

# Programa

## de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado

DOCUMENTO MARCO



**Programa**  
**de Atención Psicosocial y Salud Integral**  
**a Víctimas del Conflicto Armado**

---

**PAPSIVI**

DOCUMENTO MARCO

Oficina de Promoción Social

Bogotá, 2017



**MINSALUD**

---

Alejandro Gaviria Uribe  
**Ministro de Salud y Protección Social**

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

Carmen Eugenia Dávila Guerrero  
**Viceministra de Protección Social**

Gerardo Lubín Burgos Bernal  
**Secretario General**

Juan Pablo Corredor Pongutá  
**Jefe de la Oficina de Promoción Social**

ALEJANDRO CEPEDA PÉREZ  
Coordinador Grupo Asistencia y Reparación  
a Víctimas del Conflicto Armado

### Equipo técnico

### Grupo de Asistencia y Reparación a Víctimas del Conflicto Armado

Diana Milena Aguas Meza  
Andrés Bastidas Beltrán  
Déborah Johanna Manrique Pérez  
Hernando Millán Motta  
Luz Adriana Narváez Patiño  
Hunzahua Tinansuca Vargas Salamanca  
Maritza Yaneth Villarreal Duarte  
Diana Faride Rivera Murillo  
Karina Paola Ballén Granados  
Diana Casadiego Gómez  
Catalina García Ante  
Zulma Janneth López Cubides  
Constanza Clavijo Velasco  
Pedro Alexis Rodríguez Quiroz  
Marcela Santos Navas  
Cristina Buitrago Higuera  
Guillermo Cruz Aristizábal

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

ISBN: 978-958-5401-42-6



# Agradecimientos especiales

La consolidación de este trabajo ha sido posible gracias al apoyo de distintas instituciones que contribuyeron con su esfuerzo, conocimiento técnico y presencia constante en los territorios.

El Ministerio de Salud y Protección Social agradece especialmente los aportes de las víctimas del conflicto armado que, desde diferentes escenarios, principalmente las mesas de participación efectiva, han aportado desde el año 2013 a la construcción, desarrollo y consolidación de los procesos a nivel territorial.

Asimismo a los equipos territoriales de atención psicosocial. Su participación activa y permanente le dio sentido y contenido a los desarrollos conceptuales, metodológicos y operativos consolidados en los presentes documentos.

A las Secretarías departamentales, municipales y distritales de salud. Gracias a su compromiso y gestión institucional con la rehabilitación de las víctimas del conflicto armado colombiano, ha sido posible llegar cada año de una mejor manera a más lugares del país.

# CONTENIDO

INTRODUCCIÓN ..... 7

## 1. MARCO NORMATIVO ..... 8

- 1.1. Obligaciones del estado Colombiano frente a las violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario ..... 8
- 1.2. Competencias del Sector Salud en las medidas de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas del conflicto armado ..... 9
- 1.3. Víctimas del conflicto armado en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS..... 11

## 2. ALCANCE Y POBLACIÓN SUJETO DE ATENCIÓN ..... 13

- 2.1. Sobre la Medida de Rehabilitación y el Programa de Atención Psicosocial ..... 13

## 3. COMPONENTES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVI..... 16

- 3.1. Componente de Atención Psicosocial – Estrategia de Atención Psicosocial..... 17
- 3.2. Componente de Atención Integral en Salud - Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial. .... 18

## 4. OBJETIVOS DEL PAPSIVI..... 20

- 4.1. Objetivo general.....20
- 4.2. Objetivos específicos.....20

## 5. PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO .... 21

## 6. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DEL PAPSIVI .....22

6.1. Enfoques de la atención psicosocial y la salud integral.....	22
6.1.1. Enfoque de Derechos Humanos.....	23
6.1.2. Enfoque Psicosocial.....	25
6.1.3. Enfoque de curso de vida.....	27
6.1.4. Enfoque Diferencial.....	28
6.1.5. Enfoque Transformador.....	30
6.1.6. Enfoque de Acción sin Daño y las Acciones Afirmativas.....	31
6.2. Dominios en la atención psicosocial y en la salud integral.....	32
6.2.1. Dominio Ontológico.....	33
6.2.2. Dominio Epistemológico.....	37
6.2.3. Dominio Ético-político.....	38
6.2.4. Dominio Metodológico.....	39
6.3. Daños generados por el conflicto armado en Colombia.....	40
6.3.1. Tipologías del Daño.....	41
6.3.1.1. Tipología del daño desde la perspectiva Jurídica.....	41
6.3.1.2. Tipología del daño desde una perspectiva psicosocial.....	46
6.3.1.3. Tipología del daño desde una perspectiva de Memoria Histórica.....	47
6.3.1.4. Tipología del daño desde la perspectiva de Rehabilitación del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la Reparación Integral a Víctimas del conflicto armado.....	49
6.4. El principio de interseccionalidad en el abordaje del daño.....	54

## 7. ESTRATEGIAS TRANSVERSALES .....56

7.1. Formación y cuidado de talento humano.....	56
7.1.1. Formación del talento humano.....	56
7.1.2. Cuidado emocional del talento humano.....	58
7.2. Participación efectiva de las víctimas en el proceso de construcción conjunto del Programa.....	59
7.3. Seguimiento y Monitoreo del Papsivi.....	62
7.4. Coordinación y articulación Nación-Territorio.....	65
7.4.1. Espacios de Coordinación Nacional.....	66
7.4.2. Espacios de Coordinación Nación - Territorial.....	66
7.4.3. Espacios de Coordinación Territorial.....	67

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 69

# introducción

El presente documento los y las invita a conocer los Lineamientos Generales del **Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado - Papsivi**. Aquí se describe el marco normativo, su alcance y la población sujeto de atención, sus objetivos y principios, sus componentes, los fundamentos conceptuales y las estrategias transversales que conforman el programa. Contiene dos apartados principales: por un lado, se realiza el despliegue normativo que se da cuenta de las medidas de asistencia, atención y reparación a las víctimas del conflicto armado por parte del Estado colombiano, y las competencias propias del sector salud en el marco de la Política de Asistencia, Atención y Reparación Integral a las Víctimas del conflicto armado en Colombia.

Es importante señalar que el **Documento Marco del Papsivi** se construyó a partir de la revisión sistemática de productos que han sido elaborados en los últimos años en el campo de la atención psicosocial y la salud integral, en Colombia y Latinoamérica, así como de la experiencia acumulada en cinco años de implementación del programa. Para su formulación, desde el año 2015 se ha contado con el trabajo de equipos especializados en estos dos temas, permitiendo la consulta a expertos del acompañamiento psicosocial, funcionarios públicos, profesionales psicosociales, profesionales de la salud y organizaciones de grupos étnicos, sobre la consistencia y la pertinencia interna del material.

Finalmente, en el año 2017, el equipo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social consolidó la segunda versión del Documento Marco del Papsivi, el cual se pone a disposición de los equipos interdisciplinarios que brindarán la atención psicosocial y la atención a la salud integral de las víctimas del conflicto armado colombiano, sus familias, comunidades y colectivos étnicos, así como a la sociedad civil, las instituciones académicas, las instituciones de los diferentes niveles de Gobierno y la comunidad internacional. Lo anterior, atendiendo lo establecido en la Ley 1448 de 2011, los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011 y sus decretos reglamentarios.

# 1. MARCO NORMATIVO

## 1.1. Obligaciones del Estado colombiano frente a las violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario

---



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

Este deber de reparar también tiene el propósito de restablecer la dignidad de las víctimas y garantizar que los mismos hechos de violencia no vuelvan a ocurrir, lo cual ya venía siendo mencionado en diferentes sentencias de organismos nacionales e internacionales como la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), que señala la responsabilidad del Estado colombiano frente a diferentes crímenes graves ocurridos en el país y su obligación de reconocer los derechos de las víctimas a la Verdad, la Justicia y la Reparación Integral.

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

Sin duda, el marco normativo orientado a la población víctima del desplazamiento forzado, en respuesta al estado de cosas inconstitucional declarado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-025 de 2004 y sus autos de seguimiento\*, cuyo objetivo es encaminar esfuerzos hacia el Goce Efectivo de Derechos, ha sido fundamental en la definición de programas y estrategias que respondan a las medidas de atención y asistencia del universo de víctimas definido en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 y los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011, que se amplía al considerar víctimas de Graves Violaciones a los DDHH e Infracciones al DIH entre

las que se encuentran hechos victimizantes como homicidio, desaparición forzada, desplazamiento forzado, violencia sexual, reclutamiento ilícito, tortura, entre otros.

Sin embargo, es en la Ley 1448 de 2011, los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011 y sus decretos reglamentarios 4800 y 4829 de 2011 donde se avanza en el reconocimiento del derecho a la reparación, al incluir medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, manteniendo en el Estado colombiano la responsabilidad de garantizar que esta reparación sea satisfecha de manera integral (Ley 1448, 2011).

## 1.2. Competencias del Sector Salud en las medidas de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas del conflicto armado

---

Como bien se señaló previamente, la CIDH se ha referido en diferentes sentencias a la importancia de brindar atención médica y psicológica como una medida para reducir los padecimientos físicos y psicológicos que la violencia ha generado en las víctimas y sus familiares. Esta orden se encuentra explícita en las sentencias de los casos 19 Comerciantes, Gutiérrez Soler, Masacre de Mapiripán, Pueblo Bello, Ituango, La Rochela y Valle Jaramillo, entre otras.

Por su parte, en la Sentencia T-045 de 2010, como respuesta a la acción de tutela instaurada por la Comisión Colombiana de

Juristas en representación de cuatro víctimas de la Masacre de El Salado (Carmen de Bolívar), la Corte Constitucional ordena que el entonces Ministerio de Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), "(...) diseñe e implemente los protocolos, programas y políticas necesarias de atención en salud que respondan a las necesidades particulares de las víctimas del conflicto armado, sus familias y comunidades, especialmente en lo referido a la recuperación de los impactos psicosociales, producidos por su exposición a eventos traumáticos desencadenados por la violencia sociopolítica en el país" (Corte Constitucional, Sent. T-045, 2010).

---

\* Auto 092 de 2008, Auto 237 de 2008, Auto 251 de 2008, Auto 004 de 2009, Auto 382 de 2010, Auto 005 de 2009, Auto 384 de 2010, Auto 174 de 2011, Auto 006 de 2009, Auto 052 de 2008, Auto 007 de 2009, Auto 008 de 2009, Auto 314 de 2009, Auto 383 de 2009, Auto 116 de 2009.

Igualmente, los Tribunales de Justicia y Paz, creados en el marco de la Ley 975 de 2005 reformada por la Ley 1592 de 2012, han expedido diferentes sentencias que exhortan al MSPS a brindar atención integral en salud (física y mental) y atención psicosocial a las víctimas acreditadas en los procesos judiciales adelantados contra miembros de grupos armados ilegales, como por ejemplo los relacionados en las sentencias de Mampuján, El Iguano, Vencedores de Arauca, Bloque Central Bolívar, Bloque Catatumbo, entre otras.

En este mismo sentido, la Ley 1448 de 2011 y los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011 definen las medidas de rehabilitación como el "(...) conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas (...)" (Ley 1448, 2011, arts. 135 y 137; decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011, arts. 79 y 83). Por tanto, confieren la competencia al MSPS en la creación **del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado - Papsivi**. Así mismo, en el marco de los decretos con fuerza de ley se ordenan Módulos étnicos para el pueblo gitano y las comunidades afrodescendientes, definiéndolos como "(...) el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial; los cuales podrán desarrollarse a nivel individual o colectivo y en todos los casos estarán orientadas a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante" (Ley 1448, 2011, arts. 164, 165 y 166; decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011, arts. 83 y 88).

En esteesentido, el Papsivi responde a la medida de asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial, en el marco de la reparación integral, y se implementa de conformidad con los lineamientos expedidos por el MSPS, de acuerdo a las disposiciones que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Consta de dos componentes: la Atención Psicosocial y la Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial y enfoque diferencial, para lo cual el MSPS ha diseñado respectivamente la Estrategia de Atención Psicosocial y el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial (Unidad de Víctimas, Decreto 4800, 2011, art. 88), cuya descripción sucinta se encuentra en el tercer apartado del presente documento y su presentación exhaustiva, en los volúmenes anexos.

Es así como el Estado colombiano viene implementando el Papsivi, con el propósito de garantizar la medida de asistencia en salud y la rehabilitación física, mental y psicosocial a las víctimas de graves violaciones a los DDHH e infracciones al DIH, Su formulación se ha basado en el daño a la salud física, mental y psicosocial que el conflicto armado en Colombia ha generado en las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos. Para ello, ha retomado la sentencia que al respecto ha sido formulada por el Consejo de Estado al considerar el daño a la salud como una categoría autónoma que permite determinar "la afectación corporal o psicofísica... relativa a los aspectos o componentes funcionales, biológicos y psíquicos del ser humano" (Consejo de Estado, 2014).

Por último, es importante mencionar que la implementación de los acuerdos para la terminación del conflicto armado en Colombia crea el Sistema Integrado de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición, que requiere la respuesta del sector salud

en acciones de su entera competencia, como lo relacionado con las medidas de recuperación emocional a nivel individual y

el plan de rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición (Oficina del Alto Comisionado para la Paz, 1016).

### 1.3. Víctimas del conflicto armado en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS

---

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (Ministerio de Salud, 2016) fue definida a partir de la Ley 100 de 1993, que establece el objeto del Sistema de Seguridad Social Integral; la Ley 1122 de 2007, que plantea ajustes al SGSSS; la Ley 1438 de 2011, que propone un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud; la Ley 1751 de 2015, que garantiza el derecho fundamental a la salud, y la Ley 1753 de 2015, que plantea reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes para asegurar el acceso a los servicios de salud, educación y vivienda para toda la población.

En este sentido, la PAIS tiene como objetivo la generación de mejores condiciones de salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. Además, contiene cuatro estrategias que permiten transformar el modelo institucional de la Ley 100 de 1993 a los objetivos de un sistema de salud centrado en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario: Atención Primaria en Salud, Cuidado, Gestión Integral del Riesgo en Salud y Enfoque Diferencial de Territorios y Poblaciones.

Asimismo, la PAIS adapta el Modelo Integral de Atención en Salud a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles, así:

- a. La diferenciación poblacional incluye:
  - La vulnerabilidad: entendida como la baja capacidad de los individuos, grupos, hogares y comunidades para prever, resistir, enfrentar y recuperarse del impacto de eventos de origen interno o externo, que inciden en las necesidades, capacidades, problemáticas y potencialidades de la población. La vulnerabilidad puede originarse ante situaciones de desplazamiento forzado o victimización por el conflicto armado.
  - El fortalecimiento de potencialidades de personas y grupos específicos como las víctimas y desmovilizados.
- b. La diferenciación territorial incluye:
  - La aplicación del modelo integral de atención debe adaptarse a las condiciones de la población y del territorio y su contexto. Por ejemplo, tener en cuenta las necesidades del conflicto armado y la vulnerabilidad económica y social en que se encuentran las víctimas de dicho conflicto.

En cuanto al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a), que se basa en el enfoque de derechos, diferencial y poblacional, contiene ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales que hacen referencia a aspectos o situaciones relacionados con el bienestar, el desarrollo humano y la calidad de vida, y que por su importancia se deben intervenir, preservar y mejorar para garantizar la salud y el bienestar de todas y todos los colombianos.

La Dimensión Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables contiene políticas que garantizan el derecho al reconocimiento de las diferencias sociales para garantizar y mejorar el acceso a la salud de poblaciones vulnerables. Dentro de sus componentes se encuentra el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes; envejecimiento y vejez; salud y género; salud en poblaciones étnicas; discapacidad, y víctimas del conflicto armado interno.

## 2. ALCANCE Y POBLACIÓN SUJETO DE ATENCIÓN

### 2.1. Sobre la Medida de Rehabilitación y el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas

Como se mencionó en el apartado anterior, las sistemáticas violaciones a los DDHH y las graves violaciones al DIH han generado en las personas, las familias, las comunidades y los colectivos étnicos daños psicosociales, así como en su salud física y mental. Por ello, el Derecho Internacional otorga a las víctimas el derecho a interponer recursos y obtener reparaciones, lo que a su vez se constituye en una obligación de los Estados involucrados a diseñar mecanismos de acceso a la Verdad, la Justicia y la Reparación. Algunos Estados han construido diferentes procesos que conllevan, bien a obtener Reparaciones o bien a obtener Verdad y Justicia, aunque en algunos casos se privilegien más unos que otros de estos derechos.

El derecho a la reparación contiene dos niveles de integralidad: uno externo, que logra configurarse con el acceso a Verdad, Justicia y Reparación, y otro interno, que se compone de medidas como indemnización, restitución, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, 2005). No obstante, en algunos Estados la rehabilitación ha sido concebida e implementada desde diferentes posturas; algunas de ellas, incluso, no asumen la rehabilitación como parte del proceso de reparación y en otras se reconoce como una de las cinco medidas que componen su integralidad interna.

Desde el contexto internacional, la CIDH, en el caso de "19 Comerciantes Vs Colombia"

(CIDH, 2004), ordenó por primera vez atención médica a los parientes cercanos de los hombres ejecutados arbitrariamente, bajo el título de "otra forma de reparación" y no bajo el título de "daño material o moral", como lo había hecho tradicionalmente. En este sentido, la Corte solicitó, entre otras formas de reparación, "la provisión de servicios de salud, incluidos los programas de apoyo psicosocial para los familiares afectados por la desaparición, conforme a sus necesidades y la opinión de profesionales capacitados en el tratamiento de los efectos de la violencia y la desaparición forzada" (CIDH, 2004). Si bien en este caso la Corte no muestra las medidas de rehabilitación como una categoría independiente dentro de las medidas de reparación, sí las desliga de las medidas indemnizatorias.

Por su parte, el Estado de Guatemala incluyó en su Programa Nacional de Resarcimiento las medidas de rehabilitación y reparación psicosocial que incluyen la atención médica y en salud mental comunitaria, así como la prestación de servicios jurídicos y sociales. Entretanto, el Estado de Chile creó el Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS) como:

una forma de dar respuesta a los compromisos asumidos por el Estado con las víctimas de las violaciones a los derechos humanos. Las personas que

hacen parte de este programa tienen derecho a la gratuidad de las prestaciones médicas que se otorgan en los establecimientos de salud de la red asistencial. Sus acciones están encaminadas a mejorar la calidad de vida de las personas, tratar las patologías en salud física y mental, y disminuir la prevalencia de las consecuencias en salud física y mental derivadas de los hechos en los que fueron vulnerados sus derechos humanos.

Desde el contexto nacional, la Sentencia T-025 de 2004, emitida por la Corte Constitucional, reconoce:

(...) la condición de extrema vulnerabilidad de la población desplazada, no solo por el hecho mismo del desplazamiento, sino también porque en la mayor parte de los casos se trata de personas especialmente protegidas por la Constitución —tales como mujeres cabeza de familia, menores de edad, minorías étnicas y personas de la tercera edad—. (Corte Constitucional, Sent. T-025, 2004).

Así, la Corte declara estas vulneraciones masivas de derechos contra la población desplazada como un “estado de cosas inconstitucional”, ordenando al Estado garantizar un trato preferente a esta población, que permita la protección efectiva de sus derechos y la atención pronta de sus necesidades.

En el marco de la Justicia Transicional, Colombia emitió la Ley 975 de 2005, cuyo artículo 8° reconoce la integralidad interna

del Derecho a la Reparación a las Víctimas, enunciando como categorías independientes pero complementarias la indemnización, restitución, satisfacción, rehabilitación y garantías de no repetición:

**Derecho a la reparación.** El derecho de las víctimas a la reparación comprende las acciones que propendan por la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción; y las garantías de no repetición de las conductas... La rehabilitación consiste en realizar las acciones tendientes a la recuperación de las víctimas que sufren traumas físicos y psicológicos como consecuencia del delito... (Ley 975, 2005, art. 8°).

Asimismo, la Corte Constitucional profirió en el año 2010 la Sentencia T-045, marcando un hito jurídico en el reconocimiento del enfoque psicosocial, la atención psicosocial y la atención en salud mental a las víctimas del conflicto armado, por cuanto resalta que las particularidades del sufrimiento de las víctimas dependen del contexto social y cultural de las personas, familias, comunidades y colectivos étnicos, dado que “(...) la vivencia de los hechos violentos genera fuertes impactos en la subjetividad de las personas, afecta los marcos de referencia (creencias) respecto a sí mismas y su estar en el mundo y en la constitución organizativa y simbólica de las comunidades a las que pertenecen” (Corte Constitucional, Sent. T-045, 2010).

Con base en lo anterior, la Corte ordenó al MSPS el diseño e implementación de programas y políticas que permitan la recuperación de las afectaciones físicas y psicológicas causadas a las víctimas del conflicto.

Con la formulación de la Política de Atención, Asistencia y Reparación a las víctimas del conflicto armado, mediante la expedición de la Ley 1448 de 2011 y los decretos con fuerza de Ley 4634 y 4635 de 2011, Colombia crea un mecanismo administrativo de Reparación que complementa los mecanismos judiciales de Reparación que se venían implementando por órdenes nacionales e internacionales. Este marco legal continúa asumiendo las medidas de rehabilitación como una categoría que, si bien complementa los demás tipos de medidas, adquiere un nivel de independencia con propósitos específicos.

Por otro lado, a través de los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011 (Ministerio del Interior, 2011a y b) se definió la Rehabilitación, teniendo en cuenta aspectos socioculturales específicos tanto del pueblo rrom o gitano como de las comunidades afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras. En este sentido, los mencionados decretos en sus artículos 79 y 83, respectivamente, establecieron que la medida de Rehabilitación para estos dos grupos étnicos, además de dirigir acciones para el restablecimiento de sus condiciones físicas y psicosociales, debe contener acciones dirigidas a restablecer la autonomía individual y colectiva de las víctimas gitanas, afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras que fueron afectadas en el marco del conflicto armado.

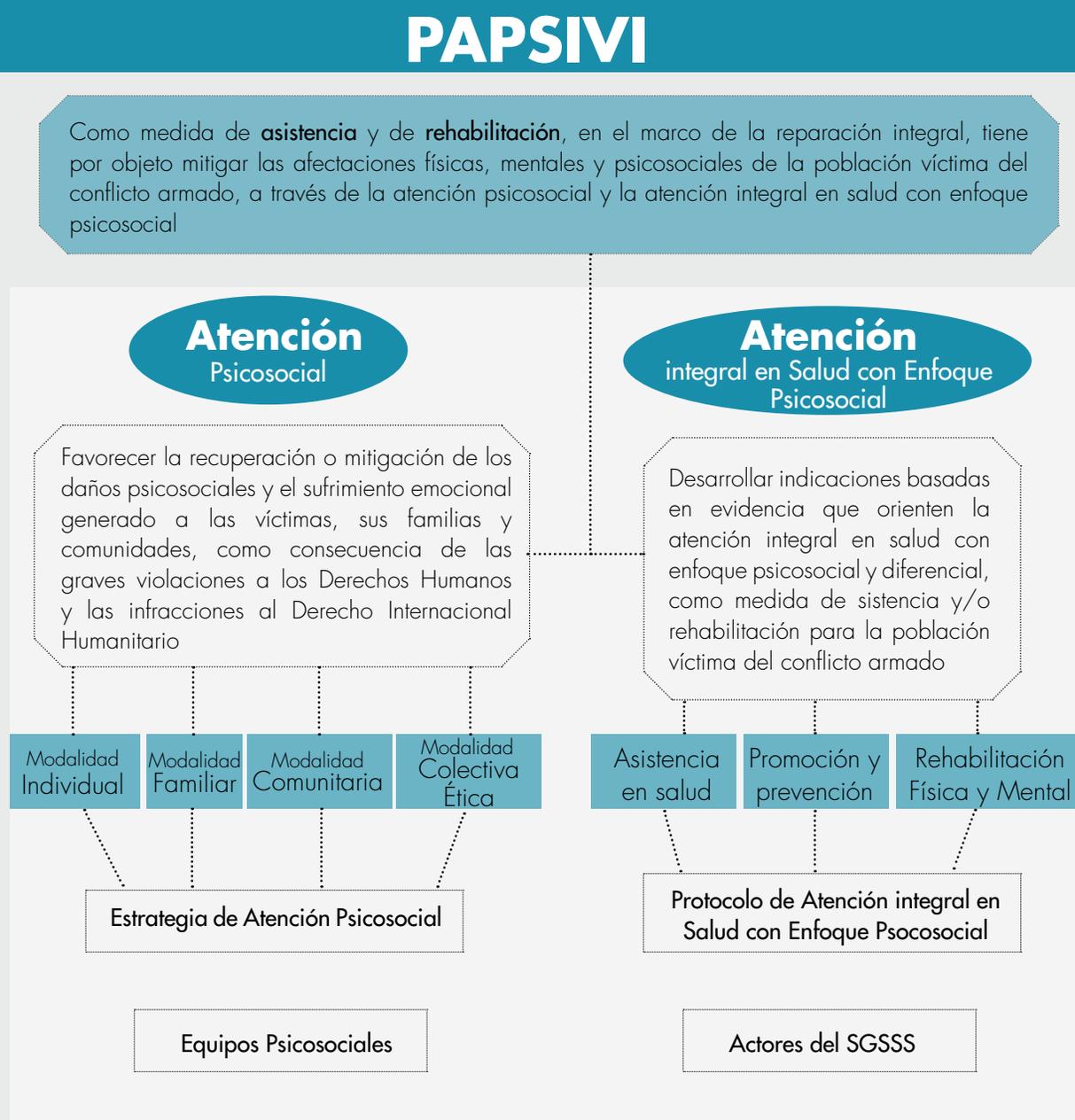
Estas normas ordenaron al MSPS el diseño, implementación, seguimiento y monitoreo del Papsivi, considerando particularidades culturales para el pueblo gitano y las comunidades afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras, para quienes deberá desarrollarse un módulo étnico especial (Ley 1448, 2011; Ministerio del Interior, 2011a y b).

Bajo este panorama, las disposiciones del Papsivi son de obligatorio cumplimiento y deberán ser aplicadas por parte de las Entidades Territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) o las que hagan sus veces, entendidas estas como las enunciadas en el numeral 121.1 del artículo 121 de la ley 1438 de 2011 o la norma que la modifique o sustituya, y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

El Papsivi brinda atención integral en salud y atención psicosocial a las víctimas que se encuentran incluidas en el Registro Único de Víctimas (RUV), contemplado en el Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1084 de 2015. De igual modo lo hará frente a las personas cuyos derechos a la atención o rehabilitación en salud hayan sido reconocidos o protegidos en decisiones administrativas o en medidas cautelares, sentencias u cualquier otra decisión judicial de carácter nacional e internacional.

### 3. COMPONENTES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS - PAPSIVI

Una vez descritos los alcances y los sujetos de la atención que define el Papsivi, en el presente apartado se realiza una presentación sucinta de sus dos componentes:



### 3.1. Componente de Atención Psicosocial - Estrategia de Atención Psicosocial

---

La atención psicosocial, como medida de rehabilitación que contribuye a la reparación integral de las víctimas del conflicto armado, se entiende como el conjunto de procesos articulados de servicios cuyo objetivo es favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

Comprende las modalidades de atención individual, familiar, comunitaria y colectiva étnica, en consonancia con la configuración del daño psicosocial que el conflicto armado ha generado en las víctimas y que tiene no solamente expresiones individuales, sino también familiares, comunitarias, colectivas y diferenciales. Los fundamentos conceptuales y profundizaciones metodológicas para la atención psicosocial se encuentran en la Estrategia de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social, anexa al presente documento.

La atención psicosocial en el marco del Papsivi tiene definidos los siguientes momentos para el abordaje de las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos que aplican en las diferentes modalidades de atención:

- Alistamiento y análisis de contexto. Da cuenta de las particularidades del territorio, incluida la comprensión de las características y manifestaciones del conflicto armado.
- Focalización y priorización de la población víctima incluida en el Registro Único de Víctimas y en decisiones administrativas, medidas cautelares, sentencias y decisiones judiciales de carácter nacional e internacional.
- Acercamiento y reconocimiento. Momento de abordaje de la víctima, su familia, comunidad o colectivo étnico, en el que se comprende la forma como se han visto afectados por el conflicto armado y la manera como lo han afrontado.
- Inicio de planes de trabajo concertados. Comprende el desarrollo de sesiones de atención en las modalidades individual, familiar y comunitaria, acorde a las orientaciones metodológicas y la periodicidad definida.
- Valoración de continuidad o cierre/seguimiento del proceso de atención, acorde a los objetivos inicialmente planteados.

La atención psicosocial es realizada por equipos conformados por profesionales en ciencias humanas, ciencias sociales, ciencias de la salud y promotores psicosociales, quienes son víctimas del conflicto armado reconocidas por su experiencia de trabajo en comunidades vulnerables. Los equipos cuentan con entrenamiento y experiencia específica en atención psicosocial a víctimas del conflicto armado. Su labor está orientada por las líneas técnicas y metodológicas de la Estrategia de Atención Psicosocial del Papsivi, con el fin de que los procesos se adecúen a las necesidades de las personas,

familias, comunidades y colectivos étnicos que han sido víctimas del conflicto armado en Colombia.

En la modalidad colectiva étnica para el pueblo gitano y las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, la atención psicosocial se encuentra establecida en los módulos étnicos del Papsivi, los cuales comprenden el impacto colectivo sobre las estructuras tradicionales, socioeconómicas, culturales y organizativas de dichos grupos étnicos.

La atención psicosocial del Papsivi considera aspectos contextuales como las condicio-

nes históricas, territoriales y sociales para conocer y analizar los hechos de violencia, a fin de comprender la situación de las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos. Por lo tanto, esta lectura es cuidadosamente abordada dadas las implicaciones emocionales, sociales, culturales y políticas que tiene el quehacer de los y las profesionales, tanto para las personas víctimas como para la sociedad en su conjunto, pues su objetivo final es contribuir a reparar el daño psicosocial generado por el conflicto armado en la población y colocar los cimientos de una nueva relación que dignifique a las víctimas e inicie una nueva etapa de reparación por lo vivido.

### 3.2. Componente de Atención Integral en Salud - Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial

Este componente comprende, como se mencionó anteriormente, la totalidad de actividades y procedimientos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, tendientes a satisfacer las necesidades de salud física y mental de la población víctima. El Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial para las víctimas del conflicto armado entenderá la integralidad en la atención según las orientaciones dadas por la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) y en su Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), según lo descrito en la Resolución 429 de febrero de 2016 (CIDH, 2004), comprendiendo la igualdad en el trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y de la enfermedad (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, 2005). Para ello, las Entidades Te-

ritoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desarrollarán actividades que buscarán satisfacer las necesidades de salud de la población víctima.

Así mismo, la atención integral en salud a las personas víctimas da continuidad a la atención en salud iniciada en la medida de asistencia y desarrolla acciones de rehabilitación en la salud física y mental. Contempla los principios del SGSSS, consagrados en el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, y los principios de atención a víctimas señalados en el Papsivi.

En la implementación de las acciones de atención integral en salud a las personas víctimas del conflicto armado concurrirán diferentes actores (Direcciones Territoriales

de Salud - DTS, Entidades Administradoras del Plan de Beneficios - EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, entre otros), quienes en forma coordinada brindarán la atención, teniendo en cuenta el daño causado por el conflicto armado en las víctimas, de manera preferente y diferenciada, y haciendo énfasis en el efecto reparador que deben tener todas las atenciones en salud, como se especifica en el Papsivi.

La atención integral en salud de las víctimas del conflicto armado comprende: i) la asistencia en salud y ii) la rehabilitación en salud mental y física.

Con el objetivo de implementar un proceso de atención en salud integral desde un enfoque psicosocial y que garantice el desarrollarlo de mecanismos para mitigar los daños ocasionados por la violación de sus derechos y transforme sus condiciones de salud, se desarrolló el Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 88 del Decreto 4800 de 2011 (Unidad de Víctimas, 2011).

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

El Protocolo está dirigido a profesionales de la salud en medicina, enfermería, psi-

cología, terapia física, especialistas en medicina familiar, psiquiatría, profesionales de las ciencias sociales como trabajadores sociales, agentes comunitarios y personas víctimas del conflicto armado y sus familias. De igual manera, está orientado a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Territoriales.

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

Para la construcción de los planes de atención en salud integral a las víctimas, es preciso reconocer y tener en cuenta que los daños sobre la salud física y mental son diferentes según los hechos de violencia que han padecido y de acuerdo a las particularidades de ciclo vital, género, orientación e identidad sexual, etnia, situación de discapacidad, situación de vulnerabilidad, situación geográfica, etc., de manera que la atención en salud a las víctimas se adecúe a las especificidades del daño y de la persona que lo presenta.

Para el caso de los grupos étnicos, el Protocolo propone como medidas de atención en salud desarrollar en sus acciones y programas el reconocimiento de las particularidades de cada individuo, teniendo en cuenta las comunidades a las cuales pertenecen, su manera de relacionarse con el mundo y las prácticas y comprensiones de la medicina tradicional propia del grupo particular.

## 4. OBJETIVOS DEL PAPSIVI

### 4.1. Objetivo general

Garantizar la asistencia en salud y la rehabilitación física, mental y/o psicosocial a las víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario en el marco del conflicto armado en Colombia.

### 4.2. Objetivos específicos

- Favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario.
- Garantizar la atención integral en salud con enfoque psicosocial y la rehabilitación física y/o mental a la población víctima del conflicto armado.



## 5. PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

---

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

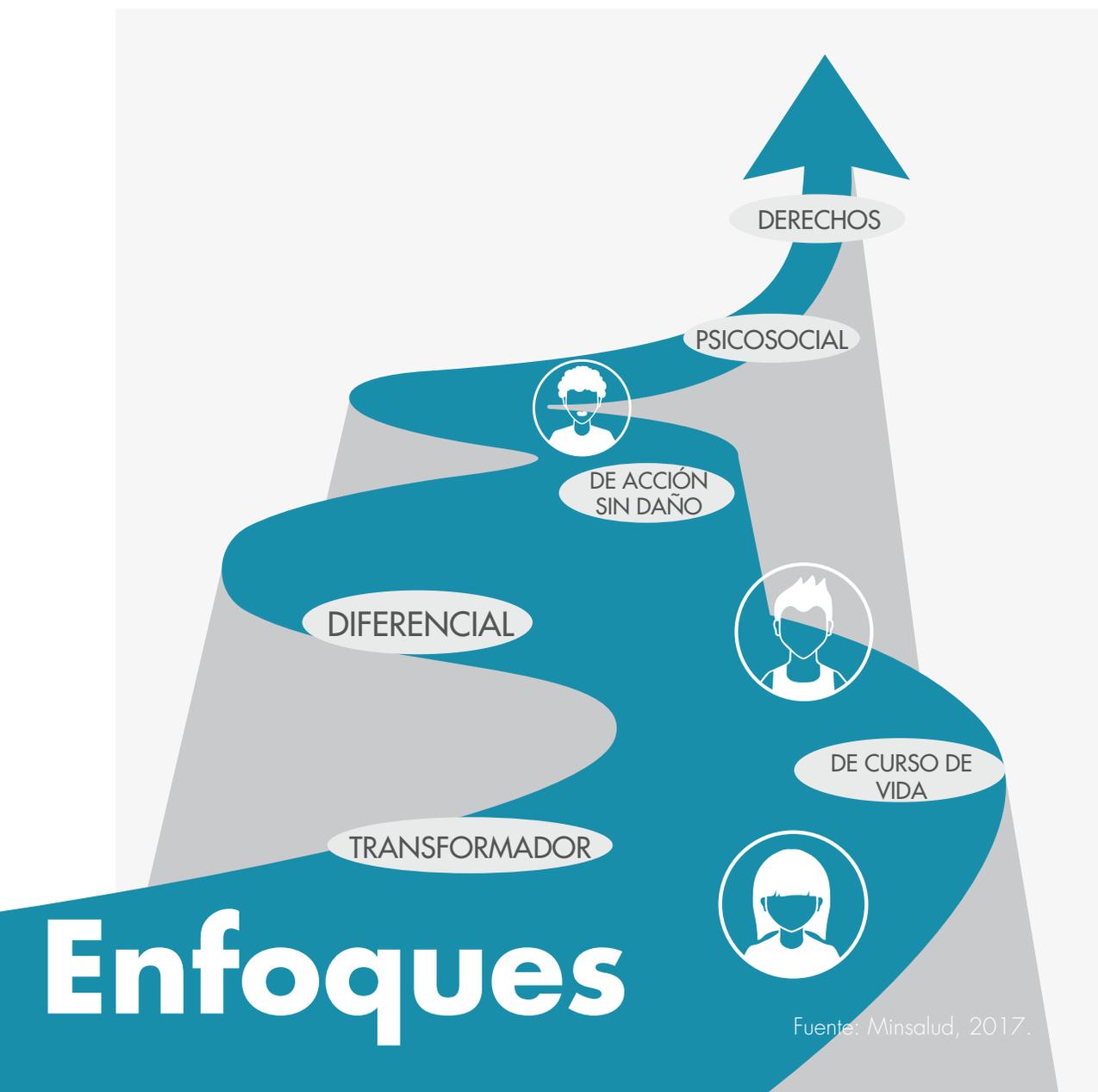
- **Dignidad humana:** la atención brindada en el marco del Papsivi por las autoridades y las entidades relacionadas en este decreto deberá estar enmarcada en el respeto de la dignidad humana de las víctimas, garantizando en todo caso su autonomía individual para el ejercicio pleno de sus derechos y deberes.
- **Colaboración armónica:** el Ministerio de Salud y Protección Social podrá apoyarse en las entidades que hacen parte del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas (SNARIV) y otras autoridades estatales del nivel nacional cuando así lo requiera. Estas deberán brindar el apoyo, colaboración e información solicitados de manera oportuna e idónea. De igual modo, el apoyo de las autoridades territoriales se realizará en el marco de los propósitos de la Ley 1448 de 2011, de conformidad con sus competencias y en el marco de autonomía territorial.
- **Progresividad y Gradualidad:** la ejecución del Papsivi se desarrollará en el territorio nacional de manera paulatina, creciente, continua y sostenible, atendiendo en todo caso a la disponibilidad de los recursos presupuestales.
- **Sostenibilidad:** la ejecución del Papsivi deberá realizarse de tal manera que se asegure la sostenibilidad fiscal, con el fin de darle continuidad y progresividad en conjunto, a efectos de garantizar su efectivo cumplimiento.

## 6. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DEL PAPSIVI

### 6.1. Enfoques de la atención psicosocial y la salud integral

El Papsivi se enmarca en los enfoques de derechos humanos, psicosocial, curso de vida, diferencial, transformador, de acción sin daño y acciones afirmativas, entendidos como métodos de análisis que guían la actuación, por un lado, desde

la comprensión del sujeto de derechos, a nivel individual o colectivo, a partir de sus contextos tanto sociales como culturales y geográficos, y, por el otro, desde la reflexión ética sobre las actuaciones que se desarrollan desde el Estado.



### 6.1.1. Enfoque de Derechos Humanos

---

En el ámbito internacional, particularmente desde la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se ha construido el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, que está constituido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) (Unesco, 2008), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1976), sus protocolos facultativos (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, 1966a y 1989a) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, 1966b).

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

En relación con las violaciones que pueden cometerse en el marco del conflicto armado, son importantes la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, 1984a),

la Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, 1984b) y el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura - OPCAT (Acnur, 2006).

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

Finalmente, hay que tener presente que el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH) es un órgano regional que se basa en la Convención Interamericana de Derechos Humanos de 1969 y cuenta con la Corte Interamericana de Derechos Humanos. El SIDH también cuenta con diversas convenciones que vinculan a los Estados en la protección y promoción de los derechos particulares, como la erradicación de la discriminación contra la mujer (Convención Interamericana de Derechos Humanos, 1994), contra las personas con discapacidad (Convención Interamericana de Derechos Humanos, 2000, y contra la discriminación y la intolerancia (Cancillería, 2014). También se ha desarrollado una convención contra la desaparición forzada (OEA, 1994) y para prevenir y sancionar la tortura (Convención Interamericana de Derechos Humanos, s.f.).

Ahora bien, para el tema que es competencia de este capítulo, es pertinente tener en cuenta

que existe un gran desarrollo de resoluciones e informes referidos a la impunidad y la reparación a las víctimas de graves violaciones de los DDHH, en el marco de la ONU. Entre ellos cabe mencionar el informe y los principios Joinet (1996), así como el trabajo de Diane Orentlicher que permitió en 2005 acoger las directrices sobre impunidad. En el campo de la reparación, el informe de van Boven (1993) y, posteriormente, el elaborado por Cherif Bassiouni (1999), que son los antecedentes del documento acogido por la asamblea general de la ONU en 2005 (Comisión Colombiana de Juristas, 2007).

Una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido. Conforme a su derecho interno y a sus obligaciones jurídicas internacionales, los Estados concederán reparación a las víctimas por las acciones u omisiones que puedan atribuirse al Estado y constituyan violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario. (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, 2005).

En este sentido, la efectividad, la proporcionalidad y la responsabilidad del Estado

son elementos que hacen parte del enfoque de derechos que aquí se expone y están presentes en el diseño e implementación del Papsivi.

El primer artículo de la Constitución Política de 1991 define a Colombia como un “Estado social de derecho y una República democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general” (Corte Constitucional, 2015).

Igualmente, la Constitución establece una jerarquía en la que impone como principio rector sobre cualquier otro objetivo de la actuación del Estado, la obligación de la vigencia real de los derechos humanos para todos los asociados. “Toda otra finalidad que pueda perseguir el Estado de manera legítima debe estar acompañada, e inclusive subordinada a la búsqueda de tal fin” (Marín, 1997). Y así lo ha desarrollado la Corte Constitucional en múltiples sentencias y jurisprudencias en las que ha tutelado reiterativamente la condición inalienable de los derechos de todas las personas y particularmente de quienes les han sido vulnerados y despojados como consecuencia del conflicto armado interno en Colombia.

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

En tal sentido, el espíritu del Papsivi es contribuir a la vigencia y goce de los derechos a la vida, la salud, la igualdad, la libertad, la honra, la participación y la paz, entre otros derechos fundamentales

consagrados en la Carta Constitucional y actualizados por la voluntad política y social de reconocer los efectos y daños directos del conflicto armado interno en un amplio sector de la población.

## 6.1.2. Enfoque Psicosocial

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

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

Es así que en el desarrollo del Papsivi se considera que este enfoque debe ser transversal en todas las acciones adelantadas en pro de la rehabilitación física, mental y psicosocial de las víctimas. Un ejemplo de ello es lo planteado por la Corte Constitucional, en donde se reconoce que en un proceso de atención en salud mental que permita su recuperación y que incorpore el enfoque psicosocial

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

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

Por su parte y de acuerdo con lo establecido en el Artículo 163 del Decreto 4800 de 2011, la Unidad para las Víctimas diseñó las

*Directrices del enfoque psicosocial*, donde define que el enfoque psicosocial es “una de las miradas que deben ser transversales a todo el proceso de atención durante el acceso a los derechos de las víctimas en lo que respecta a las medidas de asistencia y reparación integral” (Unidad de Víctimas et al., 2014). Igualmente, propuso para su comprensión un conjunto de seis premisas orientadas a los funcionarios que atienden víctimas, con el fin de prevenir acciones con daño y promover una postura ética. Para efectos del Papsivi, se adoptan en su conjunto:

**La primera** contempla que las expresiones del sufrimiento han sobrevenido como formas de respuesta natural ante eventos anormales como los que han ocurrido en el contexto del conflicto armado, en ese sentido la fijación de la atención al considerar la condición de anormalidad no está en la persona, sino en los hechos de violencia, de manera que se naturalizan y validan las respuestas frente a las violaciones que han sufrido las víctimas, como respuestas naturales.

**La segunda** premisa es considerar que las personas que han sido afectadas por el conflicto armado interno no solo están sufriendo, en su historia existen otros elementos como supervivencia, resistencia, heroísmo, desarrollo frente a la

adversidad, reorganización psicológica, familiar y social. Cuentan también con recursos para afrontar la vida actual y la perspectiva de futuro.

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

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

**La quinta premisa:** Se debe permitir el paso por el dolor. En ese sentido permitir el sufrimiento de lo que se ha perdido\*. Con ella se quiere señalar que los hechos victimizantes ocasionan sufrimientos y dolor que requieren de un tiempo para su comprensión y superación, momentos que son particulares para cada individuo.

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

**Sexta premisa** busca subrayar que la representación permite la recuperación. Representar significa poner en el espacio público el dolor que ha sido invisibilizado o que no ha encontrado un lugar simbólico que cuente además con un testigo de este. En ese sentido, se puede representar en la palabra, se puede representar a través de las diferentes expresiones artísticas o en las diferentes formas de simbolización que funcionan como formas dialógicas en el espacio colectivo. (Unidad de Víctimas et al., 2014; Unidad de Víctimas, 2016).

Las anteriores premisas han permitido comprender que las graves violaciones a los DDHH e infracciones al DIH han generado cambios y transformaciones en la vida de las personas, familias, comunidades y colectivos étnicos, y que estos no necesariamente se traducen en enfermedades o patologías. Por eso, desde el Papsivi se busca comprender y reconocer el contexto, la historia, los recursos de afrontamiento y las diferentes expresiones del daño, con el fin de proporcionar procesos de atención física, mental y psicosocial que estén encaminados a las necesidades y particularidades propias de las víctimas del conflicto armado.

### 6.1.3. Enfoque de Curso de vida

Para el Papsivi, el Enfoque de Curso de Vida permite el reconocimiento de las capacidades de las víctimas y de la interacción familiar, social, política, cultural e histórica en la que se encuentran inmersas; entendiendo que estas pueden variar a lo largo de la vida, generando diferentes roles, vínculos y formas de relación. Para el MSPS, el enfoque de curso de vida es:

El conjunto de trayectorias que tiene un individuo y su familia de acuerdo a los roles que desarrolla a lo largo de la vida (...), las cuales están marcadas por transiciones y significativos. Lo anterior está influenciado por las condiciones biológicas, psicológicas, sociales en los entornos que se desenvuelve el individuo a lo largo

de la vida, por las expectativas sociales referentes a la edad, por condiciones históricas y culturales específicas, así como por acontecimientos individuales únicos. (Presidencia de la República, 2016).

Desde este enfoque se plantean tres ejes organizadores a tener en cuenta: el primero, la **trayectoria**, que hace referencia a *“una línea de vida o carrera, a un camino a lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción”* (Elder, 1991).

El segundo eje organizador es el de las **transiciones**, que marcan cambios de estados, posiciones y situaciones. Estas transiciones no son consideradas como etapas fijas, predecibles, sistemáticas y rígidas, sino que por el contrario el enfoque plantea que:

Las transiciones pueden presentarse en cualquier momento (depende del dominio de que se trate, esto será más o menos probable) sin tener que estar predeterminadas. Aunque también es cierto que sigue prevaleciendo un sistema de expectativas en torno a la edad, el cual también varía por ámbitos, sociedades y grupos de diversa índole. (Elder, 1991).

El tercer eje organizador asociado a los anteriores es el de **sucesos vitales**, el cual hace referencia a:

Los eventos que provocan fuertes modificaciones que, a su vez, se traducen en virajes en la dirección del curso de vida. Este “cambio de estado”, como lo conciben algunos autores, puede surgir de acontecimientos fácilmente identificables, —sean “desfavorecedores”, como la muerte de un familiar muy cercano y significativo, o todo lo contrario—, o bien puede tratarse de situaciones que se califican

como subjetivas. En cualquier caso, se presenta un cambio que implica la discontinuidad en una o más de las trayectorias vitales. (Elder, 1991).

En el enfoque de curso de vida, el **desarrollo humano** juega un papel muy importante, entendiéndose este como una expansión de la libertad y de la gama de opciones de vida, de sus posibilidades de *Ser* y *Hacer*. Para Marcel Valcárcel, el desarrollo humano es concebido como “El proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, las más importantes de las cuales son una vida prolongada y saludable, el acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente. Otras oportunidades incluyen la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo” (Valcárcel, 2006).

En este sentido, la palabra desarrollo tiene implícito el valor por la vida humana e implica un abordaje integral e integrado para garantizar condiciones dignas y de bienestar. Para lograrlo, es importante construir capacidades humanas, así como también facilitar el reconocimiento de los recursos personales, familiares, sociales y culturales.

#### 6.1.4. Enfoque Diferencial

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

en cuenta las diversidades e inequidades de la población en situación o en riesgo de desplazamiento, para brindar una atención integral, protección y garantía de derechos, que cualifique la respuesta institucional y comunitaria” (Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada - SNAIPD, 2010).

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

El enfoque diferencial en la acción y gestión pública es una herramienta para potenciar la emancipación de los grupos sociales estructuralmente oprimidos, vulnerados o invisibilizados. En este sentido, se sustenta en un principio de no discriminación y equidad, fundamentales para el diseño, implementación, evaluación y seguimiento de la política pública que garantiza el goce efectivo de los derechos (Cortés, 2007).

Desde lo normativo, el enfoque diferencial se articula con el *Enfoque de Derechos*, apelando a los principios de no discriminación, de inclusión social y de dignidad humana. Reconoce los DDHH como universales, interdependientes, indivisibles y progresivos. El punto de partida es que las personas son el centro de atención sobre el cual se articula y promueve la respuesta institucional (Jiménez, 2007).

En Colombia, tanto el enfoque de derechos como el diferencial tienen un antecedente en el artículo 13 de la Constitución de 1991, en cuanto al Derecho a la igualdad y la no discriminación, al establecer que “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica” (Corte Constitucional, 2015).

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

... Todos los seres humanos deben ser respetados en su infinita singularidad, biológica, personal y cultural. Atender esta singularidad es el valor universal que está en los anhelos de justicia que creen lograrse con el respeto de las diferencias y sus convergencias entre los seres humanos, y en consecuencia, un indicador central en las tendencias que podrían llevar cambios esenciales en el modo de regir los destinos de los Estados Sociales de Derecho. (Mosquera & León, 2013).

En el contexto del conflicto armado que ha vivido este país, el enfoque diferencial fue nombrado por vez primera en el marco de la Sentencia T-025 de 2004, en razón de la multiplicidad de derechos fundamentales afectados por el desplazamiento forzado interno, reconociendo que la mayor parte de estas víctimas atienden a poblaciones de especial protección, como son las mujeres cabeza de familia, la niñez y la adolescencia, los grupos étnicos y las personas mayores, entre otros.

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

... El Estado ofrecerá especiales garantías y medidas de protección a los grupos expuestos a mayor riesgo de las violaciones contempladas en el artículo 3° de la presente Ley, tales como mujeres,

jóvenes, niños y niñas, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, campesinos, líderes sociales, miembros de organizaciones sindicales, defensores de Derechos Humanos y víctimas de desplazamiento forzado. (Ley 1448, 2011).

Por lo tanto, esta ley establece que las políticas de atención, asistencia y reparación deben adoptar criterios diferenciales que respondan a las particularidades y grado de vulnerabilidad de cada uno de estos grupos poblacionales. En cuanto a los grupos

étnicos, los decretos-ley 4634 y 4635 de 2011 reconocen sus formas y costumbres propias frente a los daños producidos con ocasión del conflicto armado interno, como son los daños colectivos y daños individuales con efectos colectivos.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Papsivi reconoce en sus procesos de atención el enfoque diferencial a *personas con discapacidad; niños, niñas y adolescentes; jóvenes; personas adultas mayores; mujeres, hombres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas, y grupos étnicos.*

### 6.1.5. Enfoque Transformador

Los programas de reparación a víctimas del conflicto armado, al igual que las dictaduras en diferentes países del mundo, han tenido una trayectoria generalmente marcada por una perspectiva restitutiva. Al respecto, la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2005 se refirió así:

la restitución, siempre que sea posible, ha de devolver a la víctima a la situación anterior a la violación manifiesta de las normas internacionales de Derechos Humanos o la violación grave del Derecho Internacional Humanitario. La restitución comprende, según corresponda, el restablecimiento de la libertad, el disfrute de los derechos humanos, la identidad, la vida familiar y la ciudadanía, el regreso a su lugar de residencia, la reintegración de su empleo y la devolución de sus bienes. (Ofici-

na del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, 2005).

En Colombia, el concepto de restitución, en el artículo 71 de la Ley 1448 de 2011, se refiere a "(...) la realización de medidas para el restablecimiento de la situación anterior a las violaciones contempladas en el artículo 3° de la presente Ley" (Ley 1448, 2011).

Una de las reflexiones en torno al proceso de reparación a las víctimas del conflicto armado colombiano, que toma fuerza hacia finales de la década del 2000, ha sido que la perspectiva restitutiva por sí sola es insuficiente si se tiene en cuenta que las condiciones que antecedieron el desarrollo del conflicto armado en el país estaban caracterizadas por unas altísimas brechas de inequidad, exclusión y pobreza. En este orden de ideas, el proceso de reparación en Colombia requiere un enfoque transformador, pues debe ir más

allá del solo hecho de restituir a las víctimas al estado de cosas y ejercicio de sus derechos que tenían antes de la comisión de los hechos de violencia en el marco del conflicto armado (Díaz, Sánchez & Uprimny, 2009).

En consecuencia, autores como Díaz (2009) y Meertens (2012) han señalado que todo proceso de reparación que se inicia en contextos de desigualdad y en ambientes de mayor restricción y vulneración de derechos, debe ser restituido de forma particular, no solo como un mecanismo que les permita a estas personas enfrentar el daño vivido, sino como una estrategia transformadora de las relaciones de poder y desigualdad.

En línea con lo anterior, las medidas de reparación inscritas en el marco de la Ley 1448 de 2011 y los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 del 2011 buscan contribuir a que se eliminen los esquemas de discriminación y marginación que contribuyeron a la victimización, bajo el entendido de que transformando estas condiciones se evita la repetición de los hechos y se sientan las bases para la reconciliación en el país (Unidad de Víctimas, Decreto 4800, 2011).

En ese sentido, “para poder prevenir la repetición de estos hechos y fomentar es-

pacios de participación democrática se deben tener en cuenta los contextos específicos, las particularidades del tipo de delito cometido, así como las potencialidades y debilidades individuales (vistas desde los factores de riesgo, vulnerabilidad, protección y resiliencia) con las cuales contaban las personas al momento de ser victimizadas. Esta mirada permite:

- Modificar las condiciones estructurales de la reparación y, la restauración
- Disminuir el riesgo de que el conflicto resurja
- Establecer la relación histórica entre los eventos sucedidos y el presente de las acciones
- Propiciar espacios para trabajar las dificultades frente a la participación democrática de la población de acuerdo a sus realidades de injusticia social”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

El Papsivi reconoce que en los procesos de rehabilitación psicosocial, física y mental, como parte de las Medidas de Reparación, se desarrollan acciones que posibilitan cambios y/o transformaciones en las víctimas, familias, comunidades y colectivos étnicos.

#### 6.1.6. Enfoque de Acción sin Daño y las Acciones Afirmativas

---

El Enfoque de Acción Sin Daño implica la lectura del contexto a partir de divisores y conectores, la reflexión sobre los mensajes éticos implícitos y la transferencia de recursos

producto de la acción institucional. Propone que, en el momento de plantear las acciones y evaluar sus consecuencias, se incluya un análisis ético de las acciones desde el punto

de vista de los valores y principios que las orientan, considerando, además de otros criterios, unos principios mínimos —o ética de mínimos— como acuerdos y valores deseables de convivencia humana en condiciones de pluralidad y multiculturalidad, fundamentados en las nociones de dignidad, autonomía y libertad.

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

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

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

## 6.2. Dominios en la atención psicosocial y en la salud integral

El campo de la atención psicosocial y la salud integral, en el marco de lo ordenado por la Ley 1448 de 2011 y los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 del mismo año, se ha planteado, en primer lugar, a través del desarrollo de orientaciones metodológicas, acciones psicosociales dirigidas a víctimas del conflicto armado que cuentan con un conjunto de estructuras que permiten la comprensión del daño causado en las personas, y así actuar en relación con este. En segundo lugar, a través de la formulación del Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial se esbozan recomendaciones que permiten la atención diferencial en el sector salud en el marco del SGSSS.

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

Es así como el Papsivi establece cuatro dominios\* que permiten estructurar los componentes que están implícitos. Aquí se retoma la propuesta de Juan David Villa (2012), quien señala que “Hablar de acompañamiento psicosocial implica, por tanto, una posición que atraviesa no solo lo teórico y la intervención misma, sino también un lugar ontológico, ético-político, epistemológico y metodológico”.

\* De acuerdo al diccionario de la Real Academia de la Lengua la expresión “Dominio” cuenta con por lo menos 11 acepciones dentro de la que destacamos: “... Ámbito real o imaginario de una actividad

Según lo anterior, lo humano se concibe en varias facetas y ello genera acciones particulares, integradas, integrales y trascendentes. Es así que el dominio ontológico se refiere a los principios que involucran la comprensión del ser humano; el dominio epistémico es la manera en que se deriva el conocimiento; el dominio ético-político permite comprender los valores que orientan los propósitos de la actuación y, finalmente, el dominio metodológico da cuenta de la forma como se realizan las acciones.

Es importante tener presente que estas dimensiones incluyen, simultáneamente, los enfoques que orientan el programa ya descritos (Derechos Humanos, Psicosocial, Curso de Vida, Diferencial, Transformador y de Acción sin Daño y las Acciones Afirmativas). Estos requieren verse entretnejidos e interactuando sistemáticamente a la hora de comprender y abordar la acción reparadora del Papsivi.

### 6.2.1. Dominio Ontológico

---

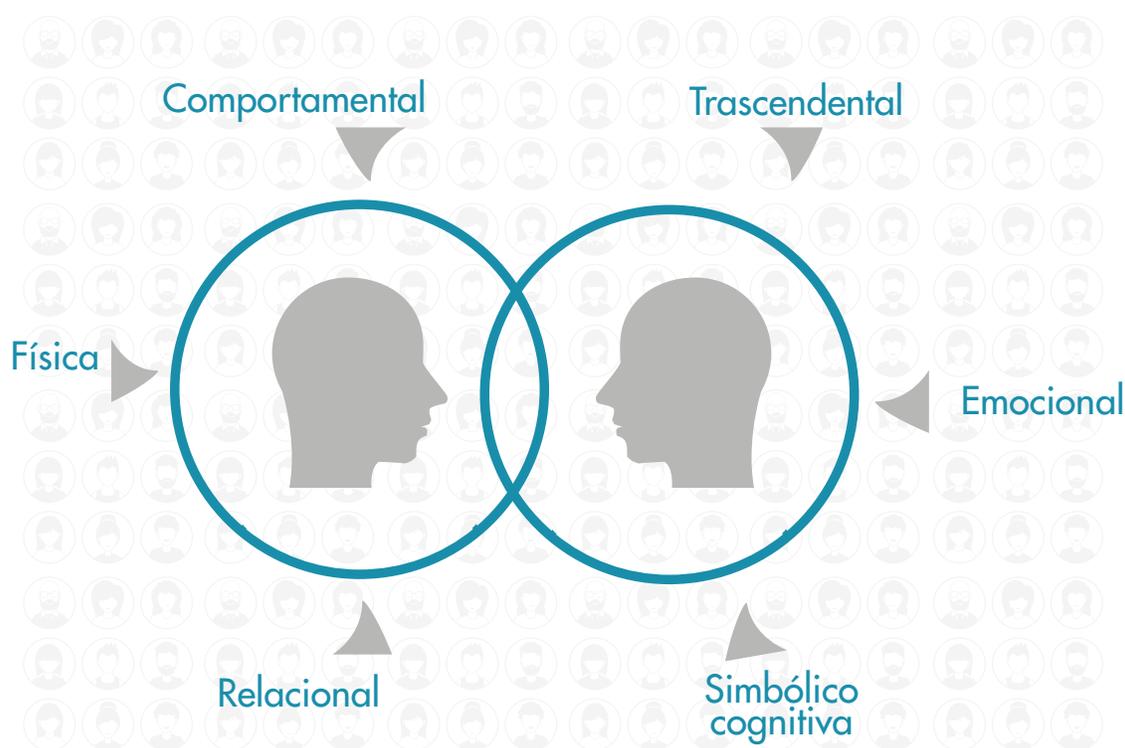
La concepción de ser humano que sustenta este programa se centra en la comprensión de ser un agente social inmerso en una relación dialógica con su medio, es un sujeto en permanente construcción por la capacidad de interacción con su medio y con otros seres humanos, así como por su habilidad para dotar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

Se comprende, entonces, un ser multidimensional, bio-psico-social, con un marco sociopolítico e histórico de actuación que lo faculta para transformar su propia realidad y

sobreponerse al dolor y a la adversidad en la medida en que cuenta con recursos para afrontarlos y hacerlos más o menos vigentes en su devenir.

Este marco adquirió gran relevancia desde que George Engel (1977) planteó lo que él llamo modelo Biopsicosocial en la medicina. Ello abrió una importante perspectiva para la comprensión integral del ser humano, una perspectiva compleja y circular que motivó enfoques y acciones diferentes frente a los modelos médicos tradicionales (Borrell, 2002). Esto se releva aquí toda vez que las acciones psicosociales y de rehabilitación como medida de reparación se encuentran principalmente en las acciones del campo de la salud.

Este principio multidimensional, junto con nociones de la antropología, la sociología y la psicología, permite comprender al ser humano integrado por lo menos en la intersección de seis dimensiones de sus potencialidades, tal como se presenta (a continuación).



Fuente: Minsalud, 2017.

La dimensión corporal corresponde a las condiciones biológicas de la persona, específicamente a las condiciones de salud física o los desarrollos físicos alcanzados según el momento de vida, las capacidades y potencialidades que hacen de cada persona un individuo articular y que tienen relación con los hechos victimizantes. Es la dimensión que evidencia prioritariamente el componente biológico de los seres humanos. Pero esta dimensión también implica la representación que se tiene de lo corporal.

En el ámbito psicológico se incluye la dimensión trascendental, emocional y simbólica-cognitiva, que otorgan identidad, sentido y valores de existencia. El componente emocional integra las diversas expresiones y comprensiones acerca de la afectividad y las emociones, no solo en su desarrollo, sino en el establecimiento de expresiones afectivas particulares construidas por las personas, en

las que estos componentes determinan el valor, severidad e importancia del impacto de los hechos de violencia.

En el ámbito social se considera la dimensión relacional y comportamental. Con estas se quiere expresar la multidimensionalidad de la experiencia humana y también los ámbitos que pueden ser afectados por el daño que causa el conflicto armado, así como los escenarios en los que es necesario reconocer los recursos para el afrontamiento del daño.

Estas dimensiones del ser humano se complementan con las categorías existenciales del Ser, que fueron retomadas por Max Neef para el desarrollo de una comprensión de las necesidades humanas y que aquí aportan un amplio conocimiento a esta dimensión ontológica. Estas categorías son: Ser, Tener, Hacer y Estar (Max Neef, 1998).

En el Ser se tienen en cuenta los atributos personales y colectivos; en el Tener están los recursos a los que se accede y están en el campo de la comprensión de las personas; en el Hacer se evidencian las capacidades para la actuación, y el Estar se refiere al contexto en el cual transcurre la vida de las personas.

Como marco del dominio ontológico, las concepciones de familia, comunidad y colectivo étnico se presentan a continuación, pues en la atención son importantes para la comprensión del ser humano que sustenta el Papsivi.

Acerca de la familia, existen numerosas interpretaciones respecto a sus características. Aquí se comprende, desde un punto de vista funcional, como un grupo social y culturalmente constituido, que funciona como un organismo vivo, con identidad propia. Además de compartir un techo, está organizado mediante jerarquías, límites y roles entre sus miembros, que pueden o no tener vínculo consanguíneo. Mantiene una serie de patrones de interacción comunicativa y afectiva, es constructora de valores y creencias, en consonancia con el entorno en que se encuentra y su funcionamiento persigue el cuidado, protección y crecimiento de sus miembros (Viveros, 2007).

Para la Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias, la familia es "Una estructura social que se constituye a partir de un proceso que genera vínculos de consanguinidad o afinidad entre sus miembros. Por lo tanto, si bien la familia puede surgir como un fenómeno natural producto de la decisión libre de dos personas, lo cierto es que son las manifestaciones de solidaridad, fraternidad, apoyo, cariño y amor, lo que la estructuran y le brindan cohesión a la institución" (Consejo de Estado, Sent. 2001-01932, 2013).

En este sentido, la familia es una noción plural, amplia, diversa, no asociada únicamente al vínculo matrimonial tradicional heterosexual, y puede tomar diversas formas según los grupos culturalmente diferenciados, en donde se releva el derecho de las personas a que libremente configuren sus opciones para establecer una familia. Aquí, en particular, se quiere destacar lo expuesto por la Corte Constitucional: "... el concepto de familia no puede ser entendido de manera aislada, sino en concordancia con el principio de pluralismo", porque "en una sociedad plural, no puede existir un concepto único y excluyente de familia, identificando a esta última únicamente con aquella surgida del vínculo matrimonial".

Atendiendo al contexto nacional, la Corte Constitucional también expone que "el carácter maleable de la familia" se corresponde con un Estado multicultural y pluriétnico que justifica el derecho de las personas a establecer una familia "de acuerdo a sus propias opciones de vida, siempre y cuando respeten los derechos fundamentales", pues, en razón de la variedad, "la familia puede tomar diversas formas según los grupos culturalmente diferenciados", por lo que "no es constitucionalmente admisible el reproche y mucho menos el rechazo de las opciones que libremente configuren las personas para establecer una familia" (Corte Constitucional, Set. C-577, 2011).

Esta perspectiva permite que las diversas formas de familia sean reconocidas como tales y que no se tenga una medida de normalidad/anormalidad sobre las expresiones divergentes, pues esto será respetuoso con las opciones de cada persona o grupo (Secretaría Distrital de Planeación, 2012).

A su vez, la comunidad es entendida como:

Un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines. (Musitu, Herrero, Cantero & Montenegro, 2004).

Asimismo, Maritza Montero (1998) propone algunas características para considerar que existe la noción de comunidad:

- Ocupación de un área geográfica específica de un lugar que muchas veces presta su nombre a la comunidad.
- Relaciones sociales frecuentes, habituales, muchas veces cara a cara.
- Se comparten tanto ventajas y beneficios, cuanto intereses, objetivos, necesidades y problemas, por el hecho de que sus miembros están inmersos en particulares situaciones sociales, históricas, culturales y económicas.
- Presencia de alguna forma de organización, en función de lo anterior, que conduce a modos de acción colectiva para alcanzar algunos fines.
- Una identidad y un sentimiento de pertenencia en las personas que la integran y que contribuyen a desarrollar un sentido de comunidad.

- Carácter histórico y dinámico.
- Constituye un nivel de integración mucho más concreto que el de otras formas colectivas, tales como la clase social, la región, la denominación religiosa o la nación, y a la vez más amplia que un grupo primario.
- Existencia de una cultura compartida, así como de habilidades y recursos que son derivados, a la vez que generadores, de esa cultura.

Si bien dentro de la noción de comunidad se esboza implícitamente las características culturales y sociales propias de las comunidades, es importante señalar que dentro del Papsivi se da una comprensión de los grupos étnicos entendidos como sujetos colectivos, los cuales se caracterizan por sustentar sus estructuras culturales, sociales, económicas y organizativas, con base en cosmologías propias y distintas entre sí. Los miembros que conforman estos colectivos no se diferencian entre sí como individuos; por el contrario, se constituyen a través del desarrollo de prácticas, hábitos, roles y costumbres arraigadas a una identidad colectiva. Asimismo, están ligados a arraigos ancestrales, históricos e incluso a estructuras particulares de parentesco y organización social, que a su vez corresponden con un profundo arraigo a sus territorios. En este sentido, los colectivos o sujetos étnicos, retomando lo expuesto por la Carta Constitucional:

(...) son sujetos colectivos autónomos, y no una simple sumatoria de sus miembros. Los individuos que integran estos grupos, se realizan a través de los mismos, hacen parte de una unidad con la cual se identifican a partir de las distintas vivencias

comunitarias. El grupo étnico y los individuos que lo conforman son titulares de derechos fundamentales. Esto es consecuencia del principio de reconocimiento de diversidad étnica y cultural de la nación colombiana. (Corte Constitucional, 2015).

Como un medio para poder considerar posteriormente estas orientaciones para el trabajo con diversas comunidades, es pertinente retomar el aporte de Forero (2015), que establece una tipología de comunidad.

Dentro de la implementación del Papsivi podremos encontrar con distintos grupos de personas, que pueden cumplir o no con la mayoría de características mencionadas, pero que podríamos clasificar de la siguiente forma:

- Comunidades afectadas por el conflicto armado que permanecen en su lugar de origen, ya sea porque no se desplazaron o porque retornaron. En estos casos el trabajo psicosocial comunitario podrá enfocarse en las afectaciones a nivel comunitario producido por el conflicto armado, teniendo como base el conjunto de creencias, tradiciones, costumbres y rituales que comparte la comunidad, que son factores protectores y de afrontamiento ante la adversidad y que podrían haberse visto afectadas por el conflicto.
- Comunidades afectadas por el conflicto que permanecen unidas, pero se ubican en lugares geográficos distintos a su lugar de origen. Con estas comunidades el trabajo podrá enfocarse en el establecimiento de vínculos con el nuevo entorno. Esto se puede lograr a través de ejercicios de recuperación de las tradiciones y costumbres, que se desarrollen en espacios lúdicos y de esparcimiento compartidos por la comunidad.
- Grupos comunitarios que se han conformado por personas que llegaron desplazadas de distintos lugares (P.e: Barrios o asentamientos de población desplazada en las ciudades). En estas comunidades probablemente el trabajo se vea limitado por la inexistencia de un sentido de comunidad entre la población. En estos casos el trabajo se puede orientar al establecimiento de vínculos entre sus integrantes y a favorecer el conocimiento y la confianza entre los mismos. En un principio habrá que dedicar un mayor esfuerzo a generar un ambiente de confianza, a través de espacios de juego y conocimiento de la comunidad. (Forero, 2015).

En este orden de ideas, el MSPS señala que la noción de comunidad no es estática y cómo el conflicto armado ha incidido en su transformación, de tal forma que comunidades que fueron victimizadas podrían estar dispersas pero también aglutinadas por otras condiciones.

### 6.2.2. Dominio Epistemológico

Desde el componente interpretativo o hermenéutico, la atención psicosocial y en salud integral es fundamentalmente un ejercicio que requiere actos de comprensión colectiva

de los sucesos y lectura contextualizada de la realidad, asignando un lugar central a las diversas concepciones de quienes participan en el proceso, entrando en diálogo con

las visiones y opciones de los equipos que realizan el trabajo.

Con el componente crítico se enfatiza en la necesidad de que la atención psicosocial y en salud integral se oriente hacia el enfoque transformador de las condiciones estructurales y coyunturales de la exclusión social y la inequidad.

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

Desde este lugar, el rol de quienes acompañan estos procesos se enmarca en la facilitación de la comprensión —no pretende un estatus de experto— frente a los efectos de la violencia, pues tiene que insertarse en la realidad del otro/a para comprenderla y conjugarla con sus propias categorías, saberes y dinámicas. Aunque la atención en salud requiere de una experticia técnica, esta ha de utilizarse en el marco de la comprensión de lo que ha vivido la persona que es atendida.

Implica una opción que privilegia una mirada en la que el sujeto que conoce e interviene no debe ser el “ajeno” o “extraño”, que no se separa y se asume de manera “neutral” y “objetiva” frente a la realidad que acompaña; puesto que, o bien, hace parte de esa realidad, o bien, debe “insertarse” en el marco de esa realidad para comprenderla desde adentro, desde sus propias determinaciones, y actuar, conocer, investigar e interactuar desde las categorías, saberes y dinámicas de ese espacio social, que implica a unos sujetos y a una colectividad. (Villa, 2012).

La perspectiva crítica reconoce las condiciones sociales, culturales y políticas que afectan a las personas, las evidencia y comprende para transformarlas, iniciando desde los cambios a nivel microsocial e intentando hacer un espiral de expansión de los cambios. Reconoce que los procesos organizativos son fundamentales y que el liderazgo cooperativo es una nueva manera de fortalecer a las comunidades.

### 6.2.3. Dominio Ético-político

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

servar y estimular la diferencia y la diversidad de proyectos humanos (Rodríguez, 2009).

Para el Papsivi, es una declaración de estar al lado de quienes han sido víctimas en tanto sujetos de derechos vulnerados. Se

reconoce la intencionalidad de daño infligida por otro ser humano, lo que marca la diferencia en cuanto al sufrimiento emocional, pues este necesariamente estará conectado con los principios de dignidad e integridad. Asimismo, se reconoce el deber de reparar que tiene el Estado y, en este sentido, son los equipos psicosociales y el personal de salud quienes lo representan, con las implicaciones emocionales que conlleva en el proceso de construcción de confianza:

Es muy importante que los funcionarios comprendan que en el plano de lo simbólico-relacional para las víctimas, ellos encarnan al Estado y que desde este contexto, que no es explícito o consciente, la lectura que hacen las víctimas del tipo de relación que se propone puede significar un paso significativo hacia la reparación. (MSPS & OIM, 2011).

De otro lado, este dominio permite comprender que muchas de las víctimas fueron afectadas por hacer parte de procesos sociales organizativos, que ejercen o desarrollan

modos alternativos de inclusión y desarrollo social o por formar parte de grupos étnicos o campesinos, que se habían ubicado en regiones sobre las cuales han existido intereses económicos. Esto significa que no fue casualidad lo que les ocurrió y, por el contrario, que la intencionalidad de los hechos se fundamenta en elementos identitarios de las poblaciones: su etnicidad, su territorio, su curso de vida, sus opciones políticas, su identidad de género u orientación sexual (MSPS, 2015).

En este análisis de interacciones y relaciones no se pierde de vista el marco sociopolítico, cultural e histórico dentro del cual se construyen los sujetos, entendidos en un marco de un conflicto armado de cerca de 60 años, cuyas expresiones, intensidades y respuestas de las comunidades han variado según las regiones del país y sus particularidades.

Este dominio reconoce que las víctimas puedan concebirse como *sujetos de derechos*, quienes libre y autónomamente pueden decidir frente al interés de acceder o no a la medida de rehabilitación. También se debe facilitar que las víctimas reconozcan sus derechos y el lugar que ocupan estos en el logro de sus proyectos y deseos a futuro.

#### 6.2.4. Dominio Metodológico

---

Hablar de un dominio metodológico requiere contemplar las acciones y procedimientos necesarios para llevar a cabo, específicamente, la atención psicosocial. Lo anterior teniendo como marco los tres dominios anteriormente expuestos, en donde las acciones psicosocia-

les permitan promover estrategias que incidan profundamente en la construcción y transformación de las subjetividades de quienes han sido victimizados. En la atención en salud integral, si bien se requieren acciones y procedimientos, lo fundamental es poder realizarlos

con un enfoque psicosocial que permita comprender la vivencia y realizar la atención de la manera más pertinente posible, de modo que se evite la revictimización y se logre que las barreras de acceso en virtud de la condición de víctimas sean eliminadas.

Para la realización de la atención psicosocial se han propuesto técnicas narrativas, expresivas y performativas que se detallan en la introducción a las orientaciones metodológicas. Asimismo, para la atención psicosocial a los grupos étnicos se han desarrollado lineamientos metodológicos que permitan la recuperación de sus afectaciones psicológicas, espirituales, culturales y sociales a partir de sus conocimientos tradicionales y coadyuvando al fortalecimiento de sus propias maneras culturales de resistencia. En este sentido, los desarrollos metodológicos se sustentan en la Investigación Acción Participación (IAP), cuyo propósito es generar espacios de participación que permitan de manera conjunta definir formas de caracterización del daño y maneras adecuadas para la atención psicosocial de acuerdo a sus usos y costumbres, así como a sus estructuras culturales y de creencias. Por su parte, el protocolo

de atención integral en salud con enfoque psicosocial integra recomendaciones para el logro de los fines mencionados.

Así mismo, para la atención integral en salud se tomará el **Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial**, donde se describen las etapas, fases, pautas y formatos necesarios para desarrollar actividades o tareas específicas relacionadas con un tema de salud, que responden a puntos críticos o no claros en la atención clínica de pacientes, constituyéndose en una herramienta adecuada para dar respuesta a preguntas específicas en el marco de atención integral a víctimas del conflicto.

En la implementación del protocolo concurrirán diferentes actores (Direcciones Territoriales de Salud - DTS, Empresas Promotoras de Salud - EPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, entre otros), quienes en forma coordinada brindarán la atención en salud por las afectaciones causadas por el conflicto armado en las víctimas, y de manera preferente y diferenciada, según las particularidades de las víctimas, haciendo énfasis en el efecto reparador que deben tener todas las atenciones en salud, como se especifica en este Programa.

### 6.3. Daños generados por el conflicto armado en Colombia

---

Según la Real Academia Española, la palabra daño se deriva del latín *damnum* y hace referencia al efecto de dañar, es decir, "causar detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia" (RAE). Desde el contexto jurídico, Fernando Hinestrosa (citado por Bello, 2014) define el daño como "la lesión de un derecho ajeno, consistente

en el padecimiento moral y en la merma patrimonial sufrida por la víctima".

En el contexto del conflicto armado colombiano, las violaciones a los DDHH y las graves infracciones al DIH hacen que el daño adquiera unas particularidades que se trasladan en los perjuicios que causan a sus víctimas,

así como en las formas de afectación que estas manifiestan, distinguiéndose estos daños de aquellos que son causados por delitos comunes o por desastres naturales. En este sentido, los daños ocasionados a las víctimas del conflicto armado en Colombia son producto de crímenes que lesionan la dignidad, la integridad psicológica y física, el patrimonio, la capacidad de decidir, la identidad, los valo-

res y creencias, así como la autonomía, generando niveles profundos de sufrimiento emocional e indefensión. Tienen la particularidad de ser ejercidos por otros seres humanos con una intención explícita de destruir e instalar el temor con propósitos de dominación y control territorial contra todo lo que se oponga a sus lógicas de ordenamiento social, político, económico y moral.

### 6.3.1. Tipologías del daño

A continuación se presenta la taxonomía del daño desde cuatro perspectivas complementarias:

#### 6.3.1.1. Tipología del daño desde la perspectiva jurídica

La noción de daño, que en principio fue definida desde el contexto jurídico, ha sido asumida con mecanismos complementarios de reparación desde el ámbito administrativo en Colombia. Ejemplo de ello se refleja en el Título IV, Capítulo I de la Ley 1448 de 2011. Ahora bien, desde el contexto jurídico, se retoma el concepto de daño con la clasificación propuesta por la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, que distingue entre daño material e inmaterial:

[El daño material] Se refiere exclusivamente al detrimento del patrimonio o activos de la parte lesionada: en otras palabras, el impacto dinerario de la violación. El daño material ha sido di-

vidido para su consideración en tres rubros: lucro cesante, daño emergente y costas y gastos. (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2005).

En cuanto al daño inmaterial, la CIDH lo denomina como aquel que “no supone afectación patrimonial o de carácter pecuniario” (Gómez & Montoya, 2007). A partir de la evolución de la Jurisprudencia, el Consejo de Estado en su sección tercera ha reconocido tres tipos de perjuicios o daños inmateriales (Consejo de Estado, 2014). Si bien esta jurisprudencia tiene fines de tasación para emitir medidas indemnizatorias por la vía judicial, cabe destacar la distinción que el Consejo de Estado realiza sobre estos tres tipos de daños, la cual puede ser trasladada al contexto psicosocial y de la salud, para fines de rehabilitación:

- **Daño Moral:**

“El concepto se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo” (Consejo de Estado, 2014). Tal como afirma Carlos Alberto Gherzi, citado por Bello (2014), el daño moral se asume “como toda modificación dolorosa del espíritu, consistente en profundas preocupaciones, o en estados de aguda irritación que afectan el honor, la reputación y el equilibrio anímico de las personas que incide en la aptitud del pensar, de querer o de sentir”.

- **Daño inmaterial por afectación relevante a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados:**

En esta oportunidad la Sala, para efectos de unificación de la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, precisa: El daño a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados tiene las siguientes características:

**i)** Es un daño inmaterial que proviene de la vulneración o afectación a derechos contenidos en fuentes normativas diversas: sus causas emanan de vulneraciones o afectaciones a bienes o derechos constitucionales y convencionales. Por lo tanto, es una nueva categoría de daño inmaterial.

**ii)** Se trata de vulneraciones o afectaciones relevantes, las cuales producen un efecto dañoso, negativo y antijurídico a bienes o derechos constitucionales y convencionales.

**iii)** Es un daño autónomo: no depende de otras categorías de daños, porque no está condicionado a la configuración de otros tradicionalmente reconocidos, como los perjuicios materiales, el daño a la salud y el daño moral, ni depende del agotamiento previo de otros requisitos, ya que su concreción se realiza mediante presupuestos de configuración propios, que se comprueban o acreditan en cada situación fáctica particular.

**iv)** La vulneración o afectación relevante puede ser temporal o definitiva: los efectos del daño se manifiestan en el tiempo, de acuerdo al grado de intensidad de la afectación, esto es, el impedimento para la víctima directa e indirecta de gozar y disfrutar plena y legítimamente de sus derechos constitucionales y convencionales (...)

La reparación del referido daño abarca los siguientes aspectos: i) El objetivo de reparar este daño es el de restablecer plenamente a la víctima en el ejercicio de sus derechos. La reparación de la víctima está orientada a: (a) restaurar plenamente los bienes o derechos constitucionales y convencionales, de manera individual y colectiva; (b) lograr no solo que desaparezcan las causas originarias de la lesividad, sino también que la víctima, de acuerdo con las posibilidades jurídicas y fácticas, pueda volver a disfrutar de sus derechos, en lo posible en similares condiciones en las que estuvo antes de que ocurriera el daño; (c) propender para que en el futuro la vulneración o afectación a bienes o derechos constitucionales y convencionales no tengan lugar; y (d) buscar la realización efectiva de la igualdad sustancial. ii) La reparación

del daño es dispositiva: si bien las medidas de reparación de este tipo de daños pueden serlo a petición de parte, también operan de oficio, siempre y cuando aparezca acreditada su existencia. iii) La legitimación de las víctimas del daño: se reconoce a la víctima directa de la lesión como a su núcleo familiar más cercano, esto es, cónyuge o compañero (a) permanente y los parientes hasta el 1° de consanguinidad, incluida la relación familiar biológica, la civil derivada de la adopción y aquellas denominadas "de crianza", en atención a las relaciones de solidaridad y afecto que se presumen entre ellos. iv) Es un daño que se repara principalmente a través de medidas de carácter no pecuniario: se privilegian por excelencia las medidas reparatorias no indemnizatorias; sin embargo, en casos excepcionales cuya reparación integral, a consideración del juez, no sean suficientes, pertinentes, oportunas o posibles podrá otorgarse una indemnización, única y exclusivamente a la víctima directa, mediante el establecimiento de una medida pecuniaria hasta 100 SML-MV. (Consejo de Estado, 2014).

La reparación de este tipo de daño abarca medidas de satisfacción, rehabilitación, indemnización, restitución y garantías de no repetición.

- **Daño a la Salud:**

En los casos de reparación del daño a la salud se reiteran los criterios contenidos en la sentencia de unificación del 14 de septiembre de 2011, exp. 19031, proferida por la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso OPara



lo anterior el juez deberá considerar las consecuencias de la enfermedad o accidente que reflejen alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de la persona dentro de su entorno social y cultural que agraven la condición de la víctima. Para estos efectos, de acuerdo con el caso, se considerarán las siguientes variables:

- » La pérdida o anormalidad de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (temporal o permanente)
- » La anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura corporal o mental.
- » La exteriorización de un estado patológico que refleje perturbaciones al nivel de un órgano.
- » La reversibilidad o irreversibilidad de la patología.
- » La restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad normal o rutinaria.
- » Excesos en el desempeño y comportamiento dentro de una actividad normal o rutinaria.
- » Las limitaciones o impedimentos para el desempeño de un rol determinado.
- » Los factores sociales, culturales u ocupacionales.
- » La edad.
- » El sexo.

- » Las que tengan relación con la afectación de bienes placenteros, lúdicos y agradables de la víctima.
- » Las demás que se acrediten dentro del proceso.

(...) se recuerda que, desde las sentencias de la Sala Plena de la Sección Tercera de 14 de septiembre de 2011, exp. 19031 y 38222 (...) se adoptó el criterio según el cual, cuando se demanda la indemnización de daños inmateriales provenientes de la lesión a la integridad psicofísica de una persona, ya no es procedente referirse al perjuicio fisiológico o al daño a la vida de relación o incluso a las alteraciones graves de las condiciones de existencia, sino que es pertinente hacer referencia a una nueva tipología de perjuicio, denominada daño a la salud (...) la Sala unifica su jurisprudencia en relación con la indemnización del daño a la salud por lesiones temporales en el sentido de indicar que, para su tasación, debe establecerse un parangón con el monto máximo que se otorgaría en caso de lesiones similares a aquellas objeto de reparación, pero de carácter permanente y, a partir de allí, determinar la indemnización en función del período durante el cual, de conformidad con el acervo probatorio, se manifestaron las lesiones a indemnizar.

(...) mediante sentencias de 14 de septiembre de 2011 (...) la Sección establece, claramente que el daño inmaterial derivado de la alteración de la salud psicofísica es una categoría

jurídica autónoma, no subsumible dentro del concepto de “daño a la vida en relación” y comprensiva de aspectos subjetivos y objetivos (...) La Sala reitera la jurisprudencia precedente en cuanto a la no subsunción del daño a la salud en categorías jurídicas excesivamente abiertas y omnicomprensivas, como el daño a la vida en relación que, como bien se ha puesto de presente en fallos anteriores, cierra las posibilidades de acudir a criterios más objetivos de tasación del daño, impropios de categorías vagas y omnicomprensivas. Sin embargo, se estima necesario hacer algunas aclaraciones sobre la naturaleza de este daño así como sobre los criterios de conocimiento y prueba de los mismos. En primer lugar, es necesario aclarar que (...) resulta incorrecto limitar el daño a la salud al porcentaje certificado de incapacidad, esto es, a la cifra estimada por las juntas de calificación cuando se conoce. Más bien se debe avanzar hacia un entendimiento más amplio en términos de gravedad de la afectación corporal o psicofísica, debidamente probada dentro del proceso, por cualquiera de los medios probatorios aceptados, relativa a los aspectos o componentes funcionales, biológicos y psíquicos del ser humano. Para lo anterior el juez deberá considerar las consecuencias de la enfermedad o accidente que reflejen alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de la persona dentro de su entorno social y cultural que agraven la condición de la víctima.

(...) Básicamente, se cambia de una concepción primordialmente cuantitativa en donde el criterio de tasación consiste en un porcentaje,

a una concepción cualitativa del daño objetivo, en la que lo que predomina es la noción de gravedad de la alteración psicofísica, frente a la cual existe libertad probatoria (...) se ha de notar que el concepto cualitativo de alteración psicofísica tiene una mayor extensión el relacionado con el mero porcentaje de incapacidad, especialmente cuando éste se entiende referido a lo meramente laboral. Esto es así porque existen circunstancias de afectación la integridad física o de limitación de funciones, cuya gravedad y aptitud para afectar la calidad de vida no se alcanzan a reflejar adecuadamente en la medición meramente cualitativa de la incapacidad. Este es el caso de lo que en algunas ocasiones se ha llamado daño estético (subsumido dentro de esta dimensión del daño a la salud) o la lesión de la función sexual, componentes del daño a la salud que muy difícilmente se consideran constitutivos de incapacidad.

(...) También se unifica la jurisprudencia en lo relativo al tema espinoso del daño temporal. En efecto, al dejarse claro que la duración del daño es factor a tener en cuenta para la tasación del mismo, se aclara que el carácter permanente de la alteración o la secuela no es requisito esencial para el reconocimiento del perjuicio a la salud. Y es que, en efecto, la Sala no encuentra razones para estimar que el daño que se ha curado o mitigado jamás tuvo lugar (falseamiento de los hechos) o, lo que es aún más peligroso, que los sujetos están obligados a soportar la afectación del bien jurídico

de la salud siempre y cuando ésta sea reversible (...)

En esta misma línea se ha de aclarar también, que la Sala abandona definitivamente la tesis de que solo se ha de indemnizar lo que constituya una alteración grave de las condiciones de existencia. En efecto, dado que no es razonable suponer que alguien tenga el deber de soportar la alteración psicofísica de menor entidad, no existe razón

para desestimar su antijuridicidad y, por tanto, su mérito indemnizatorio (...) se puede decir que se avanza a una noción más amplia del daño a la salud, que se pasa a definir en términos de alteración psicofísica que el sujeto no tiene el deber de soportar, sin importar su gravedad o duración y sin que sea posible limitar su configuración a la existencia de certificación sobre la magnitud de la misma (Consejo de Estado, 2014).

### 6.3.1.2. Tipología del daño desde una perspectiva psicosocial

Para Martha Nubia Bello y Ricardo Chaparro, desde sus consecuencias en el marco de las graves violaciones a los DDHH y graves infracciones al DIH, el daño es definido como:

Pensando en un sujeto humano construido socialmente y en relación con los otros y su contexto, podemos definir el daño como el resultado de procesos que vulneran la dignidad humana – afectan negativamente las relaciones satisfactorias desde las que se construye y sostiene el sujeto –, y que conllevan a la generación de situaciones de carencia como negación del sujeto humano digno. (Bello, 2011)..

Desde la perspectiva psicosocial en el marco de las violaciones a los DDHH y las graves infracciones al DIH, se ha establecido la siguiente tipología de las expresiones del daño:

- **Daño al proyecto de vida o daño existencial.** Esta categoría asume que los hechos de violencia obstaculizan de manera abrupta y dolorosa la realización personal, sustentada en las opciones que tiene el sujeto para conducir su vida y alcanzar sus metas, e involucra las transformaciones y daños en las Identidades, en la Autonomía y en el Empoderamiento. Bello y Chaparro afirman que necesidades existenciales como Ser, Hacer, Estar y Tener se constituyen en la base para definir un proyecto de vida: “en la medida que esa definición del quién se quiere ser, cómo, dónde y con qué está sujeta a los márgenes de los que goza la persona en y con sus colectivos, para desenvolver y desarrollar sus capacidades de identidad, autonomía y empoderamiento” (2011).
- **Daños al cuerpo.** Bello y Chaparro (2014) definen este tipo de daños más allá de las lesiones físicas que se pueden infligir sobre el cuerpo:

En el orden de las necesidades humanas axiológicas, desde un enfoque psicosocial, los daños al cuerpo no solo se relacionan con las heridas y laceraciones en el organismo vivo —cuyas expresiones son evidentes—, sino con aquellos daños objetivos —según el concepto planteado anteriormente—, que representan una exposición de la vulnerabilidad o una aceleración significativa de la caducidad del cuerpo humano. Así las cosas, por ejemplo, un megaproyecto para la construcción de una represa que desvíe el curso o reduzca el caudal de un río que pasa cerca a una comunidad afrodescendiente, redundaría (además de las implicaciones de orden social, simbólico y de desempoderamiento del territorio) en daños al cuerpo al alterar negativamente el volumen de la pesca y el suministro de alimentos a través del río, y al privar a los miembros de la comunidad de un espacio para la recuperación de su energía mediante el descanso activo (actividades de ejercicio y recreación desarrolladas en torno al río). (Bello, 2011). (70).

- **Daño Psicosomático.** Carlos Fernández (citado por Bello, 2011) define este tipo de daño como aquel que:

comprende todas o cualquiera de las lesiones inferidas tanto al soma o cuerpo en sentido estricto, como a la psique, constituyendo una unidad. Los daños somáticos repercuten necesariamente y en alguna medida, en la psique, y los daños psíquicos, a su vez, tienen incidencias somáticas. Esta indivisibilidad explica por qué el daño moral, según el derecho, hace parte de este tipo de daños. (Bello, 2011).

- **Daños colectivos o daño socio-cultural.** Hacen referencia a la fragmentación del tejido social, quiebre de la identidad colectiva, exclusión, creación de sectarismo entre los diferentes grupos sociales, rupturas comunitarias, establecimiento de rumores que generan desconfianza entre los habitantes con señalamientos mutuos y la exacerbación de conflictos comunitarios (Bello, 2011).

### 6.3.1.3. Tipología del daño desde una perspectiva de Memoria Histórica

El CNMH, con relación al daño, ha planteado que:

Al hacer memoria, las víctimas precisan y hacen evidentes las consecuencias tangibles e intangibles de la violencia a nivel individual y colectivo. A través de sus relatos identifican y dimensionan el daño: otorgan significado a los he-

chos violentos, pueden reconocer las pérdidas y las transformaciones acontecidas en sus vidas. Así mismo, es posible que en este relato descubran, valoren y construyan mecanismos y formas de afrontamiento para superar los efectos dañinos de la violencia y para ganar capacidad de control sobre sus vidas. (Bello, 2014).

De igual manera, ha definido el daño como “el resultado de acciones criminales que vulneran los derechos de una persona o de una colectividad. Estas acciones causan sufrimiento a las víctimas y afectan todas las dimensiones que soportan su vida íntima, familiar, social, política, cultural y productiva” (Bello, 2014). En este sentido, propone los siguientes tipos de daño desde una perspectiva de Memoria Histórica:

- **Daños morales.** “Estos daños aluden al dolor y al sufrimiento padecido por el menoscabo de valores significativos para las personas y las comunidades” (Bello, 2014). Así mismo, citando a Carlos Ghersi, expone que el daño moral es considerado “como toda modificación dolorosa del espíritu, consistente en profundas preocupaciones, o en estados de aguda irritación que afectan el honor, la reputación y el equilibrio anímico de las personas que incide en la aptitud del pensar, de querer o de sentir” (Bello, 2014).

- **Daños psíquicos y emocionales.**

Estos daños hacen alusión a las lesiones y modificaciones que sufren las víctimas en sus emociones, pensamientos y conductas ante hechos extremos o de carácter traumático. Se refieren también a la imposibilidad de afrontar el evento violento y sus efectos, así como a la dificultad de generar procesos que podrían dar continuidad a sus vidas (decidir por sí mismas, relacionarse con los otros, fijarse metas y proyectos). (Bello, 2014).

- **Daños físicos o daños sobre el cuerpo.**

Se trata de aquellos daños que tienen lugar en el cuerpo de las víctimas. Se tipifican de dos formas: En primer lu-

gar, está el despliegue de la violencia sobre el cuerpo, producto de acciones directas sobre este o de las consecuencias de acciones bélicas. Este tipo de daño se expresa en amputaciones, heridas y lesiones corporales que resultan del despliegue de modalidades de violencia como la tortura, el secuestro y la violencia sexual; como consecuencias de acciones bélicas se pueden mencionar la pérdida de miembros inferiores y superiores causada por la explosión de minas antipersonal, artefactos o municiones. En segundo lugar figuran un amplio número de enfermedades psicosomáticas provocadas especialmente por el miedo, la zozobra, la angustia y la tristeza, que originan graves alteraciones del sueño, adicciones y consumo excesivo de medicamentos. Estas enfermedades, además, han sido identificadas como fuentes de alteraciones cardíacas, digestivas, respiratorias, entre otras. (Bello, 2014).

- **Daños socioculturales.**

Los daños socioculturales se refieren a las lesiones y alteraciones producidas en los vínculos y relaciones sociales. Las agresiones incluyen la vulneración de las creencias, prácticas sociales y modos de vivir de las comunidades. Estos daños, que afectan colectivamente a las comunidades, son consecuencia de la prohibición explícita o del impedimento y las dificultades que experimentaron estas y sus miembros para mantener sus relaciones, vínculos e intercambios, con los cuales participaban de las dinámicas de construcción de la identidad grupal y colectiva. (Bello, 2014).

- Daños materiales y ambientales.

Los daños materiales y ambientales causan impactos morales y socioculturales. Los bienes materiales son fuente de reconocimiento y de identidad y garantizan sostenibilidad y supervivencia a las comunidades. Los bienes, especialmente las casas, los enseres y los animales son, en muchas ocasiones, el legado de los ancestros; están cargados de significado, recuerdos y afectos. Para las víctimas, estas pérdidas no representan únicamente un menoscabo financiero sino menoscabo afectivo, de seguridad, de estabilidad; para algunos, incluso, la ruptura del equilibrio con el mundo y la naturaleza. (Bello, 2014).

- Daños políticos.

El daño político hace referencia a los impactos que causan los armados, en asocio con las élites locales o regionales, para impedir, silenciar o exterminar prácticas, mecanismos, organizaciones, movimientos, partidos, liderazgos e idearios políticos calificados como opuestos y percibidos

como peligrosos o contrarios a sus propósitos e intereses. (Bello, 2014).

- Daños al proyecto de vida.

Teniendo en cuenta los tipos de daño anteriormente abordados, es imprescindible definir el daño al proyecto de vida —en sus dimensiones individual y colectiva— pues es transversal a los demás daños. Es reconocido y tipificado en el Derecho internacional como un daño que incide sobre la libertad del sujeto a realizarse según su propia y libre decisión, con garantías de autonomía y dignidad. Según Carlos Fernández: [...] es un daño de tal trascendencia que afecta, [...] la manera en que el sujeto ha decidido vivir, que frustra el destino de la persona, que le hace perder el sentido mismo de su existencia [...]. No es una incapacidad cualquiera, ni transitoria ni permanente, sino [que] se trata de un daño cuyas consecuencias inciden sobre algo aún más sus propios fines vitales, los que [...] le otorgan razón y sentido a su vida. (Bello, 2014).

#### 6.3.1.4. Tipología del daño desde la perspectiva de Rehabilitación del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la Reparación Integral a Víctimas del conflicto armado

Para el MSPS, en el marco del Papsivi, interesa contextualizar la noción de daño y sus afectaciones (expresiones del daño), en el marco de las violaciones a los DDHH y de las graves infracciones al DIH, dadas

las particularidades que ello conlleva en las afectaciones que suelen expresar las víctimas directas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos. Lo anterior, dado que en la medida que las víctimas sufren perjuicios

en sus bienes jurídicos (Daños), en el marco del conflicto armado, adquieren al mismo tiempo el derecho a obtener reparaciones que sean proporcionales a estos. En el caso de la política de Reparación Integral en Colombia, como fue expuesto en apartados anteriores, corresponde al MSPS gerenciar las medidas de rehabilitación física, mental y psicosocial (Ley 1448, 2011).

El MSPS plantea una mirada ontológica de ese *Ser Humano* que vivencia la guerra (expuesto ya en el apartado de Dominios), que ha permitido comprender un *Ser bio-psico-social*, cuya integralidad permite inferir que los daños y perjuicios causados por el conflicto armado afectan sus dimensiones física, simbólico-cognitiva, trascendental, emocional, comportamental y relacional, bien sea de manera *transitoria* o *permanente*.

Mediante esta comprensión ontológica, el MSPS identifica que existen unas características externas e internas para configurar los daños producidos en las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos, a causa del conflicto armado colombiano. Las externas están relacionadas con las formas y tiempos de ocurrencia de los hechos violentos, responsables e intereses en su comisión. En este sentido, el tipo de delito o crimen cometido, unido a sus niveles de brutalidad, sevicia y prácticas asociadas por los responsables durante su comisión, como se dijo párrafos atrás, lesionan el sentimiento de dignidad e integridad del *Ser Humano*, infligiendo sufrimiento y miedo que paralizan al individuo o colectivo y afectan su capacidad de relacionamiento con el entorno, al tiempo que incrementan sus niveles de vulnerabilidad y de riesgo.

Las características internas del daño se asocian más con el mundo subjetivo de quien vivencia esta experiencia de atrocidad. Ello lleva a plantear que el daño no existe *per*

se. La dimensión de lo transformado y de lo perdido a causa de la guerra solo la puede configurar quien ha vivido estos hechos de violencia y todas sus veces será distinta en cada caso, aún entre integrantes de una misma familia o de una misma comunidad que experimentaron los mismos hechos. Siguiendo esta postura, no solo se trata del hecho de violencia y sus formas de comisión, se trata también de la representación que la víctima o las víctimas hacen de la experiencia y ello transita por el mundo simbólico y narrativo. Es decir, la representación involucra lo que la víctima se narra de sí y lo que otros narran sobre ella, a partir de la experiencia de violencia. Así mismo, en la forma de dimensionar el daño, entran a jugar los recursos de afrontamiento con que cuentan quienes han vivido estas experiencias de la guerra. Sus historias personales, sus recursos psicológicos, sociales, culturales, económicos, políticos.

Para efectos de garantizar la medida de Rehabilitación como parte del proceso administrativo definido en la Política de Atención, Asistencia y Reparación Integral a víctimas del conflicto armado, el MSPS ha acogido la comprensión de dos tipos de daño que, como se dijo anteriormente, pueden ser transitorios o permanentes:

- **Daño a la Salud.** El Consejo de Estado lo ha definido como todo perjuicio fisiológico o biológico, derivado de una lesión corporal o psicofísica (Consejo de Estado, 2014). Vale destacar que el daño a la Salud ha adquirido un nivel de autonomía dentro de los referentes de daño inmaterial, que el Consejo de Estado ha desarrollado con la jurisprudencia:

En otros términos, un daño a la salud desplaza por completo a las demás categorías de daño inmaterial como

lo son la alteración grave a las condiciones de existencia —antes denominado daño a la vida de relación— precisamente porque cuando la lesión antijurídica tiene su génesis en una afectación negativa del estado de salud, los únicos perjuicios inmateriales que hay lugar a reconocer son el daño moral y el daño a la salud.

(...) En otros términos, se insiste, en Colombia el sistema indemnizatorio está limitado y no puede dar lugar a que se abra una multiplicidad de categorías resarcitorias que afecten la estructura del derecho de daños y la estabilidad presupuestal que soporta un efectivo sistema de responsabilidad patrimonial del Estado, motivo por el que, se itera, cuando el daño se origine en una lesión psíquica o física de la persona el único perjuicio inmaterial, diferente al moral que será viable reconocer por parte del operador judicial será el denominado “daño a la salud o fisiológico”, sin que sea posible admitir otras categorías de perjuicios en este tipo de supuestos y, mucho menos, la alteración a las condiciones de existencia, categoría que bajo la égida del daño a la salud pierde relevancia, concreción y pertinencia para indemnizar este tipo de afectaciones.

En ese orden de ideas, el concepto de salud comprende diversas esferas de la persona, razón por la que no

solo está circunscrito a la interna, sino que comprende aspectos físicos y psíquicos, por lo que su evaluación será mucho más sencilla puesto que ante lesiones iguales corresponderá una indemnización idéntica\*. Por lo tanto, no es posible desagregar o subdividir el daño a la salud o perjuicio fisiológico en diversas expresiones corporales o relacionales (v.gr. daño estético, daño sexual, daño relacional familiar, daño relacional social), pues este tipo o clase de perjuicio es posible tasarlo o evaluarlo, de forma más o menos objetiva, con base en el porcentaje de invalidez decretado por el médico legista.

De allí que no sea procedente indemnizar de forma individual cada afectación corporal o social que se deriva del daño a la salud, como lo hizo el tribunal de primera instancia, sino que el daño a la salud se repara con base en dos componentes: i) uno objetivo determinado con base en el porcentaje de invalidez decretado y ii) uno subjetivo, que permitirá incrementar en una determinada proporción el primer valor, de conformidad con las consecuencias particulares y específicas de cada persona lesionada. (Consejo de Estado, Sent. 1994-00020, 2011).

Para el MSPS, en el marco de la Rehabilitación como componente de la Reparación Integral a víctimas del conflicto armado, el daño a la salud se subdivide en:

---

\* “Este estado de cosas no solo deja la sensación de desorden, sino que también crea desigualdades entre víctimas, cuyos intereses aparecen, en igual medida, dignos de protección; así pues, el problema de fondo es el de establecer los límites, que deben ser “límites razonables”, determinados sí, en términos jurídicos” (Cortés, 2007, p. 57).

- **Daño a la Salud Física.**

De acuerdo con las especificaciones proferidas por el Consejo de Estado, este tipo de daño, en el contexto del conflicto armado, comprende aquellas lesiones que los hechos de violencia generan en los componentes funcionales o biológicos de la víctima. Para su identificación se consideran variables como:

- La pérdida o anomalía de la estructura o función fisiológica o anatómica (temporal o permanente)
- La anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura corporal.
- La exteriorización de un estado patológico que refleje perturbaciones al nivel de un órgano.
- La reversibilidad o irreversibilidad de la patología.
- La restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad normal o rutinaria.
- Excesos en el desempeño y comportamiento dentro de una actividad normal o rutinaria.
- Las limitaciones o impedimentos para el desempeño de un rol determinado. (Consejo de Estado, 2014).

- **Daño a la Salud Mental.**

En el contexto de las violaciones a los DDHH y las graves infracciones al DIH propias del conflicto armado colombiano, y de acuerdo con las características del daño a la salud como referente del daño inmaterial propio del Consejo de Estado, este daño hace re-

ferencia a las afectaciones psíquicas que la guerra imprime en las víctimas y que pasa por comprender las “alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de la persona dentro de su entorno social y cultural que agraven la condición de la víctima” (Consejo de Estado, 2014). Estas afectaciones generalmente identificadas en la funcionalidad de los procesos mentales y comportamentales pueden ser transitorias o permanentes y no solo deben medirse por el porcentaje de incapacidad que expiden las juntas de calificación, pues no siempre derivan en una incapacidad mental de las personas:

es necesario aclarar que (...) resulta incorrecto limitar el daño a la salud al porcentaje certificado de incapacidad, esto es, a la cifra estimada por las juntas de calificación cuando se conoce. Más bien se debe avanzar hacia un entendimiento más amplio en términos de gravedad de la afectación corporal o psicofísica, debidamente probada dentro del proceso, por cualquiera de los medios probatorios aceptados, relativa a los aspectos o componentes funcionales, biológicos y psíquicos del ser humano. Para lo anterior el juez deberá considerar las consecuencias de la enfermedad o accidente que reflejen alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de la persona dentro de su entorno social y cultural que agraven la condición de la víctima. (Consejo de Estado, 2014).

El CNMH ha logrado identificar un conjunto repetitivo de emociones y sentimientos que inciden sobre las afectaciones en la salud mental de las víctimas que habitan aquellos lugares donde han realizado procesos de

reconstrucción de memoria histórica sobre los hechos violentos y sus impactos:

Las situaciones caracterizadas por altos niveles de terror e indefensión constituyen, casi siempre, experiencias que rebasan la capacidad de hombres y mujeres para afrontar los hechos. La exposición a dichas situaciones genera traumas y daños psicológicos, cuyas manifestaciones más frecuentes, referidas por las víctimas, son las graves alteraciones del sueño con insomnios pertinaces y pesadillas, síntomas depresivos y angustiosos, y somatizaciones. Dichos síntomas provocan dificultades, por momentos casi insuperables, para la realización de las actividades habituales y el restablecimiento de las relaciones cotidianas. En algunos casos, incluso, se observan alteraciones del juicio de la realidad y cuadros psicóticos.

(...) Las experiencias traumáticas permanecen vívidas a pesar del paso de los años, y las víctimas pueden revivir sus emociones de pánico y desamparo ante cualquier imagen, olor o sonido que evoque las situaciones experimentadas. Algunas de las huellas e impactos psicológicos causados por la violencia son: el encierro, el aislamiento, el silencio, las pesadillas recurrentes y repetitivas, el desinterés por cosas que antes disfrutaban, la pérdida del deseo sexual, el descuido físico personal, el deterioro de la autoestima, la manifestación de enfermedades diversas, el deterioro físico, sentimientos depresivos y la frecuente aparición involuntaria e incontrolable de los recuerdos sobre lo vivido, que invaden la memoria como imágenes y pensamientos intrusivos. (Bello, 2014).

- **Daño psicosocial.**

Para el MSPS, el concepto psicosocial en el marco de las violaciones a los DDHH y de las graves infracciones al DIH es entendido como una categoría interdisciplinar que facilita la comprensión del continuum de lo psicológico y lo social. Así, lo psicosocial hace referencia a:

- Los valores significativos y creencias sobre sí y sobre el mundo que dan sentido a la existencia como son la Dignidad, el Honor, la reputación e Identidad, la Libertad, la Autonomía, el Empoderamiento.
- El mundo emocional y el equilibrio anímico que facilitan el querer, pensar y sentir e ilusionarse.
- Los vínculos construidos a partir del goce de condiciones para el crecimiento y desarrollo, el sentido de pertenencia y lazo social, la identidad grupal y colectiva, la sensación de protección y seguridad.

En este sentido, el daño psicosocial en el marco del conflicto armado colombiano se define como todo perjuicio o menoscabo permanente o transitorio, que genera la pérdida o transformación negativa de valores significativos y creencias; del mundo emocional, el equilibrio anímico y la integridad psicológica, así como del vínculo familiar, comunitario y colectivo. Estas pérdidas o transformaciones suelen manifestarse con el deterioro del sentido propio de la existencia; la capacidad de proyección futura, sea esta individual o colectiva; los sentidos de pertenencia y filiación social, étnica, identidad, seguridad, dignidad, honorabilidad, libertad, autonomía y empoderamiento, ocasionando profundos estados de sufrimiento emocional, desesperación, miedo, temor e irritación, y deteriorando, a la vez, los sopor-

tes sociales y legados espirituales propios del bienestar individual y colectivo.

Como puede observarse, el sufrimiento emocional está presente por las pérdidas

y transformaciones mencionadas anteriormente y puede ser sostenido y agudizado por elementos asociados como son la no garantía de los derechos a la Verdad y a la Justicia.

#### 6.4. El principio de interseccionalidad en el abordaje del daño

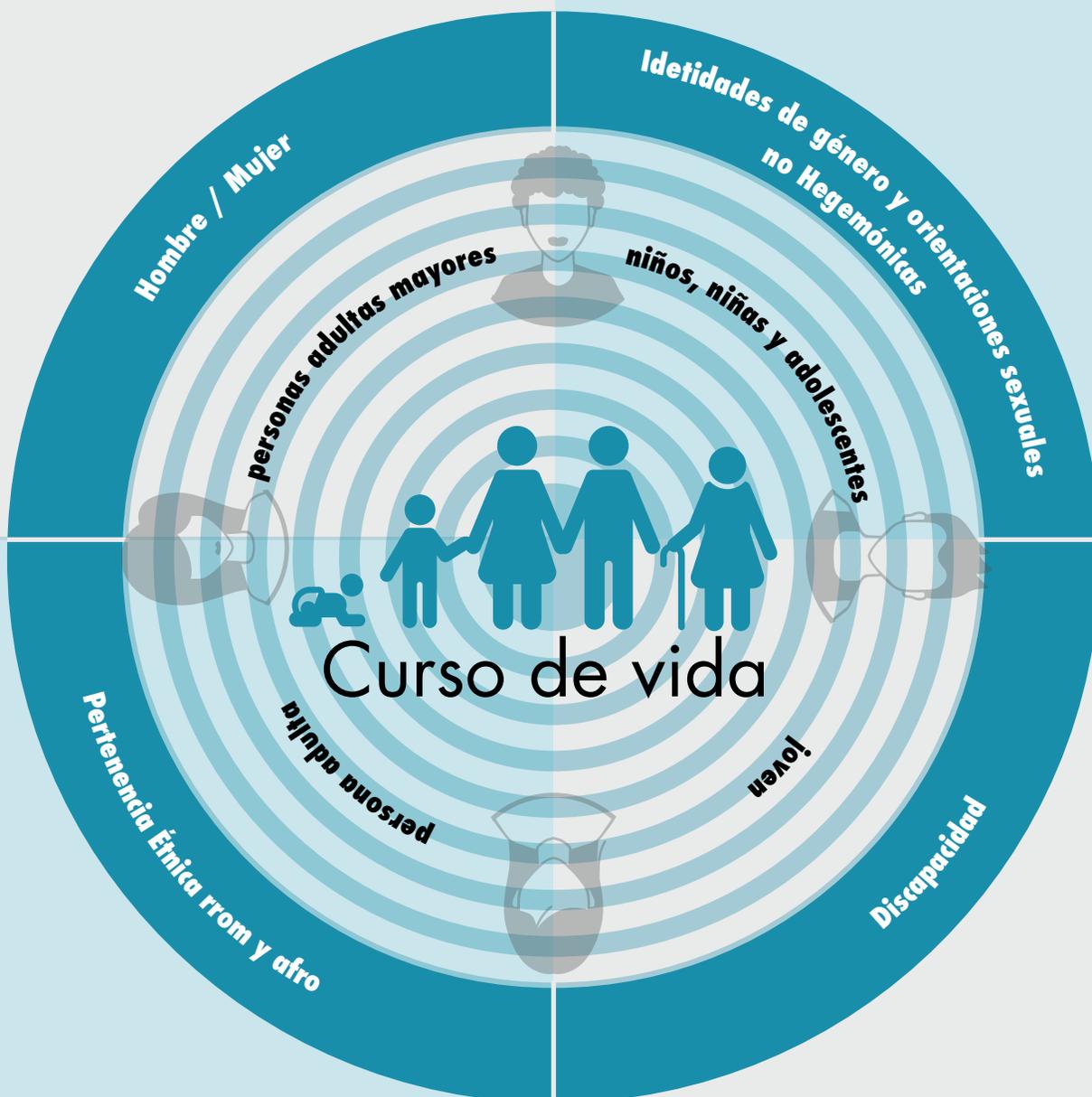
Como primer ejercicio para el abordaje de la interseccionalidad como principio en el marco del Papsivi, a continuación se explica de qué se trata:

La interseccionalidad tiene sus orígenes en la teoría social feminista, la cual desde las últimas décadas ha venido expandiéndose en los escenarios de justicia social e igualdad como punto importante en la agenda de acciones en el marco de la política pública. Esto debido a que como premisa estructural sustenta que las personas viven identidades múltiples, las cuales se forman de las relaciones sociales, la cultural, la historia y también de la operación de las estructuras del poder. En este sentido, las personas pertenecen a diferentes comunidades, y pueden experimentar desde ellas situaciones de opresión y privilegios de manera simultánea: por ejemplo, una mujer puede ser una médica respetada y al mismo tiempo ser víctima de violencia doméstica en su casa (Mora-Ríos, 2014).

A partir de esta idea, más que ser una herramienta que comprende la combinación de identidades como una sumatoria de características en los sujetos, la interseccionalidad se comprende como un instrumento útil para el análisis, cuyo objetivo, por un lado, es revelar las variadas identidades del sujeto, y de esta manera identificar los distintos daños generados en el marco del conflicto armado como consecuencia de la combinación de sus iden-

tidades, teniendo en cuenta sus contextos históricos, sociales, culturales y políticos. Por el otro lado, identifica y reconoce las experiencias individuales como únicas, ya que son el resultado de la conjunción de las distintas identidades asumidas por un individuo en su cotidianidad: por ejemplo, la experiencia de una mujer negra víctima en Bogotá es cualitativamente distinta a la de una mujer urbana, campesina o indígena en la misma ciudad (ver la figura en la página siguiente).

Ahora bien, teniendo en cuenta los objetivos propios de la interseccionalidad en el marco de la comprensión de los daños, se puede discernir sobre las afectaciones que se han causado a las víctimas y de esta manera establecer acciones en materia de rehabilitación, que permita centrarnos en sus particularidades y sus experiencias específicas, dando a las víctimas una atención adecuada. Dicho de otro modo, el principio de la interseccionalidad en la atención psicosocial y salud integral de las víctimas del conflicto armado permite analizar y comprender cómo los hechos de violencia han afectado a las personas debido a las diferentes identidades y roles que las definen social y culturalmente, y también identificar los juicios de valor (prejuicios) existentes frente a estas personas y las múltiples maneras de discriminación que se pueden ejercer sobre ellas. Ello aporta en la construcción de escenarios de igualdad y de justicia social.

**Figura 1.** Interseccionalidad.

## 7. ESTRATEGIAS TRANSVERSALES

---

Además de las fundamentaciones que se han expuesto en el marco del Papsivi, es importante señalar que este Programa cuenta con estrategias complementarias y transversales, las cuales permiten que su implementación se desarrolle de manera integral. En el último capítulo del presente documento se exponen

los diferentes puntos que abarcan los mecanismos establecidos para el seguimiento y monitoreo del Programa, la formación y cuidado del talento humano, así como las estrategias implementadas para la participación efectiva de las víctimas y, la coordinación y articulación de la Nación con el Territorio.

### 7.1. Formación y cuidado de talento humano

---

Considerar el componente de talento humano que realiza atención a víctimas del conflicto dentro de una política pública de atención, asistencia y reparación está relacionado con la necesidad de contar con el suficiente personal idóneo en la atención. Ello implica, por un lado, un alto compromiso de las instituciones de desplegar una serie de condiciones y beneficios dirigidos al talento humano, al igual que implementar herramientas de formación en el proceso de atención a víctimas y en la política pública referida al tema. Por otro lado, significa un deber por parte de quienes prestan la aten-

ción a las víctimas de desarrollar y cualificar competencias que garanticen un trato digno hacia las víctimas.

En este sentido y en armonía con los “Lineamientos para el Desarrollo del Talento Humano en la Atención a Víctimas del Conflicto Armado” del MSPS, el Papsivi contiene como estrategias transversales el diseño de planes, programas y acciones de formación y cuidado emocional, que favorezcan la cualificación del talento humano con funciones de atención a víctimas, y con ello mejorar la calidad de los servicios prestados.

#### 7.1.1. Formación del talento humano

---

La formación del talento humano en el Papsivi es un componente definitivo para lograr que su implementación se pueda realizar con la más alta calidad y evite la re-victimización de quienes han sido sujeto de las acciones de los actores armados.

Este componente se justifica porque se ha constatado que es necesario brindar un entrenamiento específico a profesionales de las ciencias humanas y de ciencias de la salud en relación con los efectos que ha generado el conflicto armado en Colombia. Es poca la

formación que se imparte en las universidades sobre este tema y, además, al contar con herramientas específicas de atención psicosocial y en salud, es determinante garantizar un conocimiento de ellas. También es importante mencionar que los y las profesionales que cuentan con herramientas consistentes para la atención pueden elaborar de una manera más proactiva los efectos que causa la atención del sufrimiento humano.

En ese sentido, los componentes formativos del Papsivi tienen como propósito desarrollar y consolidar las destrezas necesarias para realizar la atención a víctimas del conflicto armado en el marco de la implementación del Programa. De esta manera, específicamente se propone comprender los fundamentos conceptuales del Papsivi, asumiendo una postura crítica y proactiva; generar o consolidar habilidades para la atención psicosocial y en salud integral en los y las profesionales que participan en el Papsivi, y ejercer las actitudes favorables que permitan la acción sin daño, el trato digno y la generación de confianza durante el proceso de atención a las víctimas.

Estos objetivos se refieren a los tres componentes de las destrezas necesarias para ofrecer una atención digna y pertinente a la situación que han vivido las víctimas, pues se requiere de conocimientos, habilidades y actitudes que lo permitan. Es por eso que la formación en el Papsivi no se limita a brindar datos sobre la situación de las víctimas, sino que se complementa con herramientas concretas para realizar la atención. Los tres componentes de la destreza que se priorizan en la formación son los siguientes:

#### a. Conocimientos

- Dominios de la atención a víctimas del conflicto armado

- Enfoques de la atención a víctimas del conflicto armado
- El daño psicosocial y herramientas de afrontamiento
- El principio de la Interseccionalidad

#### b. Actitudes

- Respeto y aceptación de las diferencias
- Trato digno a las víctimas
- Disposición al servicio
- Generación de alternativas
- Reconocimiento de las poblaciones de especial protección constitucional
- Reconocimiento reflexivo de imaginarios, prejuicios, estereotipos

#### c. Habilidades

- Empatía y Asertividad
- Manejo de emociones
- Pensamiento crítico y creativo
- Toma de decisiones
- Técnicas de atención psicosocial
- Incorporación del análisis desde la interseccionalidad
- Manejo de metodologías participativas

Esta propuesta de desarrollo de destrezas implica que los profesionales que participan en el Papsivi tengan la posibilidad de

formación presencial, que puede ser complementada con elementos virtuales para la consolidación de las destrezas y también es

fundamental contar con el acompañamiento de profesionales con mayor experiencia durante el ejercicio de sus labores.

### 7.1.2. Cuidado emocional del talento humano

---

En cuanto al Cuidado Emocional, es importante recordar que la labor de apoyo a comunidades, grupos y personas en contextos violentos o de desastres tiene características diferentes a las de cualquier otro trabajo, en gran medida por cuanto supone una relación permanente con el sufrimiento humano. Por esa razón, hablar de cuidado emocional en dichos contextos supone un cambio de mirada, al pasar de estar permanentemente orientados hacia las necesidades de otros, para dirigirla hacia uno mismo, su equipo y su organización.

Carlos Martín Beristain (2007) ha identificado como fuentes de desgaste emocional el estrés día a día, el estrés acumulativo, el estrés organizativo y el confrontarse con el dolor y situaciones extremas. El estrés día a día se relaciona con el volumen y frustraciones del trabajo, el estrés acumulativo se manifiesta con signos de fatiga y sobrecarga emocional, el estrés organizativo es producto de trámites administrativos y el confrontarse con el dolor y situaciones de extrema pobreza, dolor y muerte.

De igual manera, se ha encontrado como formas de agotamiento en contextos laborales el síndrome de burnout, la contaminación temática, la traumatización vicaria, la traumatización de los equipos y la fatiga por

compasión. Como manifestaciones de dicho desgaste emocional, se pueden señalar síntomas individuales de insomnio, preocupaciones constantes por el trabajo, desconcentración, irritabilidad, bajo estado de ánimo, cambios en la alimentación y dificultades en las relaciones familiares, entre otros. En las relaciones de trabajo se encuentran interacciones agresivas y/o defensivas, deterioro en la comunicación y abandono del trabajo en grupo. De igual manera, se pueden encontrar reacciones físicas como dolores musculares, dolores de cabeza, problemas gástricos y de sueño.

Para ello, en los Lineamientos para el desarrollo del talento humano en la atención a víctimas del conflicto armado, el MSPS (2017 inédito) propone el desarrollo de estrategias institucionales, grupales e individuales para la prevención del agotamiento emocional y el estrés laboral dirigida al talento humano del sector salud con funciones de atención a víctimas del conflicto armado:

- Las Estrategias Institucionales están relacionadas con la implementación de planes y programas de seguridad y salud en el trabajo, especialmente para la prevención del riesgo psicosocial, dentro de los cuales se pueden contemplar: asegurar las condiciones mínimas la-

borales y de seguridad, formación en herramientas psicosociales para el cuidado emocional, registro de las fuentes de malestar, desarrollo de espacios de cuidado emocional, seguimiento a las señales de desgaste emocional, entre otros.

- Las Estrategias de Cuidado Grupal incluyen el diseño e implementación de encuentros grupales para la prevención del desgaste emocio-

nal y el estrés laboral, definiendo la periodicidad de las sesiones y acciones de mitigación cuando se identifiquen riesgos medios y altos.

- Las Estrategias Individuales comprenden prácticas cotidianas que cada servidor público puede realizar en procura de su salud y bienestar, como por ejemplo técnicas de relajación, ejercicios de respiración, manejo de estrés, entre otros.

## 7.2. Participación efectiva de las víctimas en el proceso de construcción conjunto del Programa

---

La participación es un derecho humano fundamental que consiste en la facultad de los sujetos de intervenir en todas las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación. La participación tiene varios niveles que son información, iniciativa, consulta, concertación, decisión y control. Su garantía es indispensable para el restablecimiento de la dignidad de las víctimas y de su calidad de ciudadanos en plena capacidad para el ejercicio del resto de sus derechos constitucionales. Es, además, una condición esencial para que la reparación sirva como herramienta transformadora de los fenómenos de exclusión política y social, especialmente aquellos derivados de las diferencias étnicas, curso de vida, de identidad de género y de orientación sexual.

Los principios centrales del derecho a la participación corresponden al preámbulo, al artículo 2 y al artículo 103 de la Constitución Política de Colombia. Apuntan a construir

y fortalecer mecanismos democráticos de representación y participación en las diferentes instancias de concertación, control y vigilancia de la gestión pública a través de la participación de los ciudadanos en todas las decisiones que los afectan.

En el marco de la Ley 1448 de 2011 y los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011, se acogen para el ejercicio del derecho a la participación los siguientes principios: i) dignidad; ii) de buena fe; igualdad; de respeto por la autonomía; garantía del debido proceso; de legalidad; enfoque diferencial; de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres; de equidad para la mujer; participación conjunta; de protección de los derechos; de respeto mutuo; de complementariedad; de colaboración armónica; de aplicación normativa; de Publicidad; de transparencia; de garantía de protección; de compromisos del Estado; de proporcionalidad; de inclusión en la representación, y de no revictimización.

La participación como derecho tiene una relación de interdependencia con otros derechos fundamentales como el acceso a la información, la libertad de expresión, el derecho a no ser discriminado o la libertad de asociación. La vulneración de cualquiera de estos derechos constituye una limitación para el ejercicio del derecho a la participación. Asimismo, la violación del derecho a la participación tiene como consecuencia la limitación del disfrute de los otros derechos humanos, especialmente los derechos a la verdad, la justicia y la reparación, los cuales, para ser significativos y transformadores, necesitan que las víctimas puedan participar en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de los programas, planes y proyectos a través de los cuales se busca materializarlos.

En el marco del conflicto armado, el derecho de las víctimas a la participación tiene una relación directa y estrecha con los derechos a recibir medidas de atención, asistencia y reparación efectivas y adecuadas, ya que busca fortalecer, facilitar y proteger los mecanismos de incidencia efectiva de las víctimas y sus organizaciones, formales e informales, bajo una mirada de reconocimiento de los distintos hechos victimizantes, y aceptando los enfoques diferenciales y étnicos. En este sentido, para las víctimas del conflicto armado, los procesos participativos permiten que los programas, planes y proyectos de reparación aseguren que esta sea lo más adecuada posible a sus necesidades específicas.

Es así como la participación de las víctimas genera apropiación y legitimación de las políticas públicas que las afectan, ayuda a restablecerlas como ciudadanas en plena capacidad de ejercer sus derechos y ayuda al restablecimiento de su confianza frente a la institucionalidad, lo que constituye una fórmula adecuada para restablecer su derecho a la dignidad en condiciones de igualdad. Para el logro de los fines de su

participación, el Estado debe hacer frente a los siguientes aspectos:

- Organizar y generar puentes de coordinación entre las diferentes instancias de participación de las víctimas a nivel municipal, distrital, departamental y nacional, con el fin de que la participación sea parte fundamental de la coordinación de todo el sistema de atención y reparación integral.
- Fortalecer la participación de las víctimas en los espacios territoriales de discusión y concertación de las políticas públicas. Ya que es en lo local donde se materializan los derechos por medio de estas políticas públicas.
- Brindar procesos de formación de derechos a las víctimas, sus organizaciones y la sociedad en su conjunto, con el fin de entregar herramientas conceptuales que permitan reclamar garantías y derechos a las víctimas, y que formen a todos los ciudadanos para reconocer, respetar y ayudar a resarcir los daños del conflicto.
- Garantizar el derecho a la información, sin el cual no puede desarrollarse en debida forma la participación de las víctimas. Esto implica generar diversos medios de información hacia las Mesas de Víctimas, las organizaciones y las víctimas no organizadas, donde se involucren especialmente los medios de comunicación masiva.
- Ayudar a consolidar una cultura de la participación ciudadana entre las víctimas, con el fin de ayudarles a superar su condición de vulnerabilidad, y restituirles sus derechos ciudadanos, que perdieron a causa del conflicto armado.

- Instaurar un modelo de gestión pública de cumplimiento de derechos de las víctimas, que se soporte y termine en su efectiva participación en la planeación, construcción y control de las políticas públicas.

Frente al derecho a la verdad y a la memoria de la sociedad, la participación de las víctimas contribuye al esclarecimiento de las graves violaciones a los derechos humanos y las causas que las generaron, y permite la visibilización del impacto específico:

- de las violaciones cometidas contra ciertos grupos poblacionales;
- de las violaciones cometidas contra comunidades;
- de ciertos hechos victimizantes que generalmente permanecen ocultos.

Así mismo, la participación de las víctimas frente al derecho a su verdad y a la memoria de la sociedad ayuda a la reconstrucción del tejido social en comunidades étnicas o no étnicas, especialmente afectadas al fomentar la superación de estructuras discriminatorias existentes en la sociedad, lo que satisface la necesidad de que la reparación tenga una dimensión transformadora.

Por otro lado, y conforme a lo señalado en el artículo 264 del Decreto 4800 de 2011, las mesas de participación “son los espacios de trabajo temático y de participación efectiva de las víctimas, de orden municipal, distrital, departamental y nacional, elegidos y designados por las mismas víctimas y sus organizaciones y destinados para la discusión, interlocución, retroalimentación, capacitación y seguimiento de las disposiciones contenidas en la Ley 1448 de 2011, sus decretos reglamentarios, la jurisprudencia y

demás normas complementarias” (Unidad de Víctimas, 2013).

En este escenario, desde el año 2013, el MSPS viene desarrollando encuentros periódicos con la Mesa Nacional, las Mesas Departamentales y las Mesas Municipales de Participación Efectiva de Víctimas, con el fin de desarrollar procesos de construcción conjunta, seguimiento y monitoreo del Papsivi. De esta forma, se busca responder al principio esencial del Estado de generar participación de la población en las decisiones que los afectan, consignado en el artículo 2 de la Constitución Política, así como a las leyes que lo desarrollan. En particular, cabe resaltar la Ley de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas en su artículo 14 y el Decreto 4800 de 2011, artículo 165, y para el sector salud, lo consignado en la Ley 1438 de 2011, artículo 3.10, entre otras disposiciones.

La construcción conjunta desde un enfoque de derechos pretende desarrollar un proceso continuo y sistemático de construcción del Papsivi, lo cual significa definir sus objetivos, alcances, procedimientos y actividades, de manera conjunta con todos los actores involucrados desde lo institucional y social, y en especial con las víctimas del conflicto armado. Este proceso se asume desde el diseño, implementación, seguimiento y evaluación, como una forma de materializar el enfoque psicosocial del Papsivi.

Parte fundamental de este proceso es que se vayan integrando al ejercicio de construcción conjunta del Papsivi diversos actores corresponsables del tema que compartan el sentido y alto compromiso que esta tarea conlleva. El proceso apunta a ser continuo, sostenido en el tiempo, sistemático y concebido desde un enfoque de derechos y diferencial.

En síntesis, el objetivo de este proceso es incentivar la participación de instituciones nacionales y territoriales, organismos nacionales e internacionales y organizaciones de sociedad civil con interés, mandato o compromiso en el tema, acompañantes de víctimas y principalmente las organizaciones de víctimas y

las víctimas, en el proceso de construcción del Papsivi, de tal forma que se asegure su análisis y retroalimentación informada y se propicie el empoderamiento de las y los servidores públicos encargados de la atención integral con enfoque psicosocial y diferencial a las víctimas del conflicto armado.

### 7.3. Seguimiento y monitoreo del Papsivi

El desarrollo de la estrategia comprende el seguimiento permanente de las actividades desarrolladas en el marco del Programa a través de una medición regular y continua, para verificar si las acciones planificadas se están realizando y si estas se implementan de acuerdo a los planes y los recursos asignados. El propósito del seguimiento y monitoreo consiste en detectar de manera oportuna las fortalezas y deficiencias de los procesos de ejecución, para hacer ajustes conducentes a una gestión óptima de las iniciativas, “para optimizar los resultados esperados y responder a las expectativas de la ciudadanía” (Unidad de Víctimas, 2013).

En este sentido, la estrategia de seguimiento y monitoreo debe garantizar por lo menos lo siguiente:

- Un proceso que efectivamente dé razón desde la medida de rehabilitación para las víctimas del conflicto armado.
- La participación activa de las víctimas en la estructuración, monitoreo y seguimiento del Papsivi, para lo cual las administraciones nacional y territoriales deberán dar garantías de seguridad, participación en las decisiones, respeto a su voz, entre otras garantías.

- La identificación de las fortalezas y debilidades de los procesos desarrollados en la implementación del Programa.
- La aplicación de medidas correctivas para superar posibles problemas o dificultades identificados en el proceso de seguimiento y monitoreo.
- La disposición de talento humano y de espacios de trabajo a nivel nacional y territorial que acompañen a los equipos en la implementación del Papsivi.
- La disposición de herramientas técnicas, de sistemas de información y registro para el seguimiento y monitoreo del Papsivi.

En ese orden de ideas, existen seis procesos que involucran información relevante para el seguimiento y monitoreo a la atención de las víctimas, estos son:

**a. Identificación:** permite verificar si las personas atendidas y/o afiliadas son personas víctimas del conflicto armado incluidas en el Registro Único de Víctimas (RUV) o en la base de datos de víctimas identificadas en sentencias de cortes nacionales o internacionales.

Reporte del acercamiento, las atenciones psicosociales y el cierre (aplicativo)

Profesionales psicosociales,  
Entidad territorial  
**Atención Psicosocial**

(aplicativo)

Ministerio de Salud y Protección Social - Entidad Territorial

**Orientación a otros servicios  
acompañamiento a víctimas**

Registro individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS)

IPS, ESE

**Atención en salud integral**

Reporte del plan de atención y seguimiento a barreras de acceso (aplicativo)

IPS, ESE, Enlaces Psicosociales

**Plan de Atención en salud integral**

Registro Único de Afiliados (RUAF)

EPS, Entidad territorial

**Afiliación al SGSSS**

Registro Único de Víctimas (RUV)

Otras Víctimas identificadas

URAVIV, corte IDH, CIDH, Ley 1257, Tribunales de Justicia y paz

**Identificación**



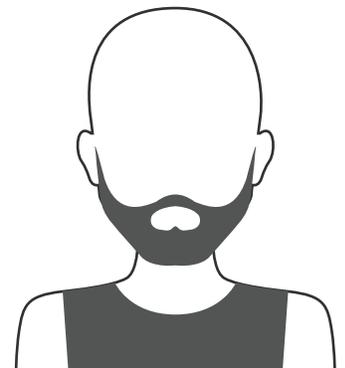
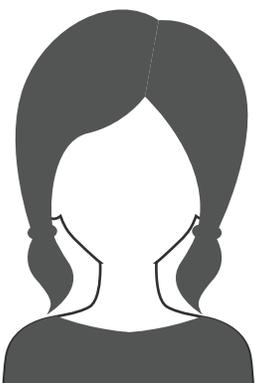
**b. Afiliación:** permite verificar el estado de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de cada una de las víctimas.

**c. Atención Psicosocial:** permite registrar la información de las atenciones psicosociales brindadas por los equipos psicosociales a las víctimas en modalidad individual, familiar y comunitaria. El registro de las atenciones psicosociales lo realizan directamente los equipos psicosociales.

**d. Plan de Atención en Salud Integral:** permite registrar las personas víctimas que ya tienen un plan de manejo de acuerdo a las características individuales y necesidades identificadas en salud, según los requerimientos del Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial para víctimas del conflicto armado.

**c. Atención en Salud Integral:** permite registrar las atenciones de salud recibidas por parte de la persona víctima. El reporte lo hace cada IPS a través de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS), según el flujo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**d. Orientación a otros servicios:** registra las gestiones realizadas con entidades e instituciones del sector salud y otras del SNARIV para dar solución efectiva a las personas víctimas.



Por otro lado, y en cumplimiento a la Ley 1448 de 2011 y los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011, el MSPS ha diseñado un aplicativo (**Aplicativo Papsivi**) que da cuenta de la atención psicosocial, salud integral y orientaciones a otros

servicios brindadas a la población víctima del conflicto. Esta herramienta se articula con el Sistema de Información de la Protección Social (Sispro). Desde el Sispro se puede consultar información de diferentes formas, como se presenta a continuación:

### Ficha individual



Muestra información de identificación, plan de atención y atenciones psicosociales y de salud recibidas por cada víctima a nivel nacional. El acceso a estas fichas será restringido y de carácter confidencial. Disponible con cortes mensuales.

### Cubo Indicadores



Permite hacer consultas dinámicas de estadísticas sobre afiliación, atenciones psicosociales, atención en salud, otras acciones a las víctimas y sobre la gestión territorial para las víctimas. Se requiere solicitar acceso. Disponible con cortes mensuales.

### Reportes Predefinidos



Reportes fijos para consulta del avance en los procesos e indicadores de goce efectivo de los derechos en salud de las víctimas, por ubicación, proceso enfoque diferencial y período. Información disponible al público en general. Disponible con corte mensuales.



Mapas con información georreferenciada de las víctimas y sus atenciones, la oferta de servicios y avance en la gestión territorial. Información disponible al público en general. Disponible con cortes mensuales.

En el marco del proceso de seguimiento y monitoreo Papsivi y conforme a lo exigido por la Corte Constitucional y otras entidades oficiales, se han definido indicadores que permiten medir las atenciones y la implementación de los procesos para la atención a las víctimas. Estos indicadores permiten, igualmente, contar con una mirada unificada para medir las acciones de las diferentes entidades y actores.

Por último, el Ministerio contará con el Observatorio de Víctimas del Conflicto Armado, donde se espera disponer información que permita conocer el comportamiento de indicadores de salud y los avances en la implementación de programas, estrategias o protocolos dirigidos a mejorar las condiciones de las personas víctimas del conflicto armado.

#### 7.4. Coordinación y articulación Nación-Territorio

Con el propósito de lograr mecanismos de coordinación claros que brinden orientaciones técnicas, faciliten la coordinación en el ámbito nacional y territorial, ofrezcan herramientas procedimentales para la articulación en la implementación de las acciones que aporten a disminuir el daño causado por las dinámicas del conflicto armado sobre las víctimas en Colombia, la estrategia de coordinación y articulación Nación-Territorio del Papsivi se orienta por el principio de coordinación armónica contemplado en el artículo 113 de la Constitución Política: “Los diferentes órganos del Estado tienen funciones separadas pero colaboran armónicamente para la realización de sus fines” (Corte Constitucional, 2015), y por los artículos 209, 288 y 366 sobre descentralización, desconcentración y delegación de funciones, los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad y la asignación de recursos para el gasto público social. Así, la Nación y las entidades territoriales deben concertar esfuerzos, medios, recursos, entre otros elementos, para una acción común para la atención de las víctimas del conflicto armado interno.

Ahora bien, aunar esfuerzos y optimizar el uso de recursos humanos, administrativos y financieros para lograr mejores resultados supone la concertación entre los distintos niveles y sectores de la administración nacional y territorial, con el objeto de que las autoridades locales asuman y cumplan sus responsabilidades frente a la atención integral e, igualmente, las autoridades competentes del nivel nacional lo hagan con sus pares territoriales.

En este sentido, la estrategia de articulación Nación-Territorio responde a la necesidad de establecer un procedimiento que permita reconocer los escenarios de articulación y coordinación en tres niveles identificados: (i) Nacional, (ii) Nación-Territorio: Departamentos, Distritos y Municipios, y (iii) Interinstitucional. Este procedimiento debe permitir la identificación de los actores y estrategias conducentes a garantizar la atención psicosocial y en salud de las víctimas. Esta estrategia contribuye a la implementación y puesta en marcha del Papsivi, evidenciando avances, retrocesos

o estancamientos en su implementación en cada uno de los municipios, distritos y departamentos del país.

El objetivo de la estrategia de articulación es establecer un procedimiento técnico y operativo para la coordinación y la articulación en la implementación del Papsivi y sus acciones en el ámbito nacional y territorial, en el marco de los Espacios de Coordinación previstos. Se define como “espacios” aquellos momentos enmarcados dentro del contexto de los escenarios e instancias

de coordinación del Sistema Nacional de Atención y Reparación para las Víctimas (SNARIV), donde se diseña, ejecuta y evalúa la política de atención y reparación a las víctimas, así como los programas, proyectos y acciones específicas orientadas a la atención integral de esta población, tanto en el ámbito nacional como territorial. Los escenarios a tener en cuenta para efectos de la articulación son: (i) Nacional, (ii) Nación-Territorio: Departamentos, Municipios y Distritos, y (iii) Territorial.

#### 7.4.1. Espacios de Coordinación Nacional

En estos espacios se diseñan, monitorean y evalúan las políticas, los planes y los programas para la atención integral de las víctimas del conflicto armado interno, así como la asignación del presupuesto para darles cumplimiento.

Para efectos específicos de diseño, implementación, seguimiento y monitoreo del Programa, este escenario al interior del MSPS está conformado por el Comité Institucional para la Salud y Protección Social de las Víctimas del Conflicto Armado (Resolución

888 de 2012). Este Comité realizará la interlocución con el SNARIV y el SGSSS.

Por otro lado, en el marco del SNARIV, el MSPS participa en siete de los diez subcomités técnicos<sup>1</sup> del SNARIV. En dichos espacios se orientan y definen acciones de articulación, coordinación, monitoreo y seguimiento de los planes operativos de cada uno de estos subcomités, en armonía con el proceso de implementación del Papsivi a nivel nacional y territorial.

#### 7.4.2. Espacios de Coordinación Nación-Territorio

El propósito fundamental de este escenario de coordinación, conforme a las responsabilidades y competencias asignadas por la Ley 1448 de 2011 y los decretos con fuerza de

ley 4634 y 4635 de 2011, es establecer estrategias que faciliten la implementación del Papsivi en el nivel territorial, a través de las Secretarías de Salud departamentales, municipales y distritales.

En este sentido y desde los principios de subsidiaridad, concurrencia y complementariedad, el ejercicio de coordinación nación-territorio se da conjuntamente en los Comités Departamentales, Municipales y Distritales de Justicia Transicional, presididos por las gobernaciones y alcaldías, las cuales se encargan de la coordinación técnica. En este espacio participarán Se-

cretarios de Gobierno, Planeación, Salud, Educación, Comandante de División o de Brigada, Comandante de Policía, Director del ICBF, Director del Sena, Ministerio Público, dos representantes de Mesas de Participación de Víctimas y un delegado de la UARIV. A su vez, estos Comités se articularán a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

### 7.4.3. Espacios de Coordinación Territorial

Las gobernaciones y las alcaldías en cabeza de sus directores departamentales, distritales y municipales de Salud desarrollarán las acciones pertinentes al Programa en los siguientes escenarios:

Comités Territoriales de Justicia Transicional. Además de las competencias definidas en la Ley 1448 de 2011, deberán hacer seguimiento a los planes definidos por los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, en relación con las medidas de Rehabilitación a implementar en los departamentos, distritos y municipios.

Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS). Estos Consejos se articularán con los Consejos de Justicia Transicional, y en ellos participan los responsables de diseñar la política pública regional a partir de los lineamientos de la política nacional, de hacerla operativa a través de la implementación del Papsivi, atendiendo a los postulados constitucionales y a los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiaridad.

Los Consejos de Justicia Transicional, los Consejos Territoriales de Seguridad Social

en Salud y las gobernaciones con sus secretarías departamentales de Salud articularán las acciones pertinentes para:

Formular los planes de acción departamentales, teniendo en cuenta las acciones contempladas en el Papsivi, el Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas y los planes de acción de los distritos y municipios bajo su jurisdicción, de tal manera que se adecúe la oferta del departamento a su realidad territorial y a su capacidad fiscal.

Implementar las estrategias para hacer seguimiento y evaluación territorial al Papsivi, teniendo en cuenta los enfoques de derechos, psicosocial y diferencial con énfasis en los diferentes hechos victimizantes, la participación de las víctimas y las herramientas de monitoreo al goce efectivo de los derechos de la población víctima. El liderazgo de esta responsabilidad recae en las Secretarías Departamentales de Salud.

Apoyar y facilitar la coordinación entre las entidades nacionales y territoriales para la implementación del Papsivi.

En virtud del principio de concurrencia, realizar acciones conjuntas y oportunas con el Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación del Papsivi.

Apoyar las estrategias definidas para la atención de las víctimas, con el fin de garantizar la prestación de los servicios a su cargo y el desarrollo del Papsivi en los municipios y/o distritos.

Desde el principio de subsidiariedad, los departamentos apoyarán en el ejercicio de sus competencias a sus municipios, según la capacidad de estos para ejercer eficiente y eficazmente sus competencias y responsabilidades en la implementación del Papsivi.

Los municipios y/o distritos: las alcaldías municipales, en cabeza de las Direcciones Distritales o Municipales de Salud, deberán implementar y hacer seguimiento y evaluación al Papsivi. Para ello, los escenarios de articulación para la implementación del Programa se desarrollarán en los Comités de Justicia Transicional y en los Consejos de Seguridad Social en Salud distritales o municipales, con el propósito de fortalecer los procesos de articulación con los programas que operen en los distritos y municipios para la atención a las víctimas.

Para facilitar el proceso de articulación, las Secretarías de Salud Distritales y Municipales, las EPS y las IPS, en el marco del Siste-

ma Integral de Atención al Usuario (SIAU), es necesario designar un referente distrital o municipal de coordinación para la implementación del Papsivi; estos referentes participan activamente en los Comités de Justicia Transicional y en los Consejos de Seguridad Social en Salud y apoyan las acciones que garanticen la atención efectiva a las víctimas y la implementación de la ruta de atención del Programa y de las rutas de reparación.

En los espacios mencionados anteriormente se tienen en cuenta instrumentos de política pública para la implementación del Papsivi, de acuerdo con la Ley 1448 de 2011, los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011 y sus decretos reglamentarios:

- Plan de financiación para la sostenibilidad de la Ley 1448 de 2011 (Conpes 3712 de 2011).
- Plan Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas (Conpes 3726 de 2012).
- Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 y 2014-2018.
- Planes de Desarrollo Departamental, Municipal y/o Distrital.
- Plan para retornos y reubicaciones de PSD.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Agencia de la ONU para los Refugiados - ACNUR. (22 de junio de 2006). *Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2011/7567>
- \_\_\_\_\_. (18 de diciembre de 1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0031>
- Bello, M. N. (ed.). (2014). *Aportes teóricos y metodológicos para la valoración de los daños causados por la violencia*. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica.
- \_\_\_\_\_. (ed.). (2011) *El daño desde el enfoque psicosocial*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Beristain, C. M. (2007). *Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de Derechos Humanos*. Bilbao: Hegoa.
- Borrell, I. & Carrió, F. (2002). *El modelo biopsicosocial en evolución*. *Medicina Clinica*, 119(5), 175-179.
- Cancillería de Colombia. (2014). *En la OEA, Colombia suscribió las Convenciones Interamericanas contra la discriminación racial y todas las formas de intolerancia*. Recuperado de: <http://www.cancilleria.gov.co/en/newsroom/news/la-oea-colombia-suscribio-las-convenciones-interamericanas-contra-la-discriminacion>
- \_\_\_\_\_. (18 de diciembre de 1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0031>
- Comisión Colombiana de Juristas. (2007). *Principios internacionales sobre impunidad y reparaciones*. Recuperado de: [http://www.coljuristas.org/documentos/libros\\_e\\_informes/principios\\_sobre\\_impunidad\\_y\\_reparaciones.pdf](http://www.coljuristas.org/documentos/libros_e_informes/principios_sobre_impunidad_y_reparaciones.pdf)
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2005). *Memorando sobre Reparaciones*. Washington: CIDH.

\_\_\_\_\_. (2000). *Comisión Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*. Recuperado de: [http://apw.cancilleria.gov.co/tratados/AdjuntosTratados/064dd\\_OEA-1999%20DISCAPACIDAD.PDF](http://apw.cancilleria.gov.co/tratados/AdjuntosTratados/064dd_OEA-1999%20DISCAPACIDAD.PDF)

\_\_\_\_\_. (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Pará"*. Recuperado de: [https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar\\_insumos\\_ConvencionBelem.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ConvencionBelem.pdf)

Congreso de Colombia. (10 de junio de 2011). *Ley General de Víctimas*. [Ley 1448 de 2011]. DO: 48.096. Recuperado de: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1448\\_2011.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1448_2011.html)

\_\_\_\_\_. (19 de enero de 2011). *Ley de Reforma a la Salud*. [Ley 1438 de 2011]. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

\_\_\_\_\_. (25 de julio de 2005). *Ley de Justicia y Paz*. [Ley 975 de 2005]. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=17161>

Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo. (28 de agosto de 2014). *Referentes para la reparación de perjuicios inmateriales*. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/contenido/politica/ARCHIVO/ARCHIVO-14485135-0.pdf>

\_\_\_\_\_. (11 de julio de 2013). *Sentencia 2001-01932 de 2013*. [MP Jaime Orlando Santofimio Gamboa]. Recuperado de: [http://legal.legis.com.co/document?obra=jurcol&document=jurcol\\_e60ebf6f00da01cee0430a01015101ce](http://legal.legis.com.co/document?obra=jurcol&document=jurcol_e60ebf6f00da01cee0430a01015101ce)

\_\_\_\_\_. (14 de septiembre de 2011). *Sentencia 1994-00020 de 2011*. [CP Enrique Gil Botero].

Corte Constitucional. (2015). *Constitución Política de Colombia*. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>

\_\_\_\_\_. (26 de julio de 2011). *Sentencia C-577 de 2011*. [MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo]. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/C-577-11.htm>

\_\_\_\_\_. (2 de febrero de 2010). *Sentencia T-045*. [MP María Victoria Calle Correa]. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-045-10.htm>

\_\_\_\_\_. (22 de enero de 2004). *Sentencia T-025*. [MP Manuel José Cepeda Espinosa]. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (5 de julio de 2004). *Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia*. Recuperado de: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_109\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_109_esp.pdf)

- Cortés, J.A. (2007). Enfoque diferencial en la política de atención integral a la población desplazada, una lectura sobre las políticas interculturales. [*Primer Encuentro Internacional "La perspectiva de la interculturalidad: reflexiones y testimonios desde América Latina"*]. Recuperado de: [http://www.academia.edu/5837558/ENFOQUE\\_DIFERENCIAL\\_EN\\_LA\\_POLÍTICA\\_DE\\_ATENCIÓN\\_INTEGRAL\\_A\\_LA\\_POBLACIÓN\\_DESPLAZADA\\_UNA\\_LECTURA SOBRE LAS POLÍTICAS\\_INTERCULTURALES](http://www.academia.edu/5837558/ENFOQUE_DIFERENCIAL_EN_LA_POLÍTICA_DE_ATENCIÓN_INTEGRAL_A_LA_POBLACIÓN_DESPLAZADA_UNA_LECTURA SOBRE LAS POLÍTICAS_INTERCULTURALES)
- Díaz, C.; Sánchez, N. C. & Uprimny, R. (eds.). (2009). Reparar en Colombia: los dilemas en contextos de conflicto, pobreza y exclusión. Bogotá: Centro Internacional para la Justicia Transicional (ICTJ) y Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (DeJusticia).
- Elder, G. (1991). Lives and social change. En Walter Heinz (ed.). *Theoretical Advances in Life Course Research. Status Passages and the Life Course*. Alemania: Weinheim Student Verlag.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Forero, A. (2015). Orientaciones metodológicas para la atención psicosocial individual, familiar y comunitaria. Versión 3.
- Gómez, M. P. & Montoya, A. (2007) *Verdad Justicia y Reparación. Colombia ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. Bogotá: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Jiménez, W. (2007). El enfoque de los Derechos Humanos y las políticas públicas. Recuperado de: <http://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/346/CienciasSocialesyHumanas6128.pdf?sequence=1>
- Marín, C. (ed.). (1997). *Constitución Política de Colombia comentada por la Comisión Colombiana de Juristas*. Bogotá: Impreandes.
- Max Neef, M. (1998). *Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- Meertens, D. (2012). *Género, desplazamiento y derechos*. Recuperado de: [http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/232/Unidad\\_3/DonnyMeertens.pdf](http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/232/Unidad_3/DonnyMeertens.pdf)
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (20 de diciembre de 2011). Decreto 4800 de 2011. Recuperado de: <http://www.unidadvictimas.gov.co/es/decreto-4800-de-2011/13108>
- Ministerio de Salud y Protección Social (enero de 2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

- \_\_\_\_\_. (2015). Sala situacional de personas con discapacidad. Recuperado de: <https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/ESTADISTICAS/Sala-situacional-discapacidad-Nacional-agosto-2015.pdf>
- \_\_\_\_\_. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
- \_\_\_\_\_. (2013). Anexo 1. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas. Documento Interno. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social.
- \_\_\_\_\_. (2004). Lineamientos de Intervención Psicosocial con víctimas de la violencia y el desplazamiento forzado 2004-2012. Bogotá: Minsalud.
- \_\_\_\_\_. (2017 inédito). Lineamientos para el desarrollo del talento humano en la atención a víctimas del conflicto armado. Bogotá. Minsalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social & Organización Internacional para las Migraciones - OIM. (2011). Protocolo de abordaje psicosocial para la adopción de medidas de atención integral, atención y acompañamiento psicosocial a las víctimas del conflicto armado. Recuperado de: <http://corporacionvinculos.org/home/wp-content/uploads/2013/02/Anexo-2.-Estandares-de-calidad-exigibles-para-la-implementacion-del-Protocolo.pdf>
- Ministerio del Interior. (9 de diciembre de 2011). Decreto 4634 de 2011. Recuperado de: <http://www.unidadvictimas.gov.co/es/enfoques-diferenciales/decreto-4634-de-2011/426>
- \_\_\_\_\_. (9 de diciembre de 2011). Decreto 4635 de 2011. Recuperado de: <http://www.unidadvictimas.gov.co/es/enfoques-diferenciales/decreto-4635-de-2011/427>
- Montero, M. (1998). La comunidad como objetivo y sujeto de la acción social. En M. Gonzales A. (coord.). *Psicología Comunitaria: fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Síntesis.
- Mora-Ríos, J. (2014). Estigma Estructural, Género e Interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, 37(4).
- Mosquera, C. & León, R.E. (2013). Contradicciones discursivas en procesos de intervención social diferencial a la diversidad étnico-racial negra en programas sociales en Colombia. *Revista Ciencias Sociales*, 12, 23-52.
- Murillo, P. E. (2010). Las medidas de acción afirmativa o medidas especiales: para reparar las injusticias históricas y la discriminación. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cOQ6yRHGCzwj:s5b33cdf930697ef6.jimcontent.com/download/version/1460337976/module/9570648452/name/Las%2520medidas%2520de%2520acci%25C3%25B3n%2520afirmati>

va%2520o%2520medidas%2520especiales%2520para%2520reparar%2520las.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co

Musitu, G.; Herrero, J.; Cantera, L. & Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: UCO.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas. (16 de diciembre de 2005). Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. [Resolución 60/147]. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/RemedyAndReparation.aspx>

\_\_\_\_\_. (15 de diciembre de 1989). Segundo Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, destinado a abolir la pena de muerte. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/2ndOPCCPR.aspx>

\_\_\_\_\_. (20 de noviembre de 1989) Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

\_\_\_\_\_. (10 de diciembre de 1984). Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>

\_\_\_\_\_. (1984). Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ConventionCED.aspx>

\_\_\_\_\_. (16 de diciembre de 1966). Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPCCPR1.aspx>

\_\_\_\_\_. (16 de diciembre de 1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

\_\_\_\_\_. (21 de diciembre de 1965). Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>

Oficina de Alto Comisionado para la Paz. (24 de agosto de 2016). Texto completo del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera. Recuperado de: <http://www.altocomisionadoparalapaz.gov.co/procesos-y-conversaciones/Paginas/Texto-completo-del-Acuerdo-Final-para-la-Terminacion-del-conflicto.aspx>

Organización de Estados Americanos - OEA. (9 de junio de 1994). Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas. Recuperado de: <http://www.ddhh.gov.cl/wp-content/uploads/2015/12/Convención-Interamericana-sobre-Desaparición-Forzada-de-Personas.pdf>

\_\_\_\_\_. (s.f.). Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sidie/contenido/imagesContenido/TICIP-SANTORTURA.pdf>

Organización de Naciones Unidas - ONU (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

\_\_\_\_\_. (23 de marzo de 1976). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/PACTO%20INTERNACIONAL%20DE%20DERECHOS%20CIVILES%20Y%20POLITICOS.php>

Presidencia de la República. (2016). Lineamientos para la inclusión de la primera infancia, la infancia y la adolescencia en los planes territoriales de desarrollo. Recuperado de: [http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/2016/Paginas/16020\\_Lineamientos-para-la-inclusion-de-la-primera-infancia-la-infancia-y-la-adolescencia-en-los-planes-territoriales-d.aspx](http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/2016/Paginas/16020_Lineamientos-para-la-inclusion-de-la-primera-infancia-la-infancia-y-la-adolescencia-en-los-planes-territoriales-d.aspx)

Real Academia Española (RAE). Daño. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=BrdY6Ro>

Rodríguez, A. L. (2009). Acción sin daño y reflexiones sobre prácticas de paz. En M. N. Bello (ed.). El daño desde el enfoque psicosocial. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Secretaría Distrital de Planeación (2012). Política pública para las familias del Distrito. Observatorio para las familias del Distrito. Recuperado de: [http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/Políticas%20Poblacionales/Familias/Políticas/Marco\\_Juridico\\_familias.pdf](http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/Políticas%20Poblacionales/Familias/Políticas/Marco_Juridico_familias.pdf)

Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada - SNAIPD. (2010). Informe del Gobierno Nacional a la Corte Constitucional sobre la superación del estado de cosas inconstitucional declarado mediante la Sentencia T-025 de 2004. Recuperado de: [http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI\\_2813.pdf](http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI_2813.pdf)

Unesco. (2008). Declaración universal de derechos humanos. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf>

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2016). Enfoque psicosocial en los procesos de búsqueda de las personas desaparecidas forzosamente. [Presentación realizada en sesión de trabajo en el Ministerio de Salud y Protección Social].

\_\_\_\_\_. (10 de mayo de 2013). Resolución 388 de 2013. Recuperado de: [http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion\\_uaeairiv\\_0388\\_2013.htm](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_uaeairiv_0388_2013.htm).

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas; OIM & USAID. (2014). Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas. Recuperado de: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/Elementos%20para%20la%20incorporacion%20del%20enfoque%20psicosocial%20en%20la%20atencion,%20asistencia%20y%20reparacion.pdf>

Valcárcel, M. (2006). Génesis y evolución del concepto y enfoque sobre el desarrollo. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/71583949/Genesis-y-Evolucion-Del-Concepto-de-Desarrollo>

Villa, J. D. (2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: ¿podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica? *Agora*, 12(2), 349-365.

Viveros, E. F. (2007). Aproximaciones al concepto de familia en desarrollo familiar. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 10(15), 25-32.

Colombia. Congreso de la República. [secretariassenado.gov.co](http://secretariassenado.gov.co). [Online]. Bogotá; 2011 [cited 2017 Febrero 2. Available from: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1448\\_2011.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1448_2011.html)].

Colombia, Corte Constitucional. [corteconstitucional.gov.co](http://corteconstitucional.gov.co). [Online].; 2010 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-045-10.htm>].

Colombia, Unidad para las Víctimas. [www.unidadvictimas.gov.co](http://www.unidadvictimas.gov.co). [Online]. Bogotá; 2011 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.unidadvictimas.gov.co/es/decreto-4800-de-2011/13108>].

Colombia, Consejo de Estado. [www.eltiempo.com](http://www.eltiempo.com). [Online]. Bogotá; 2014 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.eltiempo.com/contenido/politica/ARCHIVO/ARCHIVO-14485135-0.pdf>].

Colombia, Oficina de alto comisionado para la paz. [www.altocomisionadoparalapaz.gov.co](http://www.altocomisionadoparalapaz.gov.co). [Online].; 2016 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.altocomisionadoparalapaz.gov.co/procesos-y-conversaciones/Paginas/Texto-completo-del-Acuerdo-Final-para-la-Terminacion-del-conflicto.aspx>].

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co). [Online]. Bogotá; 2016 [cited 2017 Febrero 2].

- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co). [Online]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobación.pdf>.
- Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado. Resolución 60/147. Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. [Online].; 2005 [cited 2016 04 14. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/RemedyAndReparation.aspx>.
- Corte interamericana de Derechos Humanos. [www.corteidh.or.cr](http://www.corteidh.or.cr). [Online].; 2004 [cited 2017 Febrero 2. Available from: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_109\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_109_esp.pdf).
- Colombia Mea. Recomendaciones a la implementación de las Medidas de Rehabilitación como Política Pública de Reparación Integral. 2016 Abril 06..
- Colombia, Corte Constitucional. [www.corteconstitucional.gov.co](http://www.corteconstitucional.gov.co). [Online]. Bogotá, D.C.; 2004 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t025-04.htm>.
- Congreso de Colombia. [www.alcaldiabogota.gov.co](http://www.alcaldiabogota.gov.co). [Online]. Bogotá; 2005 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=17161>.
- Colombia, Unidad para las Víctimas. [www.unidadvictimas.gov.co](http://www.unidadvictimas.gov.co). [Online]. Bogotá; 2011 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.unidadvictimas.gov.co/es/enfoques-diferenciales/decreto-4634-de-2011/426>.
- Ministerio del Interior. [www.unidadvictimas.gov.co](http://www.unidadvictimas.gov.co). [Online]. Bogotá; 2011 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.unidadvictimas.gov.co/es/enfoques-diferenciales/decreto-4635-de-2011/427>.
- Colombia, Congreso de la República. [www.alcaldiabogota.gov.co](http://www.alcaldiabogota.gov.co). [Online]. Bogotá; 2011 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>.
- Unidas, Organización de las Naciones. [www.unesdoc.unesco.org](http://www.unesdoc.unesco.org). [Online]. Ginebra; 2008 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf>.

- Organización de las Naciones Unidas. [www.corteconstitucional.gov.co](http://www.corteconstitucional.gov.co). [Online]. Ginebra; 1976 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/PACTO%20INTERNACIONAL%20DE%20DERECHOS%20CIVILES%20Y%20POLITICOS.php>.
- Organización de las Naciones Unidas. [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org). [Online]. Ginebra; 1976 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPCCPR1.aspx>.
- Organización de las Naciones Unidas. [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org). [Online]. Ginebra; 1989 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/2ndOPCCPR.aspx>.
- Organización de las Naciones Unidas. [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org). [Online]. Ginebra; 1966 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
- Organización de las Naciones Unidas. [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org). [Online]. Ginebra; 1965 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>.
- Organización de las Naciones Unidas. [www.acnur.org](http://www.acnur.org). [Online]. Ginebra; 1979 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0031>.
- Organización de las Naciones Unidas. [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org). [Online]. Ginebra; 1989 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>.
- Organización de Naciones Unidas. [www.un.org](http://www.un.org). [Online]. Ginebra; 2006 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccnvs.pdf>.
- Organización de las Naciones Unidas. [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org). [Online]. Ginebra; 1984 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>.
- Organización de las Naciones Unidas. [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org). [Online]. Ginebra; 1992. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ConventionCED.aspx>.
- Organización de las Naciones Unidas. [www.acnur.org](http://www.acnur.org). [Online]. Ginebra; 2002 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2011/7567>.

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. [www.unicef.org](http://www.unicef.org). [Online]. Washington; 1994 [cited 2017 Febrero 2. Available from: [https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar\\_insumos\\_ConvencionBelem.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ConvencionBelem.pdf)].
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. [www.apw.cancilleria.gov.co](http://www.apw.cancilleria.gov.co). [Online]. Washington; 2000 [cited 2017 Febrero 2. Available from: [http://apw.cancilleria.gov.co/tratados/AdjuntosTratados/064dd\\_OEA-1999%20DISCAPACIDAD.PDF](http://apw.cancilleria.gov.co/tratados/AdjuntosTratados/064dd_OEA-1999%20DISCAPACIDAD.PDF)].
- Organización de Estados Americanos. [www.cancilleria.gov.co](http://www.cancilleria.gov.co). [Online]. Washington; 2014 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.cancilleria.gov.co/en/newsroom/news/la-oea-colombia-suscribio-las-convenciones-interamericanas-contra-la-discriminacion>].
- Organización de Estados Americanos. [www.ddhh.gov.cl](http://www.ddhh.gov.cl). [Online]. Washington; 1994 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.ddhh.gov.cl/wp-content/uploads/2015/12/Convención-Interamericana-sobre-Desaparición-Forzada-de-Personas.pdf>].
- Organización de Estados Americanos. [www.alcaldiabogota.gov.co](http://www.alcaldiabogota.gov.co). [Online]. Washington; 1985 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sidie/contenido/imagesContenido/TICIPSANTORTURA.pdf>].
- Comisión Colombiana de Juristas. [www.coljuristas.org](http://www.coljuristas.org). [Online]. Bogotá, D.C.: Opciones Gráficas; 2007 [cited 2017 Febrero 2. Available from: [http://www.coljuristas.org/documentos/libros\\_e\\_informes/principios\\_sobre\\_impunidad\\_y\\_reparaciones.pdf](http://www.coljuristas.org/documentos/libros_e_informes/principios_sobre_impunidad_y_reparaciones.pdf)].
- Colombia, Corte Constitucional. [www.corteconstitucional.gov.co](http://www.corteconstitucional.gov.co). [Online].; 1991 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>].
- Barreto Soler M, Sarmiento Anzola L. Constitución Política de Colombia comentada por la Comisión Colombiana de Juristas Juristas CCd, editor. Bogotá: Impreandes - Presencia; 1997.
- Colombia MdSyPS. Anexo 1. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas. Documento Interno. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social; 2013.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos de Intervención Psicosocial con víctimas de la violencia y el desplazamiento forzado 2004 / 2012. 2004.
- Colombia, Unidad para las Víctimas et. al. [www.rni.unidadvictimas.gov.co](http://www.rni.unidadvictimas.gov.co). [Online]. Bogotá; 2014 [cited 2017 Febrero 2 [Página 10]. Available from: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/Elementos%20para%20la%20incorporacion%20del%20enfoque%20psicosocial%20en%20la%20atencion,%20asistencia%20y%20reparacion.pdf>].

Unidad para la atención y Reparación Integral a las Víctimas. Enfoque psicosocial en los procesos de búsqueda de las personas desaparecidas forzadamente. 2016 Marzo 2. Presentación realizada en sesión de trabajo en Ministerio de Salud y Protección Social.

Colombia. Equipo técnico del Comité ejecutivo del Sistema Nacional de Bienestar Familiar. [www.deceroasiempre.gov.co](http://www.deceroasiempre.gov.co). [Online]. Bogotá; 2016 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/2016/Paginas/16020-Lineamientos-para-la-inclusion-de-la-primera-infancia-la-infancia-y-la-adolescencia-en-los-planes-territoriales-d.aspx>.

Elder G. Lifes and social change. Theoretical advances in life course research. Status passages and the Life Course. 1991; 1.

Valcárcel M. Génesis y evolución del concepto y enfoque sobre el desarrollo. 2006.

Colombia. SNAIPD. [www.participaz.com](http://www.participaz.com). [Online]. Bogotá; 2010 [cited 2017 Febrero 2. Available from: [http://participaz.com/images/pdf/Capitulo6/informe\\_del\\_gobierno\\_a\\_la\\_corte\\_sobre\\_ECI-2010.pdf](http://participaz.com/images/pdf/Capitulo6/informe_del_gobierno_a_la_corte_sobre_ECI-2010.pdf).

Cortés. [www.academia.edu](http://www.academia.edu). [Online].; 2007 [cited 2015 julio 10. Available from: [http://www.academia.edu/5837558/ENFOQUE\\_DIFERENCIAL\\_EN\\_LA\\_POLITICA\\_DE\\_ATENCION\\_INTEGRAL\\_A\\_LA\\_POBLACION\\_DESPLAZADA\\_UNA\\_LECTURA SOBRE LAS POLITICAS\\_INTERCULTURALES](http://www.academia.edu/5837558/ENFOQUE_DIFERENCIAL_EN_LA_POLITICA_DE_ATENCION_INTEGRAL_A_LA_POBLACION_DESPLAZADA_UNA_LECTURA SOBRE LAS POLITICAS_INTERCULTURALES).

Jiménez W. El enfoque de los Derechos Humanos y las políticas públicas. Revista electrónica de difusión científica de la Universidad Sergio Arboleda. 2007 .

Mosquera Rosero-Labbé C, León Diaz RE. Contradicciones discursivas en procesos de intervención social diferencial a la diversidad étnico-racial negra en programas sociales en Colombia. Ciencias Sociales. 2013 julio-diciembre;(12): p. 23-52.

Organización de las Naciones Unidas. Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. [Online]. Ginebra ; 2005 [cited 2016 marzo 04. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/RemedyAndReparation.aspx>.

Centro Internacional para la Justicia Transicional (ICTJ) y Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (DeJusticia). Reparar en Colombia: los dilemas en contextos de conflicto, pobreza y exclusión. Catalina Diaz Gomez NCSRUY, editor. Bogotá: Opciones Gráficas Editores Ltda; 2009.

Meertens D. Genero, Desplazamiento y Derechos. [Online].; S.F [cited 2012 02 12. Available from: : <http://www.piupc.unal.edu.co/catedra01/pdfs/DonnyMeertens.pdf>.

- Murillo Martínez P. Las medidas de acción afirmativa o medidas especiales: para reparar las injusticias históricas y la discriminación". ILSA. Actualidad de las luchas y debates de los afrodescendientes a una década de Durban. Experiencias en América Latina y el Caribe. [Online].; 2010. Available from: <http://ilsa.org.co:81/biblioteca/dwnlds/od/elotrdr041/od41-medidas.pdf> (consultado el 10 de julio de 2015).
- Villa Gómez JD. LA ACCIÓN Y EL ENFOQUE PSICOSOCIAL DE LA INTERVENCIÓN EN CONTEXTOS SOCIALES: ¿PODEMOS PASAR DE LA MODA A LA PRECISIÓN TEÓRICA, EPISTEMOLÓGICA Y METODOLÓGICA? *Agora U.S.B.* 2012; 12(2): p. 349 - 365.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977 Apr 8; 196(4286): p. 129 - 136.
- Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clinica Barcelona.* 2002; 119(5): p. 175 - 179.
- Max-Neef A. Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Montevideo: Editorial Nordan-Comunidad; 1998.
- Viveros Chavarria EF. Aproximaciones al concepto de familia en desarrollo familiar. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó.* 2007; 10(15): p. 25 - 32.
- Colombia. Consejo de Estado. [www.lwgal.legis.com.co](http://www.lwgal.legis.com.co). [Online].; 2013 [cited 2017 Febrero 2. Available from: [http://legal.legis.com.co/document?obra=jurcol&document=jurcol\\_e60ebf6f00da01cee0430a01015101ce](http://legal.legis.com.co/document?obra=jurcol&document=jurcol_e60ebf6f00da01cee0430a01015101ce).
- Colombia CC. [www.corteconstitucional.gov.co](http://www.corteconstitucional.gov.co). [Online]. Bogotá; 2011 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/C-577-11.htm>.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección social. [www.sdp.gov.co](http://www.sdp.gov.co). [Online]. Bogotá; 2012 [cited 2017 Febrero 2. Available from: [http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticlas/Politiclas%20Poblacionales/Familias/Politiclas/Marco\\_Juridico\\_familias.pdf](http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticlas/Politiclas%20Poblacionales/Familias/Politiclas/Marco_Juridico_familias.pdf).
- Musitu Ochoa G, Herrero Olaizola J, Cantera Espinoza L, Montenegro Martinez M. Introducción a la psicología comunitaria. Barcelona: UCO; 2004.
- Montero M. La comunidad como objetivo y sujeto de la acción social. In Martín Gonzales A. *Psicología Comunitaria. Fundamentos y aplicaciones.* Madrid: Síntesis.
- Forero A. Orientaciones Metodológicas para la Atención Psicosocial Individual, Familiar y Comunitaria. Versión 3. 2015 Enero..

- Rodriguez Puentes AL. Accion sin daño y reflexiones sobre prácticas de paz. Modulo 1. El enfoque de la acción sin daño Abello MN, editor. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humana. Departamento de Trabajo Social. Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz y Convivencia.; 2009.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. [www.corporacionvinculos.org](http://www.corporacionvinculos.org). [Online]. Bogotá; 2011 [cited 2017 Febrero 2. Available from: <http://corporacionvinculos.org/home/wp-content/uploads/2013/02/Anexo-2.-Estandares-de-calidad-exigibles-para-la-implementacion-del-Protocolo.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Sala situacional de personas con discapacidad. 2015..
- Real Academia Española. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [Online].; 2017 [cited 2017 01 27. Available from: <http://dle.rae.es/?id=BrdY6Ro>.
- Colombia. Centro Nacional del Memoria Histórica. Aportes teóricos y metodológicos para la valoración de los daños causados por la violencia Bello MN, editor. Bogotá, D.C.; 2014.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Memorando sobre Reparaciones. 2005 julio..
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. Corte IDH. Verdad Justicia y Reparación. Colombia ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos. 2006..
- Colombia CdESdICAST. Referentes para la Reparacion de Perjuicios Inmateriales. Documento Final aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2014. 2014 Aug.
- Bello Albarracin MN, Chaparro Pacheco R. El daño desde el enfoque psicosocial. M9 Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz (PIUPC); 2011.
- Colombia CdEST. Sentencia de 14 de septiembre de 2011, expediente 38.222, Consejero Ponente: Dr. Enrique Gil Botero. 2011 Septiembre 14.
- Mora-Ríos Jea. Estigma Estructural, Género e Interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*. 2014; 37.
- Beristain CM. Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de Derechos Humanos. Bilbao: Hegoa.; 2007.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el Desarrollo del Talento Humano en la Atención a Víctimas del Conflicto Armado. Inedito , editor.; 2017.

Colombia, Unidad para las Víctimas. [www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co). [Online].; 2013 [cited 2017 Febrero 2]. Available from: [http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion\\_uaeariv\\_0388\\_2013.htm](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_uaeariv_0388_2013.htm).

