



**Propuesta de inclusión del enfoque psicosocial en la implementación del Modelo Integral de  
Atención en Salud (MIAS) del departamento del Cauca.**

**PROYECTO DE GRADO**

**JOHANA ALEJANDRA ORDÓÑEZ PALMITO**

**Asesora:**

**XIMENA CASTRO SARDI**

**UNIVERSIDAD ICESI  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL  
SANTIAGO DE CALI  
2018**

## Tabla de contenido

Abreviaturas y siglas	1
<b>Resumen</b>	2
Palabras claves	2
<b>Introducción</b>	3
<b>Planteamiento del problema</b>	6
Objetivos	8
Objetivo General	8
Objetivos específicos	8
<b>Marco Teórico</b>	9
Índices y cifras	9
Ley de víctimas y Restitución de tierras	10
Rehabilitación como medida de reparación	10
Política de atención integral en salud	11
Modelo Integral de Atención en Salud	12
Víctima	13
Enfoque Diferencial	14
Enfoque psicosocial	15
<b>Metodología</b>	24
Instrumentos	24
Participantes	25
Procedimiento	25
<b>Análisis de resultados</b>	26
Tabla 1. Sistematización por actor	26
Discusión	36
<b>Propuesta de intervención</b>	40
Objetivos	40
<b>Categoría: Percepción de las necesidades que tienen las VCA</b>	41
Estrategia 1	41
Estrategia 2	41
<b>Categoría: Papel de la institucionalidad</b>	42
Estrategia 3	42
Estrategia 4	42
<b>Categoría: Percepción del componente de salud integral</b>	43
Estrategia 5	43
Estrategia 6	43
<b>Actividades de formación</b>	44
Actividad 1	44
Actividad 2	47
Actividad 3	50
Actividad 4	52
Actividad 5	55
<b>Referencias</b>	56
<b>Anexos</b>	60

## **Abreviaturas y Siglas**

<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>MIAS</b>	Modelo Integral de Atención en Salud
<b>PAIS</b>	Política Integral de Atención en Salud
<b>PSDP</b>	Plan Decenal de Salud Pública
<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud
<b>PAPSIVI</b>	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>ESE</b>	Empresa Social del Estado
<b>EPS</b>	Empresa Promotora de Salud
<b>EAPB</b>	Empresa Administradora de Planes de Beneficios
<b>IPS</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios
<b>SSDC</b>	Secretaría de Salud Departamental del Cauca
<b>VCA</b>	Víctimas del Conflicto Armado
<b>SNARIV</b>	Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas
<b>UARIV</b>	Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas
<b>RUV</b>	Registro Único de Víctimas
<b>MMPEV</b>	Mesa Municipal de Participación Efectiva de Víctimas
<b>OCHA</b>	Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios

## Resumen

La presente propuesta de Intervención Psicosocial nace de la necesidad de incluir un enfoque de atención diferencial a la población Víctima del Conflicto Armado, en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud<sup>1</sup> del Departamento del Cauca. Para cumplir dicho propósito se parte de lo planteado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el protocolo de atención en salud integral con enfoque psicosocial para víctimas del conflicto armado.

Con el fin de obtener un documento que cuente con la particularidad del territorio, se diseñaron tres tipos de entrevistas semiestructuradas, una para víctimas atendidas en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, la segunda con profesionales psicosociales que ejecutaron el programa en vigencias anteriores, y la tercera con Instituciones del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas. Con los resultados de este proceso se construyó una matriz que permite orientar una serie de actividades que dan respuesta a la capacidad territorial del sistema de salud, y cinco (5) actividades específicas para la capacitación del talento humano.

Este documento contiene la contextualización del conflicto armado en el territorio del Cauca, los conceptos del sistema de salud que permitirán tener una postura más clara en lo que le apuesta el departamento para este tema, los hallazgos de las entrevistas realizadas, una discusión a partir de la información obtenida y finalmente una propuesta con actividades específicas que contribuirán en la inclusión del enfoque psicosocial en el MIAS.

**Palabras clave:** Modelo Integral de Atención en salud, víctima, conflicto armado, enfoque psicosocial

---

<sup>1</sup> El MIAS, es un modelo integral de salud diseñado para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y disminuir las brechas existentes de inequidad, en lugares apartados de la geografía nacional, basado en el enfoque de salud familiar y comunitaria y en la gestión integral del riesgo; haciendo énfasis en las herramientas de la Atención Primaria en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

## **Introducción**

En este documento se presenta una propuesta de inclusión del enfoque psicosocial en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el departamento del Cauca, a partir del protocolo generado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Desde la puesta en marcha de la ley 1448 de 2011 (Ley de víctimas y restitución de tierras), el estado colombiano delegó formalmente al MSPS como líder de la medida de rehabilitación por medio del Programa de Atención Psicosocial y Salud integral a las Víctimas (PAPSIVI), para lograr el objetivo de brindar una atención que cubriera las necesidades de la población. En este marco se establecieron dos componentes: el de atención psicosocial, y el de atención en salud integral.

El primero está funcionando en diferentes territorios por medio de recursos de transferencia nacional o distribución de recursos propios desde el 2013, sin embargo, para el segundo componente el estado no designó recursos específicos, y solo hasta el 2017 creó un documento con indicaciones de gestión y coordinación territorial para que, de acuerdo a las competencias de cada actor, se dé aplicación a las directrices contenidas en el protocolo de atención en salud integral con enfoque psicosocial para víctimas del conflicto armado.

En este sentido, es importante conocer bajo qué parámetros están contextualizadas las acciones en salud; para ello se requiere conocer el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), el cual establece la mejora del bienestar integral y la calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano como aspecto fundamental para lograr la paz y la equidad social, requiere de una fuerte acción intersectorial, transectorial y comunitaria; en este orden de ideas, plantea metas, estrategias y acciones dirigidas a alcanzar equidad en salud, es decir, la reducción de brechas existentes entre

grupos sociales en cuanto a resultados en salud, afectar positivamente los determinantes sociales de la salud, y mitigar los impactos de la carga de la enfermedad.

Como herramienta central para lograr lo anterior, el Gobierno Nacional estableció como prioridad en el Plan Nacional de Desarrollo la definición e implementación de una Política Integral de Atención en Salud (PAIS) para el desarrollo de estrategias de gestión territorial que promuevan su progreso. Por lo anterior, se hace necesario que el modelo de atención sea una herramienta que reconozca las dinámicas territoriales y articule un conjunto de acuerdos institucionales que permitan la generación de bienestar y salud en la población.

El MSPS y la Gobernación del Cauca en atención a las necesidades de la población de su territorio y en el sentido de incorporar procesos de gestión de la salud pública para garantizar a la población el derecho a la salud, inició un proceso de alistamiento para la implementación del MIAS, tomando en cuenta los elementos normativos, técnicos y metodológicos generados a partir del PDSP con la firme intención de establecer intervenciones ajustadas a las particularidades socio-demográficas como mecanismo de mejoramiento del acceso a los servicios de salud y la intervención de determinantes sociales que permitan lograr el mayor nivel de bienestar posible de la población Caucana.

Con este propósito, la Secretaría de Salud Departamental ha desarrollado una serie de gestiones a nivel del MSPS, Entidades Territoriales del orden local, Empresas Sociales del Estado (ESE), aseguradoras, formas de organización social y comunitaria, entre otras, buscando alternativas que permitan acompañar un proceso de gestión de la salud pública que logre materializar el derecho a la salud de todos y cada una de las personas del territorio caucano, y que permita establecer alternativas y estrategias para la dinamización de un proceso que dé respuesta a las necesidades de una población afectada por múltiples variables y determinantes sociales del contexto que generan riesgos para la salud y la vida de las personas.

Así pues, el departamento del Cauca en su fase de implementación del MIAS, está orientando sus acciones a un sistema de salud más cercano a la gente, construido con base en las verdaderas necesidades de la comunidad; es en este momento donde se requiere generar una propuesta que incorpore un enfoque diferencial con poblaciones vulnerables como las Víctimas del Conflicto Armado (VCA), que permita evidenciar un modelo inclusivo en salud, con unas líneas técnicas que reflejen las percepciones particulares del territorio en relación a la atención integral en salud con enfoque psicosocial en el marco del derecho a la asistencia y a la reparación integral.

Ahora bien, reconociendo la importancia y el impacto que puede generar dicho cambio en la salud para los caucanos, el presente trabajo propone diseñar una propuesta de inclusión del enfoque psicosocial en la implementación del MIAS, adaptada a las necesidades particulares de las VCA y al alcance del territorio caucano, con el fin de “orientar las atenciones en salud incorporando acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación con enfoque psicosocial y diferencial” (Ministerio de Salud y Protección Social-Instituto de evaluación tecnológica en salud, 2017).

## **Planteamiento del problema**

El Departamento del Cauca, según la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA, 2017) tuvo el más alto índice de acciones armadas en el país entre 01 de Enero de 2012 y Junio de 2013, lo que significa la permanente victimización que hubo de la población civil. Entre enero y julio de 2017, según el boletín humanitario de OCHA, al menos 8.367 personas se desplazaron, evidenciando un incremento del 16% respecto al mismo período en 2016, en donde el 70% de estas personas son de comunidades concentradas en la región Pacífica (Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño).

Por cifras como estas, para la Secretaria de Salud Departamental del Cauca es de vital importancia brindar las atenciones necesarias a las VCA como población vulnerable, que incluya el acompañamiento Psicosocial y salud integral para su asistencia y rehabilitación, como lo define la Ley 1448 de 2011, además dar los lineamientos para la atención con enfoque psicosocial que permita el reconocimiento de la integralidad del sujeto que ha sido víctima y el sufrimiento que ha experimentado, ocasionado por el conflicto armado.

A partir de la necesidad expuesta, se plantea en este trabajo, crear una propuesta de inclusión del enfoque psicosocial en la implementación del MIAS al cual le está apuntando el departamento del Cauca por medio de la Secretaría de Salud; este modelo pretende trascender la dimensión técnica de las acciones en salud, y prima por la concepción de la persona como sujeto con capacidad de gestión de su propia vida.

Para ello se realizó un acercamiento a los diferentes actores que intervienen en atención a víctimas (Instituciones del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas - SNARIV- y Profesionales psicosociales del PAPSIVI) y a las víctimas atendidas en el marco del PAPSIVI, por medio de una entrevista semiestructurada, creada para cada uno de ellos, que



permitió identificar su percepción frente a los procesos adelantados con la implementación de la atención psicosocial y el tema de atención en salud integral en el marco del programa creado en la medida de Rehabilitación de la Ley 1448 de 2011. Estos insumos fueron la base de las categorías utilizadas en la propuesta de inclusión, que orientará acciones efectivas que redunden en un impacto positivo en la salud y calidad de vida de las víctimas.

Esta propuesta pretende evidenciar la importancia de hacer atención con enfoque psicosocial como una línea transversal en los procesos de atención a personas, grupos y comunidades, cuyos derechos han sido vulnerados en el marco de la violencia por el conflicto armado. Dicho enfoque es priorizado en el protocolo construido por el MSPS, sin embargo, este no se adapta a la realidad y capacidades del territorio caucano, por esta razón es indispensable adaptar las acciones guía, en el MIAS.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Diseñar una propuesta para la inclusión del enfoque psicosocial en atención a VCA, fundamentado en el protocolo de atención integral en salud a víctimas, en el marco del MIAS, para el departamento del Cauca.

### **Objetivos específicos**

1. Caracterizar la percepción de los procesos de atención psicosocial en la modalidad individual que brinda el PAPSIVI, en las víctimas atendidas durante el periodo 2016, en los profesionales psicosociales de anteriores vigencias, y en algunas de las instituciones que conforman el SNARIV.
2. Diseñar una propuesta de inclusión del enfoque psicosocial en los equipos territoriales MIAS, con base en los lineamientos del protocolo de atención integral en salud a víctimas y los hallazgos de la caracterización.

## **Marco Teórico**

De acuerdo al tema definido y a los objetivos planteados para esta propuesta, es preciso centrar el marco teórico en temas relacionados con las cifras que ha dejado el conflicto armado en el departamento, normatividad vigente y las medidas establecidas para la atención de las víctimas del conflicto armado, salud pública, enfoque diferencial y enfoque psicosocial.

### **Índices y cifras**

El departamento del Cauca tiene una gran diversidad geográfica constituida por la Costa Pacífica, selva amazónica en la bota caucana, las cordilleras Central y Occidental división de la cordillera de los Andes y los valles del Patía y del Cauca. Sus paisajes presentan grandes contrastes entre la alta biodiversidad que componen cada una de estas zonas y los niveles de pobreza en la que viven sus habitantes. También cuenta con una pluriculturalidad, por la presencia de comunidades Indígenas, Afrodescendientes, Campesinos y Mestizos en la extensión del territorio.

Según el análisis de conflictividades y construcción de Paz del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2014) es uno de los departamentos más pobres, al lado del Chocó, y al mismo tiempo, el de mayor desigualdad. Según la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), el Cauca ha sido uno de los departamentos epicentros de la guerra, lo que en consecuencia provocó un crecimiento en la militarización por la concentración de grupos armados ilegales en municipios como Argelia, Balboa, Buenos Aires, Cajibío, Caldonó, Caloto, Corinto, El Patía, El Tambo, Guapi, Guachené, Inzá, Jambaló, López de Micay, Miranda, Morales, Padilla, Páez, Piamonte, Puerto Tejada, Santander de Quilichao, Santa Rosa, Silvia, Suárez, Timbiquí, Toribio, Totoró, Timbio y Villa Rica.

Según el Registro único de Víctimas (RUV) a la fecha hay más de 8.600.000 víctimas en Colombia, en donde más de 547.000 de ellas estuvieron en eventos de ocurrencia en el departamento del Cauca.

### **Ley de víctimas y Restitución de tierras.**

La ley 1448 de 2011 dicta medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno, dentro de un marco de justicia transicional, por medio de las cuales el estado colombiano busca que se reconozca su condición de víctimas y se dignifique a través de la materialización de sus derechos constitucionales. Una ley que fue promulgada en un posible escenario de posconflicto, en la cual se dictan una serie de medidas que buscan hacer posible un proceso de reparación integral.

Sin embargo del SNARIV, no ha podido responder de manera efectiva ante las medidas descritas en la ley (Restitución, Indemnización, Satisfacción, Rehabilitación y Garantías de no Repetición) y de obligatorio cumplimiento, según lo informa la Defensoría del Pueblo (Informe electrónico, 2016), el proceso se ha tornado demasiado tiempo, es lento y además presenta problemas estructurales serios para su cumplimiento.

### **Rehabilitación como medida de reparación**

Según lo dispuesto en la ley, la medida de rehabilitación “Consiste en 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” (Congreso de la República, 2011, p. 73).

El sector salud tiene como responsabilidad esta medida, en la cual debe incluir actividades, intervenciones y procedimientos en sus componentes de promoción, prevención, tratamiento y

rehabilitación, en el sistema de salud, que le permita a la población afectada recuperar su integridad física, emocional y psicológica (Congreso de la República, 2011).

Para el Cauca, garantizar los servicios en salud con enfoque diferencial, ha sido un proceso que aún está en construcción, un compromiso al que le está apostando todo un departamento por medio de la implementación del MIAS, el cual trasciende la dimensión técnica de las acciones en salud, y prima la concepción de la persona como “sujeto con capacidad de gestión de su propia vida” y se define como un “conjunto de herramientas técnicas que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementan la capacidad resolutive de los servicios y permiten el flujo de información, usuarios y servicios de una manera efectiva, acorde con las funciones y competencias de las diferentes entidades”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

La fase de implementación del modelo permitirá hacer adecuaciones en la prestación de la atención a diferentes grupos poblacionales, entre ellos las víctimas del conflicto armado quienes de acuerdo al lineamiento técnico del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas PAPSIVI, deben ser atendidas bajo un protocolo con enfoque psicosocial.

### **Política de atención integral en salud**

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 29).

La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando

las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas (Congreso de Colombia, 2015).

Esto conduce a plantear la hegemonía del Sistema de Salud sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ya que el objetivo central de este, planteado por la Ley 100, era la protección financiera del individuo frente al gasto catastrófico en salud; en el sistema de salud se aborda la gestión real del riesgo, en articulación con las normas, políticas, procedimientos y financiamiento de las acciones del Estado que conforman el núcleo de su intervención; en el sistema de seguridad social el núcleo es la garantía de las prestaciones y contingencias que impedían el acceso del individuo a los servicios, y se evidenciaban por medio de indicadores de gestión de suficiencia patrimonial y financiera (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

### **Modelo Integral de Atención en Salud**

La Política de Atención Integral en Salud, la cual parte desde lo establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, requiere un modelo operacional que a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para orientar la intervención de los diferentes agentes del Sistema, de forma que induzcan a la transformación de la atención con miras a lograr resultados en salud a partir del mejoramiento del acceso a los servicios, de manera oportuna, eficaz y con calidad.

Es desde ahí donde parte el propósito del MIAS, la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Esto implica generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales, razón por la que el Departamento priorizó su implementación en 10 municipios (Timbiquí, Totoró, Florencia, Patía, Tambo, Cajibío,

Corinto, Toribio, Santander, Rosas), cuyos territorios están comprometidos en generar acciones de cambio.

## **Víctima**

La ley 1448 de 2011 define a la víctima como aquella persona que individual o colectivamente haya sufrido un daño como consecuencia de violaciones a los derechos humanos, ocurridas a partir del 1° de enero de 1985 en el marco del conflicto armado (homicidio, desaparición forzada, desplazamiento, violaciones sexuales y otros delitos contra la integridad sexual, secuestro, despojo de tierras, minas antipersona y otros métodos de guerra ilícitos, ataques contra la población civil).

Frente a esta noción establecida de víctima, surgen argumentos que sugieren la consideración de particularidades. Por una parte el Centro de Memoria histórica, generó el documento *Basta ya* (2013), que recopila posturas complementarias al concepto de víctima, argumenta que fenómenos como el desplazamiento generan sentimientos de desarraigo y humillación, y que su masividad en la historia del país han ocasionado durante años que la sociedad e incluso las instancias institucionales, hayan naturalizado sus impactos, dificultando la identificación de la persona que ha sido desplazada forzosamente como víctima.

El grupo de investigadores afirma que la denominación de desplazado durante años connotó a las víctimas como población vulnerable, pero a partir del reconocimiento oficial de la existencia de conflicto armado interno y de desarrollos normativos (sentencia T-025 del 2004 y autos de seguimiento de la Corte Constitucional, Ley 975 del 2005, Ley 1448 del 2011, Ley de Víctimas y Restitución de Tierras), se facilitó esta comprensión. (Informe General del Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013).

Uno de los elementos más llamativos expuestos en el documento es que las víctimas afirmaron en las entrevistas realizadas, durante el 2007-2011, que muchos funcionarios públicos entendían que un desplazado era víctima si había sido afectado por otro delito, diferente al desplazamiento.

Por otro lado, existen conceptos como el de Gatti (2017) en el que define que aquello que hace a un sujeto susceptible de decirse con criterio que es una víctima, está relacionado con la desdicha, el padecimiento y sufrimiento de la persona; afirmación que refuerza lo anteriormente expuesto. Las revisiones acerca de la víctima, permiten construir nociones como empezar a considerarlas como sujetos que no solamente sufren, sino que cuentan con recursos para afrontar su situación, lo que nos hace pensar que los hechos victimizantes no son el referente estructural que define su situación.

Como plantea Jaramillo (2006), el rótulo de víctima es el que favorece el reconocimiento por parte del Estado y con ello la posibilidad de recibir la asistencia que éste debe brindar de acuerdo con la ley, lamentablemente convirtiéndose en parte de su presentación, para la exigibilidad de sus derechos.

Para Castro y Erazo (2017), la condición de víctima debería ser considerada como una identidad paradójica, refiriéndose a que las víctimas hablan y a la vez no, ya que muchas veces son otros los que hablan por ellas, como organizaciones que promueven los derechos humanos o los líderes de las comunidades o Mesas de víctimas.

### **Enfoque Diferencial**

Hacer referencia a las víctimas del conflicto armado, es comprenderlas como sujetos de especial protección debido a su extrema vulnerabilidad, según lo contemplado en el artículo 11 de



la Ley Estatutaria 1751 de 2015, lo que justifica que se adopten medidas a su favor, una de ellas atención con enfoque diferencial.

Según Moreno y Díaz (2015) el enfoque diferencial contribuye a que no se generalice un único modelo para todas las poblaciones, ya que el conflicto armado no tiene las mismas características en cada región y la forma en que lo asumen sus habitantes también se encuentra atravesada por sus particularidades culturales. Reconociendo las múltiples vulnerabilidades a las que se ven expuestas las poblaciones especiales (indígenas, afrodescendientes, VCA) la Secretaría de Salud Departamental del Cauca, dentro del área de Prestación de Servicios tiene un profesional exclusivo para su atención.

En el contexto de conflicto armado, 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, por esta razón sugiere partir del reconocimiento a la diversidad étnica, de género y de edad, dando apertura a la inclusión de una atención con enfoque diferencial.

En concordancia con lo anterior, el Ministerio de Salud (2017) dentro del anexo técnico del PAPSIVI, comprende el Enfoque diferencial como aquel que tiene el propósito de revisar de manera general las relaciones que existen entre diferentes sujetos de especial protección constitucional (Niños, Niñas y Adolescentes –NNA, pertenencia a grupos étnicos, identidades de género y orientaciones sexuales no hegemónicas y personas que viven en zonas rurales).

### **Enfoque psicosocial**

Comprender el término psicosocial se hace relevante en el momento de hablar de intervención y enfoque con el individuo-víctima en relación con el entorno social, cultural o económico. Al respecto Díaz y Díaz (2015) comentan *lo psicosocial* como un concepto ambiguo,

que deambula entre los espacios de supervivencia del sujeto, que busca su identidad, a veces se repliega, y otras emerge construyendo su propio camino. Quien habla de lo psicosocial, intenta expresar las diferentes dimensiones y aspectos de intervención con el sujeto, la familia y la comunidad

Aunque es un término utilizado hace varios años, no existe una sola definición que consolide su significado, sin embargo Javaloy (2001) afirma que el enfoque psicosocial desarrolla una perspectiva del interaccionismo simbólico, alejándose de esta manera de las teorías que explicaban el comportamiento colectivo por mecanismos irracionales.

Frente a ello el MSPS y la UARIV afirma dentro de sus fundamentos, que el enfoque psicosocial es el resultado de la experiencia de acompañamiento a poblaciones afectadas por eventos generados en contextos de violencia sociopolítica, es decir no es un tema referente a lo individual, sino un fenómeno social, cuyos determinantes deber ser revisados en su complejidad. De esta manera, el enfoque está orientado al restablecimiento de los derechos vulnerados y la reivindicación de la dignidad de los sujetos afectados por los hechos de victimización.

Para Moreno y Moncayo (2013) “entender lo psicosocial implica conjugar la acción humana enmarcada en una continuidad dialéctica entre el individuo y la sociedad, lo psíquico y lo social, lo subjetivo y lo objetivo, desde la perspectiva de las ciencias sociales” (p, 41); básicamente sería el reconocimiento de la victimización en el marco del conflicto armado como un hecho social que requiere un análisis que abarque la complejidad que implica el mismo.

Teniendo en cuenta que en este caso, se trata de intervención psicosocial a una población que ha padecido sufrimientos emocionales en el marco de la guerra, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y el Ministerio de Salud y Protección Social, construyeron de manera conjunta el concepto de atención psicosocial que guía el accionar de las dos instituciones: “conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación

o mitigación de los daños psicosociales generados a las víctimas, sus familias y comunidades” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, p. 5).

Dicho concepto se formuló teniendo en cuenta el marco normativo y jurídico que aportan a la definición y comprensión del concepto de rehabilitación, además de lo establecido en el artículo 135 de la Ley 1448 de 2011 (Congreso de la República, 2011) y en los artículos 79 y 83 de los Decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011. (Ministerio del Interior, 2011)

Esta conceptualización es pertinente a la presente propuesta, en tanto logra evidenciar bajo qué lineamientos se exponen el protocolo de atención en salud.

Sin embargo, hablar de un documento que consolide el seguimiento de las acciones en salud a la población víctima del conflicto armado, no puede eximir realizar un proceso de intervención psicosocial que genere alternativas subjetivas que cobren vida a través de la población atendida. Para ello, tal como lo afirma Moreno y Moncayo (2013):

...el profesional debe trascender la lógica lineal de ver al otro como un objeto que va a ser modelado para cumplir los objetivos propuestos y reconocer una lógica relacional en la que la acción influye en los otros y a su vez ellos influyen sobre el profesional, en una espiral que se construye y deconstruye. (p. 53)

Tal afirmación respalda los propósitos del modelo planteado para el departamento del Cauca, en tanto que involucra la participación comunitaria como eje principal en la atención de la salud, ya que tiene como compromiso ser el modelo de atención integral con enfoque diferencial que hace énfasis en las herramientas de la APS por medio de los equipos MIAS, y busca que cuenten con un bagaje experiencial y conceptual que jugará en las intervenciones que se desarrollen con la comunidad.

Hablar de realizar intervención psicosocial, debe apuntar no solo a generar acciones con el individuo, sino también con las redes sociales, la familia, la escuela, los amigos, comunidades, con el objetivo de lograr en estas redes sociales una combinación entre la dirección o camino y la participación de los individuos; de esta manera favorecer el cambio y apostarle al aprendizaje que se vea más adelante reflejado en logros de los procesos y cambios propositivos; con un elemento complementario y significativo de esta intervención, y es que es en el contexto de las víctimas del conflicto armado.

Por esta razón el MSPS (2017) también se refiere a que la atención psicosocial a las víctimas busca facilitar estrategias que las dignifiquen, respetando el marco social y cultural en el que han construido sus nociones de afectación, sufrimiento, sanación, recuperación, equilibrio y alivio.

Como elemento complementario al proceso psicosocial, también se habla de *enfoque psicosocial*, el cual debe permitir un acercamiento a la víctima determinado, ya que se deben especificar las características individuales y grupales de interacción en los diferentes contextos, que como lo afirma Díaz y Díaz (2015) “permiten abordar la influencia que tienen los contextos en la interacción y por lo tanto las posibles alternativas de cambio social”. (p. 65)

Es específicamente sobre este concepto en el que radica la importancia de la propuesta, ya que busca generar conocimiento en todo el sistema de salud, que favorezca la atención con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado.

Existen otros autores que complementan el concepto, como Arias (2015), quien afirma que el enfoque psicosocial se entiende como una forma de analizar o comprender, evaluar y además intervenir los fenómenos sociales sobre los cuales confluyen dimensiones psicológicas y sociales del sujeto.

También es importante mencionar el trabajo de Martha Nubia Bello y colaboradoras (citado por Castro, X. Erazo, C. 2017) durante el proceso de investigación y acompañamiento psicosocial a las víctimas de la masacre de Bojayá, en el que plantean:

El enfoque psicosocial supone que los daños y las nuevas dinámicas provocadas por la guerra se articulan a los procesos históricos de configuración particular de la comunidad –en este caso caracterizados por la exclusión, la discriminación y la pobreza– a las condiciones de vida que marcan el presente (un presente de amenazas, hostigamientos, pobreza, desocupación) y de manera especial, a los aspectos culturales que dotan a la comunidad de formas particulares para leer, entender, explicar y actuar frente a los hechos. (p. 14).

Retomar diferentes conceptos, permiten identificar acciones relevantes en el enfoque psicosocial, este implica reconocimiento en todos los niveles y procesos relacionados con la atención a víctimas del conflicto armado, de lo que el conflicto ha causado en ellas, el sufrimiento que termina permeando todas las dimensiones de la vivencia humana, afectando sus emociones, pensamientos, comportamientos y relaciones.

El marco conceptual define “...el enfoque psicosocial se concibe como un elemento transversal que guía el actuar y posicionamiento de los equipos psicosociales” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, p.7), ya que se proyecta a que logre reconocer la importancia de todas las acciones que se realicen en el marco de la atención, y de esta manera se garantice el fortalecimiento de la dignidad en las víctimas. La atención con enfoque psicosocial también posibilita una mirada integral y compleja del ser humano, comprendiéndolo como un ser biopsicosocial.

En este orden de ideas, el MSPS considera que las afectaciones psicosociales que genera el conflicto armado en las personas, familias, comunidades y grupos étnicos, trascienden las categorías diagnósticas en las que se inscriben las nociones de enfermedad o psicopatología, pues reconoce múltiples formas de expresión del daño psicosocial, ya que el modelo clínico y sintomatológico, tiende a invisibilizar las nociones de sufrimiento humano, destrucción de proyectos de vida, y aquellas manifestaciones y respuestas humanas que no son identificables con un diagnóstico de síntomas clínicos, pero que derivan de la experiencia del conflicto armado (Rebolledo, O., Rondón, L. 2010)

Finalmente, en esta propuesta se desarrollarán procesos orientados a incorporar el enfoque psicosocial y diferencial en la atención que se brinda en el marco del MIAS del departamento del Cauca, orientado en los lineamientos expuestos en el protocolo de atención a víctimas, creado por el MSPS, adaptado a nuestras necesidades y alcances, y basado en los resultados de la caracterización realizada a víctimas atendidas en el PAPSIV, profesionales psicosociales de anteriores vigencias y algunas de las instituciones que conforman el SNARIV.

Se ha determinado como aspecto relevante en cuanto a los aportes que se pueden obtener, la percepción de elementos significativos de la atención terapéutica que reciben algunas víctimas que son atendidas en la modalidad individual del PAPSIVI. Fue precisamente este nivel de atención el cual acaparó el interés, debido a que la estrategia plantea la atención psicosocial en la modalidad individual como la que “favorece la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional que los hechos de violencia han generado en las víctimas” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017); y cuenta también con dos formas de atención, de acuerdo a la severidad y complejidad del daño psicosocial:

- 1. Consejería y Apoyo:** acciones dirigidas a problemáticas en las que, si bien se mantiene un nivel de funcionamiento y participación social, se requiere de apoyo de carácter preventivo.

**2. Atención Terapéutica:** procesos dirigidos a la estabilización emocional cuando han ocurrido circunstancias de violencia actual o pasada que ocasionan alguna forma de crisis.

A consideración del profesional, ubica la necesidad de la víctima y define qué nivel de atención psicosocial le brindará. Para la *atención terapéutica* la estrategia cuenta con 16 orientaciones metodológicas de ocho sesiones cada una.

Es importante diferenciar los conceptos de atención y enfoque psicosocial, los cuales son definidos en el documento del protocolo de atención a víctimas (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de evaluación tecnológica en salud, 2017) como:

- **Atención Psicosocial:** “...procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, el sufrimiento emocional y los impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y la vida de relación generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH”.
- **Enfoque Psicosocial:** “implica entender estas afectaciones como un proceso complejo antes de realizar acciones de atención, es una mirada desde la cual las entidades, los funcionarios y colaboradores deben reconocer la integralidad de la persona que ha sido víctima, teniendo en cuenta el contexto en el que se ha desarrollado, los hechos que ha vivido, el significado que les ha dado a estos hechos, el sufrimiento que ha experimentado y las capacidades que posee”.

Ahora bien, es importante entonces tener claridad en qué es la acción terapéutica, según Desviat (2010):

Es aquella que tiene por objeto producir salud. Esta es una actividad que posee, como otros bienes y servicios, un valor de uso en cuanto atiende necesidades sociales expresadas en

demandas: sanar o mitigar, restablecerse, no sufrir o sufrir menos, rehabilitarse, no morir, morir dignamente. (p, 15).

Frente a esta posición, surge la inquietud de saber si es posible que las orientaciones preestablecidas por el MSPS, logran generar la cura, por medio de ocho encuentros y sin psicoterapia.

Se sabe que existe la posibilidad de encontrar víctimas que se sienten reparadas a la luz de la atención terapéutica recibida, sin embargo, es posible también hallar a quienes consideren que el seguimiento a una guía preestablecida no logró retomar lo que realmente les afecta, o que, a pesar de haber logrado un acuerdo con la profesional sobre la orientación a desarrollar, el número de sesiones programadas no fueron suficientes y las afectaciones aun no logran sanarse.

Tal como lo afirma Desviat (2010):

La rehabilitación psicosocial es otra cosa, plantean, privilegiando unos protocolos estandarizados que pretenden la «normalización» de los pacientes. La supuesta eficacia técnica, instrumental, ha renunciado a la psicopatología..... El problema no está en los protocolos ni en las guías, está cuando estos se constituyen en la única atención al paciente, cuando sustituyen el entendimiento de sus síntomas como parte de su biografía (p. 17).

Identificar con claridad elementos positivos y negativos de la atención, permitirá construir un documento que contenga lo que las víctimas del conflicto armado realmente necesitan y esperan del componente de salud integral con enfoque psicosocial.

Después de esta revisión teórica, es necesario comprender que para el desarrollo de la propuesta, la concepción del enfoque psicosocial se configuró como el entender del sujeto de manera biopsicosocial, de modo transversal a todas sus dimensiones, es decir, superando el



reduccionismo del modelo biomédico, y adoptando una visión dinámica, donde las acciones que en el tema de salud se adelanten, sean concebidas tanto en el componente de salud física como en el componente mental y psicosocial. Esta propuesta busca que la atención en salud que se brinde sea desde un modelo que incorpore la rehabilitación como programa transversal y no como un modelo asistencial (Desviat, 2015), el cual aporte a la recuperación de la víctima, permitiendo romper el aislamiento, reconociendo sus experiencias de miedo y además identificando sus síntomas con su historia subjetiva y social, considerando que pueden estar relacionadas al hecho victimizante que padeció, de esta manera entender la producción de la salud de una manera diferente.

## **Metodología**

Para alcanzar los objetivos planteados, se realizaron tres tipos de entrevistas semiestructuradas: la primera con víctimas atendidas en el marco del PAPSIVI en la modalidad individual con un nivel de atención terapéutica; la segunda con profesionales psicosociales (Psicólogos) que ejecutaron el programa en vigencias anteriores, y la tercera con Instituciones del SNARIV que conocen la metodología de la estrategia de intervención y han participado en la articulación para la implementación del programa en el departamento.

Las preguntas planteadas en cada una de las entrevistas se orientaron a abordar cinco categorías preestablecidas. Con ellas se buscó identificar diferentes percepciones acerca de las necesidades de las víctimas, los componentes de la salud integral, la reparación, el papel de las instituciones, los avances, falencias, aciertos y retos.

Con los resultados de dicho proceso fue posible construir una matriz que contiene experiencias positivas y negativas, apropiación de lo diferencial, y recomendaciones para incluir el enfoque psicosocial en las atenciones y acciones en salud en el sistema general de seguridad social en salud del departamento.

### ***Instrumentos***

Se elaboraron tres entrevistas que contienen entre cuatro y cinco categorías de análisis (Percepción de las necesidades que tienen las VCA, Papel de la institucionalidad, Percepción de la atención psicosocial en el marco del PAPSIVI, Percepción del componente de salud integral, Propuestas de mejora) y una ficha de registro en donde se consignaron los hallazgos. (Ver anexos).

### ***Participantes***

Las víctimas fueron escogidas de manera aleatoria, bajo el criterio de haber sido atendidas en el marco del PAPSVI en la vigencia 2016, y bajo la modalidad individual con el nivel de atención terapéutica; total de la muestra cuatro (4).

Los profesionales escogidos fueron aquellos con los que se pudo establecer contacto, y manifestaron interés en participar, además de haber ejecutado atenciones en vigencias 2015 o 2016 trabajaron como “profesionales psicosociales” e implementaron la modalidad individual; total de la muestra cuatro (4).

En el caso de las instituciones, fueron escogidas aquellas que tienen contacto frecuente con las víctimas, y conocen los momentos de la intervención en el PAPSIVI (Defensoría, Secretaría de Gobierno, ICBF, UARIV); total de la muestra cuatro (4).

### ***Procedimiento***

El procedimiento para llevar a cabo el presente estudio estuvo dividido en tres momentos: primero, la construcción del marco teórico de referencia y la construcción de las entrevistas para la recolección de información; segundo, el contacto con las víctimas, las profesionales y las instituciones para la recolección de información (Las entrevistas fueron grabadas, con previa firma del consentimiento informado); y tercero, el análisis de los resultados de la recolección de la información y la sistematización de dichos resultados en matrices de análisis descriptivo, que permitieron contrastar lo hallado con lo establecido en el documento del protocolo diseñado por el MSPS.

## *Análisis de Resultados*

En esta fase se logró consolidar cada entrevista por actor (SNARIV, Profesionales, Víctimas) en una matriz de análisis, con la que por categoría se estructuró un concepto. Luego de haber obtenido este insumo se realizó una segunda matriz resumen de los hallazgos de las doce entrevistas realizadas, el alcance de este análisis es la creación de estrategias operativas del sistema de salud que garanticen la incorporación del enfoque psicosocial como parte elemental para la ejecución de la atención a las víctimas del conflicto armado.

Estos resultados se detallan a continuación:

Tabla 1

### *Sistematización por actor*

CATEGORÍA	ACTOR		
	SNARIV	PROFESIONALES	VÍCTIMAS
Percepción de las necesidades que tienen las VCA	Necesidades de las VCA son de dos tipos: las básicas y las psicosociales. Salud, alimentación, vivienda digna, restitución de tierras, educativas, culturales y una estabilización socioeconómica.	Necesidades que las víctimas tienen son económicas, psicológicas, sociales, de salud, de vivienda.  Si no hay una estabilidad económica en los hogares de las víctimas, la estabilidad emocional no se puede dar como prioridad.	Necesidades de las víctimas son salud, educación, vivienda digna, alimentación, programas psicosociales.  Todas las personas que han sido víctimas del conflicto tienen afectaciones en salud mental, la mayoría por casos traumáticos.

	<p>No es suficiente con brindar una medida en el marco de la ley como el de la indemnización, cuando otros derechos están siendo vulnerados.</p> <p>Todas las personas que han sido víctimas del conflicto armado tienen necesidades de salud física y mental, y aunque el conflicto armado y sus efectos generan un sufrimiento, no necesariamente dejan una patología o dejan una enfermedad.</p> <p>Hay que entender que hay personas más resilientes que otros.</p>	<p>Algunas de las personas que han sido víctimas del conflicto armado tienen necesidades en salud mental y física, no todas.</p>	<p>Hay personas más fuertes que otras, pero esas otras pueden tener traumas más dolorosos.</p>
<b>CATEGORÍA</b>	<b>ACTOR</b>		
	<b>SNARIV</b>	<b>PROFESIONALES</b>	<b>VÍCTIMAS</b>
Papel de la institucionalidad	<p>Hay un avance significativo en estadísticas, pero no lo es tanto si se ve en una integralidad a toda la población víctima del conflicto.</p>	<p>No se ha logrado avanzar mucho en la reparación de las víctimas del conflicto armado.</p>	<p>Se ha avanzado poco en la reparación de las víctimas del conflicto armado.</p> <p>La atención psicosocial como medida de rehabilitación está siendo prestada</p>

	<p>Falta entrenamiento en los equipos psicosociales para no generar acción con daño, la contratación de los profesionales no se hace teniendo en cuenta las experticias que requiere una víctima del conflicto armado; a pesar de la sensibilización de este componente, todavía hay instituciones y funcionarios que no saben dar un trato digno a la víctima, que no saben dar una orientación con calidad, con humanidad, con respecto.</p> <p>Falta sensibilización a los funcionarios, a las instituciones y a la sociedad en general, para que contemplen acciones sin daño dentro de su rol.</p>	<p>La atención psicosocial como medida de rehabilitación no está siendo prestada con las garantías de no generar acción con daño, aunque la estrategia así lo defina. Hay profesionales que no están los suficientemente entrenados ni con la experiencia necesaria para hacer las intervenciones.</p>	<p>con las garantías de no generar acción con daño.</p> <p>El sistema de salud no refleja las necesidades de las víctimas, porque la atención no es como víctimas sino como cualquier persona</p> <p>No existe comunicación entre las instituciones que fueron creadas para garantizar la atención a las víctimas, no saben nada una a la otra entidad.</p> <p><i>“Las instituciones del estado y en especial las de salud no están preparadas para brindar atención de forma adecuada y además respetuosa para las víctimas, es importante que las instituciones humanicen su proceso de atención y le permitan la libre expresión de lo que le pasó a la víctimas, eso sería lo mejor, que le den</i></p>
--	---	--	---

			<i>la oportunidad de hablar, que los médicos o la persona que atiende, le hiciera un análisis a la persona que está atendiendo, porque uno está afectado más que todo psicológicamente y el médico dice rápido”</i>
CATEGORÍA	<b>ACTOR</b>		
	<b>SNARIV</b>	<b>PROFESIONALES</b>	<b>VÍCTIMAS</b>
Percepción de la atención psicosocial en el marco del PAPSIVI	El número de sesiones pueden lograr la exploración y comprensión del hecho traumático, dependiendo de las capacidades y habilidades del profesional; esas ocho sesiones son un punto de partida en donde se puede brindar herramientas para que estas personas fortalezcan sus redes y así les quede más fácil atender dificultades que se les pueda presentar no solo a nivel de conflicto armado, sino en cualquier ámbito. El	Las sesiones brindadas a la víctima logran la comprensión y exploración del hecho Traumático, ocho sesiones son suficientes para psicoterapia breve que es lo que hace mediante el Papsivi, las preguntas guiadas más las actividades, son las que permiten que se explore lo ocurrido; sin embargo falta más tiempo para hacer el acercamiento y analizar la información, para definir la	Las sesiones brindadas logran explorar y comprender el hecho traumático, aunque el tiempo es corto, deberían ser más para que la víctima quede con más conocimientos y con más apoyo del programa.  La orientación y el tiempo utilizado en las sesiones lograron disminuir la afectación generada a partir del hecho, <i>“a veces uno tiene sentimientos guardados que uno no tiene a quien decírselos, ni con quien conversar ni nada y uno se desahoga. Es como un</i>

	<p>PAPSIVI cumple con su función de rehabilitar psicosocialmente.</p> <p>Los componentes de atención psicosocial y salud integral se quedan escasos para las necesidades de las personas víctimas, hay un vacío en otras necesidades básicas, cuando estos derechos no se garantizan obviamente queda el componente psicosocial como un pañito de agua tibia y no va más allá.</p> <p>El enfoque psicosocial debe ser transversal a todos los procesos de atención, porque a veces el hecho de decir que viene una víctima, genera más resistencia y barreras que accesibilidad.</p> <p>Si lo psicosocial no es transversal a las 5 medidas que maneja la ley, se</p>	<p>principal necesidad y así la orientación qué va a trabajar.</p> <p>La orientación y el tiempo utilizado en las sesiones ofrecidas logran generar acciones que disminuyen los efectos adversos provocados por la situación de guerra vivida, porque simplemente la acción de hablar y ser escuchados sin ser juzgados, les permite a las personas hacer introspección y manejar mejor sus emociones, canalizándolas.</p> <p>La atención realizada aporta a la mitigación del daño emocional, porque es un espacio donde las personas pueden hablar libremente de su dolor y a la vez reconocer con lo que cuentan para continuar.</p>	<p><i>peso que uno se quita de encima, decir tal cosa sin que nadie te juzgue o te señale por eso”.</i></p>
--	---	---	---



	desdibuja el sentido de la atención en la medida de rehabilitación.		
CATEGORÍA	<b>ACTOR</b>		
	<b>SNARIV</b>	<b>PROFESIONALES</b>	<b>VÍCTIMAS</b>
Percepción del componente de salud integral	No aplica	No aplica	<p>La forma en que las instituciones de salud atienden a las personas víctimas del conflicto armado cuando llegan en busca de un servicio, se evidencia mucha discriminación, porque no se atiende por la necesidad que tiene el paciente, sino por cómo es la apariencia de una persona, por ejemplo cuando llega del campo.</p> <p>Los profesionales y el personal administrativo y de apoyo técnico no están preparados para atender personas víctimas del conflicto armado. Todos los profesionales tienen sus títulos, pero en cuestión de atención a víctimas deben prepararse. Las víctimas buscan atención con prioridad, con conciencia.</p>

			<p>Considero importante que los servicios de salud le permitan expresar en la atención emociones y percepciones frente al hecho traumático que uno vivió, <i>“cuando uno va al médico no le dan esa oportunidad, ellos solo tienen en cuenta con el tiempo disponible para un solo paciente”</i>. <i>“hay enfermedades que son emocionales, y que con solo el hecho que el médico hablo con usted como que se desahogó se siente mejor sin haber tomado nada”</i></p>
CATEGORÍA	<b>ACTOR</b>		
	<b>SNARIV</b>	<b>PROFESIONALES</b>	<b>VÍCTIMAS</b>
Propuestas de mejora	<p>ICBF y UARIV: La tarea que adelantan es brindar acompañamiento con enfoque psicosocial.</p>	<p>El programa excelente, porque va compuesto por unos enfoques como el psicosocial, el diferencial, el de derechos humanos, que permiten ver que las personas tienen capacidades,</p>	<p>El programa es excelente, <i>“uno puede expresar sus sentimientos, sus inquietudes es el único que le da la oportunidad de expresarse, y desahogarse emocionalmente, es necesario dar continuidad, es un</i></p>

<p>Gobierno y Defensoría: no se ha hecho un esfuerzo por transversalizar el enfoque psicosocial. La mayoría del personal está parado en un paradigma de atención y salirse de ahí no es fácil, entonces hay resistencia, rechazo, los ven como una población problema.</p> <p>Las acciones necesarias en el componente de salud integral a las víctimas, están enfocadas en empezar por una educación, hay que pensar que ser víctimas no es solo una medida de indemnización, hay que pensar en que es sinónimo de ser sobreviviente, es necesario entrenar a los equipos psicosociales, los trabajadores sociales, médicos, enfermeros, el equipo de atención como tal, en la intervención y luego pasar acciones de prevención,</p>	<p>y va transformando situaciones y generando empoderamiento.</p> <p>El programa tienen establecida una metodología con unas orientaciones definidas que son de gran apoyo. Es importante implementar nuevas metodologías que vayan orientadas a responder las necesidades de la víctimas del conflicto</p> <p>Los componentes de atención psicosocial y de salud integral cubren en parte las necesidades de las personas víctimas del conflicto armado, aunque las instituciones de salud son inoperantes ante las necesidades de las personas, no reconocen ni identifican la importancia de brindarles este apoyo y fortalecimiento para el</p>	<p><i>apoyo, es una ayuda, puede enterarse de muchas cosas a las que uno tiene derecho”.</i></p> <p><i>“Considero que los dos componentes, cubren las verdades necesidades de las personas víctimas pero hay cosas que al final no se cumplen en salud”.</i></p> <p>Para una atención en salud, digna, respetuosa y de calidad a las personas víctimas en primer lugar debe reconocerlo como víctima, la atención debe ser prioritaria, las citas médicas con los especialistas. Debería tener un profesional que te atienda bien, tener un tiempo disponible en donde te trate bien, que realice todo lo que tengan que hacer sin afán, pues estás sufriendo una consecuencia de la violencia.</p>
--	---	---

	<p>atención y eliminación de las barreras.</p> <p>Acciones pertinentes a tener en cuenta en los procesos de atención en salud para las víctimas, es brindar una atención con dignidad con respeto, tener en cuenta que estas personas tienen una consideración especial, entendiendo que llevar un sufrimiento del conflicto armado no es fácil, partiendo de ese principio de humanidad y sensibilidad; también mejorar los sistemas de información para el reporte, instrumentos y bases de datos con enfoque diferencial, que permita tener una atención con mayor celeridad o al posibilidad de acceder especialistas con facilidad.</p> <p>Además hace falta vincular a otros sectores del sistema de salud, como</p>	<p>proceso de recuperación de las víctimas.</p> <p>Es pertinente la reorientación del proceso de atención a las víctimas en las instituciones de salud, hacia el enfoque psicosocial, así mirarían a la víctimas como seres humanos con verdaderas necesidades, y las instituciones se apropiarían de ese dolor que ellos sienten, porque este integra el individuo en lo biológico, en lo mental y en lo social.</p> <p>Es importante empoderar las instituciones y los responsables en cada una de ellas, para que se garantice el derecho que ellos tienen como víctimas hacía una atención en salud prioritaria como lo refiere la ley y el protocolo de atención integral</p>	<p>Es importante una formación de cómo se debe atender a la víctima, <i>“hay gente muy grosera, porque no es lo mismo estar sentados en el escritorio a estar en el lugar real de las víctimas, una persona que sea víctima y ocupe esos puestos, ayudaría muchísimo, como ella sabe que sufrió le va a dar un buen trato”</i>.</p>
--	--	--	---

	las EPS, IPS, ESE para que también se cualifiquen y vinculen la política pública en su quehacer diario.		
--	---	--	--

## *Discusión*

Como tercera y última fase de la metodología, se realizó un análisis de los resultados obtenidos con las doce entrevistas realizadas, con lo que fue posible construir una estructura de la propuesta de inclusión del enfoque psicosocial en el MIAS – Cauca.

Por cada actor entrevistado, se consolidaron algunos aspectos relevantes en cada categoría de análisis; en este paralelo se evidenciaron similitudes, con el modelo propuesto en el protocolo construido por el MSPS y la contextualización de las necesidades de los sujetos como víctimas del conflicto armado en el territorio.

En la Categoría *“Percepción de las necesidades que tienen las VCA”* los participantes coincidieron, en la noción de las víctimas, como aquellas que requieren estabilizar diferentes aspectos de su vida, los cuales son afectados como resultado de la violencia. En esta pregunta es posible hallar similitud a lo expuesto en el protocolo creado por el MSPS, que da inicio a las acciones considerando a estos sujetos en sus múltiples dimensiones.

Por otro lado, en la categoría de *“Papel de la institucionalidad”* se encontraron diferentes posiciones. Las instituciones del SNARIV afirman que hay muchas probabilidades de que se estén ejecutando acciones con daño hacia la población víctima, argumentando que hace falta formación, seguimiento, competencias, y herramientas académicas por parte de los profesionales que realizan la intervención; estos hallazgos coinciden con lo manifestado por algunas de las profesionales entrevistadas, en que existen algunas profesionales que no cumplen con las orientaciones dadas por el MSPS, porque consideran que las víctimas no tienen el conocimiento acerca de las acciones que no deberían ocurrir, y generan acciones con daño, tales como preguntar detalles del evento violento vivido, manifestar que las percepciones de las víctimas no tienen importancia, terminar

la sesión antes del tiempo establecido, no visitar a las víctimas en el número de sesiones establecidas, entre otras.

Frente a esto la Secretaría de Salud Departamental del Cauca reconoce la importancia de aportar elementos como entidad rectora en salud, para la construcción de mejores elementos conceptuales, antes de dar inicio a proyectos que impliquen interacción con víctimas del conflicto armado.

En esa misma categoría, las víctimas entrevistadas coinciden en que no experimentaron acción con daño, y al contrario realizan manifestaciones como las siguientes: *“han sido personas muy atentas. Y no, no lo han herido a uno con palabras” “a mí me ayudó muchísimo, cuando llego la doctora me ayudo a sacar lo que uno tiene adentro, y eso no lo deja avanzar, eso es algo que va quedando atrás, lloraba con facilidad, pensaba que todo mundo me iba a ser daño.”*

Un elemento de interés en el que coinciden las víctimas, es que no reciben un trato digno, la gente los discrimina por su situación y catalogan de *“bandidos”* y *“haraganes”* por buscar las ayudas a las que tienen derecho (Ayuda de emergencia, indemnización), manifiestan que es la razón por la que están *“así”*..... *“nunca se ha abordado mi vivencia traumática”*, tal vez porque el personal que la atendió no lo consideró relevante.

Con esta percepción tan marcada en la población víctima, se confirma que tal como lo declara la Sentencia T-025 de 2004 de la que la Corte Constitucional, hay una insuficiencia de funcionarios capacitados para la asistencia y atención a población en situación de desplazamiento, lo que constituye una falencia de política pública.

En la categoría *“Percepción de la atención psicosocial en el marco del PAPSIVI”* coincidieron afirmando que las orientaciones, el número de sesiones y el tiempo cumplieron con el propósito que tiene definido el Ministerio de Salud, sin embargo su percepción no garantiza que

hayan tenido una reparación psicosocial, logrando la comprensión del hecho traumático, y disminuir su afectación, esta evidencia solo sería posible por medio de una intervención terapéutica de manera individual.

La categoría *“Percepción del componente de salud integral”* solo fue aplicada a las víctimas, debido a que las preguntas estuvieron orientadas a conocer su experiencia en el sistema de salud; allí ellas manifestaron que su situación de salud física y mental tiene relación con el hecho traumático que han vivido, *“como enfermera sigo con miedo, porque es una parte que me marcó, a mí me da miedo ir al área rural a trabajar, porque uno no sabe a quién va a atender, esa parte si no la he podido superar”* *“yo por lo menos he sufrido tanto que tengo 5 familiares que me quitaron, entre ellos dos hijos. Desde eso yo vengo enferma, entonces eso afecta lo físico también”*

Además, como elemento adicional todas coincidieron en que es importante que el profesional de la salud, tenga *“carisma, sea sociable o lo trate con palabras adecuadas, que la persona se sienta bien en el momento en que está con el profesional”*.

De esta manera se sostiene la necesidad de implementar un enfoque psicosocial que reconozca que las víctimas han padecido un hecho violento y que la mayoría de ellas necesitan una atención diferencial, que les permita expresar su padecimiento, reduciendo así esa posición hegemónica del Sistema de salud, que pretende ver al Ser como sujeto de atención por padecimientos exclusivos en salud física

Finalmente en la categoría de *“Propuestas de mejora”* la mayor parte de los entrevistados coinciden en que la tarea es brindar acompañamiento con enfoque psicosocial, y para ello es importante enfocarse en la educación, acerca de la noción de víctima, de trauma, por qué es



víctima, de quien es víctima, la singularidad del sujeto, como tuvo que reconfigurar su identidad a partir del daño, y así generar acciones de prevención, atención y eliminación de las barreras.

Para los actores entrevistados, las propuestas deben estar orientadas a brindar atención con dignidad, con respeto, partiendo del principio de humanidad y sensibilidad, reduciendo la lógica asistencialista del estado que está orientada a presentar números, más que impactos en la comunidad.

También proponen vincular a otros sectores del sistema de salud, como las EPS, IPS, ESE para que se cualifiquen y vinculen la política pública en su quehacer diario. Estas propuestas coinciden con el alcance del documento generado por el MSPS, que habla de incluir acciones que fortalezcan las capacidades de las víctimas y al mismo tiempo empiecen a subsanar las debilidades de formación en el talento humano.

## **Propuesta de intervención**

Como resultado del diagnóstico realizado por medio de las categorías establecidas en las entrevistas, se generó un plan que contiene unas actividades específicas para la inclusión del enfoque psicosocial en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS- en el departamento del Cauca.

Para ello se proponen unas líneas de trabajo que dan respuesta a lo hallado por categoría definida, estas están orientadas a brindar los lineamientos que permitan gradualmente ir incorporando el enfoque psicosocial en el departamento.

### ***Objetivos***

Desarrollar un plan de trabajo con unas líneas de acción definidas basadas en el MIAS, la percepción y experiencia narrada por los actores entrevistados frente a la atención psicosocial, el cual oriente la atención integral en salud con enfoque psicosocial para la población víctima del conflicto armado en el Departamento del Cauca.

### ***Específicos***

- ✓ Definir acciones para la identificación de la población víctima del conflicto armado
- ✓ Crear elementos para la incorporación del enfoque psicosocial y atención integral en salud a víctimas del conflicto armado.
- ✓ Capacitar al talento humano en salud para la atención integral en salud con enfoque psicosocial en el marco de implementación del MIAS.

- ✓ Socializar el plan de acción e instituciones involucradas en la inclusión del enfoque psicosocial, a organizaciones del departamento.

***Categoría:*** *Percepción de las necesidades que tienen las VCA*

***Estrategia 1:*** Definición de indicadores en el ASIS departamental del Cauca.

***Objetivo:*** Conocer la situación de salud de la población víctima, y de esta manera planear, programar y generar acciones que cubran las necesidades en salud.

***Población:*** Área de vigilancia de la Secretaría de Salud Departamental de Cauca, para aprobación de indicadores, Empresas Sociales del Estado para su implementación y cumplimiento.

***Instrumento***

Cinco indicadores definidos:

1. Distribución por género y edad
2. Diez principales causas de morbilidad
3. Diez principales causas de mortalidad
4. Principales motivos de consulta externa
5. Principales causas de hospitalización

***Estrategia 2:*** Fortalecer el componente de atención en salud mental en la estrategia de Atención Primaria en Salud.

***Objetivo:*** Generar acceso a los servicios de salud mental en el bajo nivel de complejidad de los municipios.

**Población:** Referentes de Salud Mental del Departamento, Empresa Social del estado –ESE- de los municipios priorizados como piloto para la inclusión del enfoque psicosocial en el marco de implementación del MIAS.

**Instrumento:** Asistencia técnica del departamento para agilizar proceso de habilitación del servicio de psicología – acciones de APS con enfoque diferencial.

**Categoría:** *Papel de la institucionalidad*

**Estrategia 3:** Cruce efectivo de las bases de datos de las EAPB (subsidiadas y contributivas) con la UARIV, y remisión de información a toda su red de prestadores.

**Objetivo:** Identificar la población víctima del conflicto armado que tiene cada EAPB y de esta manera priorizar actividades de atención, promoción y prevención de la enfermedad con enfoque diferencial.

**Población:** Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas.

**Instrumento:** Remisión de las bases de datos de los afiliados de las EAPB y cruce por parte del área de sistema de información de la UARIV con una frecuencia bimestral.

**Estrategia 4:** Socialización a organizaciones intersectoriales, el alcance, los objetivos y la estructura de implementación del enfoque psicosocial.

**Objetivo:** Dar a conocer la estrategia de inclusión en el departamento por medio de la estructura del MIAS, además de las responsabilidades y competencias de los diferentes factores, para que todos se conviertan en veedores del proceso de implementación.

**Población:** Miembros de la Mesa Psicosocial intersectorial, miembros de organizaciones de víctimas y representantes de las MMPEV

**Instrumento:** Exposición en el marco de Mesa Psicosocial Departamental, con convocatorias de las organizaciones e instituciones interesadas.

**Categoría:** *Percepción del componente de salud integral*

**Estrategia 5:** Solicitar a las Secretarías de Salud Municipales incluir en sus auditorías a las EPS e IPS, el requerimiento de diferenciar la población VCA en acciones de salud pública.

**Objetivo:** Evidenciar las acciones que cada IPS y EPS tienen para las víctimas del conflicto armado.

**Población:** Secretarios de Salud Municipales

**Instrumento:** Ajuste al instrumento solicitado por la resolución 06 de 2011, en el que permita evidenciar acciones con enfoque diferencial.

**Estrategia 6:** Generar un plan de estímulos y protección de garantías laborales al equipo multidisciplinario de salud.

**Objetivo:** Reducir la rotación y/o deserción del personal de salud que sea formado en el enfoque psicosocial.

**Población:** Personal asistencial, a quienes se les designe funciones de APS

**Instrumento:** Plan concertado con los Gerentes de las ESE, EAPB e IPS.

## **Actividades de formación**

Para las categorías: El papel de la institucionalidad, Percepción de la atención psicosocial en el marco del PAPSIVI y Propuestas de mejora, se describen cinco actividades específicas que pretenden dar una orientación más clara frente a la formación del talento humano.

**Actividad 1:** Intercambio de experiencias de trabajo en principios y enfoques de la humanización, además de dignificación en el trato hacia las VCA.

**Participantes:** personal asistencial y administrativo de las EAPB, IPS, ESE y referentes de la Secretaría de Salud Departamental del Cauca.

**Objetivo:** Establecer un espacio de reflexión en torno a la intervención realizada con las VCA.

**Tiempo aproximado:** cuatro horas con cada grupo.

**Materiales:** hojas de papel, marcadores de colores de punta delgada.

**Desarrollo:** el trabajo se realizará en un primer momento con los referentes de la SSDC.

1. En forma individual, cada referente de los diferentes programas de la Secretaría, escribirá en una hoja elementos claves acerca de sus funciones en la asistencia técnica que realizan en los municipios.
2. Terminado este momento, con un color diferente al que escribieron, identificarán cuando involucran el enfoque diferencial y el componente de VCA.
3. Con esta información y esquema realizado por los participantes, se repartirán en pequeños grupos en donde compartirán quienes lograron identificar acciones resaltadas con diferente color.

4. Con la reflexión hecha, se promoverá un conversatorio en que se darán a conocer elementos establecidos en la ley 1448 de 2011 y el alcance de las atenciones adecuadas a los territorios por medio de una exposición.
5. Con la información brindada, se les entregará un caso escrito en donde se expondrá la situación de una mujer víctima de desplazamiento por el conflicto armado, con dos hijos menores de edad, que está radicada en la ciudad de Popayán, y llega a la Secretaría a pedir que la orienten acerca de sus derechos en salud. Frente a esta situación, ¿cuál sería su respuesta?
6. En este momento se les preguntará, ¿Cuáles fueron los adjetivos hacia la mujer víctima, que salieron en medio de la socialización de la respuesta a la anterior pregunta? ¿Cuál creen que es la diferencia entre reconocer la humanización, y dignificar el trato?
7. Por medio de una socialización por grupos se obtendrán las conclusiones y se retomarán las dudas generadas y/o inadecuadas respuestas.
8. Con estos hallazgos se proyectará el documental *Ciro y yo*, de Miguel Salazar, donde se espera iniciar el proceso de sensibilización hacia la población VCA.
9. Finalmente con lo encontrado y trabajado en la jornada se les pedirá escribir en una hoja, ¿de qué manera incluirán un enfoque diferencial en sus asistencias técnicas? Y ¿cómo se hará visible los cambios que generen en sus asistencias, en los municipios?

En un segundo momento, por medio de las visitas de asistencia técnica a los municipios del departamento del Cauca:

1. Se realizará una reunión en que se convocarán a las instituciones que prestan atenciones en salud en el territorio (EAPB, IPS, ESE).

2. Se abordarán dos conceptos claves para este primer encuentro, humanización y dignificación en el trato hacia las víctimas, por medio de una socialización magistral.
3. El grupo se dividirá en miembros de EAPB, representantes de IPS y funcionarios de la ESE.
4. En estos grupos responderán las siguientes preguntas:
  - ¿Cómo atiendo a una persona que llega hablando con un tono de voz fuerte?
  - ¿Qué es lo que pienso cuando llega a mi sitio de trabajo una mujer con ropa sucia o con mal olor?
  - ¿Cuáles son los comentarios que puedo llegar hacerle a uno de mis compañeros, si llega una persona diciendo que es VCA y necesita orientación frente algún procedimiento, pero se ve muy bien vestida, y se expresa de manera muy fluida y elocuente?
5. Para la socialización de lo resuelto en grupo, un participante por grupo irá pasando por los demás grupos y expondrá lo que ellos hicieron, mientras que los miembros de los grupos que escuchan irán tomando nota acerca de lo que les llame la atención.
6. Posterior a esto los mismos grupos, resolverán las siguientes preguntas:
  - ¿Quién es una víctima?
  - ¿Cuáles creo que son sus necesidades?
  - ¿Cómo creen que cada uno de ellos expresa o mantiene actitudes de respeto, y aceptación de las diferencias?
7. Con esta información, se orientará un espacio de reflexión acerca del primer y segundo ejercicio.



8. Con el fin de que identifiquen las consecuencias psíquicas de la guerra, el padecimiento y sufrimiento, además de la reestructuración del proyecto de vida de las víctimas del conflicto armado, se proyectará el documental *Ciro y yo*, de Miguel Salazar.
9. Con estos elementos instaurados en los diferentes actores del sistema de salud, se hará una reflexión antes de cerrar la sesión, y dar paso a un nuevo espacio de encuentro.

**Actividad 2:** sensibilización y formación en enfoque psicosocial a profesionales de salud

**Participantes:** Personal asistencial y administrativo de las EAPB, IPS, ESE.

**Objetivo:** Sensibilizar, brindar y fortalecer elementos básicos y orientaciones sobre el enfoque psicosocial y de acción sin daño a los profesionales de salud.

**Tiempo aproximado:** 4 horas

**Materiales:** Libretas u hojas para hacer anotaciones - lapiceros

**Desarrollo:** en el taller definido para la segunda visita de asistencia técnica, se reunirá al personal asistencial y administrativo de la ESE, EAPB e IPS, en donde se dará inicio con:

1. La primera indicación estará relacionada con un ejercicio personal y privado, se trata de reconocer su historia hasta el momento actual, aquí y ahora. En una hoja en blanco escribirán 10 características, que los hace ser la persona que son en ese momento. Pueden ser cualidades y defectos, características de su personalidad, habilidades, experiencias o roles que han asumido en la vida, la espiritualidad, o cualquier otro aspecto que consideren los hace ser la persona que son en ese momento. En este ejercicio se tomarán 5 minutos para la escritura.
2. Luego se les dará la siguiente instrucción: en esa misma hoja, pero en un espacio diferente escribirán algo más. Desde la experiencia personal de cada uno, pensarán en los hechos

victimizantes que conocen, ya sea porque han trabajado con víctimas de esos hechos, o porque han escuchado o leído sobre ellos. Se les pedirá que piensen cuál de ellos ha generado mayor impacto, cual les resulta más llamativo, de mayor relevancia o mayor interés. Elegirán un espacio en la hoja y escribirán el nombre de ese hecho victimizante que les parece más impactante.

3. Una vez han escrito el hecho victimizante, harán un ejercicio de movimiento, formando un círculo; en este espacio se les invitará a pensar en la persona que son en este momento, y teniendo claro cuáles son las características que les permite ser quien son. Se les pedirá que recuerden el hecho victimizante que escribieron y deberán pensar en él sin hablar... ahora escucharán: si en este momento nos ocurriera ese hecho victimizante, ¿seguiríamos siendo la misma persona? ¿seríamos diferentes? ¿Cuáles de esas 10 características habríamos perdido o se verían muy afectadas? ¿Cuántas características habremos perdido?
4. Después de haberlo llevado a ese espacio de reflexión, se les pedirá que elijan aquellas que perderían o se verían afectadas gravemente; que pasaría si es otra persona quien hace este proceso de evaluación, ¿es posible que vea las mismas afectaciones?
5. Luego se les pedirá elegir un lugar diferente en el que estaban sentados, ojalá el más retirado de donde estaban ubicados antes de hacer el círculo, la indicación será: allí encontrarán un cuaderno con 10 características y un hecho victimizante (de otra persona), lean esas 10 características y piensen, si a esta persona le ocurre ese hecho victimizante, ¿Cuáles características perdería, o se verían muy afectadas? Una vez que hayan elegido cuales, van a escribir junto al hecho victimizante únicamente la cantidad, cuantas características se perdieron o afectaron, anotando el número.

6. Luego volverán a su lugar inicial y revisarán lo que alguien observó en su caso, podrán evidenciar si ¿pensamos en la misma cantidad? ¿serán las mismas características que yo pensé?
7. Terminado este ejercicio se les preguntará: ¿Cómo estuvo el ejercicio? ¿alguien quiere compartir la experiencia? Se conversa sobre cómo fue reconocer la situación desde la mirada de otra persona, que tan distante está esta evaluación de la que hicieron inicialmente ¿por qué pasa eso? ¿Esto pasa en una situación real?

Preguntas orientadoras:

- ¿Te sentiste reconocido al ver la evaluación que hicieron de ti? ¿Cómo fue eso?
  - ¿Qué tan diferente o parecido pudo ser la evaluación que tu hiciste a la que hizo quien se sentó en tu lugar? ¿Por qué será eso?
  - ¿Por qué una persona (o tú mismo) perdería esas características tras la ocurrencia de ese hecho victimizante? ¿Por qué esas? ¿Por qué no ninguna?
8. Se recogen algunas impresiones y se reflexiona haciendo señalamientos sobre el lugar en la vida del otro. La intención será llevarlos a pensar que es posible que en ocasiones debamos hacer esto mismo, pensar en una persona en relación a los hechos victimizantes sufridos debido al conflicto armado, puede haber varias formas de entender esa realidad, una es hacerlo desde la mirada del hecho victimizante ¿Cómo sería hacerlo desde la mirada del enfoque psicosocial? ¿Cuál sería el resultado de este ejercicio si cambiáramos la orientación?
  9. Para finalizar se les orientará a esta reflexión ¿Qué pasa cuando vemos al otro desde los recursos y no desde la pérdida o la necesidad? ¿Qué pasa si me relaciono con la persona y no solo con la víctima?

**Actividad 3:** Establecer puntos de encuentro y diferencias en el acompañamiento que han ofrecido a las VCA.

**Participantes:** Personal asistencial y administrativo de las EAPB, IPS, ESE.

**Objetivo:** Generar las bases conceptuales necesarias para la apertura a la inclusión del enfoque psicosocial en los puntos de atención.

**Tiempo aproximado:** 4 horas

**Materiales:** hojas blancas lapiceros, videos.

**Desarrollo:** el taller definido para la segunda visita de asistencia técnica, en los municipios se reunirá al personal asistencial y administrativo de la ESE, EAPB e IPS, en donde se abordará:

1. Buscando obtener la mejor disposición de los asistentes, se dará apertura con un pequeño cuento, para hablar sobre la importancia de escuchar las ideas nuevas con el entusiasmo y la disposición que lo hacen los más chicos.

### **Un señor maduro con una oreja verde**

**Por: Gianni Rodari**

Un día, en el expreso Soria-Monteverde,  
vi subir a un hombre con una oreja verde.

Ya joven no era, sino maduro parecía,  
salvo la oreja, que verde seguía.

Me cambié de sitio para estar a su lado  
y observar el fenómeno bien mirado.

Le dije: Señor, usted tiene ya cierta edad;  
dígame, esa oreja verde, ¿le es de alguna utilidad?  
Me contestó amablemente: Yo ya soy persona vieja,  
pues de joven sólo tengo esta oreja.  
Es una oreja de niño que me sirve para oír  
cosas que los adultos nunca se paran a sentir:  
oigo lo que los árboles dicen, lo que los pájaros cantan,  
las piedras, los ríos y las nubes que pasan.  
Así habló el señor de la oreja verde  
aquel día, en el expreso Soria-Monteverde

2. Después de este espacio de adecuación para el taller, se iniciará con un pre-test que tiene como finalidad identificar cuál es el nivel de apropiación de los temas abordados en los anteriores encuentros. El objetivo recapitular las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas.
3. Posterior a este momento, se invitará a los asistentes a formar un círculo en el auditorio, y se dará la siguiente orientación: cada uno recibirá en su frente un papelito, el cual no podrá ver, ni sus compañeros le dirán lo que dice, simplemente mirará qué dice el de sus compañeros. En esos papelitos se han escrito palabras como, sacerdote, niño, alcalde, prostituta, portador de VIH, violador, ladrón, policía, asesino, entre otros. Luego de que cada uno tenga su papelito pegado, empezará a mover a sus compañeros hacia un grupo que encontrarán previamente prestablecidos en la pared (Iglesia, Hospital, Escuela, Parque, Alcaldía). Finalmente empezará un espacio de reflexión a partir de lo que cree tener en la

frente, y la experiencia de no saber por qué sus compañeros asumían posiciones diferentes ante cada uno.

4. Con esta actividad se hará la apertura a bases conceptuales acerca del enfoque psicosocial, para lo cual iniciarán pensando en las dificultades que se les ha presentado en la atención que realizan a la población víctima, cuáles son esos requerimientos que ellos hacen y cuáles son las respuestas que reciben. Esto lo plasmarán en una cartelera, las cuales se pegarán en las paredes del auditorio.
5. Luego en grupos, trabajarán sobre diferentes casos de personas víctimas que se presentarán por medio de videos, en los que se cuentan diferentes historias, diferentes problemáticas, diferentes espacios; con lo que ellos deberán empezar a construir cómo sería una atención con enfoque psicosocial.
6. Con esto terminado, se indagará acerca de experiencias territoriales exitosas, con otras poblaciones, que permitan conocer como ha sido el proceso de implementación de un enfoque diferencial.
7. Para finalizar realizarán un post-test que pretende identificar el nivel de apropiación del concepto de enfoque psicosocial.

**Actividad 4:** Formación al talento humano con competencias en atención con enfoque psicosocial.

**Participantes:** Personal asistencial y administrativo de las EAPB, IPS, ESE

**Objetivo:** Brindar las herramientas necesarias para realizar atenciones, generar proyectos y programas con enfoque psicosocial, con el fin de promover la calidad de la atención a las VCA

**Tiempo aproximado:** 4 horas

**Materiales:** hojas, lapiceros, carteleras, marcadores.

**Desarrollo:** en una tercera visita a los municipios, se convocará a todo el personal asistencial y administrativo de las EAPB, IPS, ESE, con el propósito de generar espacios de proposiciones en relación a las acciones con enfoque psicosocial, para ello los temas que se abordarán estarán orientados en:

1. En esta sesión se trabajará en pequeños grupos, quienes para iniciar recibirán la siguiente indicación: cada uno deberá ser parte de una historia en la que se cuente el caso de una persona, familia o comunidad que ha sido víctima del conflicto armado, la cual está demandando intervenciones en salud debido a dos hechos particulares, homicidio y amenaza. Parte de los integrantes deberán representar al sistema de salud, dando respuesta adecuada a sus solicitudes. ¿Cómo debería ser esa atención? ¿Cómo se debe planear ese tipo de intervenciones? ¿Cuál es la diferencia entre las intervenciones a nivel individual y colectivo? Para dar respuesta deberán aplicar herramientas que incorporen el enfoque psicosocial en los procesos de atención
2. Terminado este ejercicio, cada grupo representará por medio de un rol play su propio caso, y expondrá las preguntas en un conversatorio guiado con las preguntas anteriormente expuestas.
3. Luego en parejas una se pondrá enfrente de la otra y seguirán las siguientes instrucciones, tiempo máximo para cada actividad 3 minutos:
  - Una de ellas se pondrá de rodillas mientras quien permanece de pie le contará alguna historia de su niñez. Luego quien esta arrodillada contará su propia historia.
  - Las dos personas de pie, una de ellas mostrándole el dedo índice a la pareja, hará diferentes movimientos por el espacio, (por ejemplo subir el dedo, bajarlo al suelo,

caminar por el salón). La persona de enfrente con la mirada fija en el dedo deberá hacer todos los movimientos que se le indiquen.

- Mirándose a los ojos ambas personas contarán simultáneamente como fue la historia de su primer amor.
- Una de las personas contará algo difícil que le haya ocurrido en la semana. La otra hará todo lo posible para ignorarla

**4. Preguntas orientadoras:**

- ¿Cómo se sintieron?
- ¿Qué tienen que ver estos ejercicios con la dignidad?
- ¿Cómo lo relacionan con lo que viven las víctimas del conflicto armado?

**5.** Con sus respuestas se generará un espacio de reflexión entre los participantes, orientándolos a mirar a través de la condición de la persona víctima.

**6.** Para pasar al siguiente ejercicio los participantes saldrán del salón para poder ubicar en sus paredes, imágenes de personas en diferentes ciclos de vida, etnias, género y orientación sexual. Con su ingreso al salón cada participante con un marcador escribirá en una sola palabra, qué sensación o sentimiento le genera cada imagen.

**7.** Con estos comentarios se generará un espacio para incluir herramientas para la atención con enfoque psicosocial como apoyo emocional, intervención en crisis y escucha activa.

**8.** Finalmente se hará una construcción en grupo, que evidencia los compromisos de los asistentes para la inclusión del enfoque.



**Actividad 5:** Elaboración de un plan de seguimiento al interior de los territorios.

**Objetivo:** identificar las falencias de acuerdo a las necesidades de los territorios y plantear un cronograma de formación.

**Desarrollo:** para el desarrollo de este encuentro, los actores representantes del sistema de salud presentes en los municipios, deberán haber tenido un encuentro previo con los líderes de las organizaciones de víctimas, representantes de la mesa municipal de víctimas y enlace municipal de víctimas, con el que habrán identificado cuales son las necesidades que demandan en temas de salud, y cuáles de ellas se cubren con la oferta institucional, y en cuales requieren reforzar acciones.

1. Con este panorama se les brindará una orientación en la proyección de un plan de prioridades que contenga acciones, responsables y plazo.
2. Con este documento se buscará garantizar la continuidad de los procesos establecidos en el municipio.
3. En este mismo espacio también se establecerá una propuesta para hacer inducción en el caso de que ingrese personal nuevo a las instituciones.

## REFERENCIAS

Castro, X. Erazo, C. (2017) Las víctimas o las nuevas subjetividades políticas: pesquisa sobre la identidad de víctima en Bojayá (Chocó), Colombia. Artículo en proceso de publicación. Universidad Icesi.

Congreso de Colombia. (2011). Decreto 4800 de 2011, “Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones”. Bogotá, Colombia. Ministerio del Interior.

Congreso de Colombia. (2011). Ley de víctimas y restitución de tierras y sus decretos reglamentarios. Bogotá: Imprenta nacional de Colombia.

Congreso de Colombia (2015). Ley Estatutaria de salud. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Imprenta nacional de Colombia.

Defensoría del Pueblo (2016). Recuperado de <http://www.defensoria.gov.co/es/nube/highlight/5353/A-cinco-a%20los-de-la-Ley-1448-de-2011-v%20ctimas-expresan-reparos-en-su-implementaci%20n-V%20ctimas-Ley-de-V%20ctimas-La-Defensor%20Da-La-Defensor%20Da.htm>

Desviat, M. (2015) El cómo y el dónde de la rehabilitación psicosocial. UNED-Vitoria.

Desviat M. Filosofía de la Rehabilitación. <http://www.atopos.es/index.php/biblioteca/otros-biblioteca/129-filosofia-de-la-rehabilitacion-psicosocial-manuel-desviat>

Gatti, G. y Martínez, M. (2017) El ciudadano-víctima. Notas para iniciar un debate. *Revista Estudios Sociales*

González, L.; Moncayo, J. y Moreno, M; Díaz, A. y Arboleda, J.; Hernández, E. y Condiza, W.; Aguilera, A.; Obando, O.; Betancourt, J. y Martínez, D.; Lozano, M.; Arias, G.; Hernández, O.; Jurado, C.; Ocampo, M. y Ferguson, M.; Moreno, N. y Bohórquez, O. Rosero, L.; Rosero, V. y Mora, F.; Cortes, G.; Moncayo, J. (2015). Psicología social crítica e intervención psicosocial - Reflexiones y experiencias de investigación. Universidad Sanbuenaventura.

Jaramillo, J. (2006). Reubicación y restablecimiento en la ciudad. Estudio de caso con población de desplazamiento. Universitarias Humanísticas.

Javaloy, F.; Rodríguez, A.; Espelt, E. (2001). Comportamiento colectivo y movimientos sociales. Universidad de Barcelona.

Ministerio de salud y Protección Social - Instituto de evaluación tecnológica en salud (2017) Protocolo De Atención Integral En Salud Con Enfoque Psicosocial Programa De Atención Psicosocial Y Salud Integral A Víctimas Del Conflicto Armado –PAPSIVI Bogotá D.C.

Ministerio de salud y Protección Social - oficina promoción social. (2017). Anexo técnico Estrategia De Atención Psicosocial A Víctimas Del Conflicto Armado - Programa De Atención Psicosocial Y Salud Integral- PAPSIVI.

Ministerio de salud y Protección Social - oficina promoción social. (2017). Marco Conceptual Estrategia De Atención Psicosocial A Víctimas Del Conflicto Armado - Programa De Atención Psicosocial Y Salud Integral- PAPSIVI.

Ministerio del interior 2011. Decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011.

Ministerio de salud y protección Social - Oficina promoción social (2016). Política integral de atención en salud.

Moreno, M. Díaz, M. (2015) Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia.

Moreno, M y Moncayo, J. 2013. Abordaje psicosocial. Consideraciones conceptuales y alternativas de análisis en el escenario de atención a víctimas del conflicto armado.

Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, OCHA (2017). Boletín Humanitario Mensual.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2014). Análisis de conflictividades y construcción de Paz del Programa de las Naciones Unidad para el Desarrollo.

Rebolledo, O., Rondón, L. (2010). Reflexiones y aproximaciones al trabajo psicosocial con víctimas individuales y colectivas en el marco del proceso de reparación. Estudios Sociales.

Rodríguez, A. (2010) El enfoque ético de la acción sin daño. Oficina de Cooperación Suiza en Colombia / Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (GTZ), PIUPC. Universidad Nacional de Colombia: Bogotá.

Sánchez, G (Coord.) (2013). Capítulo 4: Los impactos y los daños causados por el conflicto Armado en Colombia. En: ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Informe general Grupo de Memoria Histórica. Centro Nacional de Memoria Histórica.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas-UARIV, Organización Internacional para las Migraciones-OIM, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID. (2014). Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas. Bogotá DC.

## ANEXOS

### **INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA MEDIDA DE REHABILITACIÓN POR LAS VICIMAS DEL CONFLICTO ARMADO. MUESTRA DE VICTIMAS ATENDIDAS POR EL PAPSIVI COMO MEDIDA DE REHABILITACIÓN**

*CATEGORÍA: conflicto armado*

*Subcategoría: percepción de las VCA*

1. ¿Cuáles considera usted que son las necesidades de una persona que ha sido víctima del conflicto armado?
2. ¿Cree que todas las personas que han sido víctimas del conflicto armado tienen afectaciones en su salud mental?

*CATEGORÍA: medida de rehabilitación*

*Subcategoría: papel de la institucionalidad*

1. ¿Qué tanto cree usted que se ha avanzado en la reparación de las víctimas del conflicto armado?
2. ¿Considera usted que la atención psicosocial como medida de rehabilitación, está siendo prestada con las garantías de no provocar acción con daño?
3. ¿Considera que el sistema de salud refleja las necesidades en salud que usted tiene?  
Describa aspectos a resaltar.
4. ¿Considera que existe comunicación entre las instituciones creadas para garantizarle atención?

5. ¿Considera que las instituciones del estado y en especial las de salud están preparadas para brindar atención de forma adecuada y respetuosa a las víctimas?
6. ¿En razón a su rol como víctima del conflicto armado considera que ha recibido un trato digno y respetuoso de su vivencia traumática y sin discriminación?
7. ¿Considera importante que las instituciones humanicen su proceso de atención y le permitan la libre expresión de su vivencia?

*CATEGORÍA: PAPSIVI – COMPONENTE DE ATENCION PSICOSOCIAL*

*Subcategoría: experiencia de la atención psicosocial en el marco del PAPSIVI*

1. Usted fue atendida en la modalidad individual, con Atención Terapéutica, ¿considera que las sesiones brindadas por la profesional lograron la exploración y comprensión del hecho traumático?
2. ¿Cree usted que la orientación y tiempo utilizado en las sesiones brindadas por el equipo psicosocial, lograron disminuir la afectación generada a partir del hecho traumático?

*CATEGORÍA: PAPSIVI – COMPONENTE DE SALUD INTEGRAL*

1. *Subcategoría: Experiencia del encuentro con la autoridad en salud y las estructuras de atención.* Qué opinión le genera la manera o la forma en que las instituciones en salud atienden a las personas víctimas del conflicto armado, cuando llegan en busca del servicio?
2. ¿Considera que los profesionales, el personal de apoyo administrativo y personal técnico del área de la salud está preparado para atender a las personas víctimas del conflicto armado?
3. ¿Considera que su situación de salud física y mental tiene alguna relación con el hecho traumático que vivió?

4. ¿Considera importante que los servicios de salud le permitan expresar en el marco de los procesos de atención sus emociones y percepciones frente al hecho traumático que vivió?

*CATEGORÍA: retos*

*Subcategoría: propuestas de mejora o mantenimiento del PAPSIVI*

1. ¿Qué impresión tiene usted del Programa de atención Psicosocial y salud integral a las Víctimas PAPSIVI?
2. ¿Considera que los componentes de Atención Psicosocial y Salud Integral cubren las verdaderas necesidades de las personas víctimas del conflicto armado en lo que respecta a salud?
3. ¿Cómo considera que debería ser una atención en salud digna respetuosa y de calidad para las personas víctimas del conflicto armado?



**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA MEDIDA DE  
REHABILITACIÓN POR LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE  
ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS.**

**MUESTRA DE INSTITUCIONES DEL SNARIV (URT – SEC MUJER – UARIV –  
DEFENSORÍA – ICBF)**

*CATEGORÍA: conflicto armado*

*Subcategoría: percepción de las VCA*

1. ¿Cuáles considera que son las necesidades de una persona que ha sido víctima del conflicto armado?
2. ¿Cree que todas las personas que han sido víctimas del conflicto armado tienen necesidades en salud física y mental?

*CATEGORÍA: medida de rehabilitación*

*Subcategoría: papel de la institucionalidad*

1. ¿Qué tanto cree usted que se ha avanzado en la reparación de las víctimas del conflicto armado?
2. ¿Considera usted que la atención psicosocial como medida de rehabilitación, está siendo prestada con las garantías de no provocar acción con daño?

*CATEGORÍA: PAPSIVI - COMPONENTE DE SALUD INTEGRAL*

*Subcategoría: percepción de la atención psicosocial en el marco del PAPSIVI*

1. Según su experiencia de contacto, ¿cree que el número de sesiones brindadas por el profesional de PAPSIVI logran la exploración y comprensión del hecho traumático, por parte de la víctima atendida?

2. ¿Cree usted que el PAPSIVI cumple con su función de rehabilitar psicosocialmente a las víctimas del conflicto armado?
3. ¿Considera que los componentes de Atención Psicosocial y Salud Integral cubren las verdaderas necesidades de las personas víctimas del conflicto armado?
4. Considera que el enfoque psicosocial debería estar inmerso en todos los procesos de atención a las VCA.

*CATEGORÍA: retos*

*Subcategoría: propuestas de mejora o mantenimiento del PAPSIVI*

1. ¿Dentro del quehacer institucional, se brinda a las víctimas del conflicto armado atención con enfoque psicosocial?
2. ¿Qué acciones considera que son necesarias en el componente de salud integral, a las víctimas del conflicto armado?
3. ¿A nivel institucional se establecen proceso de interacción con el sector salud? Describa la experiencia.
4. Que acciones considera pertinentes a tener en cuenta para los procesos de atención en salud para las víctimas del conflicto armado.

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA MEDIDA DE  
REHABILITACIÓN POR LOS PROFESIONALES.**

**MUESTRA DE PROFESIONALES PSICOSOCIALES DE VIGENCIAS ANTERIORES  
EN EL PAPSIVI**

*CATEGORÍA: conflicto armado*

*Subcategoría: percepción de las VCA*

1. ¿Cuáles considera usted que son las necesidades de una persona que ha sido víctima del conflicto armado?
2. ¿Cree que todas las personas que han sido víctimas del conflicto armado, tienen necesidades en salud mental y física?

*CATEGORÍA: medida de rehabilitación*

*Subcategoría: papel de la institucionalidad*

1. ¿Qué tanto cree usted que se ha avanzado en la reparación de las víctimas del conflicto armado?
2. ¿Considera usted que la atención psicosocial como medida de rehabilitación, está siendo prestada con las garantías de no provocar acción con daño?

*CATEGORÍA: PAPSIVI - COMPONENTE DE SALUD INTEGRAL*

*Subcategoría: experiencia en la implementación de orientaciones metodológicas en la modalidad individual, con atención terapéutica.*

1. ¿Considera usted que las sesiones brindadas a la víctima, lograron la exploración y comprensión del hecho traumático?

2. ¿Cree usted que la orientación y tiempo utilizado en las sesiones ofrecidas, lograron generar acciones que disminuyeron los efectos adversos provocados por la situación de guerra vivido?
3. ¿Considera que la atención realizada con las personas VCA aportó a la mitigación del daño emocional?

*CATEGORÍA: retos*

*Subcategoría: propuestas de mejora o mantenimiento del PAPSIVI*

1. ¿Qué impresión tiene usted del Programa de atención Psicosocial y salud integral a las Víctimas PAPSIVI?
2. ¿Considera que los componentes de Atención Psicosocial y Salud Integral cubren las verdaderas necesidades de las personas víctimas del conflicto armado en lo referente a salud?
3. Considera pertinente la reorientación del proceso de atención a las víctimas en las instituciones de salud hacia el enfoque psicosocial?