no puede ser obstáculo que impida la efectiva, oportuna y adecuada garantía del derecho a la salud en las dimensiones señaladas en las normas internacionales.

⁴ La justificación y razonabilidad de los trámites y requisitos se predica de que ellos se ajusten a los principios y fines del derecho a la salud y a la más alta garantía y protección de los derechos y libertades de las personas en el marco de las obligaciones reforzadas que tiene el Estado en el marco de la reparación a las víctimas de la violencia sociopolítica y el conflicto armado.

- Tampoco podrá ser obstáculo la falta de contrato específico con la eps o con el centro especializado.
- La actuación del sector salud y sus diversas instituciones, así como la actuación de todos sus servidores, tiene que tener en cuenta de manera permanente y mediante mecanismos establecidos de verificación, la situación de vulnerabilidad y vulneración en que se encuentran las víctimas, para hacer eficaz la garantía de sus derechos.
- La facilitación y apoyo eficaz para el acceso oportuno y adecuado a instituciones especializadas que cuenten con la experiencia y conocimiento indispensable para reconocer los impactos del conflicto armado en la vida de las personas víctimas de violaciones de derechos humanos y sus comunidades, incluida la experiencia y conocimiento sobre los impactos diferenciados y desproporcionados sobre grupos de personas discriminados o en estado de vulnerabilidad y vulneración por razones de género, raza, condición social, edad, condiciones físicas, entre otros.
- El sistema de atención debe ofrecer las condiciones para que las personas sean remitidas de manera inmediata y oportuna a instituciones especializadas próximas a su lugar de residencia, previniendo cargas adicionales que pueden incrementar, profundizar o producir nuevos daños emocionales y físicos en las víctimas y, por ende, una re-victimización.
- Los procedimientos que se adopten para la atención de las víctimas en las distintas instituciones establecidas deben asegurar que los funcionarios especializados cuenten con el tiempo y las condiciones necesarias y suficientes para realizar diagnósticos o evaluación y brindar tratamientos que se ajusten a los impactos particulares y diferenciados que la persona manifieste haber tenido en el contexto específico del conflicto armado en la región donde ocurrieron los hechos.

(c). Tienen que implementarse mecanismos efectivos, adecuados, claros, detallados y concretos de difusión de los derechos de las víctimas en relación con la protección del derecho a la salud en el marco de la reparación que les corresponde como víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica, como también de los trámites y procedimientos que deben seguirse con indicación clara de las oficinas y funcionarios a quien se dirigen para hacer valer sus derechos de acceso.

(d). La implementación de los procedimientos y tratamientos establecidos para las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica deben traducirse en la mejoría de su situación. Para ello, los procedimientos y tratamientos deben estar evaluando de manera permanente y en conjunto con las víctimas y ajustarse en función de esa revisión, de forma que aquellos representen efectivamente un proceso de reparación para ellas.

Así las cosas:

- Los procedimientos y tratamientos deben garantizar continuidad.
- El seguimiento debe garantizar la intervención de profesionales especializados –en el área médica, de atención psicosocial y psiquiátrica y de otros profesionales, que después de la evaluación se consideren necesarios– con permanencia que

permita, por una parte, generar confianza y seguridad en las víctimas, condiciones indispensables para avanzar seriamente en procesos de reparación y, por otro lado, asegurar un tratamiento coherente y con una lógica de desarrollo que se implemente sistemáticamente y permitan identificar la pertinencia o no en el curso de su desarrollo y a la vez hacer los ajustes necesarios y oportunos a favor de las víctimas y de sus procesos de reparación.

- Los métodos de diagnóstico o evaluación que se establezcan deben asegurar que se profundice sobre las circunstancias específicas del conflicto y de los impactos diferenciados que la persona y sus familiares tuvieron en la violación de sus derechos, de manera que permita concertar e implementar tratamientos que tengan sentido para las víctimas y que les ayude en su proceso de reparación efectiva e integral.
- Se deben garantizar programas diferenciales de promoción de la salud y prevención, de acuerdo a las necesidades de las víctimas. Estos deben ser atendidos por personal especializado.
- Para el anterior efecto, el equipo especializado de atención a las víctimas de la violencia sociopolítica y del conflicto armado debe estar acompañado o apoyado por profesionales especialistas en atención psicosocial para víctimas de graves violaciones de derechos humanos. Estos profesionales pueden hacer seguimiento a los casos de acuerdo a las especificidades del tipo de tratamiento.
- Igualmente, se deben construir indicadores de impacto que faciliten el seguimiento y la veeduría en su aplicación. Así mismo se requiere que se posibiliten prácticas participativas que integren a la comunidad y promuevan su acción en la promoción, la prevención y el tratamiento de la salud, con énfasis en la salud mental.
- Finalmente, “estos programas deben contar con indicadores de resultado de goce efectivo de derechos, así como los criterios de racionalidad señalados por la Corte Constitucional en los Autos 092 y 237 de 2008” (Corte Constitucional de Colombia, 2010).

(e). La garantía de las condiciones necesarias y adecuadas para el acceso oportuno, efectivo y completo al sector salud debe reflejarse en lo siguiente:

- Los costos de los medicamentos y tratamiento no pueden estar a cargo de las víctimas, ni ser obstáculo para su entrega y ejecución. La no inclusión de los mismos en los planes básicos de salud (planes obligatorios de salud para régimen subsidiado y contributivo) no es una justificación para la falta de acceso. Esta es una obligación que corresponde al Estado y, por consiguiente, a las instituciones mediante las cuales se ejerce su poder.
- El transporte que implique el desplazamiento a los lugares donde se encuentran los servicios de salud especializados y adecuados para las víctimas, así como el alojamiento y compañía que requieran, deben ser garantizados y asumidos por el sistema de salud como forma de cumplir con las obligaciones de garantía efectiva de acceso a la atención, tratamientos e intervención que requiera.
- El Ministerio de la Protección Social deberá coordinar acciones efectivamente conducentes a que los recursos financieros requeridos para costear los tratamientos estén disponibles.

2.2. Ruta de procedimientos y atención

(a). Caracterización:

- Las víctimas deben ser valoradas por un grupo de profesionales especializados, a partir del cual se establezca un diagnóstico que indique cuál es el curso de acción y el tratamiento a seguir en cada caso particular.
- El grupo de profesionales especializados debe estar compuesto, al menos, por profesionales en salud mental (psicólogos y psiquiatras), en salud física y expertos en enfoque psicosocial para víctimas.

(b). Seguimiento:

- El grupo de profesionales especializados deberá hacer seguimiento permanente o continuo a la evolución o no de las condiciones de las personas hasta que se restablezcan en sus derechos.
- En el caso de que las víctimas cambiaran de lugar de residencia, el Sector Salud, en cabeza del Ministerio de la Protección Social, deberá coordinar la prestación, sin solución de continuidad de los servicios con la Secretaría de Salud del departamento correspondiente. Esto debe hacerse evitando al máximo someter a las víctimas a exposiciones emocionales innecesarias que puedan retrasar o romper de manera irreversible el proceso iniciado.

(c). Determinación del lugar de atención y tratamiento especializado:

- Se deberá tener en cuenta la cercanía con el sitio de vivienda y las necesidades de tratamiento específico que resulten de la valoración que se les haga.

(d). Duración de la atención y tratamiento:

- La atención y seguimiento deberá prestarse hasta que se restablezca la salud de las personas afectadas.

(e). Titulares al derecho a la protección en la salud con enfoque psicosocial:

- El Ministerio de la Protección Social, en coordinación con las entidades competentes, debe garantizar que se vincule en la atención psicosocial a las familias de las víctimas y a las personas consideradas convenientes después de la evaluación realizada por el equipo interdisciplinario, como podría ser el caso de miembros de la comunidad que constituyen la red de apoyo social para las víctimas, esto en tanto se trata de entornos de soporte constituidos por personas con experiencias traumáticas compartidas.

En cuanto a la ley de víctimas para efectos del protocolo se pueden destacar los siguientes aspectos:

Puntos nodales del proceso de atención psicosocial	Ley 107 o Ley de Atención a Víctimas
Plan específico para las víctimas (elemento diferencial)	Decreto de creación de la Ley
Partir de la realidad local en el diseño de las acciones	Estructura Departamental (basada en el territorio) en un proceso de diálogo con las organizaciones locales de víctimas. (Preámbulo, artículo 168)
Participación de las víctimas	<i>“Se debe Garantizar los mecanismos y estrategias para la efectiva participación de las víctimas con enfoque diferencial en el diseño de los planes, programas y proyectos de atención, asistencia y reparación integral”.</i> (LV Art 168.10 / art 193)
Integralidad del daño y de la intervención	Art 25, 38 y 69 respecto a integralidad de acción
Dispositivos específicos	<p>.“El Sistema Nacional de Atención y reparación a las Víctimas (...) dependiente de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (...) debe coordinar la creación, fortalecimiento e implementación, así como gerenciar los Centros Regionales de Atención y Reparación” (art 168).</p> <p>Es decir, debe existir:</p> <p>Una estructura departamental, articulada alrededor de una red de centros.</p> <p>Que integren el conjunto de acciones de reparación</p> <p>.Estos centros deben tener una estructura adaptada a las características de la violencia en la zona, el tipo de personas afectadas y el predominio de afectaciones individuales o colectivas, las particularidades geográficas y los factores de tipo diferencial y en especial el componente étnico y cultural (art 135)</p>
Trabajo Comunitario	Art 137.2
Atención clínica	Art 137.2
Mantenida hasta que sea necesario	“El acompañamiento psicosocial debe ser transversal al proceso de reparación y prolongarse en el tiempo de acuerdo con las necesidades de las víctimas, sus familiares y la comunidad, teniendo en cuenta la perspectiva de género y las especificidades culturales, religiosas y étnicas (Artículo 135)
Coordinaciones.	Art 137.3

Gratuidad Fármacos	
Inserción de la perspectiva psicosocial en el conjunto de programas de reparación	<p>Debe haber una coordinación del componente psicosocial con los componentes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procesos de justicia – a través del Sistema Nacional de Defensoría Pública (Artículo 35) • Ayuda Humanitaria – Atención y Asistencia (Artículo 47ss) • Medidas de Satisfacción y de Reparación simbólica (Art 139,140,141) • Acciones de Reparación Colectiva (Art 151 y 152) <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Derechos Humanos y Memoria Histórica (143ss)
Eficaz	Art 161.4 y ss

3. Estructura y funcionamiento del Protocolo

La atención psicosocial en el marco de la reparación para las víctimas del conflicto armado colombiano implica reflexionar y construir una mirada nueva y amplia sobre el quehacer de las instituciones y de los actores responsables de la atención a las víctimas; así como de los funcionarios que participan en cualquier momento en dicho proceso, máxime teniendo en cuenta que simbólicamente los funcionarios de instituciones oficiales encarnan al Estado.

Este enfoque está basado en el reconocimiento de que las personas han sido víctimas de violaciones graves de derechos humanos, razón por la cual el Estado debe concurrir con sus acciones a contribuir a su reparación. En este sentido, se plantea el hecho que los problemas psicosociales y de afectación de derechos derivados de violaciones a los derechos humanos se diferencian de otros problemas de salud en tanto su origen se ubica en el ámbito sociopolítico.

En este contexto, el Protocolo busca que se incorpore el enfoque psicosocial en los procesos de acompañamiento y atención en salud, como una mirada transversal e integradora (Vínculos, 2009) (Pérez-Sales, 2006, 2008); generando modelos de atención diferenciales hacia las víctimas y garantizando –de acuerdo a lo ordenado tanto por la Corte Constitucional a través de la Sentencia T- 045 de 2010 y como el Congreso de la nación a través de la Ley de Atención a Víctimas– integralidad, continuidad y enfoques diferencial y de derechos en la atención psicosocial para las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica en el país.

De la misma manera, la implementación de este Protocolo busca eliminar las múltiples barreras de acceso existentes para la atención en salud a las víctimas, superar las restricciones actuales de los planes de beneficio establecidos en el SGSSS, incorporar el enfoque psicosocial en la atención, garantizar integralidad, continuidad y dignidad en la atención a las víctimas del conflicto; y por esta vía aportar a los procesos de reparación que son competencia y responsabilidad del Estado colombiano.

Este Protocolo debe inscribirse en la consolidación del camino de formulación y ejecución de políticas de Estado para los procesos de reparación en su componente de rehabilitación física y mental, de manera que asegure el involucramiento y la participación activa de todos los sectores sociales en su elaboración y puesta en marcha.

La apuesta central del Protocolo considera que la atención psicosocial a las víctimas debe realizarse a través de **Centros de Atención** con equipos interdisciplinarios especializados, **independientes del sgsss**, con amplia y fuerte participación de las víctimas y de la sociedad civil organizada defensora de derechos humanos. Estos equipos deben garantizar la atención psicosocial y la adecuación de programas de promoción, prevención y atención en salud, de acuerdo a las necesidades de las víctimas y con capacidad resolutoria básica del nivel de complejidad ambulatoria.

Los equipos deben articular esfuerzos con múltiples actores: aquellos propios del SGSSS e institucionalidades locales, regionales y nacionales responsables de la atención a víctimas del conflicto armado (ver figura 1).

En la Figura 2 se presenta el macro-proceso de dicha implementación, desde las rutas de ingreso de las víctimas hasta el monitoreo y evaluación periódica del mismo.

Para el ingreso de las víctimas al Protocolo:

Se entenderá por víctima a toda persona que haya sufrido daños individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario. Cuando corresponda, y en conformidad con el derecho interno, el término “víctima” también comprenderá a la familia inmediata o las personas a cargo de la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para prestar asistencia a víctimas en peligro o para impedir la victimización (Asamblea General de la ONU, 2005) (Subrayado fuera de texto).

En el Protocolo serán reconocidas formalmente como **víctimas todas aquellas personas que busquen o demanden estos servicios especializados. No podrá supeditarse la atención a un proceso de reconocimiento institucional formal,⁵ porque se entendería que los actos constituyen la situación de la víctima, y no son los actos los que constituyen la condición de víctima sino su vivencia.**

La Corte Constitucional señaló sobre ese punto lo siguiente:

Las disposiciones legales relacionadas con las víctimas de la violencia deben interpretarse, además de la reiterada jurisprudencia, tomando en cuenta los principios de favorabilidad hacia el entendimiento y restablecimiento de sus derechos; la buena fe; la confianza legítima; y la preeminencia del derecho sustancial, advirtiendo que “la condición de víctima es una situación fáctica soportada en el padecimiento, no en la certificación que lo indique, tampoco en el censo que revela la magnitud del problema, sin perjuicio de la utilidad que las certificaciones y censos pudieren prestar en función de la agilidad y eficacia de los procedimientos. (Sentencia T-722, 2008).

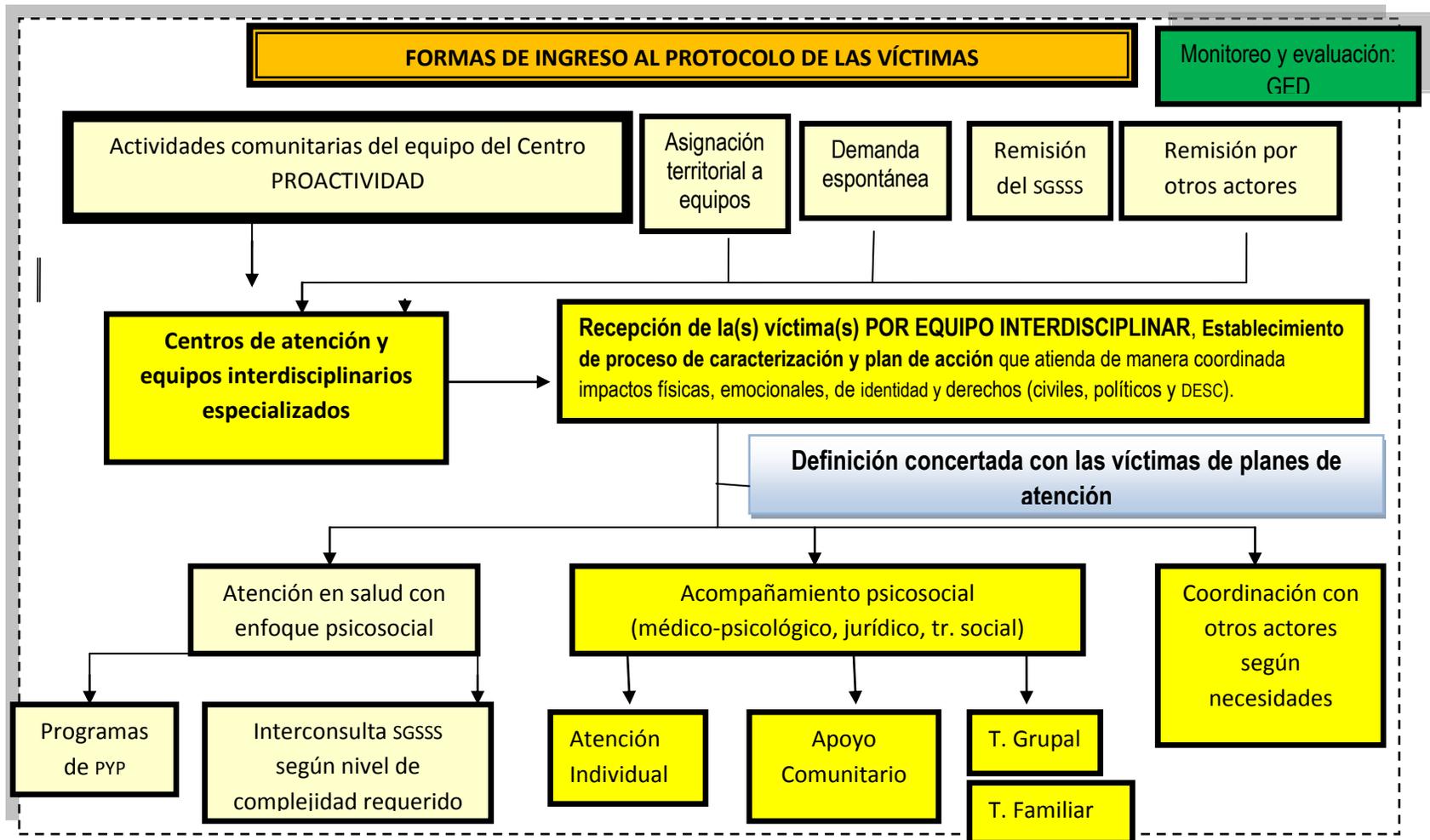
⁵ Un elemento adicional son las diferencias existentes entre los diferentes actores: de un lado el Estado, a través de Acción Social, reconoce cierto número de víctimas, generalmente inferior a los reconocidos por otros actores; de otro lado, CODHES –ONG experta en el tema a nivel nacional– cuyas cifras específicamente de población en situación de desplazamiento suelen ser superiores a las reconocidas por el Estado. Específicamente en el Boletín Nro. 76 CODHES (2010) plantea que en los últimos 25 años hay aproximadamente 4.915.579 personas desplazadas en el país.

Finalmente, será la evaluación de los equipos interdisciplinarios la que evalúe las circunstancias específicas de la persona y su ingreso formal al Protocolo de atención. En todo caso, **siempre se presume la buena fe de las víctimas** y el compromiso ético de los equipos con los procesos de reparación.

Figura 1. Mapa de articulación del Protocolo con el SGSSS e institucionalidades locales, regionales y nacionales responsables de la atención a víctimas del conflicto armado



Figura 2. Macro-proceso de implementación: *Protocolo de abordaje psicosocial para la adopción de medidas de atención integral, atención y acompañamiento psicosocial de las víctimas del conflicto armado.*



3.1. Estrategia global

El sistema de atención debe integrar los diferentes niveles de atención dentro de un marco conceptual global:

3.1.1. Apoyos a niveles múltiples⁶

En la violencia política, las personas resultan afectadas de diferentes maneras y requieren diferentes tipos de apoyo. Una clave para organizar los servicios de salud mental y apoyo psicosocial es establecer un sistema en múltiples niveles de apoyos complementarios que satisfagan las necesidades de grupos diferentes. Esto suele ilustrarse clásicamente mediante una pirámide con diferentes niveles de intervención de complejidad progresiva (véase el gráfico 1). Todos los niveles de la pirámide son importantes y, en condiciones ideales, deberían ponerse en práctica de manera concurrente. La mayoría de la población se atenderá en los niveles de la base y grupos progresivamente de menor tamaño requerirán intervenciones más selectivas y especializadas.

I. Seguridad y Servicios Básicos. Es necesario proteger el bienestar de todas las personas mediante el establecimiento o restablecimiento de medidas de seguridad y protección de la población, un adecuado gobierno y servicios que respondan a las necesidades físicas básicas. Puede incluir desde promover ante los actores responsables que se establezcan dichos servicios hasta documentar sus efectos sobre la salud mental y el bienestar psicosocial; e influir sobre quienes dispensan atención y asistencia humanitaria para que presten los servicios de manera que promuevan la salud mental y el bienestar psicosocial. Debe incluir de manera transversal la perspectiva psicosocial en el conjunto de acciones de reparación coordinando acciones de tipo simbólico, de memoria histórica, de búsqueda de verdad o justicia (enfoque psicojurídico) y otras.

II. Apoyos de la comunidad y de la familia. El segundo nivel corresponde a la respuesta para personas que, desde una perspectiva de resistencia, están en condiciones de enfrentar la vivencia de los hechos si reciben ayuda para promover las principales redes de apoyos dentro de la comunidad y de la familia. A este nivel cabe mencionar los programas de apoyo al tejido social, formación de promotores y líderes, formación de formadores, programas de retorno de población desplazada, asistencia en los duelos y ceremonias comunitarias de reparación, programas de apoyo a padres y madres para resolver problemas con los hijos, actividades de

⁶ Se prevee que de acuerdo a la complejidad de la atención que muestra cada nivel de la pirámide, disminuye el número de personas que requieren servicios especializados.

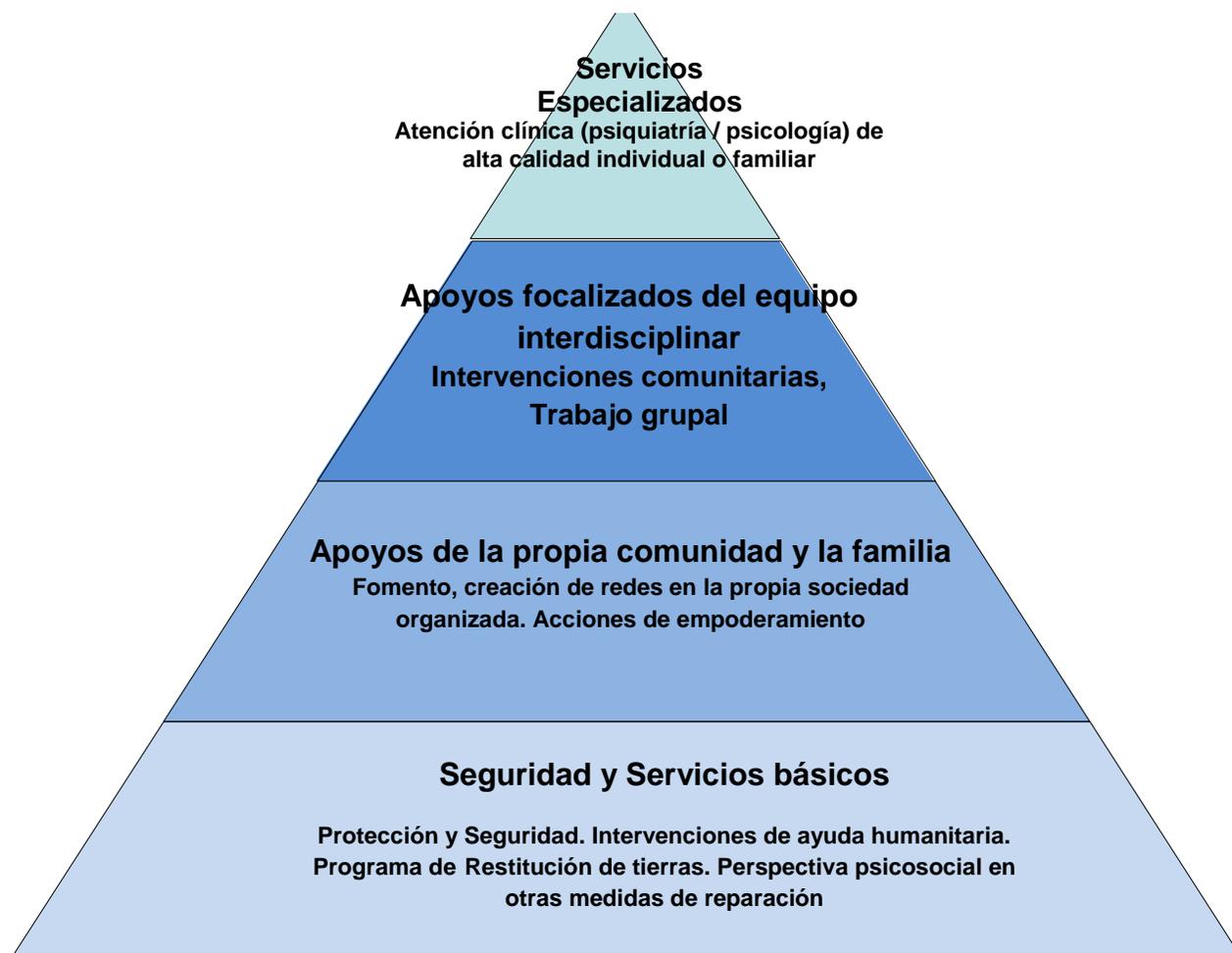
educación escolar y extra escolar y activación de redes sociales, por ejemplo, mediante grupos de mujeres y grupos de jóvenes.

III. Apoyos focalizados, no especializados. El tercer nivel corresponde al apoyo necesario para personas, que además necesitan intervenciones más específicas a nivel individual, de familia o de grupo por parte del equipo de atención en coordinación con agentes de atención primaria de salud.

IV. Servicios especializados. El vértice de la pirámide corresponde finalmente al apoyo adicional que necesita un grupo de la población cuyos padecimientos, pese a los apoyos ya mencionados, son intolerables y que tropezarían con grandes dificultades para el funcionamiento básico cotidiano. Esta asistencia debería incluir apoyo psicológico o psiquiátrico para personas que padecen problemas psicológicos graves, cuando sus necesidades sean superiores a las capacidades de los servicios de atención primaria de salud y salud en general existentes. Incluiría psicoterapia especializada de tipo individual, atención estructurada de tipo complejo, grupal o familiar y programas terapéuticos específicos (p.e. para menores, supervivientes de tortura, supervivientes de violación o abuso (indicado por la propia Ley de manera específica) u otros.

Acorde con dicha estructuración procedería una estrategia de coordinación e implementación.

Figura 3. Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en violencia política



3.2. Estrategia de coordinación del Protocolo

3.2.1. Ministerio de la Protección Social

Tanto en la Sentencia T-045 de la Corte Constitucional como en la Ley de Víctimas se ordenó directamente al Ministerio de la Protección Social tomar las medidas requeridas y coordinar con los actores a quien compete la atención psicosocial de las víctimas.

Teniendo en cuenta la necesaria coordinación nación – territorio y la existencia de una red de programas de atención a víctimas en muchos de ellos de carácter regional o municipal adaptados al contexto local, compete al MPS normar el MARCO GLOBAL al que deben adscribirse las diferentes iniciativas y una ESTRATEGIA GLOBAL DE COORDINACIÓN, así como los ESTANDARES MINIMOS DE CALIDAD que van a ser exigibles a todos ellos, incluyendo un SISTEMA DE INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO Y DE CALIDAD, EFICACIA Y EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN que garanticen una uniformidad y una calidad común dentro de la pluralidad de enfoques que el respeto a la autonomía territorial y la necesidad de trabajar en base a diagnósticos locales impone.

En este marco compete al Ministerio de Protección Social:

1. Definir una dirección general para la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica, que asuma el proceso de implementación, monitoreo y evaluación de los componentes psicosociales del Plan Nacional de Reparación que coordina la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación a las Víctimas.

Dicha Dirección deberá estar constituida por un equipo interdisciplinario experto en el tema, en articulación permanente con los equipos regionales y los demás actores nacionales responsables de la atención a las víctimas, incorporando en el proceso de toma de decisiones a los representantes de las víctimas y de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-045.

2. Implementación del marco normativo que permita la creación de centros de atención con equipos interdisciplinarios especializados, que actúen de manera dependiente o en colaboración con los entes territoriales regionales y municipales, consensuados en mesas de concertación con las entidades territoriales y las organizaciones de víctimas y de acompañamiento a víctimas. Este debería incluir al menos:
 - 2.1 Marco global teórico al que deben adscribirse las diferentes iniciativas
 - 2.2 Estrategia global de coordinación

2.3 Estándares mínimos de calidad exigibles a todos ellos, independientemente del ente territorial o la naturaleza pública o privada del dispositivo. Ello debe implicar, en especial:

2.3.1. Perfiles profesionales. Criterios de adecuación y selección términos de referencia

2.3.2. Estándares recomendados de atención en las diferentes modalidades terapéuticas (número de profesionales por centro / población; número mínimo de atenciones; criterios de entrada y salida al programa) e intervenciones de grupo (criterios y periodicidad recomendada de las intervenciones comunitarias)

2.4 Sistema de indicadores de funcionamiento y de calidad, eficacia y eficiencia en la atención.

3. Crear instancias de participación, consulta, veeduría, gestión y toma de decisiones que involucren a víctimas, organizaciones defensoras de derechos humanos e instituciones privadas o de la sociedad civil especializadas, que acompañen su ejecución, consensuados en mesas de concertación.
4. Definir los recursos económicos, humanos, logísticos y técnicos necesarios, permanentes y estables para la implementación, monitoreo y evaluación del Programa.
5. Realizar monitoreo, control de calidad, asesoría y asistencia técnica a los equipos especializados interdisciplinarios regionales y los diferentes actores vinculados con el proceso de implementación de sus programas.
6. Coordinar, con quien corresponda y en especial con el sistema de alertas de la Defensoría, las condiciones de seguridad para las víctimas y los equipos responsables de la atención psicosocial, de manera que se garantice efectivamente la protección y no repetición de nuevos hechos violentos; así mismo tendrá en cuenta las características específicas de las víctimas y de cada contexto y concertará con ellas las medidas a desarrollar.
7. Articular el Protocolo –a nivel nacional– con los diferentes actores del SGSSS y con los actores responsables de la atención a víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica; garantizando acuerdos nacionales de responsabilidad compartida y disponibilidad de recursos para la atención integral que puedan ser luego exigidos en los entes territoriales conforme a las normas emanadas desde el MPS.
8. Implementar un proceso de formación en enfoque y atención psicosocial, orientado al talento humano del SGSSS y de las demás entidades necesarias,

para contar con recurso sensibilizado y con herramientas para la atención psicosocial.

9. Adaptar los datos del Registro Único de Víctimas desarrollado desde la Unidad Administrativa para implementar un sistema de información adecuado y seguro para la atención psicosocial a las víctimas, de manera que facilite el acceso a la atención, posibilite el monitoreo y evaluación, y garantice información oportuna y de calidad para la toma de decisiones.
10. Crear espacios ciudadanos para la presentación de informes y rendición de cuentas frente a la implementación del Protocolo.
11. Direccionar las demás acciones que sean necesarias para la implementación, monitoreo y evaluación del Programa.

3.2.2. Entidades territoriales (incluyendo los programas regionales y municipales de atención a víctimas y a las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud)

De otro lado, las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud, de acuerdo a sus competencias (Colombia, Ley 715, 2001) deben:

1. Orientar los procesos necesarios para la implementación, monitoreo y evaluación del Protocolo de atención psicosocial en los territorios donde tengan jurisdicción con participación de las víctimas y representantes de la sociedad civil.

Garantizar, en coordinación con el MPS, los recursos económicos suficientes y oportunos que requiera la implementación del Protocolo.

2. Realizar asesoría y asistencia técnica, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social y los equipos interdisciplinarios especializados regionales, a las entidades del sgsss en la implementación de este Protocolo y de acuerdo a los roles de cada actor, en los casos donde se cuente con recurso humano capacitado.

Generar condiciones de articulación para la atención psicosocial, en sus respectivos territorios, con los actores correspondientes: consejos territoriales de seguridad social en salud, comités territoriales de atención a la población en situación de desplazamiento y todos aquellos actores vinculados con la atención a las víctimas.

3. Implementar, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social, un sistema de información adecuado y seguro para las víctimas, de manera que suministre los insumos requeridos para el seguimiento del proceso de implementación del Protocolo.

3.3. **Estrategia de creación, organización y funcionamiento de Centros de Atención con equipos interdisciplinarios especializados a nivel local y regional**

Dado el conjunto y la complejidad de los impactos mencionados previamente y la multiplicidad de acciones, los equipos deben ser de carácter interdisciplinario, trabajar desde el enfoque psicosocial y con base en un modelo de atención primaria en salud

El modelo de Atención Primaria en Salud (APS) se entiende desde el ejercicio de renovación de la APS realizado por la Organización Panamericana de la Salud (2007). De acuerdo con el proceso de renovación de la APS, los principios-valores que deben orientar este modelo de atención son prioritariamente: derecho a la salud, equidad y solidaridad. Así mismo, se incluye la participación de la comunidad (en este caso de las víctimas), la adecuación de los servicios a las necesidades de las personas, intersectorialidad, cobertura y acceso universal; justicia social; orientación familiar y comunitaria; recursos humanos adecuados; organización y gestión óptimas; énfasis en la promoción y prevención, y orientación a la calidad. Este conjunto de valores ratifica la necesidad de implementar un protocolo de atención psicosocial orientado según las necesidades de las víctimas – que para este caso es fundamentalmente el rol reparador–, más allá de la existencia de equipos de salud extramurales. En este sentido, y dados los alcances del proceso de reparación –el cual se debe diferenciar claramente del conjunto de políticas sociales que establece el Estado–, y la falta de reglamentación de los equipos básicos de salud planteados en la Ley 1438 de 2011; no se deben confundir ni equiparar estos equipos especializados con los equipos básicos de APS de la mencionada norma, pues ambos tienen objetivos diferentes y población objeto distinta.

Los centros de atención con equipos interdisciplinarios especializados son concebidos como escenarios de referencia para las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica y deben albergar tanto a equipos locales como a equipos regionales. Estos se deben ubicar en todas las regiones con alta afectación y prioritariamente en las ciudades con mayor concentración de víctimas del conflicto, como lo son Cali (Valle del Cauca), Medellín (Antioquia), Bogotá (Distrito Capital),⁷ entre otras.

⁷ Bogotá cuenta en la actualidad con una estrategia de atención a víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica, conformada por centros de atención de la violencia y graves violaciones de derechos humanos (CAVIDH), quienes al momento de elaborar este Protocolo se encuentran pendientes de publicar su modelo de atención.

Los equipos especializados están constituidos, acorde a lo señalado por la Corte Constitucional y la Ley de Víctimas por profesionales en medicina (psiquiatría y atención básica de salud), psicología, enfermería, ciencias sociales –sociología, antropología o trabajo social–,⁸ y trabajadores comunitarios.

3.3.1. Funciones

Estos centros tendrán las siguientes funciones de índole global, asociadas a la planificación global:

- Ser espacios de trabajo para los equipos interdisciplinarios especializados de nivel regional y local.
- Constituirse en escenarios de referencia para las víctimas, los actores del SGSSS y los demás actores vinculados a los procesos de reparación de las víctimas.
- Cumplir con los requisitos de habilitación para la atención de psicología, medicina general y psiquiatría.
- Organizar los procesos de atención según territorios-población, asignando a los equipos locales la población de acuerdo a las necesidades de las víctimas, detectadas de manera preliminar.
- Diseñar e implementar procesos y procedimientos institucionales que favorezcan la atención oportuna, con calidad y continuidad de las víctimas; y, por esta vía, eliminar las barreras de acceso a la atención psicosocial.
- Realizar una adecuada caracterización del contexto regional o local de violencia que permita elaborar planes de actuación adaptados al contexto y consensuados con las víctimas.
- Establecer programas extra-murales en las zonas de mayor afectación, con una actitud de pro-actividad (acercamiento de los equipos a los lugares donde se encuentran las víctimas). Considerar la posibilidad de constituir equipos locales cuando las condiciones geográficas, de accesibilidad o la magnitud o tipo de violencia así lo recomienden.
- Atender adecuadamente a la población víctima del conflicto armado y la violencia sociopolítica que demande espontáneamente los servicios o sea remitida por otros actores; así como seguir el proceso de atención definido más adelante.
- Construir espacios de articulación con otros actores –SGSSS y otros responsables de la atención a víctimas– para orientar y acompañar los procesos de atención requeridos de acuerdo a las condiciones y necesidades de las víctimas.

⁸ Se considera que dentro de los equipos de atención psicosocial debe haber un profesional de las ciencias sociales y humanas –sin restricción a una sola disciplina– dado que las funciones asignadas pueden ser cumplidas por personas con este tipo de formación y con entrenamiento específico para acompañamiento a víctimas del conflicto armado.

- Garantizar directorios actualizados de: organizaciones no gubernamentales (ONG) que apoyen a las víctimas y de las instituciones definidas por el Estado como responsables de los procesos de reparación a las víctimas del conflicto armado.
- Implementar, con asesoría del Ministerio de la Protección Social, en sus instalaciones y con los equipos especializados, el sistema de información que para tal propósito sea diseñado por parte del Ministerio.
- Construir procesos de monitoreo y evaluación con participación de las víctimas.
- Generar información permanente que permita los ajustes al proceso de implementación del Protocolo y tomar decisiones de manera oportuna, adecuada y con participación de las víctimas.
- Garantizar condiciones de seguridad en el manejo de la información que sobre las víctimas pueda reposar en sus instalaciones.
- Certificar el diseño y la implementación de un sistema de quejas y reclamos como uno de los mecanismos que evite la re-victimización en sus instituciones y aporte a los procesos de reflexividad de los equipos y los funcionarios.

Dentro de sus funciones específicas incluyen:

Con las comunidades:

- Establecer el primer contacto con las comunidades víctimas, según su asistencia espontánea, bien sean remitidas por diferentes actores o parte de la población asignada a los equipos.
- Realizar el análisis de contexto que tenga en cuenta las particularidades del conflicto armado en el territorio y la situación de violaciones de derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario a nivel local o promover procesos de auto diagnóstico dentro de las propias comunidades.
- Establecer vínculos de trabajo con las organizaciones de las víctimas en las zonas asignadas.
- Establecer vínculos de colaboración con las comunidades de las zonas donde las víctimas vivan –especialmente cuando se trate de comunidades en situación de desplazamiento–.
- Realizar procesos de caracterización psicosocial desde un enfoque diferencial, con la participación de las víctimas y que incluya el análisis de los impactos psicosociales relacionados con los hechos violentos (ver herramientas en el Manual anexo a este).
- Concertar los planes de atención con las víctimas, de acuerdo a los hallazgos de la caracterización psicosocial y de acuerdo con éstas.
- Construir espacios de acompañamiento psicosocial colectivo.
- Establecer espacios de diálogo para la reparación del daño según ciclo vital y tipo de hecho(s) violento(s) –niños, niñas, adolescentes, adultos, adultos mayores– y según género –hombres y mujeres– y etnia.

- Orientar y acompañar a las comunidades en los procesos de articulación con otros actores estatales y no estatales para el mejoramiento de las condiciones de vida.
- Establecer grupos terapéuticos según momento de ciclo vital, género y etnia, de acuerdo al diagnóstico y el proceso de concertación realizado con las comunidades y organizaciones de víctimas.
- Realizar seguimiento participativo al plan de trabajo y a las responsabilidades concertadas con otros actores.
- Adecuar los componentes colectivos de los programas de promoción y prevención de acuerdo a las particularidades de las comunidades víctimas.

Con las familias

- Establecer el primer contacto con las familias, de acuerdo a si estas asisten espontáneamente, son remitidas por alguna institución o de manera pro-activa si residen en zonas de especial afectación.
- Realizar y actualizar, cuando sea pertinente, el análisis psicosocial de las familias (ver herramientas en el Manual anexo a este).
- Realizar un plan de acompañamiento familiar integral de acuerdo al diagnóstico familiar.
- Elaborar historia familiar.
- Acompañamiento y atención psicosocial a las familias.
- Atención médica de baja complejidad en caso de enfermedad.
- Adecuación de los programas de promoción y prevención según las necesidades y singularidades de cada familia.
- Actividades educativas de promoción de la salud de acuerdo a: etapa de desarrollo de la familia, momentos de ciclo vital de los miembros de la familia y género; respetando siempre sus prácticas culturales.
- Implementar actividades de protección específica y detección precoz, adecuadas socioculturalmente a las víctimas, de acuerdo a género y etapa del ciclo vital, tipo de hecho violento, tiempo transcurrido, por ejemplo:
 - Niños y niñas: inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo, nutrición, apoyo a cuidadores.
 - Adolescentes: educación sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual, prevención de vih sida, proyecto de vida.
 - Adultos: control de enfermedades crónicas y construcción de estilos de vida saludable. Actividades preventivas en salud (detección precoz de cáncer, salud mental, salud oral).
- Acompañamiento a las familias para atención en salud en otros niveles de complejidad.
- Orientación y acompañamiento a las familias que requieran la atención de otros actores institucionales responsables de la atención a víctimas del conflicto armado.

Con los individuos:

- Establecer el primer contacto con las personas, de acuerdo a si estas asisten espontáneamente o son remitidas para la atención psicosocial por alguna institución o de manera pro-activa si residen en zonas de especial afectación.
- Análisis individual de la situación de salud y psicosocial, teniendo en cuenta género, momento del ciclo vital, grupo étnico, prácticas culturales, tipo de hecho violento del cual es víctima (ver herramientas en el Manual anexo a este).
- Atención médica general o remisión a atención especializada en caso de necesitarlo.
- Atención psicosocial individual en caso necesario, incluyendo
 - o Atención psiquiátrica individual
 - o Intervenciones de psicoterapia a cargo de psicólogo clínico o psiquiatra
- Acompañamiento en caso de remisión a otros niveles de atención.
- Seguimiento individual de acuerdo a las necesidades.

3.3.2. Perfiles y roles de los miembros de los equipos

Los procesos de selección de las personas que harán parte de los equipos regionales deben realizarse a través de concurso público de méritos, a través de una entidad que garantice transparencia en el proceso y con base a criterios previamente establecidos en los que, acorde a lo señalado en la sentencia T045 y en la Ley de Víctimas, se aúnen criterios de formación especializada en atención a víctimas, y antecedentes de trabajo en derechos humanos. Este proceso debe protegerse de intereses políticos o de cualquier otro orden.

Tabla 1. Conformación de equipos especializados interdisciplinarios locales / regionales

Perfil	Rol
En Medicina General	
<p>Experiencia de trabajo comunitario, preferiblemente de atención a víctimas del conflicto armado.</p> <p>Formación especializada para atención a víctimas de violaciones de derechos humanos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el diagnóstico médico de las personas y las familias desde un abordaje psicosocial. - Apoyar el análisis local de la situación del conflicto armado. - Orientar y concertar con las víctimas las acciones de recuperación a realizar desde un abordaje psicosocial con personas y familias. - Realizar actividades de protección específica y detección precoz, adecuadas a las necesidades de las víctimas y a sus condiciones singulares. - Acompañar los procesos de análisis de situación de salud de las familias y las personas desde un abordaje psicosocial. - Asistir los procesos colectivos: reconstrucción de redes sociales, procesos organizativos, o de atención. - Apoyar la elaboración de informes. - Hacer seguimiento cuando se remita una persona a otro nivel de atención. - Remitir la información necesaria a los equipos especializados interdisciplinarios regionales. - Manejo del caleidoscopio
En Psicología	
<p>Formación especializada para atención psicosocial a víctimas de violaciones de derechos humanos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el análisis de contexto en términos de las afectaciones psicosociales de las víctimas –individual, familiar o colectivo–. - Apoyar el análisis local de la situación del conflicto armado. - Concertar con personas, familias e individuos el plan de acompañamiento psicosocial. - Atención clínica individual a los consultantes que lo requieran en función del diagnóstico y el análisis

<p>Experiencia de trabajo comunitario preferible con víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica.</p>	<p>interdisciplinar de caso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención grupal / familiar de carácter complejo (grupos de duelo...) - Elaboración de planes de formación dentro del equipo y de formación de formadores con agentes comunitarios. - Acompañar, cuando se requiera, los procesos de articulación con el SGSSS y los actores responsables de los procesos de reparación a víctimas del conflicto. - Asistir la elaboración de informes. - Hacer seguimiento cuando se remita una persona a otro nivel de atención. - Remitir la información necesaria a los equipos especializados interdisciplinarios regionales. - Manejo del caleidoscopio
<p>Médico Especialista en Psiquiatría</p>	
<p>Formación especializada para atención psicosocial a víctimas de violaciones de derechos humanos.</p> <p>Preferible con experiencia de trabajo comunitario preferible con víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el análisis de contexto en términos de las afectaciones psicosociales de las víctimas –individual, familiar o colectivo–. - Apoyar el análisis local de la situación del conflicto armado. - Concertar con personas, familias e individuos el plan de acompañamiento psicosocial. - Atención clínica individual a los consultantes que lo requieran en función del diagnóstico y el análisis interdisciplinar de caso. - Atención psiquiátrica de pacientes graves en el marco del plan integral de tratamiento consensuado de modo interdisciplinar - Atención grupal / familiar de carácter complejo (grupos de duelo...) - Intervenciones especializadas en clínica postraumática severa; técnicas de psicoterapia específicas de avanzada complejidad en atención a víctimas) - Elaboración de planes de formación dentro del equipo y de formación de formadores con agentes comunitarios
<p>Trabajo social, antropología o sociología</p>	
<p>Experiencia en trabajo comunitario, de preferencia con víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica.</p> <p>Formación especializada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar el análisis de contexto en términos de las afectaciones psicosociales de las víctimas. - Realizar el análisis local de la situación del conflicto armado y violaciones de derechos humanos. - Asistir los procesos colectivos de acompañamiento psicosocial, con especial énfasis en la construcción de redes sociales y el fortalecimiento de los procesos organizativos. - Liderar y coordinar los procesos de articulación con el SGSSS y los actores responsables de los procesos de reparación a las víctimas.

para atención psicosocial a víctimas de violaciones de derechos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar la elaboración de informes. - Hacer seguimiento cuando se remita una persona a otro nivel de atención. - Remitir la información necesaria a los equipos especializados interdisciplinarios regionales. - Manejo del caleidoscopio
En Enfermería	
Experiencia de trabajo comunitario preferible con víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica. Formación especializada para atención a víctimas de violaciones de derechos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar el análisis de las condiciones de salud de personas, familias y comunidades con enfoque psicosocial. - Acompañar las acciones de recuperación a realizar, según planes de atención con enfoque psicosocial. - Realizar actividades de protección específica y detección precoz, adecuadas a las necesidades y singularidades de las víctimas. - Asistir los procesos colectivos, especialmente en las actividades colectivas de promoción y prevención adecuadas para las víctimas - Apoyar la elaboración de informes - Hacer seguimiento cuando se remita una persona a otro nivel de atención - Remitir la información necesaria a los equipos especializados interdisciplinarios regionales. - Manejo del caleidoscopio
Trabajador Comunitario (preferiblemente víctima)	
Experiencia de trabajo comunitario en acompañamiento a víctimas de violaciones de derechos humanos. Pertener a las comunidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el proceso de acercamiento entre el equipo y las víctimas. - Apoyar el análisis de contexto en términos de las afectaciones psicosociales de las víctimas. - Asistir el análisis local de la situación del conflicto armado y violaciones de derechos humanos. - Apoyar los procesos colectivos de acompañamiento psicosocial. - Acompañar las actividades de promoción y prevención.

3.3.3. Procesos de atención psicosocial a desarrollar por los equipos regionales / locales

Los equipos interdisciplinarios especializados del nivel local, actores claves en este Protocolo, facilitarán de manera activa el contacto inicial y las relaciones con las comunidades, familias y personas víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica.

Por esto mismo serán los responsables de contactar inicialmente a las víctimas – salvo en los casos en que las víctimas busquen espontáneamente atención–,

establecerán formas claras de relación, se desplazarán por la región a su cargo y contarán con un sistema de divulgación a nivel nacional de sus funciones y responsabilidades; de manera que el aporte que hace este Protocolo al proceso de reparación empiece dando un lugar de importancia, reconocimiento y valor a las víctimas.

Para cumplir sus funciones los equipos especializados desarrollaran tres ámbitos de actuación (ver figura):

1. Comunitario. Incluye entre sus acciones

- Procesos de caracterización psicosocial y/o diagnóstico participativo (usando metodologías de IAP) en las zonas y comunidades de mayor afectación de violencia, valorando la posibilidad de constituir pequeños subequipos locales (nivel 1 y 2 pirámide).
- Acompañamiento psicosocial de carácter grupal y fortalecimiento de los recursos colectivos en base a estos procesos (nivel 1 y 2 pirámide).
- Fortalecimiento de redes sociales pre-existentes (nivel 2 y 3 pirámide)
- Talleres o conversatorios orientados a procesos de reparación (fortalecimiento identidad, coordinación con acciones de memoria etc)
- Espacios orientados al fortalecimiento organizacional y comunitario y en especial a programas integrados en los planes locales de desarrollo, de creación de medios de subsistencia y programas de retorno y de devolución de tierras.
- Apoyo para procesos de trabajo en red con grupos de pares o de víctimas
- Programas de formación de líderes y de formación de formadores en temas puntuales específicos considerados estratégicos en el proceso de diagnóstico local
- Espacios para la promoción de la salud

2. Atención individual

- Procesos de acompañamiento psicosocial individuales y fortalecimiento de los recursos personales
- Atención clínica individual (psiquiatría / psicología) incluyendo psicoterapia individual y de grupo y tratamiento psicofarmacológico cuando sea necesario.
- Atención médica individual de carácter básico, de acuerdo a las afectaciones y remisión a atención especializada dentro del SGSSS en caso necesario
- Formación y acompañamiento individual o grupal en exigibilidad de derechos

3. Atención especializada

- Programas de acompañamiento familiar
 - o Fortalecimiento de recursos y plan de apoyo integral a grupos familiares de especial afectación
 - o Acompañamiento familiar en procesos de desarrollo y de exigibilidad de derechos.
 - o Intervenciones terapéuticas sistémicas cuando sea necesario
- Programas específicos. Entre otros:
 - o Poblacion desplazada
 - o Menores
 - o Discapacidad / Minas antipersonales
 - o Desaparición Forzada / Acompañamiento a exhumaciones

Para cumplir estas funciones, los equipos especializados interdisciplinarios del nivel local podran basarse en la herramienta de caracterización psicosocial “El Caleidoscopio” y construir programas para la atención psicosocial con las personas, familias y comunidades tomando en consideración la guía de atención en salud mental comunitaria del Ministerio de Protección Social.

El proceso de contextualización debe permitir al equipo conocer quién es el otro – individuo, familia, comunidad– en su singularidad. Es decir, comprenderlo según su género, momento del ciclo vital, generación de la cual hace parte, pertenencia étnica, tipo de hecho violento de la cual fue víctima, tiempo de ocurrido el hecho, existencia de nuevos hechos violentos, procesos de revictimización, emociones frente a lo ocurrido, transformaciones de las condiciones de vida, condiciones de vida actuales, estado de salud antes de los hechos y después de los hechos, confianza en los otros, afectaciones en los ámbitos de identidad, relacional, de derechos y de salud.⁹ Así mismo, los recursos individuales, familiares y colectivos

⁹Puede usarse la tipificación de cuatro ámbitos de afectación psicosociales como una herramienta heurística que permita ordenar el proceso de caracterización a partir de la categoría de identidad. En ese sentido se pueden caracterizar los distintos ámbitos así (Vínculos, 2009, pp. 29-36): el ámbito de afectación individual, en el que se reconocen la manera como los hechos violentos dejan importantes huellas “en las formas como se ven a sí mismos y a los otros” y, dada esta “nueva realidad” resulta difícil identificarse a sí mismo con lo que era antes, se configuran unas nuevas narrativas y escenarios emocionales para moverse en el mundo social. El ámbito de afectación relacional se refiere a los efectos sociales que producen los hechos violentos tales como detrimento en la confianza en los otros, pérdida de la previsibilidad del mundo, rompimiento de los proyectos colectivos, fractura de los procesos organizativos y quiebres devastadores en las familias (tanto en su estructura como en su forma de interacción: duelos, miedo, incertidumbre). El ámbito de derechos, especialmente cuando ha habido vinculación de agentes del Estado en las violaciones de derechos humanos, se refiere a la vulneración de la dignidad humana y, con ello, la identidad como sujeto de derechos (incluye la vulneración de derechos civiles y políticos; y económicos, sociales y culturales). Finalmente, el ámbito de afectación en las condiciones físicas hace referencia a que las víctimas del conflicto armado encarnan –desde una perspectiva eco-social (Krieger, 2001) – las realidades sociopolíticas que les correspondió vivir, desarrollando formas diferenciales de

de afrontamiento; el contexto sociopolítico local y la situación de conflicto armado y de violación de derechos humanos, fenómenos que pueden provocar nuevos hechos violentos, que ponen en riesgo la seguridad de las víctimas y, especialmente, imposibilitan la reconstrucción de la confianza.

Por otro, tendrán la responsabilidad de articularse con el SGSSS y con los demás actores estatales responsables de los procesos de reparación a las víctimas. Los equipos construirán puentes con otros actores para garantizar que la atención a las víctimas realizada por ellos sea realmente de carácter reparador y no simplemente asistencialista.

De esta manera, y con base en la propuesta conceptual presentada previamente, cada uno de estos momentos debe contar con un sistema de monitoreo y evaluación centrado en las víctimas y la valoración que hagan estas de lo reparador de la atención psicosocial (Figura 5). Es importante tener en cuenta que la construcción de programas y, en su caso, de planes de atención es un proceso dinámico, que solo se legitima si hay una construcción de las mismas con las víctimas. De tal forma que estos programas y planes no se pueden establecer a priori, sino que son el resultado de la caracterización, así como de la devolución de los resultados a las víctimas y la construcción colectiva de dichos caminos de trabajo.

Finalmente, el sistema de monitoreo y evaluación debe retroalimentar el proceso de implementación del Protocolo, de manera que las inquietudes y demandas de las víctimas sean incluidas por los equipos e incorporadas en los procesos de construcción de rutas de atención.

enfermedad y muerte.

Figura 4. Proceso de atención psicosocial a desarrollar por los equipos interdisciplinarios especializados locales.

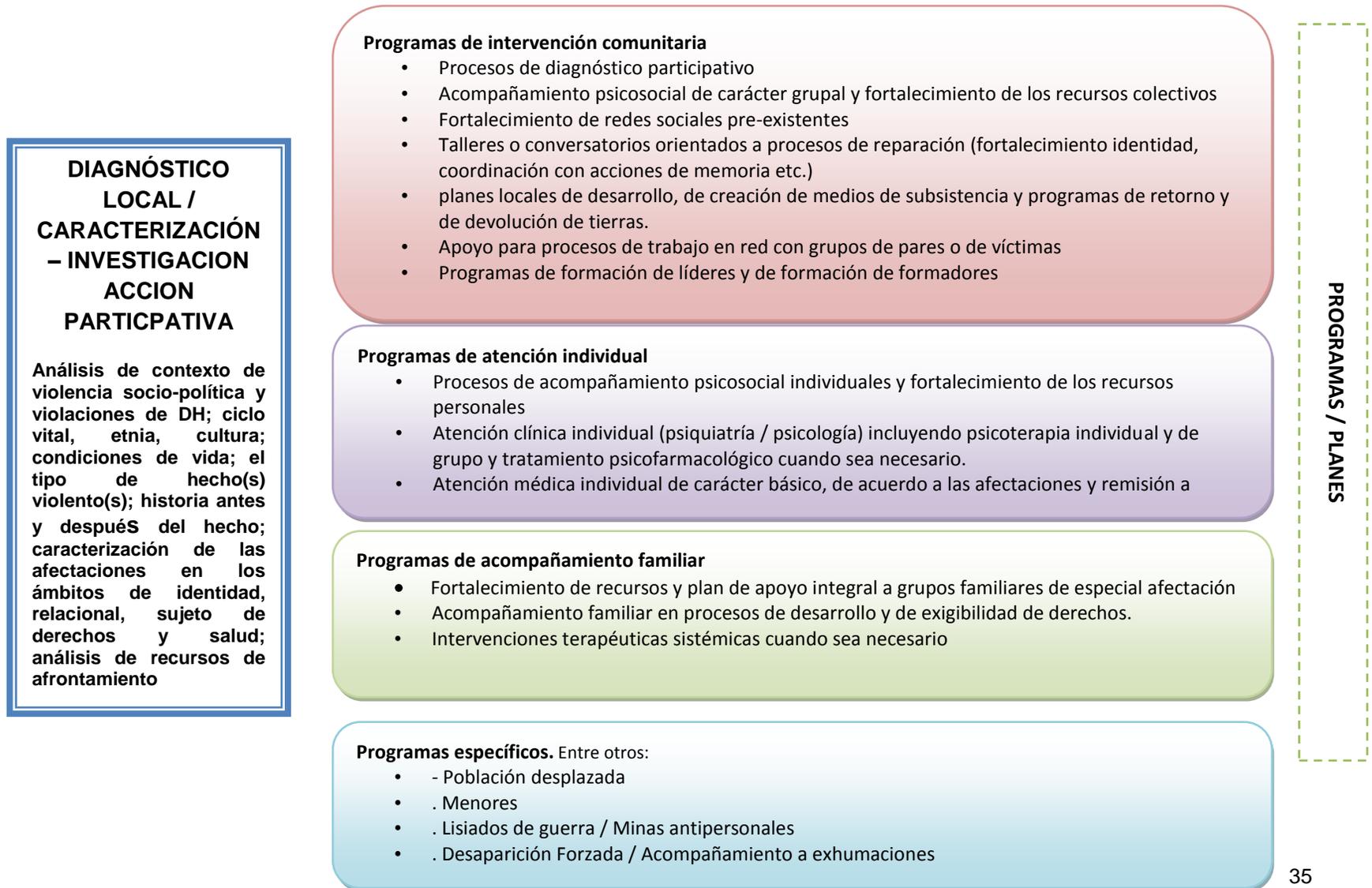
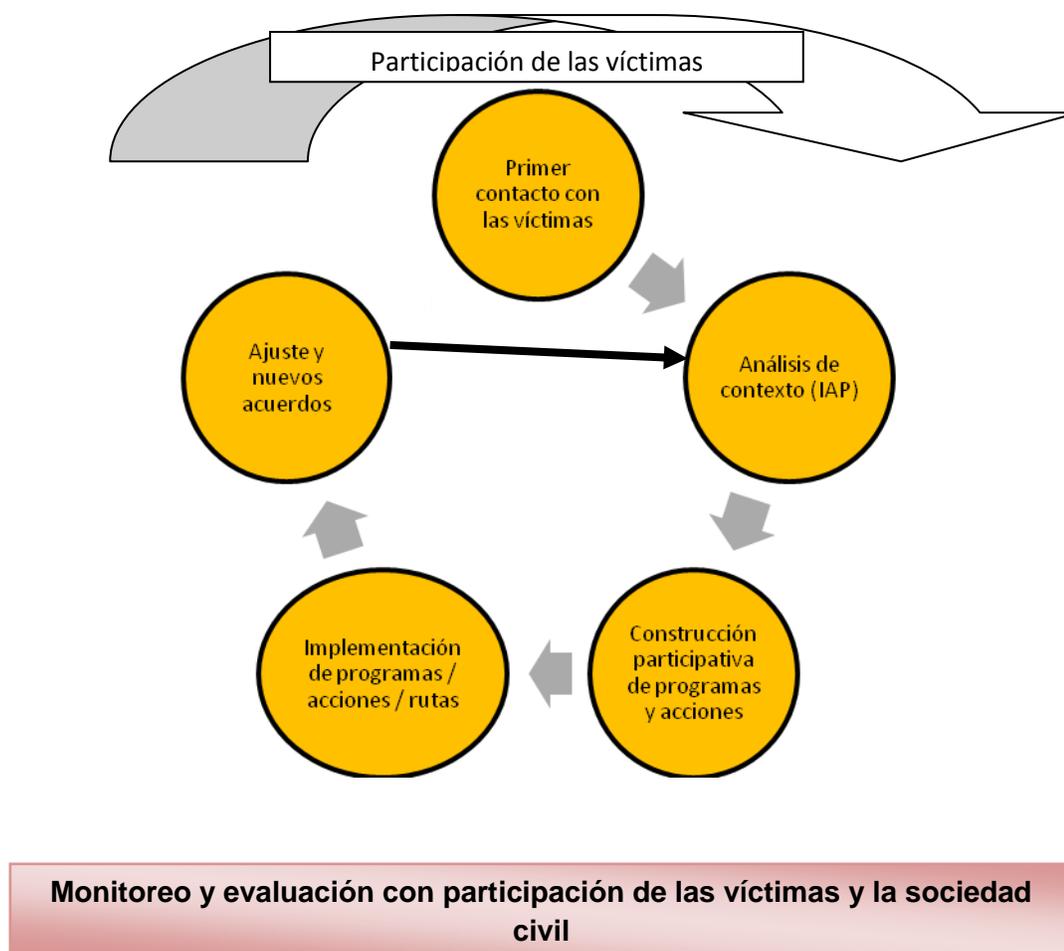


Figura 5. Proceso general de atención psicosocial de los equipos interdisciplinarios especializados locales.



Cada región debería tener al menos un equipo especializado interdisciplinario regional, que contara con al menos un profesional de cada especialidad, independientemente de la creación de sub-equipos locales ad-hoc para zonas de especial complejidad o temáticas específicas, los cuales son dependientes del equipo regional.

Los equipos especializados de tipo regional están constituidos por profesionales de la salud con especialidad en las áreas de salud pública o afines, psiquiatría, psicología, enfermería, ciencias sociales –sociología, antropología o trabajo social– y trabajadores comunitarios.

Dentro de sus funciones con las comunidades víctimas del conflicto se encuentran, entre otras y acorde a los objetivos globales enumerados anteriormente:

- Realizar el análisis de la dinámica del conflicto armado y de las violaciones de derechos humanos en la región asignada, así como socializar sus resultados tanto a comunidades, equipos locales e instituciones del Estado relacionadas.
- Conducir el análisis regional de las afectaciones en los diferentes ámbitos de las víctimas del conflicto y divulgar los resultados a las víctimas y otros actores claves.
- Establecer vínculos con las organizaciones de las víctimas y apoyar la construcción de redes de organizaciones de víctimas en la región.
- Concertar los planes de trabajo con los equipos especializados interdisciplinarios locales.
- Orientar y apoyar a los equipos locales para la realización de acompañamiento psicosocial a las comunidades, así como en los procesos de articulación con otros actores estatales y no estatales para el mejoramiento de las condiciones de las víctimas.
- Apoyar los procesos de organización y reconstrucción de redes sociales de las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica.
- Establecer estrategias de cuidado emocional para los equipos locales en la región.
- Concertar con los actores del SGSSS –a nivel regional– estrategias para el goce efectivo del derecho a la salud y la atención diferencial de las víctimas del conflicto.
- Acordar con los demás actores responsables del proceso de reparación a víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica, estrategias de articulación con los equipos locales.
- Definir estrategias de comunicación que permitan la difusión de los resultados y del proceso de implementación del Protocolo de atención psicosocial y temas de interés para las víctimas.
- Realizar seguimiento participativo al proceso de implementación del Protocolo de acuerdo a las responsabilidades concertadas con otros actores.
- Garantizar la evaluación permanente de resultados e impactos así como el goce efectivo de derechos por parte de las víctimas, en lo relacionado con el proceso de implementación de este Protocolo.

Con el Ministerio de la Protección Social y Direcciones Departamentales de Salud:

- Entregar informes periódicos analíticos de los programas y acciones consolidados y las rutas de atención construidas con las víctimas.
- Realizar informes periódicos sobre el monitoreo y evaluación de la implementación del Protocolo a nivel regional.
- Realizar informes periódicos sobre el cumplimiento de los diferentes actores del SGSSS en la región frente a los planes de beneficio y la garantía del derecho a la salud con enfoque psicosocial a las víctimas.
- Apoyar al Ministerio de la Protección Social en los procesos de formación alrededor del enfoque psicosocial a funcionarios del SGSSS y de otros sectores

responsables de los procesos de reparación a víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica.

- Coordinar con el MPS, condiciones de seguridad para las víctimas y los equipos, en el proceso de implementación del Protocolo.
- Gestionar y coordinar con el MPS condiciones técnicas, económicas y logísticas para la implementación del Programa.

3.4. Estrategia de articulación de los equipos con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

De acuerdo a los diferentes argumentos jurídicos que se han planteado en el Protocolo, la Corte Constitucional ha ordenado al Ministerio de la Protección Social que coordine con los actores del SGSSS todo lo necesario para la garantía del derecho a la salud con enfoque psicosocial, en el marco del proceso de reparación que debe adelantar el Estado colombiano para con las víctimas del conflicto armado.

Para avanzar en este sentido, el Protocolo plantea las obligaciones de los aseguradores y los prestadores de servicios de salud en el marco de este Protocolo.

3.4.1. Empresas Promotoras de Salud:

- Garantizar la prestación de servicios de salud que las víctimas requieran con celeridad, oportunidad, calidad, pertinencia y enfoque diferencial; atendiendo con prelación las remisiones de los equipos especializados interdisciplinarios.
- Coordinar con el Ministerio de la Protección Social los mecanismos necesarios para asegurar los recursos suficientes y oportunos que se requieran para la atención integral y diferencial a las víctimas, incluyendo los gastos de traslado y permanencia en otro lugar, mecanismos para acceder a medicamentos y procedimientos no POS y demás que sean necesarios; sin que eso implique para las víctimas ningún trámite adicional.¹⁰
- Implementar un sistema de atención a las víctimas de excelente calidad y que las dignifique. En el caso en que las víctimas sean comunidades indígenas o afrodescendientes o miembros de ellas, los sistemas de atención deben involucrar intérpretes culturales como lo dispone la Ley 1381 de 2010, que dicta normas sobre el fomento y protección de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia.

¹⁰ De acuerdo a lo establecido por la Sentencia T-045 de la cc (*ver capítulo IV del Protocolo*).

- Garantizar el acceso a los servicios de salud a las víctimas –en los diferentes niveles de atención–, suprimiendo los trámites administrativos innecesarios y revictimizantes a los que se les somete actualmente.¹¹
- Implementar un sistema de monitoreo y seguimiento a las IPS, con base a indicadores de oportunidad, calidad y resultados en la prestación de servicios de salud, concertados directamente con las víctimas, los equipos especializados interdisciplinarios locales o regionales y las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Implementar, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social, un sistema de información de la atención en salud a las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica, garantizando condiciones de confidencialidad en el manejo de la información y seguridad para las mismas.
- Crear instancias de participación, consulta, veeduría, gestión y toma de decisiones que involucren a las víctimas y a los equipos especializados interdisciplinarios del nivel regional o local.
- Garantizar procesos de formación a sus funcionarios en enfoque psicosocial para atención a las víctimas del conflicto, en coordinación con el plan de formación que diseñe para tal fin el Ministerio de la Protección Social.
- Concertar, con las víctimas y los equipos especializados interdisciplinarios del nivel regional, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social, las metas en términos de resultados de salud, cobertura, oportunidad y accesibilidad de la atención en salud.
- Rendir informes al MPS y a los centros de atención regional sobre la atención brindada a víctimas de la violencia sociopolítica.

3.4.2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

- Garantizar atención oportuna y con calidad a las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica que asistan a sus instalaciones.
- Adecuar los programas de atención en salud con enfoque diferencial a la población víctima del conflicto armado y la violencia sociopolítica según sus condiciones de generación, étnicas, culturales, de género y tipo de hecho violento.
- Implementar un sistema de atención a las víctimas de excelente calidad y que las dignifique. En caso de que las víctimas sean comunidades indígenas o afrodescendientes, los sistemas de atención deben involucrar intérpretes culturales como lo dispone la Ley 1381 de 2010, la cual dicta normas sobre el fomento y la protección de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia.

¹¹ De acuerdo a lo establecido por la Sentencia T-045 de la cc (*ver capítulo IV del Protocolo*).

- Garantizar que las víctimas accedan a los servicios de salud, superando así las barreras administrativas existentes actualmente y los múltiples trámites burocráticos.¹²
- Contar con profesionales en salud que brinden atención reconociendo la particularidad de la atención a víctimas desde el marco de la reparación¹³
- Implementar un sistema de monitoreo y seguimiento interno, con participación de las víctimas y representantes de los equipos locales del área de cobertura, con base en indicadores de oportunidad y calidad de prestación de servicios de salud; de manera que los ajustes solicitados por las víctimas sean efectivamente incorporados en la práctica institucional.
- En coordinación con el Ministerio de la Protección Social y las Secretarías Departamentales de Salud, capacitar al talento humano de la institución, para que conozcan e incorporen efectivamente el enfoque psicosocial en el proceso de atención en salud a las víctimas.
- Establecer mecanismos de coordinación con los equipos especializados interdisciplinarios del nivel local, de manera que se prioricen las personas que requieran atención en salud y que sean remitidos por estos.
- Establecer procesos de evaluación para sus funcionarios alrededor de la calidad de atención y trato digno hacia las víctimas, de manera que se establezcan incentivos positivos y negativos frente a la calidad de la atención brindada, teniendo en cuenta que la atención debe ser de carácter reparador.

3.5. Estrategia de articulación de los equipos especializados con otros actores responsables de la atención a las víctimas

Uno de los elementos más importantes del enfoque psicosocial es comprender la necesidad de construir procesos efectivamente reparadores para las víctimas de violaciones de derechos humanos.

En este sentido, los procesos de reparación ordenados por la CIDH implican varias medidas, entre ellas el derecho a la verdad, la justicia, la memoria, el restablecimiento de condiciones de dignidad, la no repetición de violaciones a los derechos humanos, entre otras. Por esta razón y dado que el Protocolo hace parte de un proceso de reparación, se requiere avanzar en la articulación de esfuerzos –a nivel nacional, departamental y local– entre diferentes actores responsables del mismo.

En este marco, el conjunto de instituciones del orden estatal vinculadas a los procesos de reparación deben responder a la multi-dimensionalidad que

¹² Este es uno de los puntos sobre los que insistió la Corte Constitucional en la Sentencia T-045 de 2010.

¹³ Como lo ordenó la CC, las víctimas deben recibir atención en salud con enfoque psicosocial suministrada por personal especializado.

corresponde a este reto. Sin embargo, las funciones diferenciales que deben desarrollar de acuerdo al momento de la atención –desde la ayuda humanitaria, pasando por la estabilización socio-económica hasta la reparación–, la complejidad de cada uno de los marcos jurídicos que rigen las distintas entidades del Estado; la necesidad de contar con programas específicos¹⁴ y los esfuerzos que vienen haciendo instituciones del Estado para aportar a la atención de las víctimas,¹⁵ hacen que este Protocolo tenga alcances limitados en el avance de propuestas de articulación y coordinación.

Sin embargo y dada la importancia en la integralidad en la atención para las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica, se mirarán de manera general las instituciones vinculadas a los procesos de reparación y sus funciones; las responsabilidades de los equipos especializados para posibilitar procesos de coordinación y algunas conexiones para favorecer dicha coordinación.

¹⁴ En este sentido, la Procuraduría dice: “Es necesario que los programas de atención psicosocial sean creados y ejecutados de manera específica, individual y autónoma en el marco de una política pública de atención integral a la población víctima de graves violaciones de los derechos humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario. No es válido que se subsuma la atención en otros programas desarrollados para atender las necesidades de la población vulnerable. Lo anterior sin perjuicio de la transversalidad de los procesos psicosociales”. (Subrayado fuera del texto).

¹⁵ Algunos ejemplos de estos esfuerzos son la construcción de protocolos de atención psico-jurídica por parte de la Defensoría del Pueblo; la construcción de “Procedimientos y Protocolos. Modelo Interinstitucional de Atención a Víctimas” (MIAV) por parte de la Procuraduría General de la Nación, el Ministerio de Interior y de Justicia, la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación, la Defensoría del Pueblo y la Fiscalía General de la Nación. El MIAV y los protocolos de la Defensoría se encuentran orientados principalmente al acompañamiento psicosocial de las víctimas en los procesos de verdad, justicia y reparación; plantea que: “con las acciones de entrenamiento y/o intervención, se pretende dotar de herramientas psicológicas y jurídicas a las víctimas para el afrontamiento del proceso jurídico, en razón a la vulnerabilidad emocional y física a la que estas diligencias exponen a sus asistentes.

Instituciones vinculadas al proceso de reparación y sus funciones¹⁶

Tabla 2. Actores y roles vinculados a los procesos de reparación de víctimas de violaciones de derechos humanos¹⁷

Instituciones	Funciones para la atención y la reparación a las víctimas
Vicepresidencia de la República.	<ul style="list-style-type: none"> - Responsable de la protección de derechos humanos, de la política de atención a las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica. - En la actualidad coordina la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación.
Ministerio Público: Defensoría del Pueblo, Fiscalía general de la Nación y Procuraduría; ¹⁸ Ministerio del Interior y de Justicia.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar el derecho a la verdad y la justicia de las víctimas, y el acompañamiento psicojurídico. - Evitar nuevas revictimizaciones y el derecho a la no repetición. <ul style="list-style-type: none"> - Promover estrategias de prevención de violaciones de derechos humanos. - Además, la Procuraduría General de la Nación debe velar por maximizar la eficacia de la acción estatal y por la calidad de la atención de parte de los funcionarios públicos (acción disciplinaria). - Hacer seguimiento en términos del goce efectivo de derechos de la población víctima de la violencia sociopolítica y el conflicto armado.
Ministerio de Defensa	<ul style="list-style-type: none"> - Es responsable de la prevención de violaciones de derechos

¹⁶ El SNAIPD, Sistema Nacional de Atención Integral de población Desplazada, ha sido en los últimos años el espacio institucional por excelencia para la atención de población en situación de desplazamiento, integrado por 27 entidades (Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, Vicepresidencia de la República –Programa de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario–, ministerios de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial; de Comercio, Industria y Turismo; de Educación Nacional; del Interior y de Justicia; de Hacienda y Crédito Público; de Defensa Nacional; de Agricultura Desarrollo Rural, y de Comunicaciones; Departamento Nacional de Planeación; Defensoría del Pueblo; Servicio Educativo Nacional –SENA–; Fonvivienda; Comisión Nacional de Televisión; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Banco Agrario; Instituto Colombiano para el Desarrollo Rural –INCODER–; Banco de Comercio Exterior de Colombia –BANCOLDEX–; Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer; Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación; Registraduría Nacional del Estado Civil; Instituto Nacional Medicina Legal y Ciencias Forenses; Superintendencia de Notariado y Registro; Fiscalía General de la Nación, y Finagro.. Sin embargo, el proyecto de Ley que actualmente cursa en el Congreso (Colombia, Proyecto de Ley, 2011) plantea la conformación de atención, reparación integral y restitución de tierras a víctimas de violaciones de derechos humanos, hacen parte de él esencialmente las mismas entidades.

¹⁷ Esta tabla se debe actualizar de acuerdo a la reglamentación de la ley de Víctimas respecto a actores gubernamentales responsables de la reparación.

¹⁸ Dentro de la revisión documental se encontró que desde estas instituciones se han realizado importantes esfuerzos por incorporar el enfoque psicosocial en los procesos de acompañamiento psicojurídico.

	humanos y de garantizar las condiciones de seguridad de la población.
Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (CNRR)	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la participación de las víctimas en los procesos de verdad, justicia y reparación. - Realizar informes sobre los procesos que explican el transcurso del conflicto armado en el país. - Adelantar acciones orientadas a la reconciliación.
Acción Social ¹⁹	<ul style="list-style-type: none"> - Gestionar el sistema de información sobre población en situación de desplazamiento. <ul style="list-style-type: none"> - Coordinar las acciones del SNAIPD. - Orientar –a través de las UAO– a la PSD. - Coordina acciones orientadas al retorno, prevención, protección, atención humanitaria y reubicación de víctimas. <ul style="list-style-type: none"> - Administrar el fondo de reparación a víctimas. - Gestionar los procesos de reparación individual por vía administrativa, entre otros.
Ministerio de la Protección Social: SGSSS, ICBF, SENA.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la atención en salud –de acuerdo a las órdenes de la Corte Constitucional para atención en salud a víctimas de la violencia y PSD–. - Garantizar la protección de los niños, niñas y jóvenes a través del ICBF²⁰ (cuenta con unidades móviles con equipos interdisciplinarios, pero dado las necesidades de cobertura no pueden garantizar continuidad en la atención). - El SENA es responsable de la formación para el trabajo aportando así a la etapa de estabilización socioeconómica. - Las acciones de estas entidades corresponden a todos los momentos de atención a las víctimas.
Administraciones Departamentales y Municipales	<ul style="list-style-type: none"> - A través de los comités departamentales y municipales de atención a la PSD son responsables de la adecuación de las políticas nacionales, la gestión, coordinación e implementación de la respuesta institucional para la atención a la PSD y víctimas del conflicto armado. - Para este proceso se requiere el concurso de todas las secretarías en el nivel departamental y municipal.
Ministerio de Agricultura Desarrollo Rural, Instituto Colombiano para el Desarrollo Rural –INCODER–, Unidad administrativa especial de gestión de tierras despojadas	<ul style="list-style-type: none"> - Responsables del proceso de restitución de tierras y de políticas de reactivación económica para la PSD que retorne al campo.

¹⁹ Además, Acción Social es responsable de coordinar parte de los programas de inversión social focalizada que defina la Presidencia de la República-

²⁰ El ICBF cuenta en el momento con lineamientos de atención psicosocial y guía de atención de caso, específicamente elaborados para las unidades móviles del ICBF.

Ministerio de Educación, ICETEX

- Responsable de la inclusión de los niños, niñas y jóvenes víctimas del conflicto armado en el sistema educativo teniendo en cuenta los enfoques diferenciales como interculturalidad, enfoque psicosocial y de derechos; créditos educativos blandos y subsidio de manutención.

3.6. Estrategia de articulación entre actores Estatales responsables de procesos de reparación con los Equipos Especializados Interdisciplinarios locales y regionales

Los procesos de coordinación intersectorial –en el marco de la reparación a las víctimas– (Figura 6) implican para los equipos:

- Conocer la oferta institucional que se encuentra en cada una de las zonas –local o regional– para la atención de las víctimas del conflicto armado interno y la violencia sociopolítica.
- Contar con directorios institucionales y con contactos específicos en cada entidad que puedan orientar a los miembros de los equipos cuando estos lo requieran, alrededor de los programas y proyectos vinculados a los procesos de reparación de las víctimas.
- Establecer vínculos básicos con los funcionarios responsables de la atención en otras instancias del Estado, especialmente aquellos que sean definidos como funcionarios de enlace con los equipos.
- Orientar a las víctimas sobre sus derechos, la red institucional y su oferta, y otras redes de apoyo, a las cuales pueden asistir de acuerdo a las necesidades y las rutas de atención concertadas.
- Establecer espacios de coordinación con funcionarios de otros sectores encargados de la atención psicosocial para coordinar los esfuerzos intersectoriales y armonizar los programas existentes en atención psicosocial de acuerdo a las necesidades de las víctimas.
- Apoyar los procesos de sensibilización a funcionarios del Estado sobre el enfoque psicosocial para víctimas de violaciones de derechos humanos.
- Contar con procesos e instrumentos de referencia a entidades del Estado, así como hacer seguimientos a la respuesta institucional dada a las víctimas.
- Suministrar información adecuada y oportuna a las víctimas para su asociación en los programas y proyectos que sean adecuados a sus necesidades.
- Participar en espacios claves de coordinación y gestión –local o departamental y nacional– de atención a las víctimas.
- Construir espacios de reflexión con las víctimas que permitan el monitoreo y la evaluación de los procesos de implantación de la política de atención a víctimas a nivel local o regional.

Para las demás entidades del Estado vinculadas al proceso de reparación de víctimas de violaciones de derechos humanos, implica:

- Atender con dignidad y respeto a las víctimas.

- Incorporar los principios básicos del enfoque psicosocial a las prácticas institucionales cotidianas.
- Generar procesos de formación a sus funcionarios alrededor del conflicto armado, violaciones de DH, impactos psicosociales para las víctimas y la sociedad en general, revictimización, enfoque psicosocial y principios básicos de atención psicosocial.
- Revisar, ajustar o redefinir los procesos y procedimientos institucionales para la atención a víctimas del conflicto, de manera que garanticen la dignificación de las víctimas y la no revictimización.
- Cuando se encuentren ubicadas en zonas donde deban atender a comunidades indígenas o afrodescendientes, se garantizará la vinculación de intérpretes interculturales de acuerdo a las normas vigentes.
- Conocer las funciones de los equipos especializados interdisciplinarios locales y regionales, así como identificar aquellos que funcionan dentro de sus áreas de influencia.
- Definir funcionarios de enlace con los equipos interdisciplinarios especializados locales o regionales, para que puedan implementar procesos de articulación entre equipos y diferentes entidades del Estado y materializar una atención integral.
- Establecer contacto y procesos de coordinación con los equipos del área de influencia.
- Crear mecanismos explícitos y consistentes para la articulación entre las entidades estatales y los equipos especializados que no impliquen procedimientos administrativos por parte de las víctimas. La integralidad la debe generar el sistema de atención no la víctima pasando de una ventanilla a otra.
- Disponer espacios de interlocución, monitoreo y seguimiento de los procesos de atención desde y hacia los equipos especializados.
- Aplicar el código disciplinario en los casos que se documente formas de revictimización generadas funcionarios de las entidades públicas.

Figura 6. Articulación entre equipos especializados interdisciplinarios, víctimas y demás instancias del Estado

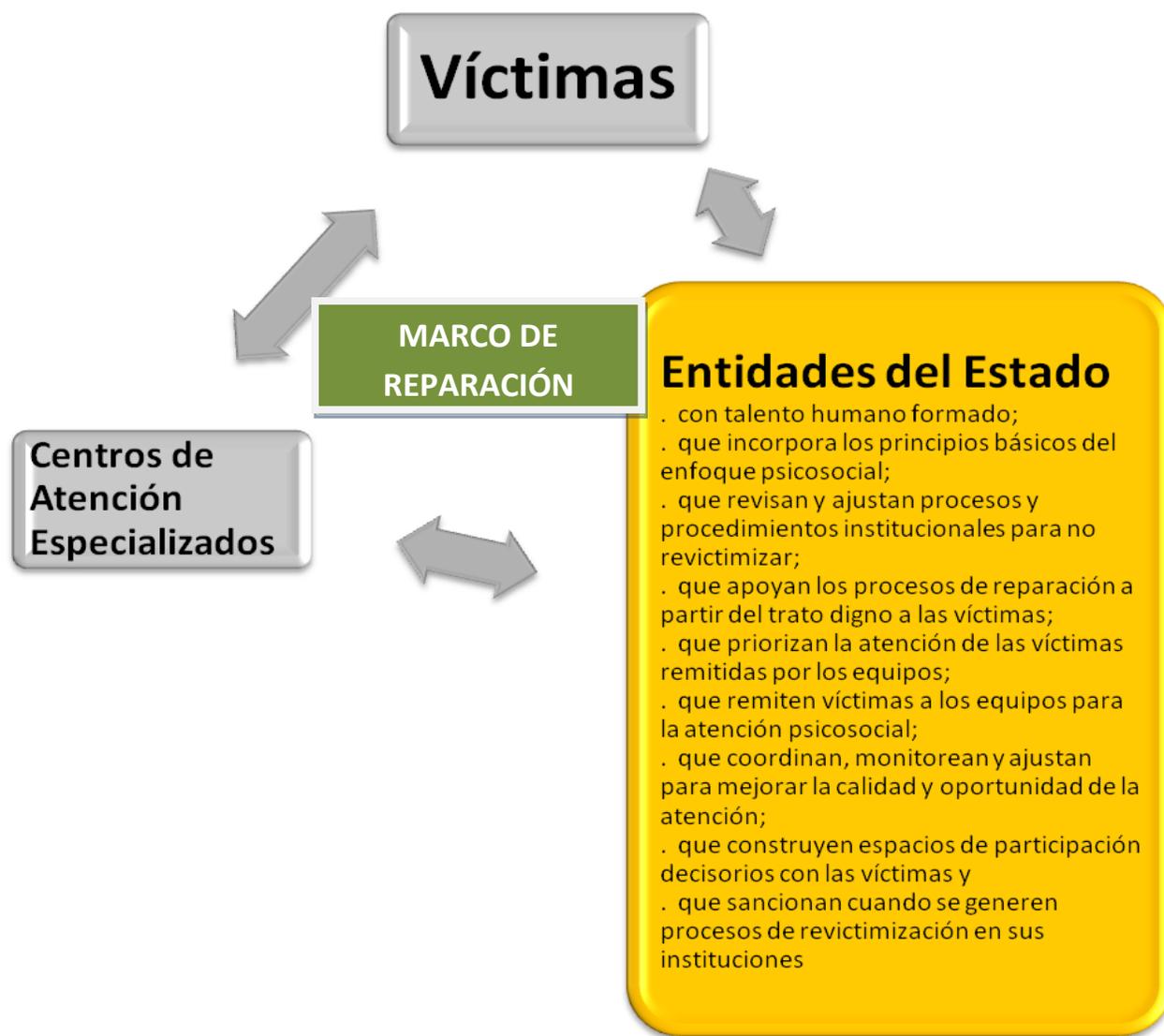
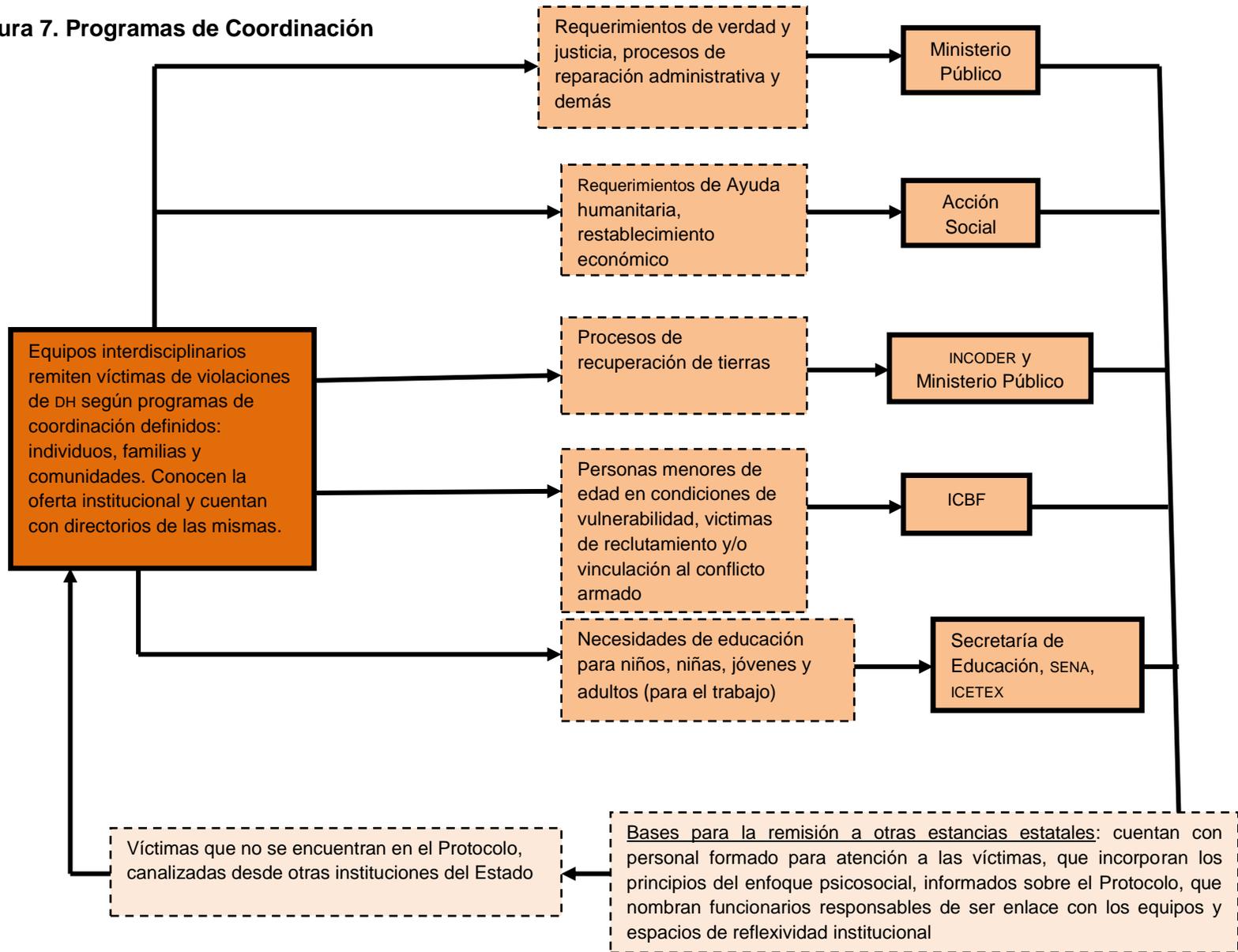


Figura 7. Programas de Coordinación



3.7. Estrategia de abordaje psicosocial como eje transversal

Corresponde a la base de la pirámide e incluye

- Todas las acciones y formas de atención se dan en el marco de la reparación.
- Promover en todas las entidades implicadas el cuidado a la forma como se establece la relación con la población víctima en tanto dignificante.
- Los impactos psicosociales se reconocen desde un enfoque diferencial.
- Se entiende a cada víctima como sujeto de derecho y parte activa de las relaciones y acuerdos que se crean en el contexto de la atención integral. Por ello, las relaciones, conversaciones y acciones que se generen en la atención han de facilitar alternativas creadas en conjunto, para la recuperación de proyectos y sentido de vida de las víctimas.
- La calidad de atención ha de ser especializada, oportuna e ininterrumpida.

En este marco, el abordaje psicosocial es transversal y se traduce en acciones tales como:

1. Espacios de conversación reflexivos con la población víctima para explicitar e identificar los cambios que ha generado la atención desde un abordaje psicosocial en la reconstrucción de su proyecto de vida y el efecto reparador. Estas acciones no son realizadas únicamente por profesionales de la salud mental sino por todos aquellos que establecen una relación permanente con la población desde diferentes ámbitos de la atención.
2. Espacios de conversación y análisis interdisciplinario en los que los equipos especializados y funcionarios responsables en el sector salud y de otros sectores evalúen y reflexionen sobre el tipo de atención que brindan a las víctimas, teniendo en cuenta que se da desde este abordaje integral con perspectiva psicosocial. Para ello es necesario contemplar aspectos de la comunicación (posturas, lenguajes y formas de interacción) así como prejuicios, creencias y efectos emocionales que pueden tener los funcionarios alrededor del tipo de labor que desarrollan. Lo anterior promueve una postura crítica que permite identificar si su actuación propende por la reparación o revictimiza a la población.
3. Estudios de caso intersectoriales en los que se evalúe cómo el proceso de atención integral brindado está favoreciendo procesos de reparación en el marco del abordaje psicosocial.

3.8. Estrategia de participación de las víctimas

La participación de las víctimas es un derecho ciudadano fundamental y, además, es deber moral del Estado y de la sociedad garantizar espacios y condiciones para

la participación activa de las víctimas en cada momento del proceso de reparación. Esto significa que las víctimas más allá de ser consultadas sobre todos los asuntos públicos que puedan afectar sus proyectos de vida, deben hacer parte de los procesos de decisión que desde el Estado se pretendan desarrollar tales como políticas, estrategias, planes o programas para su atención; con mayor énfasis si se trata de procesos de reparación. El marco legal de la sentencia T045 y de la Ley de Víctimas así lo indican de modo claro.

Así mismo y desde el enfoque de atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica, se reconoce que uno de los impactos más importantes producto de la violación de derechos humanos es la afectación de las personas en tanto su reconocimiento como sujeto de derecho y de los grupos sociales en tanto su constitución como sujetos políticos. Precisamente la violación de derechos humanos busca, de manera deliberada, la generación de temor y miedo para que los ciudadanos no puedan participar en los asuntos de interés general.

En este marco, garantizar la participación activa de las víctimas en los procesos de reparación es un paso necesario en su reconocimiento como sujetos de derechos y en su constitución como actores colectivos y, con ello, sujetos políticos que reconstruyen, desde los espacios de participación, sus proyectos de vida y potencian sus recursos individuales y colectivos.

A partir de este punto de partida, el Protocolo plantea la necesaria participación de las víctimas en todo el proceso de desarrollo, así:

- Etapa de concertación: el Protocolo requiere un proceso previo a la implementación. Para esta etapa es necesario que se realice un proceso de consulta y discusión del mismo con organizaciones de víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica, con el objetivo de ajustar los asuntos que consideren necesarios desde la mirada de las víctimas e incluir su voz en las estrategias que hasta este momento plantea el Protocolo. Además de la validación con las organizaciones de víctimas, se deben crear escenarios como mesas de trabajo a nivel regional, que permitan la discusión con población víctima que no haga parte de grupos organizados. Este proceso de validación con las víctimas debe tener amplia cobertura nacional.
- Consentimiento informado para la atención: cada víctima en el conjunto del territorio nacional debe expresar, libremente y sin ninguna coacción, su deseo de participar y ser parte del proceso de implementación del Protocolo. La no participación no puede ser argumento, bajo ninguna circunstancia, para no recibir otro tipo de beneficios en el marco del proceso de reparación.
- Sistemas de quejas y reclamos: en el marco de este Protocolo, todas las instituciones y actores –equipos interdisciplinarios especializados y otras instituciones del Estado con responsabilidades dentro del proceso de reparación

a las víctimas– deben implementar un sistema de quejas y reclamos. A través de este, las víctimas podrán expresar y denunciar las situaciones revictimizantes a las que puedan estar expuestas por parte de los funcionarios públicos y otros sucesos que sientan necesarios.

Todas las instituciones involucradas con el proceso de implementación del Protocolo garantizarán el seguimiento, la investigación y la resolución de las quejas realizadas por las víctimas en todos los casos. Así mismo, las quejas planteadas por las víctimas deben generar la incorporación de estrategias específicas que permitan su real satisfacción, es decir, el sistema de quejas y reclamos deben ser un insumo que:

- ✓ permita el mejoramiento continuo del Protocolo, a partir de la incorporación definitiva de la voz de las víctimas
 - ✓ ser objeto de estudio o investigación por parte de los organismos de control del Estado.
- Participación en los espacios de coordinación del Protocolo: como se dijo el Protocolo requiere de procesos de coordinación del orden nacional, departamental y municipal, en todos los casos con participación de las víctimas. En este marco, el espacio de coordinación nacional del Protocolo deberá contar por lo menos con tres representantes de las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica en el país, elegidos por consenso o votación a través de las organizaciones de víctimas (que deben tener voz y voto en la coordinación nacional, así como capacidad de veto a decisiones que en consenso los representantes de las víctimas consideran puede lesionar sus intereses). Así mismo, a nivel de los departamentos y de los municipios, se debe contar con espacios de coordinación para adoptar y adaptar el Protocolo a las particularidades locales, y para realizar los procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación de su implantación en su jurisdicción. Estos espacios de coordinación deben contar con la participación de por lo menos dos representantes de las organizaciones de víctimas –donde existan, o en su defecto, elegidos a través de asambleas de víctimas– con voz y voto.

3.9. Estrategia de formación del talento humano

Uno de los retos centrales que ha sido planteado a lo largo de este Protocolo se relaciona con la necesidad de que cuente con el suficiente talento humano especializado para la atención de las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica.

En ese sentido, la estrategia de formación al interior del Protocolo se configura como uno de los pilares más importantes para lograr este propósito: Procesos de atención psicosocial a las víctimas, que permitan avanzar en la reparación de los impactos que las graves violaciones de derechos humanos han dejado en individuos, familias y comunidades.

Para el desarrollo de esta estrategia se requiere que el MPS, de la mano con organizaciones no gubernamentales expertas en atención con enfoque psicosocial a las víctimas, y de universidades con programas de educación superior en psicología, derechos humanos y otros afines; construyan una mesa de trabajo nacional que diseñe un plan de formación de recurso humano experto en atención a víctimas de violaciones de derechos humanos.

El proceso de formación debería incluir por lo menos dos niveles diferenciados:

- (a) Formación general orientada al conjunto de los funcionarios públicos, que les permita comprender la magnitud del conflicto armado y la violencia sociopolítica en el país; los impactos psicosociales de la violación de los derechos humanos en individuos, familias y comunidades; en qué consiste el enfoque psicosocial para atención de víctimas de violaciones de derechos humanos; desarrollar competencias claves como habilidades comunicativas, dignificación del trato a las víctimas, entre otras. Este proceso de formación debería desarrollarse en etapas, involucrar a todos los funcionarios del Estado que deban atender víctimas en los diferentes programas, y apoyarse en los equipos interdisciplinarios especializados de los centros regionales.
- (b) Formación de carácter especializado orientada a profesionales de los equipos interdisciplinarios, la cual debe garantizar la formación cualificada del recurso humano que necesita el país para la implementación de este Protocolo. La lógica que debe orientar el proceso de formación corresponde a la comprensión del fenómeno de la violencia y las violaciones de los derechos humanos; el conocimiento sobre el marco normativo nacional e internacional que obliga a los Estados a reparar las víctimas de violaciones de derechos humanos; la comprensión de los impactos psicosociales en individuos, familias y comunidades; la apropiación del enfoque psicosocial para la atención de víctimas; el aprendizaje de herramientas de atención y acompañamiento psicosocial a víctimas del conflicto, entre otras.

En este marco, el proceso de formación de los profesionales para la atención y acompañamiento psicosocial a las víctimas del conflicto armado requiere un proceso de estructuración, a través de espacios de educación formal, que garantice intensidad horaria adecuada, exigencia académica y alta calidad en los contenidos y prácticas que se desarrollen.

3.10. Estrategia de divulgación del Protocolo

El proceso de validación e implementación del Protocolo requiere, además de su diseño técnico, la estructuración de mecanismos que permitan su divulgación a víctimas, funcionarios del Estado y a la sociedad en conjunto para: a) favorecer procesos sociales de comprensión sobre la situación de violaciones de derechos humanos y los impactos que estos tienen para con las víctimas; b) informar a los funcionarios públicos de sus responsabilidades como representantes del Estado, frente a los procesos de reparación, específicamente en las medidas de

rehabilitación física y mental con enfoque psicosocial; c) informar y formar a las víctimas alrededor del derecho a la reparación y de los procesos de implantación de este Protocolo.

Para la divulgación de este Protocolo es importante que el MPS diseñe un plan de medios que contemple, como mínimo:

-
- Procesos de interlocución con expertos e instituciones dedicadas al tema de la reparación y el trabajo psicosocial.
- Utilización de medios masivos de comunicación para informar a los funcionarios públicos sobre su responsabilidad como representantes del Estado en los procesos de reparación a las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica; así como de los efectos disciplinarios ante escenarios de revictimización.
- Utilización de los medios masivos y comunitarios de comunicación para explicar a la sociedad colombiana en qué consiste la violación de derechos humanos, sus efectos para las víctimas y la responsabilidad del Estado en los procesos de reparación; así mismo, difundir los propósitos, estructura y funcionamiento de este Protocolo y los resultados obtenidos en el tiempo.
- Definición de espacios institucionales de divulgación y capacitación de funcionarios públicos sobre este Protocolo. Como se planteó previamente el mps y las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud, o quien haga sus veces, tienen la responsabilidad de brindar asesoría y asistencia técnica a los diferentes actores del sgsss para el proceso de implantación del Protocolo, en coordinación con los equipos regionales especializados.
- Articulación con los medios de comunicación comunitarios –radios, canales y periódicos comunitarios– para informar a las víctimas en todo el país, sobre su derecho al proceso de reparación y a la atención psicosocial, específicamente como medida de rehabilitación física y mental. Los mecanismos de acceso al Protocolo y las responsabilidades de los diferentes actores en la atención, atención integral y acompañamiento psicosocial también deben ser difundidos a través de estos canales.
- Diseñar material educativo que apoye la difusión del Protocolo. Dicho material deberá adecuarse a cada público específico, como: funcionarios estatales, funcionarios del sgsss, víctimas pertenecientes a grupos étnicos, de origen campesino, entre otras.
- Según la perspectiva del abordaje psicosocial, la reconstrucción del tejido social es una parte fundamental en el proceso de reparación. Una estrategia de comunicación al respecto, deberá promover nuevas relaciones entre las víctimas y la sociedad civil. En consecuencia, para adelantar un proceso de reparación con enfoque psicosocial se requiere comprender la forma como un sistema sociocultural es vulnerado por el conflicto armado, contribuyendo al fomento de mensajes tendientes a restituir los lazos sociales y culturales afectados por los hechos de violencia sociopolítica. Para este fin, se deben diseñar programas televisivos, comerciales, cuñas radiales, eventos culturales en pro de la memoria, productos artísticos, y demás iniciativas que

promuevan un sistema de signos y de símbolos de carácter reparador con las víctimas y al interior de la sociedad en su conjunto.

3.11. Estrategia de monitoreo, seguimiento y evaluación

Por monitoreo se entiende el seguimiento rutinario de las actividades desarrolladas en el marco del Protocolo, a través de una medición regular y continua para ver si las acciones planificadas se están realizando y si estas se implementan de acuerdo a los planes y los recursos asignados.

El propósito del monitoreo consiste en detectar de manera oportuna las fortalezas y deficiencias de los procesos de ejecución, para hacer ajustes conducentes a una gestión óptima de las iniciativas, “para optimizar los resultados esperados y responder a las expectativas de la ciudadanía” (INDES, 2003). En el caso de este Protocolo, el monitoreo busca garantizar el objetivo central: un proceso de atención psicosocial reparador para las víctimas de violaciones de derechos humanos.

En el caso de la atención a víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica, el proceso de monitoreo y evaluación debe garantizar por lo menos dos temas: a) Que el proceso de monitoreo y evaluación da razón efectivamente de un proceso reparador para las víctimas. b) Que en la estructuración del mismo las víctimas participen de manera activa, contando con garantías para su participación por parte del Estado –de seguridad, condiciones económicas, participación en las decisiones, respeto a su voz, entre otras–

El monitoreo y la evaluación deben ser vistos como una oportunidad para el mejoramiento de la implementación del Protocolo y el logro de su propósito final, así como el aporte a los procesos de reparación de las víctimas de violaciones de derechos humanos en cuanto al elemento de dignificación, de enfrentar la dependencia y el asistencialismo que conllevan..

En este aspecto, se propone la construcción de un proceso de evaluación democrática tanto a nivel nacional como a nivel de cada región, en el que participen: las víctimas y sus representantes; organizaciones de la sociedad civil (especialmente la Mesa de Seguimiento a la Sentencia T-045); delegados del MPS – a nivel nacional– o de las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud; representantes de EPS, IPS y otros actores claves de las instituciones estatales y regionales responsables de los procesos de reparación.

Para la implementación de este proceso se deben crear espacios, como: en cada municipio donde se implemente el Protocolo, en todos los departamentos del país, y un espacio a nivel nacional que funcione en la ciudad de Bogotá, el cual cuente con recursos adecuados y funcione de manera periódica y estable.

En términos del tipo de indicadores que se deben diseñar, es necesario –durante el alistamiento institucional– convocar un equipo de trabajo constituido por

representantes de las víctimas a nivel nacional, delegados de los equipos interdisciplinarios – centros de atención regionales y locales– y delegados del MPS que definan un conjunto de indicadores de proceso y resultado, construido sobre

- (a) una indagación preliminar de tipo cualitativo, con base en las siguientes preguntas: ¿Qué consideran reparador las víctimas en la atención psicosocial? ¿Cómo aportan los procesos de atención psicosocial a la reparación de los impactos de los hechos violentos de los cuales fueron víctimas?
- (b) Un análisis de los estándares de calidad (ver anexo 2) es decir de los requerimientos que debe poseer un dispositivo o red, establecidos en este Protocolo y en los que surjan de las mesas de concertación con víctimas e instituciones
- (c) Un análisis de los objetivos estratégicos de los programas diseñados y su operacionalización.
- (d) Un análisis de los procesos concertados con cada institución y el grado de cumplimiento de los mismos
- (e) Un análisis de la eficiencia (porcentaje de víctimas a las que efectivamente se logra llegar) y eficacia (calidad de la atención brindada y número de personas que puede considerarse que terminan un ciclo porque en sus comunidades y familias se han reiniciado pautas de vida normalizada con pleno y efectivo goce de derechos sociales y ciudadanos)

4. Propuesta de implementación del Protocolo por etapas

El proceso de implementación del Protocolo debe ser organizado por etapas, dado la magnitud de responsabilidades y acciones que se derivan de él para el MPS, las entidades territoriales y todos los actores vinculados el mismo. En este sentido se propone el desarrollo de los siguientes etapas: concertación /Validación, Alistamiento institucional, Pilotaje, Ajuste del Protocolo, Implementación por regiones y periodos de tiempo y el monitoreo y evaluación como parte constituyente de todo el proceso (ver Figura 9).

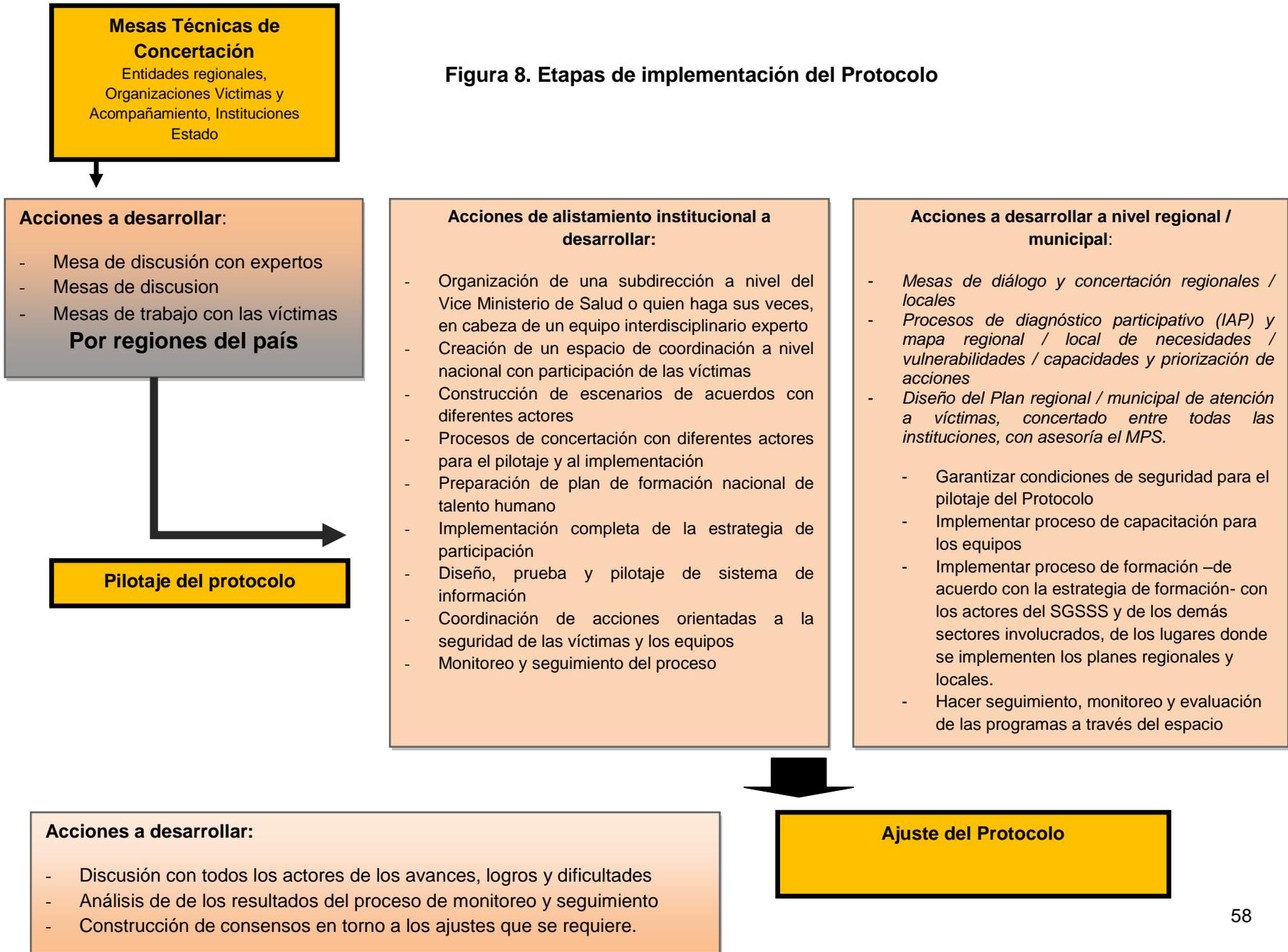
Cada uno de estos momentos tendrá objetivos, acciones y actores específicos como se muestra a continuación (Tabla 3).

Tabla 3. Etapas del proceso de Implementación del Protocolo

Etapa de Implementación	Objetivo	Actores vinculados
Mesas de Concertación por temas a nivel nacional	Construir espacios de discusión a nivel nacional, con las víctimas y expertos en el tema que permitan discutir el Protocolo y avanzar en la construcción de acuerdos con los actores vinculados	Ministerio de la Protección Social, Otras instituciones del estado con competencias en atención a víctimas y responsables de los procesos de reparación. víctimas y sus organización, ONG expertas en el tema, Instituciones de educación superior con procesos de formación en áreas relacionadas.
<p>Pilotaje</p> <p>Realizar, en concertación con las víctimas y sus organizaciones, un proceso de pilotaje en algunas regiones del país, en conjunto las autoridades regionales y locales. Ello conlleva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesas de diálogo y concertación regionales / locales - Procesos de diagnóstico participativo (IAP) y mapa regional / local de necesidades / vulnerabilidades / capacidades y priorización de acciones - Diseño del Plan regional / municipal de atención a víctimas, concertado entre todas las instituciones, con asesoría el MPS 		
<p>Ajuste del protocolo Ajustar el Protocolo con base en la evaluación de las experiencias piloto . Grupo de trabajo conjunto MPS – Entidades territoriales</p>		
<p>Alistamiento Institucional</p> <p>Crear las condiciones institucionales y de seguridad para la implementación del Protocolo a nivel nacional y regional / local.</p>		
Implementación a nivel central y por regiones y periodos de tiempo	Implementar el Protocolo en el territorio nacional (política de acuerdos inter-institucionales, planes de formación, sistemas de acreditación) y en regiones	Entidades territoriales y MPS

	(implementación de los planes regionales), por momentos de cobertura, de acuerdo a la capacidad institucional, las demandas de las víctimas y de la sociedad civil y, en general las condiciones locales para la implementación.	
Seguimiento, monitoreo y evaluación	Datos cuantitativos y cualitativos del sistema de monitoreo Convocatoria de los espacios públicos de rendición de cuentas previsto en Ley 107	Ministerio de la Protección Social, Otras instituciones del estado con competencias en atención a víctimas

Figura 8. Etapas de implementación del Protocolo



BIBLIOGRAFIA

- Acción Conjunta de Iglesias. (2005). Servicio psicosocial basado en la comunidad. Guía del Facilitador. Foro ACT-Perú - ACT Alliance. Recuperado el 28 de diciembre de 2010, de http://www.foroactperu.org/servicio_psicosocial_v2.pdf
- ACNUR. Enfoque diferencial étnico de la oficina del ACNUR en Colombia estrategia de transversalización y protección de la diversidad población indígena y afrocolombiana. ACNUR. Recuperado el 15 de enero de 2011 de <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4554.pdf>
- Amnistía Internacional, Colombia. (2004). Cuerpos marcados, crímenes silenciados. Violencia contra las mujeres en el marco del conflicto armado. AI/23/040/2004/. Recuperado el 12 de enero de 2011 de <http://www.amnesty.org/es/library/asset/AMR23/040/2004/es/ec8e59b4-d598-11dd-bb24-1fb85fe8fa05/amr230402004en.pdf>
- Anderson, H. (1997). Conversación, lenguaje y posibilidades: Un lenguaje postmoderno de la terapia. España: Ed Amorrortu.
- Arévalo, L. (2007). Arévalo, L. "Retos en el trabajo con familias en contextos violentos" (Cáp. 4) Familias, cambios y estrategias. En: Colombia ISBN: 978-958-701-798-4 ed: Centro de Estudios Sociales, CES, v.1, p.39-48.
- Arévalo, L. (2010). Atención y reparación psicosocial en contextos de violencia sociopolítica: una mirada reflexiva. Revista de Estudios Sociales No 36. Universidad de los Andes. Recuperado el 28 de noviembre de 2010, de <http://res.uniandes.edu.co/indexar.php?c=Revista+No+36>
- Asamblea General de la ONU. (16 de diciembre de 2005). Resolución 60/147 Washington: ONU.
- Baró, I. M. (1990). De la guerra sucia a la guerra psicológica: el caso de El Salvador. En I. M. Baró, Psicología social de la guerra: trauma y terapia. (págs. 22 - 25). San Salvador: UCA Editores.
- Baró, I. M. (1990). Patología Social de la guerra. En I. M. Baró, En Psicología social de la guerra: trauma y terapia. Ignacio Martín Baró. San Salvador, El Salvador: UCA.
- Baró, I. M. (1990). Patología Social de la guerra. En I. M. Baró, En Psicología social de la guerra: trauma y terapia. Ignacio Martín Baró. San Salvador, El Salvador: UCA.
- Becker, D., & Weyermann, B. (2006). Género, Transformación de Conflictos y enfoque psicosocial. Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación. Cosude. Recuperado el 30 de diciembre de 2010, de <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7394.pdf>
- Bello, M. (2009). Violencia Política en Colombia y Trabajo psicosocial: Aportes conceptuales y metodológicos. (C. Vínculos, Ed.) Acompañamiento Psicosocial en Contextos de Violencia Sociopolítica
- Beristain, C. M. (2008). Diálogos sobre la Reparación. Experiencias en el

- sistema interamericano de derechos humanos. (Vol. 2). San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Boscoso, L. & Bertrando, P (1996) Los Tiempos del Tiempo. Paidós Terapia Familiar.
 - Camilo, G (2001) Prevención del desgaste emocional en los defensores de derechos humanos. Factores protectores y de riesgo. Ponencia presentada en la VI conferencia internacional de Salud y Derechos Humanos. CAVTAT-Croacia. Recuperado el 30 de 12 de 2010, de HYPERLINK "<http://www.cintras.org/textos/reflexion/r29/prevenciondeldesgasteemocional.pdf>"
 - CEDETES, SDSV. (2003). Guía Metodológica. Para la Evaluación de Acciones de Promoción y Prevención Asociadas al PAB. . Santiago de Cali: SDSV.
 - Cifuentes, R. (2009). La investigación sobre género y conflicto armado. Recuperado el 18 de diciembre de 2010, de http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Eleuthera3_5.pdf
 - CINEP. (2001). Justicia y Paz, Panorama de Derechos Humanos y Violencia Política en Colombia, en Noche y Niebla. Bogotá
 - CINEP (SF). Marco conceptual. Banco de datos de derechos humanos y violencia. Recuperado el 29 de diciembre de 2010 de, www.nocheyniebla.org
 - CODHES. (27 de 01 de 2010). Boletín No 76 Codhes Informa. Boletín Informativo . Recuperado el 10 de enero de 2011, de [http://www.internal-displacement.org/8025708F004CE90B/\(httpDocuments\)/79784686ACBF6EA5C12576D6004460F5/\\$file/Codhes+2009.pdf](http://www.internal-displacement.org/8025708F004CE90B/(httpDocuments)/79784686ACBF6EA5C12576D6004460F5/$file/Codhes+2009.pdf)
 - Colectivo ANSUR (SF) Tejidos de protección. Pcslatin. Recuperado Diciembre 20 de 2010, de HYPERLINK "<http://www.pcslatin.org/drupal/files/LibroTejidos.pdf>"
 - Colombia, R d. (1991) Constitución Política de Colombia
 - Colombia, R. d. (2001). Ley 715.
 - Colombia, R. d. (2005). Ley 975.
 - Colombia, R. d. (2010). Ley 1381. que dicta normas sobre el fomento y protección de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia .
 - Colombia, R. d. (2011). Ley 1438. Bogotá.
 - Colombia, R. d. (Febrero de 2011). Proyecto de Ley. Bogotá.
 - Comisión Colombiana de Juristas (SF) Colombia: 2002- 2006: Situación de derechos humanos y derecho humanitario. terra. Recuperado el 10 de enero de 2011 de HYPERLINK "http://www.terra.com.co/elecciones_2010/docs/pdf/violaciones_dh_2002_2006_espanol_ccj.pdf"
 - http://www.terra.com.co/elecciones_2010/docs/pdf/violaciones_dh_2002_2006_espanol_ccj.pdf

- Corte Constitucional de Colombia. (10 de enero de 2010). Corte Constitucional de Colombia. Recuperado el 10 de enero de 2011, de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/T-045-10.htm>
- Corte Constitucional. (2008) Sentencia T- 722, MP Nilson Pinilla Pinilla.
- Corte Constitucional. (2010) Sentencia T-045.
- Díaz, D., & Madarriaga, C. (1993). Tercero Ausente y Familias con Detenidos Desaparecidos. Santiago, Chile: Serie Monografías, N° 10 Cintras. Recuperado: <http://www.cintras.org/textos/monografias/monografia10.pdf> HYPERLINK
- Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial. (2004). Manual del promotor de Salud Mental Comunitaria. ecapguatemala. Recuperado el 15 de diciembre de 2010, de <http://www.ecapguatemala.org/img/pdf/manuales/04ManualdelPromotores.pdf>
- Federacion internacional de Trabajo Psicosocial. (SF). Federacion internacional de Trabajo Psicosocial. Recuperado el 10 de diciembre de 2010, de <http://mildpdf.com/search-sample-psychosocial-rehab.html>
- Gallapatti, A. (2003). What is a Psychosocial Intervention? Mapping the Field in Sri Lanka. Recuperado el 31 de diciembre de 2010, de www.themastering.com/www_edit/upload/cades/courses/060228/psychological%20interventions.pdf
- Goolishian, H y Anderson, H (1994). Narrativa y self en Schnitman D. Nuevos Paradigmas Cultura y Subjetividad. Buenos Aires: Paidós..
- Guajardo, A. (SF). Recuperado el 28 de diciembre de 2010, de <http://www.redsalud-ddhh.org/libros/ibropaisajesdeldolor/SM%20y%20reparacion.PDF>
- INDES. (2003). Convirtiendo el Mostruo en aliado: La Evaluación como Herramienta de la Gerencia Social. Serie de Documentos de Trabajo. Washington: INDES.
- IASC. (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial. Ginebra: IASC.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology* , 668-677.
- Lira, E. Becker, D. & Castillo M.I. (1989). Memoria y Resistencia. Recuperado el 19 de diciembre de 2010, de http://www.pparg.org/pparg/documentos/represion/tortura/_b/contentFiles/Lira_E_-_Psicoterapia_de_victimas_de_represion_politica.pdf
- Llanos., A. M. Arón & M.T. (2006). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 20 (1) , 5 - 15.
- Madariaga, C. (2006). Retraumatización: hacia una conceptualización necesaria Cintras. Recuperado el 8 de enero de 2010, de <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r32/retraumatizacion.pdf>

- Madariaga, C. (SF). Tortura y trauma psicosocial. Cintras. Recuperado el 8 de enero de 2010, de <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r27/torturaytraumapsicosocial.pdf>
- Martín-Beristain, C. (2010) Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos. España: Edita Hegoa.
- Martín-Berinstain, C. (1999). Reconstruir el Tejido Social. Un Enfoque Crítico de la Ayuda Humanitaria (segunda edición ed.). Barcelona: Icaria.
- Martínez, E. (2009). Afectación emocional de los agentes sociales y herramientas para su cuidado emocional. En C. Vínculos, Acompañamiento psicosocial en contextos de violencia sociopolítica (pág. 107). Bogotá: ARFO Editores e Impresiones Ltda.
- Maturana, H (1997). Emociones, lenguaje en educación y política. Chile: Dolmen. 9 Edición
- Meertens, D. (2002). Encrucijadas Urbanas. Población Desplazada en Bogotá y Soacha: una mirada diferenciada por Género, Edad y Etnia. Bogotá: Grafiq.
- Menacho Chiok, L. (SF). Indicadores de Género Propuestos para Proyectos Sociales. Recuperado el 9 de mayo de 2008, de www.gestiopolis.com
- Meredith, V. (2009). Victim identity and respect for human dignity: a terminological analysis. ICRC. Resource Center. Recuperado el 1 de enero 2011, de <http://www.icrc.org/eng/assets/files/other/irrc-874-meredith.pdf>
- Mesa de trabajo Mujer y conflicto armado. (2006). VI Informe sobre violencia sociopolítica contra mujeres, jóvenes y niñas en Colombia. Informe de seguimiento a las recomendaciones emitidas por la relatora especial de las Naciones Unidas sobre Violencia contra la Mujer, sus causas y consecuencias. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social. (2004). Lineamientos de Atención Picosocial. Documento sin publicar.
- Naciones Unidas (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A/RES/2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. [cinu.org](http://www.cinu.org). Recuperada 10 de enero de 2011 de, HYPERLINK "<http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>"
- OEA. (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). [oas.org](http://www.oas.org). Recuperada el 3 de enero de 2011. de, HYPERLINK "<http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/b-32.html>"
- OEA/Ser.L/V/II. (2006). Doc. 67 Informe: "Las Mujeres frente a la violencia y la discriminación derivadas del conflicto armado en Colombia". Recuperado el 28 de diciembre de 2010, de <http://www.cidh.oas.org/countryrep/colombiamujeres06sp/informe%20mujeres%20colombia%202006%20espanol.pdf>

- OPS. (2007). La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de Posición de la OPS/OMS. Recuperado el 18 de enero de 2011, de http://www.cisas.org.ni/files/APS_spa.pdf
- Perez-Sales, P. (2008). Trabajo Psicosocial en catastrofes. Grupo de Acción Comunitaria. Recuperado el 10 de diciembre de 2010, de http://www.psicosocial.net/es/component/docman/doc_details/169-trabajo-psicosocial-en-catastrofes
- Pérez-Sales, P. (2010). Salud Mental en Situaciones de Violencia Política y Catástrofes. Conceptos y Herramientas base. Psicosocial.net. Recuperado el 10 de enero de 2011, de http://www.psicosocial.net/es/centro-de-documentacion/doc_details/556-salud-mental-en-situaciones-de-violencia-politica-y-catastrofes-conceptos-y-herramientas-base
- Pérez-Sales, P. (1999). Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política. Es ex Libros. Madrid
- Pérez-Sales (2006). Trauma, culpa, duelo. Ed Desclee de brower. Bilbao.
- Pearce, B. (1994) Nuevos Modelos y Metáforas Comunicacionales: El Pasaje de la Teoría a la Praxis, del Objetivismo al Construccinismo Social y de la Representación a la Reflexividad. En: fried, D. (Comp.) Nuevos Paradigmas Cultura y Subjetividad. Argentina: Paidós. P:259- 284
- Procuraduría General de la Nación y Centro Internacional para la Justicia Transicional. (2009). Valoración de los programas oficiales de atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado interno en Colombia. Recuperado el 5 de diciembre de 2010, de <http://www.ictj.org/images/content/1/3/1380.pdf>
- Rodríguez, J, De la Torre A & Miranda C (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. Biomédica 22:337-46.
- Scapusio, M. (SF). Cintras. Recuperado el 8 de Diciembre de 2010, de <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r32/transgeneracional.pdf>
- Sluzki C. (1995) Violencia familiar y violencia política. Implicaciones terapéuticas de un modelo general. en: Fried D. (1995) Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires: Paidos.
- Tomm, K (1987), Entrevista circular: una herramienta clínica multifacético. Family Process, Vol.26. No. 1. Marzo de 1987
- Uprimny, R y Guarnizo D. (2008) El derecho a la salud. Bogotá: Procuraduría General de la Nación y Dejusticia.
- Valiña, L. (2006). Pronunciamientos. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Recuperado el 5 de enero de 2011, de <http://www.hchr.org.co/publico/pronunciamientos/ponencias/imprimir.php3?texto=po0692>.
- Vínculos C. (2004) . El Calideoscopio: Múltiples paisajes, Múltiples rutas, herramienta de exploración y conocimiento. En: Módulos para el acompañamiento Psicosocial de niños, niñas y adolescentes desvinculados (2004). Bogotá: ICBF.

- Vínculos, C. (2009). Acompañamiento psicosocial en contextos de violencia sociopolítica. Bogotá: Terre des hommes.
- Vínculos, C. (2010). Programa para la atención en salud con enfoque psicosocial para víctimas de las sentencias de Pueblo bello e Ituango. Bogotá.