

PROCUREMOS
la paz



**PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION**

Balance Ley 1448 de 2011

Recomendaciones para
garantizar los derechos
de las víctimas del
conflicto armado

Componente de Rehabilitación

Proyecto

«Promover la satisfacción de los derechos de las víctimas a la verdad, justicia, reparación y no repetición a través del fortalecimiento de las capacidades de la PGN para promover y garantizar la participación de las víctimas ante el Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición»

Componente Enfoque de Rehabilitación

La rehabilitación: el deber de reparar el sufrimiento de las víctimas

Realizado con el apoyo de:

Fondo Multidonante de las Naciones Unidas para la Paz
Organización Internacional para las Migraciones

Los planteamientos expresados en este documento no reflejan la posición del Fondo Multidonante ni de OIM Colombia.

República de Colombia

Procuraduría General de la Nación

Balance Ley 1448 de 2011 – Ley de Víctimas

Fernando Carrillo Flórez

Procurador General de la Nación

Adriana Herrera Beltrán

Viceprocuradora General

Elena Ambrosi Turbay

Procuradora Delegada para el Seguimiento al Acuerdo de Paz.

Equipo Procuraduría

Elena Ambrosi Turbay

Wilson Alfonso Penilla Medina

Claudia Santamaría Vecino

Equipo Consultor

Mariana Saénz Uribe

Paula Gaviria Betancur

Sandra Moreno Hernández

TABLA DE CONTENIDO

ACRÓNIMOS	7
INTRODUCCIÓN	10
Metodología para la construcción del balance de la medida de rehabilitación ¿Cómo lo hicimos?	12
El derecho internacional de los derechos humanos en materia de rehabilitación.	16
Antecedentes y evolución de la medida de rehabilitación en el marco normativo colombiano.	19
<i>Primeros desarrollos: el derecho a la salud de la población víctima del conflicto armado.</i>	20
<i>La Ley de Justicia y Paz y el derecho a la rehabilitación de las víctimas</i>	21
<i>Disposiciones en materia de rehabilitación en el “Decreto 1290 de 2008”.</i>	25
La rehabilitación como componente de la reparación integral en el marco de la “Ley 1448 de 2011”	28
Desarrollos constitucionales frente a la atención en salud integral y la rehabilitación a las víctimas del conflicto armado en Colombia.	32
<i>Desarrollos diferenciales en materia de salud integral y rehabilitación en relación con el género.</i>	34
La rehabilitación en el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera: Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la no Repetición.	37
<i>La política de salud mental en Colombia.</i>	53
CAPÍTULO 2. NECESIDADES Y BRECHAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MEDIDA DE REHABILITACIÓN	56
Cobertura de las medidas de rehabilitación (física y psicosocial).	58
Débil garantía del enfoque de género en los procesos de rehabilitación	76
¡Yo no estoy loco, eso para qué! Difusión y estigmatización de la medida de rehabilitación	82
Reparación Integral: Complementariedad de la medida de rehabilitación con las demás medidas de reparación y construcción del sentido de reparación integral para las víctimas.	86
Articulación entre los programas para la rehabilitación psicosocial y el sector salud para la rehabilitación física y mental.	93

Procesos de atención continuos, estables, de mayor duración y accesibles en todo momento	109
<i>'Llegamos tarde'</i> Atención oportuna y pertinente a los daños generados por el conflicto armado a través de la medida de rehabilitación.	118
Talento humano suficiente, sensible y especializado en rehabilitación a víctimas del conflicto armado.	125
Evaluaciones externas de los programas y medidas de rehabilitación	130
Ampliación de la financiación para la implementación de los programas de rehabilitación	134
Fortalecimiento de la medida de rehabilitación con enfoque reparador, psicosocial, y diferencial a las víctimas de la fuerza pública.	138
CAPÍTULO 3. RECOMENDACIONES FRENTE A LA MEDIDA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL	144
Cobertura de las medidas de rehabilitación	149
Difusión de la medida de rehabilitación	162
Reparación Integral: Complementariedad de la medida de rehabilitación con las demás medidas de reparación y construcción del sentido de reparación integral para las víctimas.	167
La rehabilitación integral: Un compromiso y un deber del Estado en su conjunto	173
Articulación entre los programas para la rehabilitación psicosocial y el sector salud para la rehabilitación física y mental	179
Procesos de atención continuos, estables, de mayor duración y accesibles en todo momento	186
Talento humano suficiente, sensible y especializado en rehabilitación a víctimas del conflicto armado	192
Evaluaciones externas de los programas y medidas de rehabilitación	197
Fortalecimiento de la medida de rehabilitación con enfoque reparador, psicosocial, y diferencial a las víctimas de la fuerza pública.	200

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Acciones de articulación de mecanismos del SIVJRNR. Elaboración propia a partir del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición	43
Tabla 2. Estrategias para la implementación de medidas de Rehabilitación a nivel individual. Elaboración propia a partir del borrador Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición.	44
Tabla 3. Estrategias para la implementación de medidas de Rehabilitación a nivel individual. Elaboración propia a partir del borrador Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición.	49
Tabla 4. NNAJ víctimas del conflicto armado atendido por el ICBF en el marco de los programas de restablecimiento de Derechos. Elaboración propia a partir de datos reportados en los informes de gestión del ICBF publicados entre 2015 y 2019.	64
Tabla 5. Síntesis del derecho a la rehabilitación integral por vía administrativa para efectos de la formulación y medición de los IGED. Fuente: Corte Constitucional de Colombia, Auto 331 de 2019, p. 154.	93
Tabla 6. Presupuesto total comprometido para la medida de rehabilitación dentro de la Ley 1448 de 2011 (2012-2020). Elaboración propia a partir de los datos del Séptimo Informe de la CSMLV (2020).	135
Tabla 7. Brechas y recomendaciones en relación con la cobertura de la medida de rehabilitación dentro de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance	158
Tabla 8. Brechas y recomendaciones en relación con la difusión de la medida de rehabilitación dentro de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance.	165
Tabla 9. Brechas y recomendaciones en relación con la complementariedad de la medida de rehabilitación con las demás medidas de reparación y la construcción del sentido de reparación integral para las víctimas en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance.	170
Tabla 10. Brechas y recomendaciones en relación con la rehabilitación integral en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance.	176
Tabla 11. Brechas y recomendaciones en relación con la articulación entre los programas para la rehabilitación psicosocial y la rehabilitación física y mental en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance.	181

Tabla 12. Brechas y recomendaciones en relación con la atención psicosocial y rehabilitación para las personas que participan en el SIVJRN. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance. 185

Tabla 13. Brechas y recomendaciones en relación con la continuidad, duración, y permanencia de la medida de rehabilitación en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance. 188

Tabla 14. Brechas y recomendaciones en relación con la atención oportuna y pertinente a los daños a través de la medida de rehabilitación contemplada en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance. 191

Tabla 15. Brechas y recomendaciones en relación con el talento humano para la implementación de la medida de rehabilitación contemplada en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance. 195

Tabla 16. Brechas y recomendaciones en relación con la evaluación de los programas y medidas de rehabilitación contempladas en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance. 198

Tabla 17. Brechas y recomendaciones en relación con la rehabilitación como medida de reparación de las víctimas de la fuerza pública contemplada en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de Salida construida para el Balance. 202

ACRÓNIMOS

ACPC: Alta Consejería Presidencial para el Posconflicto
ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
AEI: Artefactos Explosivos Improvisados
AFP: Acuerdo Final de Paz
AFROMUPAZ: Asociación de Mujeres Afro por la Paz
AICMA: Acción Integral Contra Minas Antipersonal
AIV: Asistencia Integral a las Víctimas
ANMUCIC: Asociación Nacional de Mujeres Campesinas, Negras e Indígenas de Colombia
ARN: Agencia para la Reincorporación y la Normalización
CEDAW: Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEV: Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición
CGR: Contraloría General de la República
CNMH: Centro Nacional de Memoria Histórica
CNRR: Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación
CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social
CRAV: Centros Regionales de Atención a Víctimas
CSMLV: Comisión de Seguimiento y Monitoreo a la Ley de Víctimas
CTJT: Comités Territoriales de Justicia Transicional
DIME: Dignidad y Memoria para Adolescentes y Jóvenes
DNP: Departamento Nacional de Planeación
DPS: Departamento Administrativo para la Prosperidad Social
DTS: Direcciones Territoriales de Salud
EAPB: Entidades Administradoras del Plan de Beneficios
ECI: Estado de Cosas Inconstitucional
EREARI: Estrategia de Recuperación Emocional y Acompañamiento para la Reparación Integral.
ERE-G: Estrategia de Recuperación Emocional a Nivel Grupal
EREG-A: Estrategia de Recuperación Emocional a Nivel Grupal con Adultos
ESE: Empresas Sociales del Estado
EPS: Empresas Prestadoras de Servicios en Salud
ET/EETT: Entidades Territoriales
FEST: Programa Familias en su Tierra
FFPP: Fuerza Pública
FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantías
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IGED: Indicadores de Goce Efectivo de Derechos
INS: Instituto Nacional de Salud

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ISEP: Proyecto de Inclusión Social con Enfoque Psicosocial
JEP: Jurisdicción Especial para la Paz
Ley de Víctimas: Ley 1448 de 2011
MAARIV: Modelo de Asistencia, Atención y Reparación Integral a las Víctimas
MAP: Minas Antipersonal
MHCP: Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MPS: Ministerio de Protección Social
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
MUSE: Municiones Sin Explotar
MUNE: Municipión sin explotar
NNA: Niños, niñas y adolescentes
NNAJ: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes
OACP: Oficina del Alto Comisionado para la Paz
OIM: Organización Internacional para las Migraciones
ONG: Organización No Gubernamental
ONS: Observatorio Nacional de Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OSIGD: Orientaciones Sexuales e Identidades de Género Diversas
PAARI: Plan de Asistencia, Atención y Reparación Integral
PAIS: Política de Atención Integral en Salud
PAISEPV: Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado
PAPSIVI: Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado
PAT: Plan de Acción Territorial
PATR: Plan de Acción para la Transformación Regional
PDET: Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial
PGN: Procuraduría General de la Nación
PIUPC: Programa de Iniciativas para la Paz y la Convivencia
PMI: Plan Marco de Implementación
PGN: Presupuesto General de la Nación
PND: Plan Nacional de Desarrollo
PNMCS: Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud
PNRCNR: Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y No Repetición.
PNSM: Política Nacional de Salud Mental
PNSR: Plan Nacional de Salud Rural
PRAIS: Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos
RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud
RNI: Red Nacional de Información
RUV: Registro Único de Víctimas
SENA: Servicio Nacional de Aprendizaje



PROCUREMOS
la paz

Balance Ley 1448 de 2011

SIIF: Sistema Integrado de Información Financiera

SIIPO: Sistema Integrado de Información para el Posconflicto

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SIVJNR: Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición

SNARIV: Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas

SPAE: Subdirección de Prevención y Atención de Emergencias

SPI: Sistema de Seguimiento de Proyectos de Inversión

SSO: Servicio Social Obligatorio

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

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

UPC: Unidad de Pago por Capitación

VBG: Violencia Basada en Género

ZVTN: Zonas Veredales Transitorias de Normalización

INTRODUCCIÓN

La Procuraduría General de la Nación, a través de la Delegada para el Seguimiento al Acuerdo de Paz, ha desarrollado el proyecto “Promover la satisfacción de los derechos de las víctimas a la verdad, justicia, reparación y no repetición a través del fortalecimiento de las capacidades de la PGN para promover y garantizar la participación de las víctimas ante el Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición” con el apoyo Fondo Multidonante de las Naciones Unidas para el Sostenimiento de la Paz y la Organización Internacional para las Migraciones.

En el marco de este proyecto, se han priorizado varios componentes de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras que revisten especial importancia y sobre los cuales ha decidido realizar un balance encaminado a identificar los principales avances, barreras, cuellos de botella y brechas que han limitado el goce efectivo y la satisfacción de los derechos de las víctimas; y proponer recomendaciones que en el marco de la prórroga de la Ley de Víctimas, le permitan al Estado Colombiano garantizar la verdad, justicia, reparación y no repetición.

Los componentes sobre los que se centró este balance son: 1) Articulación interinstitucional, 2) Mediciones, 3) Reparación colectiva, 4) Enfoques diferenciales y de género, 5) Vivienda, 6) Retornos y Reubicaciones, y 7) la Rehabilitación como medida de reparación integral. Los diferentes componentes de este balance se interrelacionan, y en ese sentido, a lo largo de este documento se encontrarán referencias a los demás, con el fin de que se pueda profundizar la información en cada uno.

El análisis también incorpora las obligaciones y disposiciones que se han establecido en el marco del Acuerdo de Paz y el Sistema Integral de Verdad, Justicia y Reparación integral en particular frente a la medida de rehabilitación.

En este componente del Balance se aborda el progreso en la implementación de la medida de rehabilitación a la que tienen derecho las personas víctimas del conflicto armado en Colombia, de acuerdo a lo establecido en el marco de la reparación integral por parte de la Ley 1448 de 2011.

En el contexto de dicha Ley, la rehabilitación como medida de reparación ha sido definida como “el conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas en los términos de la presente ley” (Ley 1448 de 2011, Artículo 135).

En contextos de conflicto armado y graves violaciones a los derechos humanos, e infracciones al Derecho Internacional Humanitario, la medida de rehabilitación pretende

reconocer y reparar el daño causado a las víctimas y a la sociedad en su conjunto en las dimensiones psicológica¹, social, cultural y de salud integral.

Este conflicto en Colombia se ha caracterizado por ser prolongado; así como por tener un carácter masivo (en su afectación a múltiples grupos poblacionales) y generalizado (sus efectos se extienden al conjunto de la sociedad) lo que ha provocado unos impactos específicos y diferenciales en la población colombiana (comunidades étnicas, colectivos sociales y políticos, grupos generacionales, mujeres, población con OSIGD), algunos de ellos sufriendo el daño de una manera desproporcionada, por los lugares de discriminación, marginalidad y exclusión histórica a los que se han enfrentado, aun fuera del conflicto armado.

Adicionalmente, se ha caracterizado por una degradación progresiva de los métodos y medios de guerra, siendo la población civil la que ha asumido la mayor parte de los costos de la guerra al ser objeto de múltiples violaciones a los DDHH e infracciones al DIH que se desarrollan con tal crueldad y sevicia que se configuran como actos de horror y barbarie que menoscaban la dignidad humana en sus más profundas dimensiones.

Esta situación ha causado profundos daños psicosociales, que han destruido los referentes básicos de confianza, seguridad y esperanza; y que en muchos casos han transgredido los límites de la razón, llevando a que las personas experimenten situaciones que ni siquiera son descriptibles a través de las palabras. Generando con todo esto, daños profundos a la identidad y la dignidad de cada ser y comunidad que ha sido tocada por la guerra.

En este sentido, y de acuerdo con lo establecido en la Ley 1448 de 2011, ha sido necesario construir programas y estrategias de rehabilitación que permitan a las personas mitigar y recuperarse, en alguna medida, de las profundas afectaciones físicas, psicológicas, psicosociales, sabiendo que hay dimensiones del daño que son irreparables.

Este documento presenta los aspectos relacionados con la rehabilitación en el marco de la reparación individual, lo referido a la rehabilitación colectiva está integrado en el componente de Reparación Colectiva del Balance.

En el capítulo uno, se abordan los principales antecedentes en materia de atención en salud y atención psicosocial y el marco normativo de la medida de rehabilitación en el contexto de la Ley 1448 de 2011, así como los principales elementos que ha señalado la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Constitucional respecto de la rehabilitación. Este capítulo también se presentan los elementos del documento borrador del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición, como un instrumento que permitirá materializar los compromisos de rehabilitación

¹ La dimensión psicológica abarca aspectos emocionales, relacionales, cognitivos, actitudinales, relativos a las creencias y prejuicios; así como comportamentales.

establecidos en el Acuerdo Final de Paz y fortalecer el enfoque comunitario y de construcción de paz en el desarrollo de la medida de rehabilitación. Así mismo, se presentan elementos de la política de salud mental que guardan relación directa y son complementarios con los procesos de rehabilitación psicosocial y atención a víctimas.

En el capítulo dos, se exponen las necesidades de las víctimas, refiriéndose puntualmente a las brechas identificadas en términos de cobertura, enfoque de género, difusión, integralidad, articulación, oportunidad, talento humano y financiación.

En el capítulo tres, se presentan las principales recomendaciones. Cada una de ellas va dirigida a uno o varios actores específicos y vislumbra los principales elementos a tener en cuenta. Las recomendaciones se organizaron de acuerdo a las brechas identificadas, y se presentan de manera específica y puntual con el fin de favorecer el seguimiento a las mismas.

Metodología para la construcción del balance de la medida de rehabilitación ¿Cómo lo hicimos?

En la metodología establecida en el marco del balance, se construyó una matriz de consistencia a través de la cual se definieron las dimensiones, categorías y variables sobre las que se centró el análisis de cada componente (anexo 1).

La matriz de consistencia estableció dos dimensiones de observación, la primera centrada en las brechas: “El análisis de brechas es una herramienta para comparar el estado y desempeño de la política pública de atención y reparación integral a víctimas durante su implementación (2011 -2019) respecto a las necesidades sentidas de las víctimas y los estándares existentes a nivel nacional e internacional para los procesos de reparación integral a víctimas.” (Moreno, 2020) y la segunda: las recomendaciones que se basan en una matriz salida que incorpora el análisis de Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas DOFA y de factores críticos de éxito para articular las acciones y los actores clave que pueden contribuir a superar o resolver las brechas.

Las preguntas centrales que orientaron el balance fueron: ¿Cuáles son los factores críticos de éxito a los que se enfrenta la medida de rehabilitación en términos del modelo de coordinación y articulación? ¿Cuáles son las fortalezas y oportunidades reconocidas por los diferentes actores? ¿Cuáles son las recomendaciones que hacen los diferentes actores frente a la medida de rehabilitación de cara a la ampliación de la vigencia de la Ley e implementación del Acuerdo de Paz? ¿Cuáles son los factores críticos de éxito a los que se enfrenta la medida de rehabilitación en términos de su implementación en el nivel territorial?

La ruta de trabajo estuvo marcada por varios momentos, el primero, de revisión documental. En el que se analizaron 192 textos (Anexo 2), que permitieron obtener información sobre cuatro aspectos de relevancia para desarrollar este componente del balance:

i) Normatividad: Se revisaron 59 documentos entre los que se incluyen leyes, decretos, resoluciones; así como sentencias y autos de órganos judiciales. Estas fuentes permitieron dar cuenta de lo que se ha establecido frente al deber ser del derecho a la rehabilitación por parte de las víctimas, en el ámbito jurídico tanto nacional como internacional.

ii) Necesidades de las víctimas: De los 192 documentos analizados, 128 permitieron identificar necesidades planteadas por la población víctima en materia de rehabilitación. Dentro de estos, se encuentran artículos académicos, artículos producidos por organizaciones de la sociedad civil, documentos técnicos de las instituciones que implementan la medida de rehabilitación, informes institucionales de gestión que dan cuenta del desarrollo de la política pública de atención, asistencia y reparación a las víctimas, e informes de los órganos de control que hacen seguimiento al cumplimiento de los derechos de la población víctima.

iii) Análisis de brechas: Para este tema se revisó y sistematizó la información contenida en 68 documentos, que permitieron dar cuenta de las discrepancias existentes entre la ejecución de la política pública y lo establecido en el deber ser normativo. Igual que en la identificación de necesidades de las víctimas, en el análisis de brechas se incorporaron artículos académicos y/o producidos por organizaciones de la sociedad civil, documentos técnicos institucionales, informes de gestión y desarrollo de la política pública, e informes de los órganos de control.

iv) Recomendaciones: Finalmente, dentro de la revisión se trabajó con 86 documentos que permitieron identificar recomendaciones que diferentes actores han venido formulando sobre la implementación y desarrollo de la medida de rehabilitación con las víctimas del conflicto. Se consideraron artículos producidos por la academia y la sociedad civil, informes de política pública, e informes de órganos de control.

Un segundo momento de diálogo e interlocución recogió distintas voces y visiones sobre lo que ha sido la medida de rehabilitación en Colombia, con víctimas y sus organizaciones, profesionales expertos/as en rehabilitación a víctimas del conflicto armado, representantes de organizaciones de la sociedad civil que tienen una trayectoria importante en la atención psicosocial y en salud mental a las víctimas, miembros de instituciones que han hecho implementación de las estrategias estatales para la rehabilitación a las víctimas en el país (testigos privilegiados), y representantes de instituciones del SNARIV,

principalmente MSPS y UARIV y el SIVJRNRR que tienen relación con la medida de rehabilitación. (Anexo 3).

La recolección de la información con las fuentes primarias se desarrolló a través de entrevistas semiestructuradas, grupos focales y para el componente de rehabilitación colectiva a través de estudios de caso². Para cada uno de los espacios de recolección de información se diseñaron unos instrumentos formulados de acuerdo a la matriz de consistencia y a las categorías propuestas para todo el Balance.

El tercer momento fue de análisis de la información, realizado a partir de un instrumento denominado “matriz de salida” que permitió organizar la información recogida en términos de necesidades de las víctimas, brechas, tipos de brechas, debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas (DOFA), factores críticos de éxito, actores involucrados y recomendaciones, logrando dar orden y estructura al análisis de cada componente.

Un cuarto momento, fue de comprensión, elaboración y escritura de los documentos que hacen parte de este Balance. Es importante resaltar que estos momentos no fueron lineales sino más bien circulares y complementarios, en un ir y venir entre la lectura de informes, entrevistas, recolección de información, análisis y escritura permanente.

Finalmente, de este proceso se desprenden las recomendaciones de tipo operativas y otras de tipo normativo que serán presentadas para su análisis, en el marco de la prórroga y posible reforma a la Ley 1448 en el escenario legislativo.

² Esto se desarrolla en el componente de reparación colectiva de este balance.

CAPÍTULO 1. LA MEDIDA DE REHABILITACIÓN A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA.

“La rehabilitación es una forma de reparación que tiene por objeto proporcionar a las víctimas servicios de salud física y mental, así como otros servicios jurídicos y sociales. Tiene la capacidad de reparar el daño físico y mental causado a las víctimas o el daño a la comunidad, así como permitir a las víctimas reconstruir sus vidas, encontrar nuevas oportunidades, hacer valer sus derechos a la justicia y la verdad, y contribuir a la no repetición. Si el derecho a la reparación ofrece a las víctimas oportunidades de transformación, la rehabilitación es una de las medidas con mayor probabilidad de hacerlas realidad.” (Salvioli, F. 2019)³

La rehabilitación a las víctimas de conflictos armados y graves violaciones a derechos humanos ha sido reconocida como un componente fundamental en el marco de las medidas y programas de reparación integral diseñados por los Estados para promover y garantizar los derechos de las víctimas; tanto en escenarios de conflicto, como en escenarios de posconflicto en los que se avanza en procesos de justicia transicional.

Este capítulo presenta un recorrido por la normatividad internacional y colombiana en el que se reconoce el derecho a la rehabilitación de las víctimas de conflictos armados y violaciones a los DDHH. En el contexto internacional se presentan de manera concreta los aportes desde el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y los aportes jurisprudenciales incorporados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en relación con el derecho a la salud integral y a la rehabilitación de las víctimas de graves violaciones a los DDHH.

Por su parte, en el campo de la normatividad nacional se presentan los instrumentos que han consagrado derechos diferenciales para las víctimas del conflicto armado; esto en reconocimiento del deber del Estado de reparar el daño causado a las personas y a la sociedad tras la ruptura del sistema de garantía de derechos ocasionada en el contexto del conflicto armado. Dentro de esta parte del recorrido, se incorporan inclusive aquellas normas que protegen el derecho a la salud integral, por la estrecha relación que este guarda con el derecho a la rehabilitación.

Tener como punto de partida para este componente del Balance las herramientas proporcionadas por el derecho internacional y los parámetros establecidos en la legislación interna, permite reconocer los avances, las brechas y las posibilidades que existen en este

³ Fabián Salvioli. Relator Especial de la ONU sobre la promoción de la verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición

momento para la garantía efectiva del derecho a la rehabilitación por parte de las víctimas del conflicto armado en Colombia.

El derecho internacional de los derechos humanos en materia de rehabilitación.

A continuación se presenta un análisis de la comprensión y alcance de la medida de rehabilitación, como elemento fundamental en el proceso de reparación y su evolución en los mecanismos internacionales de protección de DDHH que velan por la garantía de los derechos de las víctimas del conflicto armado. Siendo el primer marco de referencia, se retoma la Declaración Universal de los Derechos Humanos, como un hito que divide la historia al establecer por primera vez los derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero. Si bien en este compendio no se habla de rehabilitación, en el Artículo 25 se plantea como derecho un adecuado nivel de vida para la salud de las personas y sus familias, incluyendo el acceso a tratamientos médicos y a los servicios sociales necesarios (Naciones Unidas, 1948). Sin embargo, este documento es un referente para la definición de los demás mecanismos que a continuación se relacionan en materia de rehabilitación.

Es importante precisar que la palabra rehabilitación se utiliza por primera vez en la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes; en ella se insta a los Estados que hacen parte a velar por “que su legislación garantice a la víctima de un acto de tortura la reparación y el derecho a una indemnización justa y adecuada, incluidos los medios para su rehabilitación lo más completa posible” (Naciones Unidas, 1984, Artículo 14). Cabe aclarar que para este momento la comprensión en materia de rehabilitación no es precisa, pero marca el inicio de la evolución del concepto.

En esta misma línea, la Secretaría General de las Naciones Unidas en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos recalca “la importancia de que se preste atención especial y se den soluciones duraderas a las personas desplazadas, incluyendo el regreso voluntario en condiciones de seguridad y la rehabilitación” (Naciones Unidas, 1993). De igual forma, hace un llamado de urgencia a los gobiernos para examinar la situación de salud mental y mejorar los mecanismos de protección de los niños y niñas en los conflictos armados, en especial en lo relativo a la atención ulterior y la rehabilitación. Además, señala que se deben garantizar recursos eficaces en rehabilitación física, psicológica y social para las víctimas de tortura (Naciones Unidas, 1993).

En el 2005, la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante Resolución 60/147, establece los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del DIH, a interponer recursos y obtener reparaciones” (Resolución 60/147, 2005). Con respecto a los principios relacionados con la reparación de los daños sufridos, señala que la reparación de las víctimas debe ser adecuada, efectiva y rápida, así como proporcional a la gravedad de las violaciones y el daño sufrido; y en especial en

materia de rehabilitación se deberá incluir la atención médica y psicológica, así como los servicios jurídicos y sociales (Resolución 60/147, 2005).

En particular, en la Convención Internacional para la Protección de todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas, el Artículo 24, aporta elementos para comprender a profundidad la rehabilitación y su relación con el derecho a la reparación “Los Estados Partes velarán por que su sistema legal garantice a la víctima de una desaparición forzada el derecho a la reparación y a una indemnización rápida, justa y adecuada e incluye que el derecho a la reparación comprende todos los daños morales” (Resolución 61/177, 2006).

Solo hasta el 2012, el Comité considera que el término "reparación" debe abarcar un sentido amplio que incluye “la restitución, la indemnización, la rehabilitación, la satisfacción y las garantías de no repetición” (Comité Contra la tortura, 2012), con lo cual se refiere a todas las medidas necesarias que deben cumplir los Estados Parte, para la reparación integral de las víctimas del conflicto armado.

En particular el Comité de Naciones Unidas contra la Tortura, señala que la rehabilitación para las víctimas de tortura debe ser lo “más completa y ha de ser integral e incluir atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales” (Comité contra la tortura, 2012), en el entendido que "la rehabilitación más completa posible" se refiere a la necesidad de revertir y reparar los daños sufridos por la víctima, que tal vez nunca recupere plenamente su situación anterior, incluidas su dignidad, salud y autonomía, como consecuencia de los efectos permanentes que deja la tortura” (Comité contra la tortura, 2012). Sin embargo, se deben hacer todas las acciones y esfuerzos centrados en el restablecimiento de todo lo incluido en la medida de rehabilitación que propenda por la independencia física, mental, social y profesional, y la inclusión y participación plena en la sociedad (Comité Contra la Tortura, 2012)

Además, la Corte determina que los servicios y programas de reparación deben ser eficaces teniendo en cuenta la cultura, la personalidad, la historia y los antecedentes de las víctimas, y que estos servicios deben estar al alcance de todas ellas sin discriminación alguna, y con prescindencia de su identidad o condición jurídica y social como miembro de un grupo marginado o vulnerable (Comité contra la Tortura, 2012).

Otros instrumentos importantes objeto de análisis, son las sentencias emitidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Se realizó una revisión documental de las sentencias dictadas por este ente contra el Estado colombiano: Caso 19 comerciantes (2004), Caso Wilson Gutiérrez Soler (2005), Caso de la Masacre de Mapiripán (2005), Caso de la Masacre de Pueblo Bello (2006), Caso de las Masacres de Ituango (2006), Caso de la Masacre de la Rochela (2007), Caso Germán Escué Zapata (2007), Caso Jesús María Valle Jaramillo (2008), Caso Manuel Cepeda (2010), caso de la Masacre de Santo Domingo (2012), Caso Operación Génesis (2013), caso Masacre del Cacarica (2013), Caso

Rodríguez Vera y Otros (Desaparecidos del Palacio de Justicia) (2014), y Caso Yarce y otros (2016).

Entre los análisis de fondo que se incluyen en las sentencias enunciadas se exponen los daños sufridos por las víctimas, en particular en el caso de los 19 comerciantes señalan que “como consecuencia directa de la desaparición de los 19 comerciantes, sus familiares han padecido un profundo sufrimiento y angustia en detrimento de su integridad psíquica y moral, causados por todas las circunstancias posteriores a la referida desaparición” (CIDH, 2004).

En esta misma línea, el análisis de fondo sobre la masacre de Pueblo Bello expone que “los familiares de las víctimas de violaciones de los derechos humanos pueden ser, a su vez, víctimas” (CIDH, 2006. Serie C No. 140), además, el tribunal considera que ha sido “violado el derecho a la integridad psíquica y moral de los familiares de las víctimas con motivo del sufrimiento propio que estos han padecido como producto de las circunstancias particulares de las violaciones perpetradas contra sus seres queridos y a causa de las posteriores actuaciones u omisiones de las autoridades estatales frente a los hechos” (CIDH, 2006. Serie C No. 140). Es de precisar que ambas sentencias reconocen el detrimento a la integridad psíquica y moral ante las graves violaciones perpetradas en el marco del conflicto armado.

En otras sentencias como la del caso Ituango, los análisis de fondo incorporan nuevas comprensiones en torno al daño, señalando que “las víctimas ejecutadas en La Granja y el Aro sufrieron un fuerte impacto psicológico y han padecido un profundo dolor y angustia como consecuencia directa de las ejecuciones de sus familiares, así como de las circunstancias propias de las masacres” (CIDH, 2006. Serie C No. 148).

En este mismo sentido, la sentencia sobre la masacre de la Rochela señala “que los tres sobrevivientes durante la masacre y después de esta, enfrentaron una situación adicional de intenso sufrimiento psicológico, así como lesiones físicas, al haber presenciado el sufrimiento y la muerte de sus compañeros, sintiendo la posibilidad de morir también en esos minutos y hasta teniendo que aparentar estar muertos para lograr sobrevivir” (CIDH, 2007. Serie C No. 163). Siendo así, en esta línea se incorporan la comprensión de daños tanto a nivel físico, como psicológico, y se reconoce el sufrimiento ante los hechos vividos.

En el marco de lo expuesto, la Corte exige al Estado colombiano como medida para la reparación de las víctimas, brindar gratuitamente, a través de sus instituciones de salud especializadas, el tratamiento médico y psicológico requerido por los familiares de las víctimas (CIDH, 2004. Serie C No. 109) En particular en el caso Gutiérrez Soler, se establece que el Estado debe brindar gratuitamente, a través de las instituciones de salud que el propio Estado designe, tratamiento psicológico y psiquiátrico adecuado (CIDH, 2005. Serie C No. 132).

Por último, es de resaltar que para la sentencia Caso Escué Zapata la Corte solicita al Estado “proveer, sin cargo alguno, el tratamiento especializado de carácter médico, psiquiátrico y psicológico” (CIDH, 2007, Serie C No. 165). Las medidas de atención señaladas, para su momento, representaron un avance en el reconocimiento de los daños y sobre la necesidad de atención a nivel de la salud física, psicológica y psiquiátrica por parte de las instituciones de salud del Estado. De igual forma, hacen especial énfasis en la reparación en términos de indemnización de daños materiales e inmateriales ocasionados con ocasión del conflicto.

Cabe anotar que la Corte Interamericana en el caso de la masacre de Santo Domingo vs. Colombia, estableció que “considera necesario ordenar medidas de rehabilitación, por tanto, el Estado debe brindar gratuitamente, a través de sus instituciones de salud especializadas, y de forma adecuada y efectiva, la atención y el tratamiento médico, psicológico o psicosocial a las víctimas y los familiares que así lo soliciten” (CIDH, 2012. Serie C. No. 259). Además, el Estado debe garantizar que el tratamiento psicológico o psicosocial responda a las circunstancias y necesidades particulares de cada víctima, de manera que se les brinden tratamientos colectivos, familiares e individuales” (CIDH, 2012. Serie C. No. 259) según lo que se acuerde de manera conjunta.

Sumado a lo anterior, la Corte precisa que en estos procesos de reparación de las víctimas “no puede confundirse la prestación de los servicios sociales que el Estado brinda a los individuos con las reparaciones a las que tienen derecho las víctimas de violaciones de derechos humanos, en razón del daño específico generado por la violación” (CIDH, 2012. Serie C. No 259) Lo anteriormente expuesto, se ha convertido en referente en materia de rehabilitación de cara a los procesos que se adelantan en nuestro país.

En conclusión, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en sus pronunciamientos contra el Estado colombiano, ha ordenado medidas de rehabilitación (atención médica, psicosocial, psicológica y psiquiátrica) como parte de la reparación integral a las víctimas, que debían cumplir los siguientes criterios: “i) prioridad; ii) preferencia; iii) integralidad; iv) gratuidad; v) previo consentimiento informado; vi) a través de instituciones especializadas; vii) con provisión de los medicamentos que se requieran y; viii) por el tiempo que sea necesario”; así como la atención prioritaria de casos urgentes.

Antecedentes y evolución de la medida de rehabilitación en el marco normativo colombiano.

La medida de rehabilitación a las víctimas del conflicto armado se ha incorporado recientemente al marco jurídico colombiano como se presentará dentro de este apartado. Se ha procurado construir un recorrido normativo en el que puedan reconocerse los

elementos centrales y los desarrollos que ha tenido esta media en un ejercicio claramente progresivo de la garantía de los derechos de las víctimas en el país.

Primeros desarrollos: el derecho a la salud de la población víctima del conflicto armado.

En Colombia, se empieza a reconocer la importancia de la atención en salud a las víctimas del conflicto armado, específicamente a la población en situación de desplazamiento, a partir del año 1997 con la Ley 387. Esta ley adopta “medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia”. Además, se reconoce la importancia de la atención psicológica y médica en el marco de la ayuda humanitaria señalando que “una vez se produzca el desplazamiento, el Gobierno Nacional iniciará las acciones inmediatas tendientes a garantizar la atención humanitaria de emergencia con la finalidad de socorrer, asistir y proteger a la población desplazada y atender sus necesidades de alimentación, aseo personal, manejo de abastecimientos, utensilios de cocina, atención médica y psicológica, transporte de emergencia y alojamiento transitorio en condiciones dignas”. (Ley 387, 1997, Artículo 15)

Adicionalmente, esta ley le asigna responsabilidades específicas al Sistema General de Salud y Seguridad Social (SGSSS) para la atención a la población en situación de desplazamiento mediante la generación de “mecanismos expeditos para que la población afectada por el desplazamiento acceda a los servicios de asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993.” (Ley 387, 1997, Artículo 19); al mismo tiempo que reconoce la importancia de la atención social en salud como aporte a los procesos de estabilización socioeconómica. (Ley 387, 1997, Artículo 17)

En ese mismo año se expide la Ley 418 de 1997, “por la cual se consagran unos instrumentos para la búsqueda de la convivencia, la eficacia de la justicia y se dictan otras disposiciones”. Esta ley, en el título I “Instrumentos para la búsqueda de la convivencia”, capítulo 2 “Asistencia en materia de salud” y a través del Artículo 19, establece que: “las instituciones hospitalarias, públicas o privadas del territorio nacional, que prestan servicios de salud, tienen la obligación de atender de manera inmediata a las víctimas de los atentados terroristas que lo requieran, con independencia de la capacidad socio-económica de los demandantes de estos servicios y sin exigir condición previa para su admisión”. Esta disposición amplía la atención en salud a: “población civil que sufre perjuicios en su vida, grave deterioro en su integridad personal y/o bienes, por razón de actos que se susciten en el marco del conflicto armado interno, tales como atentados terroristas, combates, ataques y masacres entre otros” (Ley 418, 1997, Artículo 15), con lo cual incluye un nuevo universo de personas víctimas que empiezan a ser reconocidas y atendidas en salud.

Adicionalmente, esta ley avanza en definir que los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria consistirán en: “1. Hospitalización. 2. Material médico quirúrgico, de osteosíntesis y órtesis, conforme con los criterios técnicos que fije el Ministerio de Salud. 3. Medicamentos. 4. Honorarios médicos. 5. Servicios de apoyo tales como bancos de sangre, laboratorios, imágenes diagnósticas. 6. Transporte. 7. Servicios de rehabilitación física, por el tiempo y conforme a los criterios técnicos que fije el Ministerio de Salud. 8. Servicios de rehabilitación mental en los casos en que como consecuencia del atentado terrorista la persona quede gravemente discapacitada para desarrollar una vida normal de acuerdo con su situación, y por el tiempo y conforme con los criterios técnicos que fije el Ministerio de Salud.” (Ley 418, 1997, Artículo 20). Hasta este momento, se reconoce la afectación a la salud física y mental derivada de la vivencia de hechos de violencia en el contexto del conflicto armado y se establece la prestación de servicios de atención para la recuperación médica y funcional de las afectaciones.

En materia del seguimiento a la normatividad anteriormente expuesta, en el año 2004, la Corte Constitucional se pronuncia frente al incumplimiento reiterado en la garantía de los derechos de la población víctima de desplazamiento forzado, consagrados en la Ley 387 de 1997; esto lo hace a través de la sentencia T-025 de 2004, en la que declara el Estado de Cosas Inconstitucionales ordenando a “las autoridades nacionales y territoriales encargadas de atender a la población desplazada ajustar sus actuaciones de tal manera que se logre la concordancia entre los compromisos adquiridos para cumplir los mandatos constitucionales y legales y los recursos asignados para asegurar el goce efectivo de los derechos de los desplazados.” (Corte Constitucional, 2004, p.3)

En conclusión, estas leyes dictaron disposiciones para la atención en salud a esta población enfocadas en las medidas de asistencia a través de los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios sin incorporar aún el enfoque psicosocial. Adicionalmente, estas normas y la jurisprudencia están basadas en el principio de solidaridad, sin reconocerse la responsabilidad ni el deber de reparar del Estado; sino partiendo de que este actúa de manera solidaria debido a la crisis humanitaria generada por el desplazamiento forzado, siendo esta hasta el momento, la única expresión del conflicto armado en Colombia que contaba con un reconocimiento normativo de los derechos de las víctimas.

La Ley de Justicia y Paz y el derecho a la rehabilitación de las víctimas

En el año 2005 se expide la Ley 975 o también llamada “Ley de Justicia y Paz”, la cual dicta disposiciones para la reincorporación de miembros de grupos armados organizados al margen de la ley, que contribuyan de manera efectiva a la consecución de la paz nacional. Esta norma reconoce la reparación a las víctimas como un derecho: “la reparación de las víctimas es un derecho que comprende las acciones que propendan por la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción; y las garantías de no repetición de las conductas” (Ley 975, 2005, Artículo 8). Además, se basa en un enfoque reparatorio, el cual señala que todas las acciones desarrolladas en el marco de la reparación “deben

propender por regresar a la víctima a la situación anterior a la comisión del delito”. (Ley 975, 2005, Artículo 8)

Dentro de las medidas de reparación que contempla la “Ley de Justicia y Paz”, se incluye la rehabilitación de las víctimas del conflicto armado, estableciendo que esta “consiste en realizar las acciones tendientes a la recuperación de las víctimas que sufren traumas físicos y psicológicos como consecuencia del delito” (Ley 975, 2005, Artículo 8); dichas acciones deberán “incluir la atención médica y psicológica para las víctimas o sus parientes en primer grado de consanguinidad de conformidad con el presupuesto del Fondo para la Reparación de las Víctimas. Los servicios sociales brindados por el gobierno a las víctimas, de conformidad con las normas y leyes vigentes, hacen parte de la reparación y de la rehabilitación”. (Ley 975, 2005, Artículo 47)

Si bien esta definición de rehabilitación trasciende la idea de la asistencia en salud y contempla i) el carácter reparador de las acciones al hablar de “restitución” y “recuperación”, y ii) el daño sufrido en el entorno inmediato de la víctima; también presenta limitaciones importantes pues no precisa estándares o criterios para la realización de los tratamientos que menciona, de tal manera que se garantice que la recuperación se dé de manera efectiva y reparadora.

Adicionalmente, en esta normatividad la reparación a las víctimas se estableció fundamentalmente en el ámbito judicial; es decir, que solo hasta que se conociera al responsable del hecho y se pronunciara una sentencia condenatoria era posible establecer las medidas de reparación a los daños causados por el victimario (PIUPC, 2012). En este escenario de limitaciones la reparación quedaba supeditada a los criterios y tiempos de los procesos judiciales, lo cual terminaba por agravar las afectaciones de las víctimas.

Por otra parte, la Ley 975 especifica que la posibilidad de recibir atención médica y psicológica como parte de la rehabilitación queda sujeta al presupuesto del Fondo para la Reparación de las Víctimas y de manera subsidiaria indica que: “los servicios sociales brindados por el gobierno a las víctimas, de conformidad con las normas y leyes vigentes, hacen parte de la reparación y de la rehabilitación.” Inclusive en el año 2006 la Corte Constitucional revisó la constitucionalidad de la Ley 975 de 2005 y mediante Sentencia C-370 de 2006 indicó que “existe un deber de solidaridad del Estado colombiano que lo obliga a complementar la reparación que realicen los actores armados que se hubieren desmovilizado y que se encontrasen dentro del marco de la Ley de Justicia y Paz”. (Gobierno de Colombia, 2020, p.127)

Este modelo para financiar la atención médica y psicológica a las víctimas en el marco de la Ley de Justicia y Paz dejó ver dos limitantes: i) supedita la realización de los tratamientos a la disponibilidad de recursos que los desmovilizados han aportado al Fondo, lo cual deja el acceso al derecho de las víctimas a voluntad y posibilidad de quienes han ocasionado el daño, y ii) cuando el Estado actúa en subsidiariedad no lo hace con acciones

específicas para garantizar la reparación, sino con la oferta social dirigida al conjunto de la población víctima, que en su momento correspondían a medidas de atención en salud contempladas en la normatividad vigente - Leyes 387 y 418 de 1997- las cuales como se ha mencionado, tenían un carácter asistencial.

En atención a estas limitaciones la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (CNRR) “propuso al gobierno el diseño de un programa de reparación por vía administrativa (...), a través del cual las víctimas pudieran ser reparadas de manera ágil sin necesidad del reconocimiento del victimario” (PIUPC, 2012, p. 28), es así como en el año 2008 se expide el Decreto 1290 que crea el *Programa de Reparación Individual por vía Administrativa para las Víctimas de los Grupos Armados Organizados al Margen de la Ley*, sobre el cual se tratará más adelante.

En el ejercicio de examinar las sentencias proferidas bajo la Ley de Justicia y Paz, se identificaron 13⁴ sentencias proferidas entre el 2010 y el 2015 en las que se dictaban medidas de rehabilitación y en las cuales se observan dos tendencias: la primera, las medidas de rehabilitación contemplaban un espectro amplio de acciones, es decir, trascendían el ámbito de la salud de las víctimas:

“La rehabilitación debe entenderse en el siguiente contexto, si el ser humano comprende al menos tres dimensiones: (i) la física, (ii) la mental o psicológica, y (iii) la psicosocial y estas se ven afectadas por hechos violatorios a los derechos humanos, entonces dentro de las medidas de rehabilitación se debe propender por la atención médica y psicológica o psiquiátrica y de servicios sociales, jurídicos y de cualquier otra índole, que le permitan a la víctima restablecer su integridad física, mental y psicosocial (Sentencia Justicia y Paz 810099 Hébert Veloza García, alias “HH”, p. 474, párrafo 1248)

En esta primera tendencia, las órdenes relativas a las medidas de rehabilitación a favor de las víctimas se emitieron a partir de las pretensiones que ellas mismas tenían en esta materia. Esto abrió un escenario para que estas disposiciones fueran amplias y diversas; y para que, además de medidas en materia de asistencia psicológica, médica y

⁴ Sentencia Justicia y Paz 39957 - Edison Giraldo Paniagua, alias “El Pitufito”; Sentencia Justicia y Paz 80585 - José Barnery Veloza, alias “El Flaco”; Sentencia Justicia y Paz 810099 Hébert Veloza García, alias “HH”; Sentencia Justicia y Paz 80012-02. Rodrigo Pérez Alzate alias “Julián Bolívar”; Sentencia Justicia y Paz 83194 y 83070. Bloque Vencedores de Arauca; Sentencia Justicia y Paz Orlando Villa Zapata alias “La Mona”; Sentencia Justicia y Paz 83612 Orlando Villa Zapata y otros; Sentencia Justicia y Paz 81366.: Edgar Ignacio Fierro Flores alias ‘Don Antonio’; Sentencia Justicia y Paz 80014. Juan Francisco Prada Márquez, Alias “Juancho Prada”; Sentencia Justicia y Paz 83201. Luis Carlos Pestana Coronado Alias “El Cachaco” Sentencia Justicia y Paz 80786. Gian Carlo Gutiérrez Suárez alias “El Tuerto”; Sentencia Justicia y Paz 80077. Edward Cobos Téllez y Uber Enrique Banquéz M. (Sentencia Mampuján); Sentencia Justicia y Paz 80281. Jorge Iván Laverde Zapata, alias “El Iguano”.

psicosocial, los tribunales contemplaran el desarrollo de acciones por parte del Estado Colombiano frente al acceso gratuito a educación, priorización en el acceso a los planes y subsidios de vivienda rural y urbana, asesoría jurídico legal y administrativa para la titulación de predios, y restablecimiento de la capacidad educativa y laboral.

Por otra parte, en la segunda tendencia se evidencia que los tribunales tuvieron posturas más focalizadas frente a las medidas de rehabilitación acuñando la idea de que “La rehabilitación, (...) se refiere al cuidado y asistencia profesional que las víctimas requieren para restablecer su integridad legal, física y moral después de la violación cometida en su contra” (Sentencia Justicia y Paz 83194 y 83070. Bloque Vencedores de Arauca, párrafo 349); aclarando que algunas de las medidas solicitadas por las víctimas, por su naturaleza, no se correspondían con las medidas de rehabilitación, por lo que serían abordadas fuera de este componente. De allí se desprende el hecho de que las medidas de rehabilitación de este segundo grupo de sentencias están circunscritas al plano de la asistencia psicológica, psicosocial, médica (individual) y al apoyo psicoterapéutico.

En este segundo grupo de sentencias se observa que las órdenes van dirigidas a activar los mecanismos creados para la rehabilitación a las víctimas en el marco de la Ley 1448 de 2011 (de las sentencias analizadas, 11 se profirieron con posterioridad a la expedición de la Ley de víctimas); exaltando la necesidad de que los diagnósticos y tratamientos de carácter médico y psicológico necesarios para la recuperación, fuesen brindados por personal especializado en atención a víctimas de violaciones a derechos humanos y del conflicto armado.

En este escenario, las responsabilidades frente al cumplimiento de las órdenes de las sentencias de Justicia y Paz recaen mayoritariamente sobre el MSPS y la UARIV; sin embargo también se exhorta a las entidades del orden nacional, departamental y municipal, que administran o participan dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, a prestar los servicios médicos necesarios para atender las secuelas físicas y psiquiátricas de las víctimas, especificando una amplia gama de servicios tales como prótesis, cirugías reconstructivas, tratamientos farmacológicos, entre otros que inclusive no estuvieran cubiertos por el régimen subsidiado en salud al que se encuentran afiliadas las víctimas reconocidas dentro del fallo.

Esta postura más acotada de las medidas de rehabilitación en algunos fallos fue cuestionada por el Instituto Latinoamericano para una Sociedad y un Derecho Alternativos -ILSA, que en su informe “El derecho a la reparación integral en justicia y paz. El caso Mampuján, las Brisas, Veredas de San Cayetano” señala que las medidas de rehabilitación limitadas a escenarios médicos y psicológicos desestiman que la complejidad de rehabilitación comprende otras posibilidades:

“Cabe destacar que la sentencia se quedó corta con esa única medida. Interpretó la rehabilitación en su sentido estricto, es decir que se limitó a

ordenar una atención médica o psicológica, cuando la rehabilitación comprende muchas otras posibilidades. La Sala habría podido implementar más medidas, como por ejemplo, el otorgamiento de becas o el establecimiento de programas de asistencia a favor de las comunidades de los corregimientos de Mampuján y San Cayetano, sin embargo no se consideró otro tipo de órdenes. Ahora bien, 14 años después de los hechos que generaron la victimización, y transcurridos dos años de haber sido proferida la sentencia, el programa de recuperación de víctimas no ha sido implementado. Lo que da cuenta de un serio problema de materialización de la sentencia, en un aspecto, determinante para el inicio de la superación de los hechos y la reparación de los afectados.” (ILSA, 2014, p. 11)

En las sentencias de Justicia y Paz se reconoció la necesidad de que las víctimas fueran valoradas en sus necesidades de rehabilitación, sustentándose en la idea de que las graves violaciones a los derechos humanos generan daños que se hacen más difíciles de reparar con el devenir del tiempo, es así como varias de las sentencias contaron con peritajes psicológicos o psicosociales que argumentaban la valoración del daño.

Así pues, en los casos en los que algunas víctimas no solicitaron medidas de rehabilitación, se dictaron disposiciones para que todas aquellas personas que acreditaron su calidad de víctimas dentro del proceso y que no contaban con una valoración fuesen examinadas por las entidades competentes dentro del SGSSS, bajo las directrices del MSPS, para establecer si como consecuencia de los hechos habían sufrido algún tipo de afectación psicológica, física y social, de tal forma que pudiesen recibir los tratamientos adecuados y efectivos a través de instituciones especializadas, para mitigar el sufrimiento y prevenir daños.

Disposiciones en materia de rehabilitación en el “Decreto 1290 de 2008”.

Como se ha mencionado, en desarrollo del marco normativo de la Ley de Justicia y Paz, se emite el Decreto 1290 de 2008; el cual, amparándose en el principio de solidaridad y la obligación residual que tiene el Estado frente a las víctimas (PIUPC, 2012), buscaba ser una alternativa para mitigar las limitaciones a la reparación que se presentaban en el marco de los procesos judiciales, sin que esto agotara las posibilidades de reparación por la vía judicial. Es así como se creó el *Programa de Reparación Individual por vía Administrativa para las Víctimas de los Grupos Armados Organizados al Margen de la ley*.

El Decreto incorporó las cinco medidas para la reparación integral; pero dentro de este solo se reguló la medida de indemnización, las demás quedaron sujetas a la elaboración y expedición de un documento CONPES. Sobre las medidas de rehabilitación, el Decreto 1290 de 2008 estableció que el Estado a través de este Programa, prestará, a las víctimas que lo requieran, asistencia para la recuperación de traumas físicos y

psicológicos sufridos como consecuencia de las victimizaciones que se contemplan en el mismo (Artículo 7).

En retrospectiva se evidencia que a través del Decreto 1290 de 2008 el Gobierno Nacional logró avanzar en brindar medidas de indemnización a las víctimas que hasta ese momento eran reconocidas, pero no logró avanzar de la misma manera ni en la articulación, ni en la integralidad con las demás medidas de reparación establecidas, en particular, con la medida de rehabilitación.

El Programa de Iniciativas para la Paz y la Convivencia (2012) señala que el programa para la reparación administrativa creado por el Decreto 1290 de 2008 “se trató de una medida indemnizatoria que no implementó los procesos de rehabilitación estipulados tanto en el Decreto como en los estándares internacionales” (p. 66), generando dilaciones a la posibilidad de que las víctimas accedieran a medidas de rehabilitación y generando nuevos escenarios de revictimización para la población, entre los que se destacan:

“-El proceso en sí mismo resultaba agobiante y desgastante para las víctimas. No se diseñaron escenarios institucionales que las eximieran de trámites largos (...)

- La indemnización no estuvo precedida de un reconocimiento político y social de las víctimas. Esto es, de una declaratoria explícita y pública que reconociera la responsabilidad estatal y de los victimarios frente a su situación. Como se planteó anteriormente, el Estado se situó como un ente solidario, pero no asumió su responsabilidad por lo ocurrido, ni garantizó los mecanismos judiciales para que los victimarios contribuyeran al esclarecimiento de los hechos (...)

- El inicio del proceso se dio con el diligenciamiento de un formulario, que muchas víctimas no sabían cómo llenar. Algunas de ellas suministraron datos errados o realizaron procesos equivocados y esto llevó a que sus solicitudes fueran rechazadas. (...) En la mayoría de los casos las víctimas fueron señaladas como mentirosas o avivatas. (...)

- El tiempo transcurrido entre la presentación del formulario y la entrega efectiva de la reparación, llegó a tardar muchos meses. Durante este tiempo las víctimas no recibieron ningún tipo de acompañamiento, ni informativo, ni emocional. (...)

- La entrega de la indemnización, (...) no estuvo acompañada de actos simbólicos⁵, pues se limitó a la entrega de un cheque. (...)” (PIUPC, 2012, p. 69)

Adicionalmente, la entrega de compensaciones económicas, sin incluir el enfoque psicosocial y sin garantizar la articulación entre diversas medidas de reparación, llevó a que las víctimas asociaran la reparación con la indemnización y que se construyera una manera de nombrar la indemnización asociada al pago por los hechos victimizantes sufridos. En palabras de las víctimas: “a mí ya me pagaron a un hijo, falta que me paguen los otros”. Esta construcción social del significado de la reparación y, en particular, de la indemnización ha sido muy nociva y aún hoy, sigue estando presente en las formas de nombrar y expresarse frente a la reparación, como se evidencia más adelante en este análisis.

En el año 2009, en su ejercicio de control preventivo la Procuraduría General de la Nación - PGN realizó una valoración de los programas oficiales de atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado interno en Colombia. Esta evaluación se hizo sobre: i) la atención psicosocial a las víctimas del delito de desplazamiento forzado, ii) la asistencia psicosocial a las víctimas en el marco de la Ley 418 de 1997, y iii) la asistencia psicosocial a las víctimas en el marco del programa de reparación individual por vía administrativa creado por el Decreto 1290 de 2008.

Para esta valoración se tuvieron en cuenta dos aspectos centrales: el primero, los elementos generales de la política pública de atención a las víctimas; y el segundo, los elementos mínimos de contenido y temáticas especiales de los programas de atención psicosocial. Frente al primero, se concluyó en relación con los programas evaluados que había una cobertura material insuficiente; descoordinación entre las instituciones involucradas; inexistencia de metas de corto, mediano y largo plazo; presupuesto insuficiente; medidas y programas insostenibles; y falta de adopción e implementación de indicadores de resultado (Procuraduría General de la Nación, 2009); llama la atención que en la actualidad muchos de estos elementos siguen vigentes en la identificación de brechas frente al derecho a la rehabilitación, como se presentará en el capítulo dos.

Frente al segundo aspecto la Procuraduría señaló que los elementos mínimos que debe considerar un programa de atención psicosocial a víctimas del conflicto son: crear un ambiente de seguridad para las víctimas; diseñar e implementar mecanismos de divulgación periódica de información sobre la oferta institucional; prevenir la revictimización y evitar la victimización secundaria; no estigmatizar ni patologizar; disponer de personal especializado; concientizar acerca de la importancia de hablar sobre los hechos traumáticos y la disposición de escucha hacia las víctimas; generar confianza en las víctimas; diseñar procedimientos adecuados de trabajo con las víctimas; potenciar los recursos existentes; estimular el apoyo mutuo y la autoayuda; adaptar la intervención al sujeto o población

⁵ Salvo en ocasiones excepcionales

beneficiaria; ofrecer estrategias de atención psicosocial específicas para situaciones especiales de mayor de impacto (violencia sexual, exhumaciones e identificación de cadáveres); ofrecer apoyo independientemente de cualquier procedimiento judicial; e incorporar enfoques diferenciales: género, etnia, edad, discapacidad, contexto rural y urbano. (Procuraduría General de la Nación, 2009), muchos de estos elementos siguen sin incorporarse contundentemente y son recomendaciones que se reiteran en el tercer capítulo de este componente del Balance.

Hasta este momento las experiencias examinadas de reparación por vía administrativa y judicial constituyen un punto de referencia en tanto plantean una serie de desafíos y retos a ser resueltos en escenarios de reparación administrativa, como los que abrió la Ley 1448 de 2011, especialmente si se tiene en cuenta su duración limitada y el número de víctimas a reparar.

La rehabilitación como componente de la reparación integral en el marco de la “Ley 1448 de 2011”

En el año 2011 se expide la Ley 1448 que tiene por objeto “establecer un conjunto de medidas judiciales, administrativas, sociales y económicas, individuales y colectivas, en beneficio de las víctimas de las violaciones contempladas en el Artículo 3º de la presente ley, dentro de un marco de justicia transicional, que posibiliten hacer efectivo el goce de sus derechos a la verdad, la justicia y la reparación con garantía de no repetición, de modo que se reconozca su condición de víctimas y se dignifique a través de la materialización de sus derechos constitucionales.” (Ley 1448, 2011, Artículo 1)

En el Artículo 9, que define el carácter de las medidas transicionales, se establece que: “Las medidas de atención, asistencia y reparación adoptadas por el Estado, tendrán la finalidad de contribuir a que las víctimas *sobrelleven su sufrimiento* y, en la medida de lo posible, al restablecimiento de los derechos que les han sido vulnerados” (Ley 1448, 2011, Artículo 9). En relación con lo anterior, la jurisprudencia ha señalado que la restitución plena exige “el **restablecimiento** de la víctima a la situación anterior al hecho de la violación, incluyendo la restitución de las tierras usurpadas o despojadas”. (Ley 1448, 2011, Artículo 9.)

Aquí es importante resaltar la inclusión que la Ley hace de la **noción de sufrimiento** en el carácter de las medidas, ya que evidencia que el reconocimiento de los derechos de las víctimas a la verdad, justicia y reparación contribuye a mitigar el sufrimiento derivado de la violencia, saca el sufrimiento del ámbito de la salud mental y de la vivencia privada de las víctimas para ubicarlo en el ámbito de las relaciones sociales y políticas que establecemos, y reconoce que lo que permite sobrellevar el sufrimiento no es solo la rehabilitación, sino el conjunto de medidas establecidas en la ley.

El salto que la Ley 1448 hace al reconocer el sufrimiento como objetivo o fin del conjunto de medidas de la ley, es especialmente importante para la disposición de la rehabilitación, que como ya se ha mencionado, hasta el momento había sido concebida desde la visión médica y funcional y no desde una categoría de derecho que corresponde a la reparación de un sufrimiento ocasionado por el conflicto armado. Es decir, reconoce una de las premisas fundamentales del enfoque psicosocial y es que las víctimas están sufriendo, pero no están enfermas.

Este punto también plantea un avance importante respecto a la normatividad anterior al relevar el enfoque transformador y diferencial de la reparación, y por ende, también de la rehabilitación.

La diferencia entre el enfoque restitutivo y el transformador en la rehabilitación es fundamental, ya que no hay manera de devolver a la persona a la situación anterior, porque el sufrimiento ya ocurrió, puede elaborarse la experiencia sufrida y convertirse en una persona o una comunidad distinta, pero nunca podrá volver a ser la de antes, hay una dimensión del daño que es irreparable.

Otro de los cambios principales en este escenario normativo, es que la rehabilitación de las víctimas no solo depende de la disposición de recursos para la reparación a través del Fondo de Reparación a Víctimas y de la orden de un juez para su ejecución; sino que se convierte en un derecho accesible para todo el universo de víctimas que se reconocen en la ley, con independencia y sin perjuicio del avance de los procesos judiciales y de las medidas de reparación que allí se puedan ordenar. (Ley 1448, 2011). Pero a pesar de lograr que la rehabilitación sea a través de un programa administrativo donde todos y todas podrían acceder, se siguen presentando barreras en particular relacionadas con la construcción de sentido y la divulgación de la medida que obstaculizan el goce efectivo de este derecho, como se verá en el capítulo dos.

Puntualmente, en esta Ley la rehabilitación es definida como “el conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas” (Ley 1448, 2011). Además, especifica que todo el proceso de reparación debe contar con el enfoque psicosocial como un eje transversal en cada una de las medidas, las cuales deben prolongarse según las necesidades de las víctimas a nivel individual, familiar y comunitario, además de incluir elementos diferenciales como el género, la cultura, la religión y la etnia.

En atención al Artículo 13 de la Ley 1448, el cual consagra el enfoque diferencial como un principio transversal de la política, la rehabilitación no solo debería comprender las características particulares en razón de la edad, sexo, género, orientación sexual, pertenencia étnica y situación de discapacidad, junto con las afectaciones diferenciales con relación a dichas características, sino que debería velar por ofrecer medidas y/o acciones diferenciales; las cuales a su vez aporten a la eliminación de los esquemas de

discriminación y marginación sociocultural. De hecho, en este sentido, en su Artículo 137 establece que el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) deberá contar con un componente de atención psicosocial de mujeres víctimas.

Así mismo, atendiendo al enfoque psicosocial, el Decreto 1084 de 2015, le ordena a la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) diseñar “las directrices del enfoque psicosocial como componente transversal el cual contendrá los lineamientos que respondan a la necesidad de materializar el enfoque psicosocial desde una perspectiva de reparación integral en todas las acciones, planes y programas de atención, asistencia y reparación integral que se implementen en el marco de la Ley 1448 de 2011.” (Artículo 2.2.7.5.1), lo que implica que todas las medidas de la Ley deberán incorporar el enfoque psicosocial.

Por consiguiente, la Unidad determinó los “elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas” a partir de los cuales se crearon las conceptualizaciones del enfoque psicosocial, los lineamientos para la incorporación del enfoque psicosocial en el Modelo de Asistencia, Atención y Reparación Integral a las Víctimas (MAARIV), se establecen recomendaciones para la atención a la población víctima según el enfoque diferencial, los hechos victimizantes, y se crea una caja de herramientas para orientar la acción de los funcionarios/as públicos.

A su vez, la Unidad para las Víctimas estableció cinco premisas del enfoque psicosocial que son orientadoras para los planes, programas y estrategias en la atención y reparación integral a las víctimas, y que, son fundamentales en la medida de Rehabilitación:

“La primera, contemplar que las expresiones del sufrimiento han sobrevenido como respuestas normales ante eventos anormales, que deben ser desnaturalizados, como los que han ocurrido en el contexto del conflicto armado.

La segunda premisa considera que las personas afectadas por el conflicto armado interno no solo están sufriendo. Existe una cantidad enorme de cualidades, fortalezas, recursos personales y sociales que caracterizan el devenir de la historia personal y social de las víctimas, y los hechos de violencia son solo un aspecto de lo que les ha ocurrido a las personas.

La tercera premisa considera que todas las personas pueden hacer algo frente al sufrimiento de los otros”. (UARIV. 2014)

“La cuarta premisa está orientada a comprender que el sufrimiento tiene diferentes formas de expresión, lo cual, quiere decir que hay diferentes formas de sufrir.

La quinta premisa y última, busca subrayar que la representación permite la recuperación. Representar significa poner en el espacio público el dolor que

ha sido invisibilizado o que no ha encontrado un lugar simbólico que testifique sobre ese sufrimiento.” (UARIV, 2017)

Estos supuestos definen que los programas de rehabilitación deben considerar la noción de sufrimiento y no la de enfermedad, reconocer y potenciar los recursos de afrontamiento personales, sociales y comunitarios, reconocer las particularidades del daño y del sufrimiento generado por el conflicto armado, fortalecer las capacidades y habilidades de todos los funcionarios y colaboradores para reconocer y dignificar a las víctimas, favorecer el apoyo mutuo y el apoyo entre pares, y desprivatizar el dolor para enmarcarlo en el contexto público.

Así mismo, contribuyen a favorecer el surgimiento de otras identidades que no estén ancladas al sufrimiento y a resaltar las capacidades de resiliencia y los recursos y estrategias de afrontamiento con las que cuentan las personas para la recuperación y migración del sufrimiento. Esto posibilita la construcción de otras nociones sobre las víctimas, como por ejemplo la noción de sobreviviente.

Posteriormente, el Ministerio de Salud y Protección Social creó el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI, (Artículo 137). El Decreto 1084 de 2015, definió este programa como “el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias para la atención integral en salud y atención psicosocial a nivel individual o colectivo, orientadas a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante”. (Artículo 2.2.7.5.3).

De igual forma, estableció las siguientes responsabilidades para la adecuada implementación del programa: “1. *Diseñar, coordinar y monitorear las estrategias, planes y acciones de atención psicosocial y de salud integral a víctimas, tomando en consideración su carácter individual y colectivo, teniendo en cuenta las diferencias de género, ciclo vital, etnia y territorio, 2. Definir los criterios técnicos con base en los cuales se prestan los servicios de atención psicosocial y salud integral a las víctimas, 3. Implementar estrategias de divulgación y mecanismos para facilitar el acceso al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas y 4. Planificar y desarrollar en conjunto con los entes territoriales estrategias de capacitación para el personal responsable de ejecutar el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas*”. (Decreto 1084, 2015 Artículo 1.1.3.1).

En conclusión, la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, generó altas expectativas en esta población frente al goce efectivo de sus derechos y, en particular, frente al derecho a la reparación integral con todos sus componentes, incluida la rehabilitación.

“Uno siente que el marco normativo en Colombia es bastante completo y por ejemplo que la elaboración del PAPSIVI es una cosa supremamente coherente, poderosa (...) fundamentar esa propuesta (de rehabilitación) en el enfoque psicosocial, en una perspectiva más de derechos, mucho más vinculada a conceptos de autonomía, de

unidad, de libertad que al concepto de trauma, o que a conceptos clínicos. Eso se garantizó bastante en los programas institucionales, (...) unos marcos teóricos y metodológicos bastante consistentes, envidiables, incluso cuando uno las lleva a otros contextos que uno ve que colegas mexicanos leen esto y dicen pero qué ley la que ustedes tienen, ya quisiéramos nosotros tener eso o en Guatemala incluso también” (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 2, junio de 2020)

Como veremos más adelante la implementación de las obligaciones contenidas en este marco normativo ha presentado brechas que se relacionan con la cobertura, la continuidad, la permanencia y la alta rotación del talento humano, entre otras.

Para el año 2016 se firmó el Acuerdo Final de Paz entre el Gobierno de Colombia y las FARC- EP, el cual le dio un nuevo impulso a la Ley de Víctimas y planteó nuevas oportunidades y retos para el fortalecimiento del componente de rehabilitación que serán abordados más adelante.

Desarrollos constitucionales frente a la atención en salud integral y la rehabilitación a las víctimas del conflicto armado en Colombia.

Como se ha mencionado, el reconocimiento diferenciado al derecho a la salud de la población víctima del conflicto armado, concretamente de la población desplazada, tiene su antecedente en la creación de la Ley 387 de 1997. Frente a la crisis humanitaria derivada del carácter masivo, sistemático y generalizado de las vulneraciones a derechos constitucionales que ocurren con el desplazamiento y de la dificultad del Estado para garantizar los derechos reclamados por las víctimas, el 22 de enero de 2004, la Corte Constitucional de Colombia profirió el fallo de revisión de tutela T-025 en donde declaró el estado de cosas inconstitucional -ECI-.

En materia del derecho a la salud, la Sentencia T-025 aporta al reconocimiento de los riesgos excepcionales que afronta en materia de salud la población desplazada, no solo porque “el acceso a los servicios esenciales de salud se ve sustancialmente dificultado por el hecho del desplazamiento, (...) sino porque las deplorables condiciones de vida que se ven forzados a aceptar tienen un altísimo potencial para minar su estado de salud o agravar sus enfermedades, heridas o afecciones preexistentes”⁶ (Corte Constitucional, Sentencia T-025 de 2004). Adicionalmente, a partir de los Autos de seguimiento ha dado la línea para la formulación de los indicadores del goce efectivo de derechos de la población desplazada,

⁶ La sentencia T-025 señala en relación con la mortalidad de la población víctima de desplazamiento forzado que esta es 6 veces superior al promedio nacional, especificando que para los menores de 12 años la tasa de mortalidad es de 3.32 por cada mil, mientras que la tasa nacional es del 2.0; para la población desplazada entre los 12 y 25 años la tasa es de 24.28 por cada mil, mientras que el promedio nacional es de 2.0; y de 53.42 para los mayores de 25 años, mientras que dicho índice es de 6.8 para el promedio nacional.

incluyendo por supuesto el derecho a la salud y a la rehabilitación incorporado tras la promulgación de la Ley 1448 de 2011⁷.

De manera particular, frente al derecho a la salud de la población víctima de desplazamiento forzado con ocasión del conflicto armado, la sentencia T-045 de 2010 de la Corte Constitucional representa una sentencia hito en tanto hace un avance significativo en la conceptualización de este derecho y permite reconocer unos aspectos mínimos para su garantía y goce efectivo. Esta sentencia evidencia la necesidad de adoptar un enfoque de integralidad en la asistencia en salud, sienta las bases para concebir la atención en salud desde un enfoque reparador y no meramente asistencial, y pone de presente la dimensión real de las obligaciones del Estado en materia de atención física, psicológica y psicosocial a las víctimas del conflicto armado, concretamente a la población desplazada.

Adicionalmente, reconoce que el daño psicosocial se produce por los hechos victimizantes y la experiencia de violencia sufrida, pero que se profundiza y agrava por la falta de atención psicosocial y en salud mental; es decir que si no se brinda una atención psicosocial oportuna y de calidad se pueden generar nuevas y más profundas afectaciones a la salud mental de las víctimas.

Además de las órdenes puntuales de atención en salud y atención psicosocial a las mujeres víctimas que interpusieron la tutela, esta sentencia es relevante porque avanza en ordenarle al Estado colombiano que “diseñe e implemente protocolos, programas y políticas de atención en salud que respondan a las necesidades particulares de las víctimas del conflicto armado, sus familias y comunidades, especialmente en lo referido a la recuperación de los impactos y daños psicosociales⁸, producidos por su exposición a eventos traumáticos desencadenados por la violencia sociopolítica en el país.” Y además, establece los criterios mínimos que deben tener estos programas y políticas, entre los cuales se rescatan los siguientes, para su análisis en este documento:

“(...) 3. Construcción de indicadores de impacto que faciliten el seguimiento y veeduría de su aplicación.

4. En el diseño de programas de atención en salud mental a víctimas de la violencia sociopolítica se deben incorporar estrategias que permitan abordar las secuelas colectivas y daños psicosociales comunitarios generados por los hechos violatorios

7 Autos 176, 177 y 178 de 2005; Autos 218 y 266 de 2006; Autos 027, 109 y 233 de 2007; Auto 116 de 2008; Auto 008 de 2009; Auto 219 de 2011; Auto 373 de 2016; Auto 509 de 2018; Auto 734 de 2018; y Auto 331 de 2019.

⁸ En términos de diseño de política pública las entidades consideran que el impacto es aquello que se atiende en el momento de ocurrencia de los hechos, mientras que el daño es aquello que dejan los hechos victimizantes tiempo después y que supera los recursos de afrontamiento de las personas. Las organizaciones sociales, atienden el sufrimiento cuando las personas lo requieren sin entrar tan profundamente en estas distinciones. Lo anterior está relacionado con la brecha de oportunidad de la medida de rehabilitación que se verá en el capítulo 2.

de alta y mediana complejidad; ya que lo colectivo se convierte en condición para garantizar un entorno adecuado y protector de la salud mental. De igual manera se deben contemplar los entornos culturales e históricos.

5. Fortalecer la capacitación de los trabajadores de la salud en temas de impactos psicosociales de la violencia sociopolítica, atención psicosocial en el campo de la salud mental y cuestiones relacionadas con el género y otros impactos diferenciales como la etnia y la edad, de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia, especialmente aquellas relacionadas con la afectación por la violencia sociopolítica. (...)

8. Estrategias de divulgación que permitan a la población víctima del conflicto armado y del desplazamiento forzado conocer y acceder a los servicios de salud diseñados especialmente para este sector.

9. Estos programas deben contar con indicadores de resultado de goce efectivo de derechos, así como los criterios de racionalidad señalados por la Corte Constitucional en los Autos 092 y 237 de 2008. (...)" (Sentencia T-045, 2010, numeral 6.4).

Asimismo, entre las órdenes derivadas de la sentencia se hace referencia a la ausencia de un enfoque diferencial en la prestación de salud, orientando el desarrollo de sistemas de promoción y prevención de la salud con enfoque diferencial; al tiempo que señala como primordial la articulación interinstitucional para viabilizar intervenciones encaminadas al restablecimiento de la salud de las mujeres víctimas.

En conclusión, para el año 2011 ya se contaba con algunas pautas importantes a seguir sobre la rehabilitación que podrían resumirse en: 1. Debe existir una oferta especializada, 2. No contar con una oferta efectiva y oportuna puede profundizar los daños. 3. Se debe hacer diagnóstico e intervención (no solo diagnósticos) 4. La atención la debe brindar personal capacitado y especializado que conozca no solo de salud mental, sino de graves violaciones a los derechos humanos; (Rondón, L. 2020). 5. Debe atender a la afectación diferencial de los sujetos de especial protección constitucional y, de ahí incorporar el enfoque diferencial y de género.

Desarrollos diferenciales en materia de salud integral y rehabilitación en relación con el género.

Ahora bien, frente al enfoque de género y derechos de las mujeres, la implementación de la política pública de víctimas ha buscado también responder a los desarrollos jurisprudenciales de la Corte Constitucional derivados de la Sentencia T-025 de 2004. De ahí que es importante revisar algunas discusiones en materia de rehabilitación de las mujeres víctimas. En primer lugar, desde la Ley 1448 de 2011 y las acciones vinculadas

al CONPES 3784 de 2013⁹ se ha buscado dar respuesta a la orden del Auto 092 de 2008 de crear 13 programas institucionales para atender los riesgos particulares de las mujeres en el marco del conflicto armado. En materia de salud integral y rehabilitación, se destaca el Programa de Acompañamiento Psicosocial para Mujeres Víctimas del Desplazamiento y el Programa de Prevención de la Violencia Sexual contra la Mujer Desplazada y de Atención Integral a sus Víctimas.

De una parte, el Programa de Acompañamiento Psicosocial para Mujeres Víctimas del Desplazamiento, según el seguimiento del Auto 443 de 2015, fue constituido por el Proyecto de Inclusión Social con Enfoque Psicosocial (ISEP) y el PAPSIVI. De otra parte, en cuanto al Programa de Prevención de la Violencia Sexual contra la Mujer Desplazada y de Atención Integral a sus Víctimas, el Auto 009 de 2015 destacó avances como la adopción de modelos y protocolos para la atención integral en salud a víctimas de violencia sexual y la orientación psico jurídica de las mujeres, niñas, niños víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado. (MSPS, 2020d)

Sin embargo, considerando las dificultades y vacíos que aún debían ser superados, la Corte Constitucional emitió medidas para “adoptar criterios de racionalidad para implementar el Programa”, configurar una instancia de coordinación para garantizar las diferentes dimensiones de la atención integral a mujeres víctimas de violencia sexual, y priorizar la implementación del Programa según los territorios y/o regionales con altas posibilidades de concreción de riesgos de violencia sexual contra las mujeres (Auto 009 de 2015).

Por ende, se creó en el año 2018 el Programa de prevención de las violencias sexuales en el conflicto armado y de atención integral a las mujeres víctimas (2019-2023)¹⁰. Entre sus componentes se comprenden los siguientes: (i) prevención y protección frente a las violencias sexuales, (ii) atención integral a las víctimas de violencia sexual, (iii) fortalecimiento de procesos de movilización y participación de las mujeres y de sus organizaciones, (iv) capacidad de respuesta del Estado y (v) Sistemas de Información, seguimiento y evaluación (MSPS, 2020d).

De acuerdo con lo reportado por el MSPS (2020d), a mayo del año en curso los avances en su implementación han sido, primero, la realización de orientaciones técnicas a las direcciones territoriales de salud para la inclusión de acciones de gestión de salud pública e intervenciones colectivas. Segundo, se previó iniciar el acompañamiento técnico

⁹ A propósito de este CONPES, consultar los antecedentes presentados en el balance del componente de enfoque diferencial y de género.

¹⁰ Resultado de un proceso de formulación del MSPS en coordinación con UARIV, Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, Defensoría del Pueblo, Procuraduría General de la Nación, Consejería Presidencial para los Derechos Humanos - Observatorio de Derechos Humanos, con participación de organizaciones de mujeres y mujeres víctimas de violencias en marco del conflicto armado.

a las 24 entidades territoriales departamentales¹¹ en el Programa, dando cumplimiento también al del Plan Nacional de Desarrollo (2018-2020) de “Departamentos priorizados y asistidos técnicamente en la implementación del Programa de Prevención de las Violencias Sexuales en el Conflicto Armado y de Atención Integral a Mujeres Víctimas” en la línea “H. Equidad para las mujeres en la construcción de Paz” del “XIV. Pacto de equidad para las mujeres”.

De otra parte, mediante la solicitud de información sobre las dificultades de acceso a la salud de las mujeres víctimas del Auto 443 de 2015 se dio lugar al reconocimiento de los avances en materia de atención psicosocial y salud integral por parte la Procuraduría General de la Nación, al igual que a una alerta frente a las dificultades en el goce efectivo del derecho, relacionadas con brechas de cobertura en la atención a este grupo poblacional y la persistencia de la violencia generalizada.

En este sentido, cabe anotar que en su momento, la organización SISMA Mujer manifestó ante la Corte la (i) carencia de un modelo de atención en salud especializado en temas de violencia de género en escenarios del conflicto armado, así como deficiencias del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), (ii) la inexistencia de enfoque diferencial en medidas de protección para mujeres lideresas, desplazadas y víctimas de violencia sexual, y (iii) la falta de articulación entre programas internos de protección y medidas cautelares de la CIDH a las lideresas (Auto 737 de 2017).

En este sentido, el Auto 737 de 2017 - que evalúa los avances, rezagos y retrocesos en la protección de sus derechos fundamentales a partir de los autos de seguimiento a la T-025 de 2004 en materia de mujeres víctimas y los balances del CONPES 3784 de 2013— dicta entre sus órdenes (Orden Décima) “a la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y al Ministerio de Salud y Protección Social que, en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, elaboren y presenten a esta Sala Especial, dentro de los tres (3) meses siguientes a la notificación de esta providencia, un documento que contenga plan de trabajo para superar los problemas de desarticulación de las medidas de rehabilitación psicosocial dispuestas para la atención y reparación de las mujeres víctimas de delitos sexuales en el marco del conflicto armado y el desplazamiento forzado.” Dentro de las prioridades a resolver mediante el plan de trabajo la corte señala puntualmente: i) la desarticulación institucional y de oferta, ii) la baja cobertura que se ha registrado a la fecha, iii) las demoras en la contratación de los operadores territoriales, y iv) las limitaciones presupuestales (Corte Constitucional, Auto 737 de 2017).

¹¹ Los 24 departamentos priorizados son Bolívar, Cundinamarca, Putumayo, Nariño, Cesar, Atlántico, Magdalena, Sucre, Antioquia, Caquetá, Chocó, Valle del Cauca, Santander, Tolima, Meta, Cauca, Córdoba, La Guajira, Quindío, Arauca, Norte de Santander, Boyacá, Huila y Risaralda

En efecto, en el informe al Auto 737 de 2017 presentado por los responsables del cumplimiento de la orden en julio de 2018, se reportó la incorporación de acciones para responder a las necesidades de las mujeres víctimas, así como la persistencia de dificultades para responder a las exigencias de cobertura de la rehabilitación emocional para las mujeres víctimas. Para comenzar, el informe precisa que los enfoques diferenciales se conciben como piezas claves en el engranaje del PAPSIVI, de forma que se procura su incorporación en todas las fases del proceso y su apropiación por parte de los(as) profesionales en el territorio.

En particular, en el mencionado informe se explica que el enfoque de género pretende ser garantizado en tres acciones del Programa:

- (i) La identificación de las afectaciones psicosociales durante la atención del PAPSIVI en función del reconocimiento de identidades de género. De esta forma, se busca que la atención no solo se concentre en el hecho victimizante, sino que también reconozca el continuum de violencia, los roles y las resistencias de las mujeres en el conflicto armado;
- (ii) La incorporación del enfoque diferencial en el PAPSIVI a través de la definición de orientaciones metodológicas específicas para la atención psicosocial de las mujeres víctimas, así pues se incorporan orientaciones y recomendaciones para atender al enfoque de género en las modalidades individual y familiar; y
- (iii) El fortalecimiento del talento humano para la atención psicosocial de las mujeres. En particular, se destacó la elaboración del documento “Lineamientos de Atención Psicosocial para mujeres, hombres, personas con orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas, niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado”, el cual a la fecha del informe habría sido implementado en algunas entidades territoriales (MHCP, MSPS, DNP & UARIV, 2018)

La rehabilitación en el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera: Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la no Repetición.

El Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera (Gobierno Nacional y Farc -EP, Colombia, 2016) generó un nuevo sentido y expectativas en materia de satisfacción de los derechos de las víctimas. En primer lugar, porque puso a las víctimas en el centro de la paz y enmarcó sus derechos en un sistema integral de justicia transicional, que parte del reconocimiento de que se requiere verdad, justicia, reparación y no repetición de manera articulada e integral para lograr la construcción de la paz. El Acuerdo, además, creó una serie de disposiciones para fortalecer las medidas de reparación y profundizó el enfoque transformador que traía la Ley 1448 del

2011 para generar cambios estructurales con el cumplimiento de los cinco puntos acordados.

En este escenario y mediante el Acto Legislativo 01 de 2017, se dio vida al Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición –SIVJRN–, el cual está compuesto por los siguientes mecanismos y medidas: la CEV; la UBPD; la JEP; las medidas de reparación integral para la construcción de paz y las garantías de no repetición (Artículo transitorio 1). El SIVJRN se fundamenta en el reconocimiento de las víctimas como ciudadanos y en la necesidad de satisfacción de sus derechos a la verdad, la justicia, la reparación y la no repetición; en el deber de existencia de verdad plena sobre todo lo ocurrido; así como, en el reconocimiento de la responsabilidad por parte todos los actores participantes directos o indirectos en el conflicto e involucrados en graves violaciones a los DDHH y graves infracciones al DIH (Acto Legislativo 001 de 2017, Artículo transitorio 1).

Los distintos mecanismos y medidas, al ser parte de un sistema que busca una respuesta integral a las víctimas, no pueden entenderse de manera aislada sino que deberán estar interconectados. La integralidad del sistema está pensada para que tras la aplicación de las medidas se avance en el logro de justicia y esclarecimiento de la verdad sobre las violaciones a los DDHH e infracciones al DIH ocurridas a lo largo del conflicto. (Acto Legislativo 001 de 2017, Artículo transitorio 1)

En este sentido, la creación de la UBPD, la CEV y la JEP entra a fortalecer el componente de verdad y justicia que le hacía falta al SNARIV en el marco de la garantía de los derechos de las víctimas y lo hacen en línea con lo establecido en la Ley 1448 de 2011, en relación con la incorporación del enfoque psicosocial para favorecer y cuidar la participación de las víctimas en los diferentes escenarios que abre el SIVJRN.

La Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la no Repetición (CEV) tiene como mandato esclarecer y promover el reconocimiento de las graves violaciones a los DDHH e infracciones al DIH; las responsabilidades colectivas del Estado y de los diferentes actores armados, los múltiples y diferenciales impactos que generó el conflicto a todo nivel; las causas, desarrollo y persistencia del conflicto armado; el desplazamiento forzado, el despojo, los cultivos de uso ilícito, entre otros elementos del conflicto; así como las resistencias, resiliencias y procesos de fortalecimiento del tejido social en las comunidades y las organizaciones (Decreto 588 de 2017, Artículo 11).

Esta entidad ha definido que su eje central es “asegurar la dignificación de las víctimas y contribuir a la satisfacción de su derecho a la verdad y las garantías de no repetición, bajo los enfoques territorial, diferencial y de género” (CEV, 2020a) Así mismo, ha integrado el enfoque psicosocial a través de acciones de acompañamiento que permiten construir una forma de relación con las víctimas orientada a facilitar el proceso de participación en la Comisión de la Verdad; favoreciendo un contexto de confianza, apoyo emocional y reflexividad, que contribuye al esclarecimiento de la verdad, el cuidado y a que

la experiencia de compartir el testimonio tenga sentido en la vida de las víctimas. Desde este enfoque, la participación se sustenta en la escucha y el reconocimiento de la singularidad de las experiencias y testimonios de los/as participantes (CEV, 2020a)

Para la CEV (2020a), el acompañamiento hace parte de un proceso (antes, durante y después) que involucra el diseño de las acciones para la participación de las víctimas, la preparación previa y el apoyo durante los escenarios de participación; así como, el seguimiento y valoración de los efectos de la participación; al mismo tiempo que debe cuidar y abordar: la movilización emocional, el significado de los hechos, los impactos derivados de estos, la construcción de las narrativas y los testimonios, las formas de resignificación simbólicas y el fortalecimiento del tejido social y la convivencia.

Por su parte, la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP), fue creada con el “objetivo de satisfacer el derecho de las víctimas a la justicia, ofrecer verdad a la sociedad colombiana, proteger los derechos de las víctimas, contribuir al logro de una paz estable y duradera y adoptar decisiones que otorguen plena seguridad jurídica a quienes participaron de manera directa o indirecta en el conflicto armado interno mediante la comisión de las mencionadas conductas”. (Ley 1957, 2019)

En el marco del acuerdo, la aplicación de justicia tiene un énfasis especial en medidas de tipo restaurativo y reparador, no solo sanciones retributivas, buscando avanzar en la restauración y en la reparación de los daños causados a las víctimas, desde un enfoque que permita transformar las condiciones de exclusión social que favorecieron la victimización. La justicia restaurativa atiende prioritariamente las necesidades y la dignidad de las víctimas y se aplica con un enfoque integral que garantiza la justicia, la verdad y la no repetición de lo ocurrido (Acto Legislativo 001 de 2017, Artículo transitorio 1)

En relación con la incorporación del enfoque psicosocial, la JEP ha señalado dos estrategias: la primera, ha sido facilitar el acercamiento de los funcionarios y funcionarias de la JEP al enfoque psicosocial mediante estrategias de sensibilización, formación, pedagogía, uso en el lenguaje, y reconocimiento de la necesidad de materializarlo en el quehacer. La segunda estrategia, está dirigida a acciones de acompañamiento psicosocial en ejercicios puntuales a los que asisten tanto a las víctimas como los comparecientes, aclarando que no se trata de espacios de atención o asistencia, sino de acompañamiento (JEP, 2020)

Finalmente, la Unidad para la Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas encargada de “dirigir, coordinar y contribuir a la implementación de acciones humanitarias de búsqueda de las personas dadas por desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado. Busca contribuir a la satisfacción de los derechos a la verdad y a la reparación de las víctimas a través del proceso de búsqueda” (Decreto Ley 589 de 2017, Artículo 2) ha concebido el enfoque psicosocial como una forma de ser, de estar, de hacer, basado en:

“El reconocimiento de la dignidad de las familias, pero también de aquellos seres que están ausentes bien sea porque han sido víctimas de desaparición forzada, de secuestro, de reclutamiento ilícito o desaparecidos en combate. También hace un reconocimiento de afectaciones biopsicosociales y territoriales, y en ese orden reconoce todas esas afectaciones para que haya un reconocimiento del daño causado, del sufrimiento ocasionado pero también de esas maneras en que las familias han buscado, se han organizado y han motivado factores de resiliencia, instrumentos de resiliencia para buscar y para construir paz también desde distintos lugares como mujeres, hombres, niños, niñas, como población indígena, como afrocolombianos, como población OSIGD y demás”. (UBPD, 2020)

Si bien queda claro que los mecanismos creados por el SIVJRN para fortalecer la garantía de los derechos de las víctimas no tienen una competencia en materia de rehabilitación, si es evidente que han avanzado en la incorporación del enfoque psicosocial a un proceso de armonización con los enfoques y perspectivas de la normatividad y jurisprudencia existente en materia de derechos de las víctimas, buscando asegurar la progresividad. (Urueña, k 2020)

En relación con el fortalecimiento de las medidas de reparación, particularmente de la medida de rehabilitación a las víctimas, el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera (AFP) en el punto 5.1.3.4 aborda la rehabilitación psico-social y establece medidas de recuperación emocional a nivel individual y el Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y No Repetición (PNRCNR) (Gobierno de Colombia & FARC-EP, 2016).

Respecto a las medidas a nivel individual, el Acuerdo señala que el Gobierno Nacional se compromete a ampliar la cobertura, el despliegue territorial y a mejorar la calidad de la atención psicosocial a las víctimas atendiendo a daños específicos sufridos por la victimización; esto, incrementando el número de centros locales para la atención a las víctimas e impulsando el desarrollo de estrategias móviles que permitan llegar a los lugares más apartados. Así mismo, el Gobierno se compromete a fortalecer el acceso y los servicios de salud mental para las víctimas que los requieran (Gobierno de Colombia & FARC-EP, 2016).

Frente al Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y No Repetición el Gobierno Nacional se compromete a aumentar la cobertura y la calidad de las estrategias de rehabilitación comunitaria para la reconstrucción del tejido social existentes mediante el desarrollo de procesos comunitarios de mediano y largo plazo orientados a fortalecer la confianza entre ciudadanía e institucionalidad, a lograr una convivencia pacífica y a promover la convivencia al interior de las comunidades incluyendo a las víctimas, a los ex integrantes de organizaciones armadas al margen de la ley en

proceso de reincorporación y a terceros que hayan podido tener alguna participación en el conflicto (Gobierno de Colombia & FARC-EP, 2016).

En ese sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), la Unidad fuerza para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), el Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH) y la Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARN), avanzaron en la formulación del documento borrador del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y No Repetición (PNRCNR) el cual contempla como objetivo “desarrollar medidas de rehabilitación psicosocial y atención en salud física y mental de individuos, familias y comunidades afectadas por el conflicto armado, que contribuyan a la construcción de convivencia y garantías de no repetición”. (MSPS & Cols., 2018, p. 21).

El PNRCNR aún se encuentra en borrador y el Decreto que lo adopta todavía no ha sido expedido; en este sentido los planteamientos que aquí se retoman, se presentan bajo la base de que pueden no ser las construcciones finales y que, por lo tanto, pueden presentarse cambios, variaciones, y demás ajustes en una versión final. A pesar de que el Plan no ha sido aprobado se presenta como parte de este análisis porque en el marco de este balance el MSPS explicó:

“En el año 2018 se trabajó con los equipos técnicos y las áreas de planeación de todas las Entidades, ahora está publicado el Decreto para la consulta a través del cual se adopta el Plan Nacional de Rehabilitación, eso no quiere decir que no se esté Implementando el Plan, este se está implementando desde que se formuló y las entidades pusieron allí sus actividades en el plan de acción, lo que se está haciendo es adoptarlo a través de un acto administrativo.” (Entrevista MSPS, 2020)

Dentro del borrador PNRCNR (MSPS & Cols., 2018), la rehabilitación psicosocial se concibe como un proceso que incorpora y fortalece las medidas de rehabilitación enmarcadas en la reparación integral al contribuir a la mitigación del daño psicosocial y el sufrimiento emocional; pero que a su vez las trasciende buscando que el alcance de estas aporte a la construcción de una paz estable y duradera, en tanto puede fomentar espacios de reconciliación, convivencia y reconstrucción del tejido social en los que converjan las víctimas, los excombatientes y la sociedad civil, como actores angulares para la construcción de paz y la transformación de imaginarios y órdenes sociales que legitiman el ejercicio de la violencia (MSPS & Cols., 2018)

De esta manera, el borrador del PNRCNR reconoce un sufrimiento emocional y social generado por el conflicto armado, el cual debe ser mitigado y tramitado desde sus particularidades, y en este mismo sentido, contempla que la medida de rehabilitación tiene un carácter que trasciende lo individual, dando mayor fuerza al reconocimiento del daño colectivo ocasionado por el conflicto. (MSPS & Cols., 2018).

En términos operativos el borrador del PNRCONR (MSPS & cols., 2018) proyecta el desarrollo de las acciones y actividades contenidas en él por un período de 15 años y de manera articulada con el PMI; considerando que los componentes y líneas estratégicas serán implementadas de manera progresiva en las zonas más afectadas por el conflicto armado, según la priorización que para este efecto realicen las entidades. Respecto a la institucionalidad comprometida con el desarrollo de las disposiciones contenidas en el Plan, se establece que tienen responsabilidad:

1. Las entidades con competencia en la atención psicosocial y atención integral en salud con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado.
2. Las entidades que presten acompañamiento psicosocial a excombatientes en proceso de reincorporación o reintegración.
3. Las entidades que implementen estrategias psicosociales comunitarias para la convivencia y la no repetición que convoquen la participación de víctimas, excombatientes, comunidades afectadas por el conflicto, fuerza pública, el Estado y la sociedad en su conjunto.
4. Las Entidades Territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las cuales articularán las acciones del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición que sean de su competencia.

Adicionalmente, el Decreto crea la Comisión Intersectorial del Plan Nacional de Rehabilitación como instancia de coordinación y seguimiento a la implementación del Plan, la cual está integrada por: i) el(la) Ministro(a) de Salud y Protección Social, ii) el(la) Director(a) del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, iii) el(la) Director(a) de la Unidad Nacional para la Atención y Reparación Integral para las Víctimas, iv) el(la) Director(a) de la Agencia para la Reincorporación y Normalización –ARN, v) el(la) Director(a) de la Agencia de Renovación del Territorio, vi) el(la) Director(a) del Centro Nacional de Memoria Histórica, vii) el(la) Director(a) de la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas, y viii) el(la) Presidente(a) de la Comisión de la Verdad; o quien haga las veces de delegado(a) de cada uno de ellos(as).

El documento borrador del PNRCONR también se enmarca en el escenario de la justicia transicional y resalta los retos que le asisten en ese contexto en materia de garantía de derechos; señalando que estos retos tienen que ver con: i) la continuidad en la rehabilitación de las víctimas del conflicto armado, ii) la atención de excombatientes de grupos armados que han mostrado voluntad de reincorporación a la vida civil y iii) el acompañamiento del Estado en escenarios comunitarios para la convivencia y la no repetición, en los que convergen diferentes actores (MSPS & cols., 2018)

En respuesta a estos retos el PNRCNR se estructura en torno a tres líneas estratégicas (MSPS & cols., 2018): línea 1. Articulación de mecanismos del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y Garantías de no Repetición; línea 2. Medidas para la recuperación emocional a nivel individual; y línea 3. Medidas de rehabilitación comunitaria y colectiva:

Línea 1: Articulación de mecanismos del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y Garantías de no Repetición. Busca establecer procesos de articulación y definir rutas con los mecanismos del Sistema Integral -SIVJRNR, que den respuesta a las necesidades de rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición de la población sujeto de atención al interior de este. Plantea dos acciones para el logro de su objetivo:

Tabla 1. Acciones de articulación de mecanismos del SIVJRNR. Elaboración propia a partir del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición.

Acciones	Descripción
Identificar necesidades y acciones de articulación con los mecanismos del SIVJRNR.	Intercambio entre los mecanismos del SIVJRNR y las entidades que hacen parte de la implementación del PNRCNR, con el objetivo de revisar y construir acciones que permitan el acceso a la atención psicosocial a las víctimas, el acompañamiento psicosocial a excombatientes, la implementación de las medidas de rehabilitación comunitarias y colectivas, y el acceso a los programas y estrategias de atención integral en salud física y mental en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud, la ruta de atención integral para la promoción y mantenimiento de salud, y la ruta de atención integral a los diferentes grupos de riesgo en salud.
Elaborar y socializar recomendaciones para la incorporación del enfoque psicosocial para la construcción de paz	Esto en el marco de los principios de centralidad de las víctimas y la satisfacción de sus derechos a la verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición, transversalizando la incorporación de recomendaciones desde los enfoques diferencial, territorial y de género.

Línea 2: Recuperación emocional a nivel individual. Pretende aunar esfuerzos sectoriales e intersectoriales para el fortalecimiento de la oferta institucional vigente para la atención psicosocial y atención integral en salud con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado, así como para el acompañamiento psicosocial a excombatientes en

proceso de reincorporación o reintegración. Adicionalmente, busca la articulación de las acciones para la rehabilitación con lo contenido en el Plan Nacional de Salud Rural.

Se consideran como componentes críticos para el fortalecimiento: la ampliación de la cobertura pública, el despliegue territorial y la mejoría de la calidad de la atención psicosocial para la recuperación emocional de las víctimas de acuerdo con el daño específico que hayan padecido. La atención psicosocial a víctimas se continuará prestando en cuatro modalidades de atención: Individual, Familiar, Comunitaria y Colectiva Étnica para así responder a las necesidades de atención en relación con las dimensiones del daño psicosocial y el sufrimiento emocional.

De acuerdo con lo anterior, el borrador del PNR CNR establece tres estrategias para avanzar en la implementación de las medidas de rehabilitación a nivel individual, esas son: el fortalecimiento de la oferta en atención psicosocial y en salud a víctimas del conflicto armado, el fortalecimiento del acompañamiento psicosocial a excombatientes, y la articulación de acciones con el Plan Nacional de Salud Rural. A continuación, se presentan las acciones planteadas en el marco de cada una de estas estrategias:

Tabla 2. Estrategias para la implementación de medidas de Rehabilitación a nivel individual. Elaboración propia a partir del borrador Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición.

Estrategia	Acciones para el fortalecimiento
<p>Estrategia: Fortalecimiento de la oferta en atención psicosocial y en salud a víctimas del conflicto armado</p>	<p>Aumentar oferta PAPSIVI - atención psicosocial y en salud integral a víctimas del conflicto armado.</p> <p><u>Focos de la acción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la cobertura territorial y poblacional del PAPSIVI – MSPS. • Cubrir los mayores costos que implica llegar a lugares apartados, gestionando en coordinación con el Ministerio de Hacienda y el Departamento Nacional de Planeación, la asignación de recursos – MSPS. • Ampliar las fuentes de inversión y asignación presupuestal, con la ayuda de recursos por parte de las entidades territoriales – MSPS. • Coordinar acciones con los actores del sector salud y la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas para que, a través de las estrategias de atención psicosocial diseñadas por

	<p>estas entidades, se cubran los territorios con mayor número de personas víctimas según Registro Único de Víctimas (RUV) - MSPS.</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar estrategias metodológicas y operativas necesarias que permitan acercar la oferta de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado ubicadas en los lugares más apartados del país – MSPS.• Brindar asistencia técnica a las Direcciones Territoriales de Salud, en la formulación de proyectos ante los Órganos Colegiados de Administración y Decisión (OCAD) para gestionar recursos de concurrencia que permitan el fortalecimiento del PAPSIVI en las entidades territoriales – MSPS. <p><i>Implementar estrategias para mejorar la calidad de la atención psicosocial y en salud a víctimas del conflicto armado y el acompañamiento psicosocial a excombatientes.</i></p> <p><u>Focos de la acción:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Generar estrategias conceptuales y metodológicas para entidades territoriales, que faciliten la implementación del PAPSIVI en sus dos componentes, especialmente en los siguientes temas - MSPS:• Enfoque diferencial y de género, no solo en su marco conceptual sino en las acciones bajo una perspectiva que responda integralmente a sus necesidades específicas.• Atención que responda a las necesidades específicas que las víctimas expresan de manera voluntaria, en particular: i) NNA y jóvenes víctimas de reclutamiento ilícito, sus familias y comunidades; ii) Familiares víctimas de desaparición forzada y sus comunidades, iii) Víctimas de tortura; y iv) Víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado.• Atención a colectivos del pueblo Rrom, comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, Decretos – Ley 4634 y 4635 de
--	---

	<p>2011, a partir de los Módulos Étnicos del PAPSIVI.</p> <ul style="list-style-type: none">• Atención a las afectaciones en salud mental de la población víctima con riesgos en salud mental, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas.• Construcción del Plan Departamental de Gestión para la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial para Víctimas.• Dar línea técnica y seguimiento a la adopción de los “Lineamientos para el talento humano que orienta y atiende a las víctimas del conflicto armado” (Resolución 1166 de 2018) - MSPS, UARIV y CNMH.• Entrenamiento de los equipos misionales en los lineamientos conceptuales y metodológicos para el desarrollo de las actividades relacionadas con el acompañamiento psicosocial a la población excombatiente – ARN.• Construir la Estrategia de Cuidado al Cuidador que promueva la salud mental de estos profesionales - ARN.
	<p><i>Aumentar la oferta de la ERE-G - Estrategia de Recuperación Emocional a nivel grupal.</i></p> <p><u>Focos de la acción:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Fortalecer la presencia del Grupo de Enfoque Psicosocial en los Centros Regionales para la Atención y Reparación a Víctimas, garantizando acompañamiento psicosocial a las víctimas que voluntariamente quieran acceder a través de la implementación de la Estrategia de Recuperación Emocional a nivel individual EREI – UARIV.• Armonizar los desarrollos en rehabilitación, para que la complementariedad se refleje en la unidad de lineamientos - UARIV y MSPS.• Avanzar en procesos de articulación que garanticen una mayor cobertura y una respuesta efectiva para las víctimas, tendiente a llegar cada vez más a comunidades apartadas – UARIV.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer la mayor cobertura posible en atención psicosocial a las víctimas en el exterior a partir de la implementación de la medida de rehabilitación para connacionales – UARIV y MSPS. • Actualizar, fortalecer y/o crear lineamientos y estrategias que favorezcan la implementación de la medida de rehabilitación y la incorporación del enfoque psicosocial - UARIV.
<p>Fortalecimiento acompañamiento psicosocial a excombatientes</p>	<p><i>Promover y mantener el bienestar de ex integrantes de FARC-EP y sus familias</i></p> <p><u>Focos de la acción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar habilidades, capacidades y recursos con los que cuentan en los ámbitos educativo, familiar, productivo, emocional, salud y ciudadano. • Implementar un acompañamiento psicosocial adaptado a sus recursos, características, fortalezas y necesidades <p><i>Diseñar un programa de acompañamiento psicosocial con enfoque de género, derechos de las mujeres, territorial y étnico que permita atender las necesidades de exintegrantes de las FARC-EP y sus familias.</i></p> <p><u>Focos de la acción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear escenarios de discusión donde los equipos técnicos planteen los componentes de este programa - ARN y CNR. • Atender las afectaciones en la salud mental de la población excombatiente, mediante la canalización a los servicios de salud: Ruta Integral de Atención en Salud a población con riesgos en salud mental, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas. • Implementar el enfoque diferencial y de género, en las acciones y/o actividades definidas, buscando que la atención a la población excombatiente responda a las necesidades específicas – ARN.

<p>Articulación de acciones con el Plan Nacional de Salud Rural.</p>	<p><i>Diseñar e implementar acciones que permitan articular la atención y acompañamiento psicosocial con las estrategias de priorización en salud pública para el posconflicto.</i></p> <p><i>Diseñar e implementar las acciones sectoriales e intersectoriales necesarias para que la población de zonas rurales y apartadas accedan de manera oportuna y con calidad a los servicios de: salud maternoinfantil; alimentación sana, nutritiva y culturalmente apropiada y prevención al consumo de drogas ilícitas – MSPS.</i></p> <p><i>Realizar promoción de la salud y prevención de las enfermedades relacionadas con los determinantes ambientales.</i></p>
--	--

Línea 3: Estrategias psicosociales para la convivencia y la no repetición. EL PNRCNR considera que estas son una contribución a la construcción de una paz estable y duradera, enfatizando en los escenarios comunitarios con mayor afectación a causa del conflicto armado. Plantea la importancia de convocar la participación de víctimas, excombatientes, comunidades afectadas por el conflicto, fuerza pública, el Estado y la sociedad en su conjunto.

Los planteamientos en materia de rehabilitación psicosocial comunitaria y colectiva se construyen desde el reconocimiento de la experiencia territorial, por lo que se considera que su implementación debe tener en cuenta: i) los recursos que las comunidades han mantenido o desarrollado en el conflicto; ii) el fortalecimiento de las iniciativas territoriales en pro de la reconstrucción del tejido social, la reparación integral de las víctimas y el tránsito a la vida civil; y iii) el diálogo y los acuerdos entre grupos como forma para la reducción de violencia y la no repetición.

El Plan Nacional de Rehabilitación define como estrategias de esta línea: i) fortalecer la atención a sujetos de reparación colectiva¹²; ii) implementar estrategias comunitarias para la convivencia y no repetición; iii) articular medidas de rehabilitación comunitaria y colectiva, y iv) fortalecer la formación al talento humano con enfoque psicosocial para la construcción de paz. A continuación, se presentan las acciones planteadas en el marco de cada una de estas estrategias:

¹² Esta estrategia se analiza en el componente de Reparación Colectiva

Tabla 3. Estrategias para la implementación de medidas de Rehabilitación a nivel Colectivo. Elaboración propia a partir del borrador Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición.

Estrategia	Acciones para el fortalecimiento
<p>Fortalecer atención a sujetos de reparación colectiva</p>	<p>Aumentar la oferta de la Estrategia para la reconstrucción del tejido social y organizativo “Entrelazando”.</p> <p><u>Focos de la acción:</u> UARIV fortalecerá las medidas de rehabilitación comunitarias y colectivas para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organizaciones, grupos y movimientos gremiales con énfasis en organizaciones de mujeres. - Comunidades campesinas y barriales, ampliando la cobertura y atendiendo la fragmentación del tejido social. - Sujetos étnicos generando condiciones para que estos fortalezcan acciones dirigidas al restablecimiento de su armonía, equilibrio, espiritualidad, tejido social y comunitario.
<p>Implementar estrategias comunitarias para la convivencia y no repetición</p> <p>El desarrollo de estrategias de rehabilitación psicosocial comunitaria contribuirá a fomentar la acción ciudadana a través de las reflexiones sobre la posibilidad de crear futuros compartidos, tanto en el interior de las comunidades y colectivos, como en su relación con diversos actores, incluidos aquellos que causaron algún tipo de</p>	<p>Actualizar las estrategias de rehabilitación psicosocial comunitaria para la convivencia y la no repetición.</p> <p><u>Focos de la acción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de las necesidades y expectativas de los territorios con participación activa de los actores de la comunidad, del sector salud, el gobierno local y organizaciones no gubernamentales. - Coordinación institucional. Articulación con los planes y programas de la institucionalidad nacional y local; así como, con los esfuerzos del SIVJRN. - Mecanismos de participación de las comunidades y las autoridades territoriales para el diseño, construcción y fortalecimiento de las estrategias de rehabilitación comunitaria. - Definición de lineamientos técnicos y metodológicos incluyendo los componentes establecidos en el Acuerdo Final (2016, pág. 182). <p>Desarrollar capacidades institucionales sobre las estrategias de rehabilitación psicosocial comunitarias para la convivencia y la no repetición.</p> <p><u>Focos de la acción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de competencias y capacidades para abordar: i) El

<p>sufrimiento.</p>	<p>daño recibido durante períodos de violencia y miedo, que a su vez ha menoscabado la cohesión, la memoria colectiva y el apoyo social que les da legitimidad, y ii) conflictos cotidianos y estructurales que hayan afectado su sostenibilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer las redes sociales que permiten dejar de lado el aislamiento institucional y territorial, con el fin de apoyar los mecanismos de afrontamiento colectivo y resistencia a la violencia.
	<p>Implementar estrategias de rehabilitación psicosocial comunitaria para la convivencia y la no repetición.</p> <p><u>Focos de la acción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Priorizar las zonas más afectadas por el conflicto armado y los territorios en los que se desarrollen planes de reparación colectiva. - Desarrollar los siguientes componentes: Espacios de diálogo y duelo colectivo, recuperación y generación de prácticas sociales asociadas al intercambio y la convivencia, reflexión sobre imaginarios colectivos de proyectos de vida futuros, creación de escenarios de pedagogía social, promoción de pactos de convivencia pacífica y construcción de vínculos familiares que hayan sido afectados en ocasión al conflicto armado.
	<p>Realizar monitoreo y seguimiento a las estrategias de rehabilitación psicosocial comunitaria para la convivencia y la no repetición.</p> <p><u>Focos de la acción</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Documentación y reporte de las acciones enmarcadas en las estrategias de rehabilitación psicosocial comunitaria. - Evaluación constante de su implementación, la identificación de problemas y ajustes a realizar. - Valoración participativa con la comunidad, con el fin de enumerar logros, aprendizajes, límites y falencias de los procesos. - La ARN, de acuerdo con el CONPES 3931 de 2018, desarrollará las siguientes actividades: <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar estrategias para el fortalecimiento de la ciudadanía activa de las mujeres de la comunidad y las exintegrantes de las FARC-EP para la incidencia en asuntos públicos, construcción de paz y la promoción de agendas de

	<p>mujeres a nivel territorial y nacional.</p> <p>2. Estrategia de Reincorporación Comunitaria que aporte a la convivencia y la reconciliación en los territorios donde se desarrolla la reincorporación.</p> <p>3. Promover escenarios de participación de las mujeres de la comunidad y exintegrantes de las FARC-EP en el desarrollo de estrategias de reconciliación, convivencia pacífica, construcción de paz y ejercicios de no repetición.</p>
Articular medidas de rehabilitación comunitaria y colectiva	<p><i>MSPS, UARIV, ARN y CNMH diseñarán e implementarán acciones que permitan articular los lineamientos metodológicos, técnicos y operativos de las Estrategias de Rehabilitación Psicosocial Comunitaria para la Convivencia y la No Repetición.</i></p>
Fortalecer la formación al talento humano en el enfoque psicosocial para la construcción de paz.	<p><i>Desarrollar acciones para la incorporación del enfoque psicosocial para la construcción de paz por parte del talento humano encargado de implementar estrategias psicosociales comunitarias para la convivencia y la no repetición.</i></p>

Cabe destacar que el documento borrador del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición incluye entre sus líneas y acciones medidas con enfoque de género y favorables para los derechos de las mujeres: (i) integración del enfoque de género, territorial y étnico en la línea de fortalecimiento al acompañamiento psicosocial a excombatientes con programas que permitan atender sus necesidades, (ii) diseño de un programa de acompañamiento psicosocial con enfoque de género, derechos de las mujeres, territorial y étnico que permita atender las necesidades de exintegrantes de las FARC-EP y sus familias, (iii) inclusión de un abordaje que reconozca de manera diferenciada los efectos del conflictos en las mujeres, los hombres, así como en las personas con identidades de género u orientaciones sexuales no hegemónicas (MSPS & cols., 2018).

Esta inclusión del enfoque de género y derechos de las mujeres víctimas en el documento, se relaciona con uno de los tres indicadores de género del Plan Marco de Implementación (PMI) en el Punto 5 “Víctimas”: “*Mujeres víctimas con atención y/o acompañamiento psicosocial para la recuperación emocional de acuerdo con la línea de atención diferenciada a mujeres y grupos étnicos*” (Gobierno de Colombia, 2018a). Si bien se trata de un indicador no acumulativo, el Ministerio de Salud ha reportado las cifras

anuales al respecto y la implementación de medidas orientadas a aumentar la cobertura (Consejería de Estabilización, 2020)¹³.

El PMI construido para orientar el cumplimiento de lo establecido en el Acuerdo Final de Paz por parte de las diferentes entidades del Estado comprometidas, contempla como unos de sus indicadores: “Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición, implementado” y aunque en el SIPO para el año 2019 se reporta el 100% del cumplimiento de la meta para este indicador (CSMLV, 2020), a la fecha se sabe que apenas existe un proyecto de decreto para su adopción.

En este sentido, llaman la atención las demoras que se han presentado en la aprobación del PNRNCR y que pueden obedecer a razones de articulación, voluntad política, presupuesto, falta de prioridad del tema, entre otras. Lo grave es que esta situación genera aún más retrasos en la implementación del componente de rehabilitación, que es central para lograr la apuesta transformadora de convivencia y reconciliación que trae el Acuerdo de Paz.

Así mismo es importante considerar el análisis que Uruña, K (2020) ha realizado del plan nacional de rehabilitación psicosocial:

i) El rol del CNMH dentro del PNRNCR, especialmente en el desarrollo de escenarios comunitarios para la convivencia y la no repetición. Esta entidad es fundamental en tanto ha logrado acumular un conocimiento sobre las dinámicas del conflicto en los territorios y la construcción de memoria, estos elementos son asientos fundamentales para avanzar en la construcción de paz y en la transformación de patrones e imaginarios que han legitimado el uso de la violencia; así como para la dignificación de las víctimas, que es punto de partida para la rehabilitación;

ii) Las acciones de articulación entre los mecanismos del SIVJNR y las entidades del SNARIV, de tal manera que se garantice de manera efectiva el acceso a la rehabilitación a todas víctimas que participan de los mecanismos del SIVJNR, el desarrollo de acciones focales que atiendan necesidades derivadas de la participación de las víctimas en los escenarios del SIVJNR, y el uso de la información derivada del trabajo de los mecanismos del SIVJNR para fortalecer técnicamente el desarrollo de la medida de rehabilitación;

iii) La incorporación efectiva de los enfoques contenidos en el PNRNCR dentro de las estrategias diseñadas para su desarrollo, de tal manera que no se queden meramente en lo enunciativo, sino que logren materializarse en las acciones desarrolladas con la población.

¹³ Se aclara que lo referente a los indicadores de género del Punto 5 del Acuerdo Final de Paz es abordado con mayor detalle en el Componente enfoque diferencial y de género.

En este sentido, este balance presenta una oportunidad para que las instituciones que hacen parte de la Comisión intersectorial del PNRCNR incorporen las recomendaciones que pueden ser adoptadas para la implementación de dicho plan y que aportarían a la reducción de algunas de las brechas que se presentarán en el capítulo dos de este componente.

La política de salud mental en Colombia.

En términos generales puede decirse que la promulgación de la Ley 1616 de 2013 logró un avance en el reconocimiento de la salud mental como un derecho, en la reglamentación de su atención en el marco de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y en el establecimiento de los servicios que desde el Sistema se deben garantizar para la promoción de la salud, la prevención del trastorno mental, y la atención integral e integrada en salud mental, en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El hecho de especificar que la atención debe ser integrada e integral también es un avance, y es congruente con algunos de los criterios que la jurisprudencia ha señalado para el desarrollo de la medida de rehabilitación en salud mental a las víctimas (en el capítulo de brechas se ahondará el tema de la integralidad). Así pues, la Ley 1616 ha establecido que “La concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas” (Ley 1616, 2013, Artículo 5).

Así mismo, la Ley 1616 de 2013, brinda directrices frente a algunos mínimos requeridos en materia de talento humano al interior de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental públicas y privadas, para garantizar la idoneidad del servicio, especificando que estas instituciones “(...) deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud (...) los equipos interdisciplinarios estarán conformados por: Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Terapia Psicosocial, Médico General, entre otros profesionales, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social” (Ley 1616, 2013, Artículo 18)

Para avanzar en el desarrollo de lo contenido en la Ley 1616 de 2013, sólo hasta el año 2020 el Gobierno Nacional expidió el CONPES 3992 de 2020, en el cual se incluye la estrategia de salud mental en Colombia cuyo objetivo específico es “Promover la salud

mental de la población colombiana a través del fortalecimiento de entornos sociales, el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, el incremento de la coordinación intersectorial y el mejoramiento de la atención en salud mental, con el fin de reducir la incidencia de problemas o trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las víctimas de violencias. Es importante poner de presente que este documento de política no abordará de manera específica los factores asociados a las violencias colectivas (violencia asociada a conflicto armado, genocidio, represión, terrorismo, crimen organizado, entre otras), para este último se requiere la definición de otro instrumento de política, el cual deberá articularse con el presente documento”. (CONPES 3992, 2020, p.19)

Así mismo, el CONPES contempla tres líneas estratégicas en su plan de acción: i) Estrategia para la atención en salud e inclusión social, ii) Estrategia para el fortalecimiento de entornos protectores, iii) Estrategia para la coordinación intersectorial en temas de salud mental. (CONPES 3992, 2020)

Tanto el objetivo como las líneas estratégicas vislumbran las acciones en materia de promoción de la salud mental para la población colombiana, sin embargo, llama la atención que no se incluyeron apuestas particulares para la atención psicosocial y en salud mental de las víctimas en ocasión del conflicto armado. Por el contrario, se incluyó una concepción genérica de víctima, que también incluía las víctimas de violencias interpersonales, violencias basadas en género (VBG), entre otras. Así, tanto la Ley 1616 de 2016, como el documento CONPES no incluyen particularidades en pro de la garantía de la atención en salud preferencial y reparadora para las personas víctimas del conflicto armado.

En este sentido es evidente que la ley de salud mental, y el CONPES 3992 no incorporan, ni tienen en cuenta la situación de salud mental de las víctimas del conflicto armado, desconociendo sus necesidades y la importante necesidad de articular acciones estratégicas para lograr implementar de manera adecuada y efectiva la medida de rehabilitación como parte de la reparación integral a las víctimas.

Por otro lado, el CONPES identifica que una de las posibles causas del deterioro de la salud mental de la población colombiana tiene que ver con” la desarticulación y fragmentación de la salud mental con otras políticas y otros sectores que inciden en esta. A esto se suma, que la mayoría de las intervenciones en salud mental se realizan desde el sector salud, en gran medida porque la salud mental aún está asociada exclusivamente a trastornos mentales, desligándola de factores como la violencia y consumo de SPA” (CONPES 3992, 2020, p.18).

Estos elementos que agravan el deterioro de las condiciones de salud mental de la población en general, se deben considerar a la hora de articular la oferta para garantizar la rehabilitación de la población víctima; pues al ser factores estructurales van a limitar la posibilidades de que la medida se desarrolle de acuerdo con los criterios técnicos y jurídicos

que se ha definido; y adicionalmente, pueden imponer cargas, que por la situación particular de la población víctima, son desproporcionadas y pueden resultar victimizantes.

Finalmente, cabe resaltar que el CONPES 3992 de 2020 plantea que el MSPS avanzará en: i) implementar “el proceso de interoperabilidad de las fuentes de datos, el cual estará orientado al análisis y a la toma de decisiones, a partir de la información obtenida en el Observatorio Nacional de Salud Mental” (p.50) y ii) incluir “en el Análisis de Situación de Salud Nacional y Territorial un apartado sobre salud mental, morbilidad asociada a los problemas y trastornos mentales, epilepsia, consumo de SPA, convivencia, y violencias” (p.50), con el fin de producir información a nivel territorial.

Considerando, que las víctimas del conflicto armado en el país ascienden a cerca del 20% de la población colombiana¹⁴, y que de acuerdo con la ENSM (MSPS & Colciencias, 2015) estas presentan una mayor prevalencia de afectaciones de este tipo; se espera que el MSPS desarrolle un análisis exhaustivo y particular sobre la situación de salud mental en esta población, desde la noción de sufrimiento y no desde la categoría de enfermedad, deslindado del análisis realizado en relación con la afectación por otros tipos de violencias, el cual sirva para fortalecer técnicamente y tomar decisiones en la implementación de la medida de rehabilitación a las víctimas.

Este recorrido por los antecedentes normativos, por el articulado de la Ley de Víctimas y por los compromisos establecidos en el Acuerdo de Paz, da cuenta de las obligaciones del Estado en materia de rehabilitación a las víctimas como componente de la reparación integral.

En conclusión, este capítulo deja ver que el marco normativo y las sentencias de la Corte Constitucional son amplias y suficientes para identificar los elementos centrales del derecho a la rehabilitación de las víctimas. Se observa una evolución del concepto de rehabilitación desde una visión asistencial en salud, hacia un propósito transformador en el marco de la reparación, que no contempla solo la salud física y mental, sino que incorpora una perspectiva psicosocial amplia y un carácter social, cultural y jurídico, que permite mitigar el sufrimiento y resarcir los daños emocionales, en salud integral, relacionales, comunitarios y colectivos.

Lo anterior aunado a un Acuerdo de Paz que reconoce el daño causado a las víctimas del conflicto armado y avanza en el compromiso de transformar las condiciones estructurales que han generado el conflicto y en el componente de rehabilitación integral, le apuesta a recuperar el daño, pero además a lograr la convivencia y a la no repetición, como garantía de los derechos de las víctimas.

¹⁴ Este 20% es un dato aproximado, a partir de una regla de tres en la que se calcula la proyección que el DNP hace de la población Colombiana estimada para junio 2020 contra la población del RUV. (no se hacen distinciones entre víctimas y sujetos de atención)

CAPÍTULO 2. NECESIDADES Y BRECHAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MEDIDA DE REHABILITACIÓN

“Varios países han incluido la rehabilitación como forma de reparación en sus programas nacionales, como Chile, Colombia, El Salvador y Guatemala. Sin embargo, esta es una de las medidas de reparación que supone graves problemas para los Estados en cuanto a su aplicación, en particular cuando continúan las situaciones de conflicto y no se dispone de la infraestructura ni los conocimientos especializados o estos son insuficientes para prestar esos servicios.” (Salvioli, F. 2019)

Hasta este punto se han abordado los marcos normativos, nacionales e internacionales, que han dado lugar a la implementación de acciones específicas y diferenciadas para garantizar el derecho a la rehabilitación por parte de las víctimas del conflicto armado identificando posibles elementos de tensión y asuntos pendientes. Si bien se evidencia un avance en el ámbito normativo, es importante reconocer que este avance se ha dado en los últimos veintidós años a pesar de haber vivido un conflicto armado reconocido por el Estado de más de medio siglo (Gobierno Nacional y Farc -EP, 2016).

En este sentido, y en aras de dimensionar el reto de reparar integralmente a las víctimas, e implementar la rehabilitación como parte de esa apuesta, la experiencia comparada con países cercanos como Perú, Chile y Guatemala, muestra “que Colombia ha tenido un porcentaje de víctimas que supera, en al menos 10 veces, a las demás naciones identificadas, con lo cual se puede señalar la trascendencia del reto que tiene el país en cuanto a la implementación de la política pública de atención, asistencia y reparación a las víctimas del conflicto armado, así como los altos costos que ello implica.” (MSPS, 2020a)

El contexto del conflicto armado y la violencia sociopolítica es una circunstancia que empieza a ser analizada como determinante en la salud física y mental desde hace relativamente poco, y por ende, a considerarse como un factor para el diseño de políticas, programas y planes en salud mental y física específicos para quienes la han sufrido.

A pesar de que el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia (2003) ya señalaba entre sus hallazgos que la salud mental y sus afectaciones están relacionadas con el ambiente y con procesos sociales complejos como el conflicto armado y la violencia urbana (MPS, 2005), desde hace apenas 8 años (2012) se está avanzando en la implementación de estrategias y programas que responden de manera específica y diferenciada a los daños particulares en salud física y mental generados por los hechos del conflicto armado. Sin embargo, persisten retos relativos al logro de los mínimos establecidos por la normativa y jurisprudencia nacional e internacional para que efectivamente las acciones en salud integral dirigidas a atender las necesidades de las víctimas tengan un efecto reparador.

Adicionalmente, desde hace un par de años se ha venido avanzando en lo que se ha llamado “una memoria de la salud de las víctimas del conflicto que permita conocer de qué se enferman física y mentalmente los/las afectadas de la guerra, cuáles son sus dolencias más graves y significativas según los hechos victimizantes” (Corporación Vínculos, 2016, p. 18). Concretamente, el Observatorio Nacional de Salud (ONS) desarrolló el informe “Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia” (2017) con el objetivo de ampliar la mirada sobre la forma en que el conflicto armado ha actuado como determinante social de la salud en el país; sin embargo, este no tiene como pretensión brindar unos resultados concluyentes frente a la causalidad de los hechos del conflicto armado en la salud.

La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, evidencia que entre la población víctima se presentan afectaciones particulares de salud mental y unos mayores índices de morbilidad en relación con algunas afectaciones clínicas. Así pues, ha señalado que los trastornos de afecto (depresión y trastorno bipolar) se presentan en un 6,7% en la población general, mientras que en la población desplazada tienen una prevalencia del 11,3%; así mismo, indica que los trastornos de ansiedad tienen una aparición 2,5 veces mayor entre la población desplazada que en la población general, al igual que la conducta suicida. Estos datos evidencian la necesidad de una atención especializada y diferenciada para esta población y ponen de relieve la importancia de implementar medidas de rehabilitación acordes a las necesidades particulares.

Frente a las afectaciones en la salud mental, el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003 (ENSM), refiere que lo más grave en relación con el conflicto armado es “la vulneración psicológica de las víctimas y los victimarios, en términos del encuentro con un horror psíquicamente no asimilable, encuentro que no tienen solución de continuidad. Así mismo, los efectos se observan en toda la población, pues la guerra impulsa un proceso de deshumanización que empobrece las capacidades de pensar lúcidamente; la voluntad y capacidad de comunicarse con veracidad y eficacia, la solidaridad ante el sufrimiento y el sentido solidario y la esperanza.” (MPS, 2005, p. 106).

En cuanto a la salud mental y el sufrimiento, el documento refiere que ante hechos traumáticos graves son más las personas que los superan de manera espontánea y con sus propios recursos, e incluso relatan aprendizajes positivos y de fortalecimiento personal, lo que da muestra de la resiliencia, es decir, la capacidad de adaptarse y sobrellevar los eventos negativos de la vida. (MPS, 2005, p. 99)

En este capítulo se profundizará sobre las necesidades en rehabilitación que aún persisten para las víctimas del conflicto armado, a pesar de los avances en la implementación del PAPSIVI y de las medidas complementarias a este (ERE-G), establecidas en el marco del Plan Nacional de Desarrollo actual (2018 - 2022). Estas necesidades se identificaron a partir de la exploración de fuentes primarias y secundarias,

contrastando diferentes puntos de vista de actores involucrados o relacionados con la rehabilitación en Colombia.

El análisis realizado permitió evidenciar brechas importantes en el cumplimiento del goce efectivo al derecho a la rehabilitación considerando lo establecido en la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras (Ley 1448 de 2011) en diferentes ámbitos: cobertura, enfoque de género, difusión, integralidad, continuidad, oportunidad, articulación, evaluación de los resultados, especialización del talento humano, y financiación del componente de rehabilitación en el marco de la reparación integral.

Cobertura de las medidas de rehabilitación (física y psicosocial).

Tras nueve años de implementación de la Ley de Víctimas, el Gobierno Nacional presentó el “Balance de la Política Pública para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado”, donde indica que la medida de rehabilitación se ha desarrollado a través del PAPSIVI, a cargo del MSPS, y de la Estrategia de Recuperación Emocional (ERE-G), a cargo de la UARIV. A partir de la implementación de estas dos acciones se reportó que 693.300 personas víctimas han recibido medidas de rehabilitación en el componente psicosocial en el período 2013 a 2018¹⁵ (Gobierno de Colombia, 2020).

En materia de aseguramiento, para ese mismo período (2013 a 2018), el MSPS reportó que en los últimos 6 años se ha incrementado paulatinamente el aseguramiento de las personas víctimas en el SGSSS: “mientras que en 2013, el 74,3% de las víctimas estaban afiliadas, en 2018 el porcentaje de afiliados aumentó a un 93,0%”¹⁶ (MSPS, 2020a, p. 24), indicando que se han realizado esfuerzos significativos para ampliar la cobertura en salud de las víctimas de conflicto armado.

Así mismo, desde 2011 hasta el 31 de marzo de 2020; el MSPS ha reportado una cobertura territorial de 287 municipios en 31 departamentos (excepto Vichada) con medidas para la rehabilitación psicosocial¹⁷ (MSPS, 2020b), y de 1101 municipios en los 32 departamentos, en los que las víctimas han recibido atención en salud física (MSPS,

¹⁵ El informe de gobierno presenta para este componente cifras con corte el 2018 a pesar de que el documento es del 2020.

¹⁶ Fuente: Informes del Gobierno al Congreso de la República - SISPRO: Víctimas y RUA. Fecha Corte 31 de diciembre de 2018.

¹⁷ Al comparar estos datos con lo reportado por la UARIV en documento aportado para entrevista se evidencian discrepancias “Durante los 9 años de implementación de la medida de Rehabilitación Psicosocial, la Unidad para las Víctimas ha llegado a 244.914 personas, en 31 departamentos y más de 300 municipios” (UARIV, junio de 2020, p. 6). Esto llama la atención, pues siendo el MSPS el rector de la política pública en materia de rehabilitación es a quien compete tener un reporte unificado y congruente con lo indicado por otras entidades. Sin embargo, para efectos de este balance se tendrá en consideración el dato aportado por el MSPS en respuesta al requerimiento de la Defensoría del Pueblo con Radicado No.: 202016100625121 del 04 de mayo de 2020.

2020c). Sin embargo, cuando se analiza la cobertura poblacional a partir de la implementación estas medidas se observa que se ha focalizado principalmente en cuatro departamentos del país: Valle del Cauca, Bolívar, Antioquia y Nariño; mientras que se hay un bajo número de atenciones en los departamentos de Boyacá, Caldas, Casanare, Guainía, Guaviare, Quindío, Risaralda y Vaupés. (CSMLV, 2019)

A pesar de estos avances documentados por el Gobierno, la Corte Constitucional, los organismos de control y seguimiento a la Ley de Víctimas, las organizaciones de la sociedad civil y las mismas víctimas han venido señalando, de manera reiterada, que la implementación de la medida de rehabilitación ha tenido una cobertura insuficiente (CSMLV, 2017; 2018; 2019; 2020 Corte Constitucional, Auto 373 de 2016, Corporación Vínculos, 2016; Mesa Psicosocial, 2016).

“La Mesa Nacional de Víctimas ha manifestado su preocupación por las graves falencias en la garantía de la medida de rehabilitación y la implementación de programas de atención psicosocial específicamente en los departamentos de: Guaviare, Vaupés, Putumayo y Guainía donde las víctimas no reciben la oferta establecida en la ley para su rehabilitación.” (CSMLV, 2020, p. 188)

Así pues, la insuficiencia en materia de cobertura puede reconocerse por lo menos en tres aspectos:

i) Un bajo número de personas atendidas en el marco de las medidas de rehabilitación en relación con el universo total de víctimas identificado en el CONPES 3726 de 2012 y por la Red Nacional de Información - RNI,

ii) La implementación de las medidas de rehabilitación se ha concentrado en municipios en los que hay una alta presencia de personas víctimas registradas en el RUV, existiendo un déficit en el desarrollo de este tipo de medidas en zonas rurales y rurales distantes, en donde las personas víctimas se encuentran dispersas en el territorio, y

iii) A la fecha las víctimas residentes en el exterior no cuentan con una oferta disponible que les permita acceder de manera efectiva a medidas de rehabilitación. Para dimensionar la magnitud de esta brecha, vale la pena señalar que el Gobierno Nacional (2020), en el balance que hace de la política pública de atención y reparación integral a víctimas informa que “El mayor número de declaraciones y víctimas en el exterior incluidas en el RUV se concentra en 10 países, de los cuales procede el 94,2% de las declaraciones y donde está el 97% de las personas incluidas. Esto ha permitido que, con corte al 31 de diciembre de 2019, se identifiquen 25.386 personas incluidas en el registro desde 43 países diferentes” (RNI, 2019, pág. 40).

En relación con la primera limitación, la cual se definirá como **cobertura poblacional** el CONPES 3726 de 2012 establece dos indicadores para dar cuenta del avance de la implementación de la medida de rehabilitación (DNP, 2012, p. 43): i) “Víctimas

con atención o acompañamiento psicosocial en modalidad individual, familiar, comunitaria y/o grupal”¹⁸, y ii) “número de víctimas que acceden a medidas de rehabilitación física y/o mental”, indicando que la meta a 2021, al cierre de vigencia de la Ley 1448, es de 3.000.000 de personas víctimas para cada uno de los indicadores (CSMLV, 2019, 2020).

En el seguimiento desarrollado por la CSMLV (2020), se evidencia frente al primer indicador, que si bien la medida de rehabilitación hasta ahora ha cumplido satisfactoriamente las metas establecidas en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (2014 - 2018), el avance en la implementación de la rehabilitación psicosocial no es satisfactorio en comparación con el número de personas víctimas a ser cubiertas por la medida al cierre de vigencia de la Ley, y mucho menos en comparación con el universo total de víctimas que en Colombia han manifestado la necesidad de contar con medidas para la rehabilitación.¹⁹

“Al comparar la cifra reportada por el Gobierno nacional de 838.138 personas con atención psicosocial, con la meta de 3.000.000 definida en el CONPES 3726 de 2012 para el año 2021, se tiene que transcurridos nueve años de vigencia de la ley, el avance en el cumplimiento del indicador es del 28%. A este ritmo, el tiempo necesario para atender al 72% de la población víctima, es de 24 años aproximadamente. Lo anterior, sin contar con las nuevas victimizaciones que puedan surgir de la persistencia del conflicto armado y la violencia generalizada en algunas zonas del país. (CSMLV, 2020, p. 174)²⁰

¹⁸ Este indicador fue ajustado en el informe de seguimiento al CONPES 3726 de 2012, presentado en diciembre 2019 de la siguiente manera: “Víctimas que han recibido atención y rehabilitación psicosocial” (DNP, 2019, p.13)

¹⁹ Respecto a la focalización de población que demanda la medida de rehabilitación el MSPS ha manifestado a la CSMLV (2020) lo siguiente: “(...) 3. La atención psicosocial, que se oferta a través del PAPSIVI, se realiza bajo una estrategia de búsqueda activa e inducción a la demanda. Los equipos de atención psicosocial y gestión en salud brindan los procesos psicosociales en los domicilios de las víctimas del conflicto armado y se movilizan al interior de los municipios priorizados. Con el fin de fortalecer la fase de focalización, se contrata en promedio a más de 200 promotores(as) psicosociales, quienes son víctimas del conflicto armado y/o líderes con reconocimiento comunitario, y que cumplen un rol fundamental en el contacto, restablecimiento de la confianza entre el Estado y la población víctima.

4. La atención psicosocial, en el marco del PAPSIVI, está mediada por la voluntariedad de la persona víctima para participar en los procesos de atención psicosocial y atención en salud integral.

5. De acuerdo con la UARIV, en los procesos de caracterización de necesidades (encuesta PAARI), no todas las víctimas solicitan atención psicosocial. Por lo anterior, la medición de los avances en la medida de rehabilitación contempla tanto las solicitudes administrativas de la UARIV, como las personas que han sido focalizadas por medio de la estrategia de búsqueda activa del PAPSIVI. En este sentido, continúa siendo un reto el cumplimiento de las metas estimadas en el CONPES 3726 de 2012.” (p. 174)

²⁰ La fecha de corte tomada en el séptimo informe de la CSMLV sobre el número de víctimas que han recibido atención y rehabilitación psicosocial corresponde a lo reportado en Sinergia a diciembre de 2019.

En relación con lo establecido en el PND (2018 - 2022) la CSMLV (2019) identificó que las metas se siguen estableciendo sin considerar la demanda de la población en materia de rehabilitación psicosocial:

“(..) En el PND 2018-2022 se define para este indicador una meta de 1.152.999 víctimas atendidas para el cuatrienio, partiendo de una línea base a 2018 de 692.999 personas, lo que implica que se atenderán 460.000 personas. Al ser este número menor a la meta establecida para el cuatrienio anterior (2015-2018), se evidencia que el universo estimado de víctimas sujeto de atención no fue considerado para definir las metas.” (CSMLV, 2019, p. 113)

Lo anterior, es una de las principales brechas identificadas por la PGN, ya que se sigue evidenciando una baja cobertura respecto a la meta CONPES 3726 de 2012 en la que se proyectó atender a 3.000.000 de víctimas (28% de avance) y más aún con relación la demanda de la medida de rehabilitación por parte de la población identificada mediante la RNI (3.472.453 personas)²¹; apreciación que es congruente con lo que han señalado la Corte Constitucional basándose en datos de la Contraloría General de la República (CGR):

“(...) en materia de rehabilitación la CGR indicó que, si bien las cifras presentadas por el Gobierno Nacional muestran una tendencia creciente en la atención a las víctimas del conflicto, las metas de atención son bajas respecto del universo de víctimas que requieren esta medida, las cuales se estiman que ascienden a 3.472.453 personas, lo cual dista significativamente de la meta de atención que es de 913.000 personas.” (Corte Constitucional, Auto 331 de 2019)

Frente al segundo indicador en materia de cobertura poblacional por parte de la medida de rehabilitación: “número de víctimas que acceden a medidas de rehabilitación física y/o mental”, la meta establecida por el CONPES 3726, fue de 3.000.000 de personas. Mientras que el PND (2014 -2018) estableció que 273.906 personas deberían recibir medidas de rehabilitación física y mental durante el cuatrienio, considerando una línea de base de 134.650 personas que ya habían contado con medidas de este tipo a la fecha de su formulación, cifra bastante lejana de lo establecido en el CONPES.

Partiendo de estos dos referentes, la CSMLV en su Sexto Informe (2019) evidenció importantes discrepancias frente al porcentaje de cumplimiento del indicador durante el cuatrienio 2014 - 2018. Por un lado, los datos presentados por el MSPS reportaban un nivel de avance del 128% sobre la meta CONPES y del 168% sobre la meta del PND (2014-2018), indicando que 459.151 personas accedieron a rehabilitación física y mental durante el cuatrienio. Por otro lado, al analizar los datos de Sinergia se observó un porcentaje de

²¹ Cifra obtenida en consulta la Red Nacional de Información -RNI, con corte a 01 de mayo de 2018. (CSMLV, 2019)

cumplimiento del 587% de la meta del PND, allí se indicaba que 952.000 personas accedieron a rehabilitación física y mental. Y finalmente, al corroborar los porcentajes, la CSMLV hace un cálculo propio con base en los datos de Sinergia en donde identifica que el nivel de cumplimiento de la meta establecida en el PND es del 348% para este indicador²².

Estas divergencias llevan a la CSMLV a “afirmar que no existe claridad frente al porcentaje real de cumplimiento en el cuatrienio” (2019, p. 115) y a recordar que en informes anteriores había planteado al DNP y al MSPS la necesidad de realizar un diagnóstico de la población víctima que requiere esta atención, para lograr formular una meta ajustada a la realidad. Si bien se reconoce que el MSPS asignó a las Secretarías de Salud esta responsabilidad usando los lineamientos del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial, indica que “las entidades territoriales no han dado a conocer los resultados de la identificación y caracterización en salud de la población víctima” (CSMLV, 2019, p.116).

Sin duda, la ausencia de una caracterización e identificación clara de necesidades en materia de rehabilitación física y mental es una falencia que imposibilita conocer el alcance y cobertura que debe tener la implementación de estrategias para garantizar ese derecho de manera efectiva a la población víctima, y por ende limita la medición del impacto de la medida de rehabilitación en el marco de la reparación integral.

Esta preocupación se incrementa cuando se encuentra que el PND 2018-2022 no considera este indicador para evaluar la implementación de la medida de rehabilitación a las víctimas; más aún cuando la CSMLV ya había advertido a las entidades gubernamentales (DNP y MSPS) sobre la necesidad de implementar mecanismos que permitieran fortalecer dicha medición. Vale la pena aclarar que el incremento en el aseguramiento al SGSSS que presenta el Gobierno en su informe de balance de la Ley 1448 (2020) no representa de ninguna manera una garantía al derecho a la rehabilitación física y mental, solo supone la mitigación de una de las múltiples barreras para el goce efectivo del derecho.

²² Al respecto la CSMLV (2020) ha señalado que “Se ha insistido en la necesidad de definir las metas considerando el universo de víctimas sujetos de atención psicosocial. En este sentido, ha identificado varias cifras como referentes: (i) Según la RNI, para el año 2017, el universo de población a atender era de 3.472.453, (ii) con corte al 10/06/2020, 7.277.408 han sido sujetos de atención y reparación, y (iii) en el CONPES 3726, se estableció la meta de 3.000.000 para el año 2021. Al respecto, el MSPS hace las siguientes consideraciones: 1. A la fecha, no ha sido notificado sobre la actualización del CONPES 3726 de 2012, el cual define los lineamientos, plan de ejecución de metas, presupuesto y mecanismo de seguimiento para el Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Conforme lo anterior, continúa vigente la meta de 3.000.000 de víctimas con atención psicosocial. 2. Las metas definidas para cada PND y la vigencia fiscal, se estiman a partir de la proyección presupuestal solicitada por medio de proyectos de inversión nacional y el comportamiento de asignación de la fuente de recursos ADRES (...)” (p.174)

En cuanto a la cobertura de las medidas para la rehabilitación psicosocial y en salud integral a las víctimas considerando el enfoque diferencial, en el séptimo informe de la CSMLV (2020) se reportan datos de atención para 2019 y 2020 diferenciados por sexo, género, etnia, orientación sexual y discapacidad (en el caso de medidas de rehabilitación en salud); sin embargo, no se reportan datos referentes a grupos poblacionales, lo que hace imposible determinar el avance en la implementación de la medida de rehabilitación con grupos poblacionales como las niñas, niños, jóvenes y adultos mayores.

En cuanto a la rehabilitación de niños, niñas y adolescentes (NNA), la UARIV desarrolló el Protocolo para Adolescentes y Jóvenes “Dignidad y Memoria” -DIME- y el Protocolo para Niños y Niñas de la ERE-G (entre 6 y 12 años), su implementación inició en 2012 y 2016, respectivamente. A junio de 2018 mediante el protocolo DIME se había atendido un total de 4.233 jóvenes y mediante la ERE-G se había atendido un total de 1.736 niños y niñas (Gobierno de Colombia, 2018b). Sin embargo, no se logró conocer información más actualizada sobre la implementación de estas acciones y sobre el impacto que tuvieron en la rehabilitación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Por su parte, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) construyó el “lineamiento técnico de estrategia de acompañamiento psicosocial para el restablecimiento de derechos y contribución a la reparación integral de niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado” aprobado por Resolución No. 1523 de febrero 23 de 2016, con el propósito de contar con un eje integrador e integrado que le permita sustentar las acciones que se desarrollan desde el proceso de restablecimiento de derechos y las acciones desde el acompañamiento psicosocial, a través de una perspectiva reparadora y transformadora (ICBF, 2016).

Este lineamiento establece como objetivo “Garantizar el acompañamiento psicosocial a los niños, niñas, adolescentes, sus familias y/o redes vinculares de apoyo, víctimas del conflicto armado, en el proceso de restablecimiento de derechos y acompañamiento para la reparación integral” (ICBF, 2016, p. 20); sin embargo, aunque considera un enfoque transformador y reparador no hace mención a acciones enmarcadas en la medida de rehabilitación para abordar de manera especializada y específica los daños derivados de las vivencias de conflicto armado por parte de los NNA.

A pesar de que no fue posible identificar los avances en materia de cobertura de la medida de rehabilitación para NNA, se resumen a continuación los datos de cobertura reportados por el ICBF en sus informes de gestión como parte de las acciones desarrolladas para el restablecimiento de derechos de NNA víctimas del conflicto armado:

Tabla 4. NNAJ víctimas del conflicto armado atendido por el ICBF en el marco de los programas de restablecimiento de Derechos. Elaboración propia a partir de datos reportados en los informes de gestión del ICBF publicados entre 2015 y 2019.

Acción adelantada	2015	2016	2017	2018	2019	Total período
Restablecimiento de derechos a niños, niñas y adolescentes huérfanos como consecuencia del conflicto armado. Atendidos a través de las modalidades de Hogar Gestor y Hogar Sustituto y acompañados en su proceso de reparación integral. (ICBF, 2015, 2016a, 2017, 2018, 2019)	476 NNA	593 NNA	1.271 NNA	55 NNA	112 NNA	2.507 NNA
Atención en las diferentes modalidades del programa especializado a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, víctimas de reclutamiento ilícito que se han desvinculado de los grupos armados organizados al margen de la ley. (ICBF, 2015, 2016a, 2017, 2018, 2019)	646 NNAJ	538 NNAJ	585 NNAJ	482 NNAJ	437 NNAJ	2.688 NNAJ
Atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de Minas Antipersonal (MAP) Municiones sin Explotar (MUSE), atentados terroristas y acciones bélicas, a través de las modalidades de Hogar Gestor, Hogar Sustituto y Seminternado con Discapacidad. (ICBF, 2015, 2016a, 2017, 2018, 2019)	23 NNA	155 NNA	371 NNA	26 NNA	39 NNA	614 NNA

Encuentros familiares con los adolescentes del “Programa Especializado de Atención a niños, niñas y adolescentes que se desvinculan de grupos armados al margen de la ley” y sus familias. (ICBF, 2016a, 2019)		174 NNA 384 familiares/red vincular			379 personas	174 NNA 384 familiares/red vincular 379 personas
Atención a personas víctimas de desplazamiento forzado por conflicto armado o afectados por situaciones de desastre en el marco de la contribución de derechos a niños, niñas y adolescentes víctimas de desplazamiento forzado/Unidades Móviles (ICBF, 2015, 2016a, 2017, 2018, 2019)	132.009 personas de los cuales 68.628 NNA	231.508 personas de los cuales 130.263 NNA	121.080 personas de los cuales 68.431 NNA	210.368 personas de los cuales 120.577 NNA	204.138 personas de los cuales 117.837 NNA	899.103 personas de los cuales 505.736 NNA
Población total atendida por el ICBF durante el quinquenio, discriminada por grupos	NNAJ					511.719
	Familiares y red vincular					384
	Población general sin discriminar edad					899.482

Según los datos reportados por el RUV, hay un total de 1.923.512 NNA víctimas registrados que son sujetos de atención por parte de la Ley 1448; de los cuales 252.758 niños y niñas están entre los 0 y 5 años, 744.256 están entre 6 y 11 años, y 926.494 NNA tienen entre 12 y 17 años; lo que en total representa un porcentaje del 12,8% de la población que debe ser atendida por las medidas contempladas en La Ley de Víctimas²³. Si se comparan estos datos con los reportados por el ICBF y la UARIV se evidencia una baja cobertura en materia de rehabilitación para los NNAJ reconocidos como víctimas en el marco de ley 1448 de 2011.

En cuanto al **enfoque de género**, en el marco de la medida de rehabilitación la Corte Constitucional en el Auto 737 de 2017, recoge la preocupación señalada por la CSMLV (2017) respecto a

²³ Fuente: <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>. Reporta datos obtenidos de la Red Nacional de Información con corte a 31 de agosto de 2020. Consultado el 15 de septiembre de 2020.

“los escasos avances en materia de rehabilitación psicosocial a las mujeres víctimas de delitos contra la libertad e integridad sexual. (...) De acuerdo con la Comisión, del total de mujeres víctimas identificadas en los anexos reservados de los Autos de esta Sala Especial, sólo el 2% han accedido a la modalidad individual de la Estrategia de Recuperación Emocional (ERE), mientras que el 19,2% ha accedido a través de la modalidad grupal. Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social reportó que el 13% del total de mujeres ha accedido a la medida de atención psicosocial del PAPSIVI, cifras que siguen estando en niveles muy bajos.” (Corte Constitucional, Auto 737 de 2017, pp. 196)

Adicionalmente, en el marco del cumplimiento de los compromisos establecidos en el acuerdo de paz, en términos de rehabilitación psicosocial y en aplicación del enfoque de género el Plan Marco de Implementación del Acuerdo de Paz, se tiene el indicador de “Mujeres Víctimas con atención y/o acompañamiento psicosocial para la recuperación emocional de acuerdo con la línea de atención diferenciada a mujeres y grupos étnicos²⁴”. Aunque no se trata de un indicador acumulativo, en los reportes se ha presentado el número de mujeres víctimas atendidas con desglose de pertenencia étnica y de atención por delitos contra la libertad y la integridad sexual.

De esta manera, para el año 2017: “El Ministerio de Salud junto con las entidades territoriales, en el marco de la implementación del PAPSIVI, brindó atención a un total de 139.552 víctimas del conflicto armado en la vigencia 2017. Del total de víctimas atendidas, 78.386 son mujeres víctimas, lo que representa el 56% del total. Del total de mujeres atendidas en esta vigencia, el 20% (15.498) manifestaron pertenecer a un grupo étnico, y el 0,3% (202) mujeres recibieron atención por delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado.”(Consejería para la Estabilización, 2020²⁵).

Mientras que para el año 2018 “El Ministerio de Salud junto con las entidades territoriales, en el marco de la implementación del PAPSIVI, brindó atención a un total de 59.607 víctimas del conflicto armado. Del total de víctimas atendidas, 34.820 son mujeres víctimas, lo que representa el 58% del total. Del total de mujeres atendidas en esta vigencia, el 20,89%% (7.273) manifestaron pertenecer a un grupo étnico, y el 0,4% (150) mujeres recibieron atención por delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado”. (Consejería para la Estabilización, 2020).

²⁴ “El indicador en mención, tiene un rezago técnico de 90 días que se incluye en su ficha técnica. Este rezago técnico se calcula a partir de los diferentes procedimientos, intra e interinstitucionales, que debe llevar a cabo el Ministerio de Salud para la obtención y validación del dato”.

²⁵ El informe de avance de la Consejería para la estabilización y consolidación tiene fecha de Marzo del 2020 y presenta que la fecha de corte es diciembre 2019: “Fuente: Datos procesados por la CPEM con base información de la Consejería Presidencial para la Estabilización y Consolidación, con corte a diciembre de 2019”

Este informe no presenta las cifras de atención para el 2019, sin embargo el SIIPO reporta una atención a 68.409²⁶ mujeres víctimas con atención y/o acompañamiento psicosocial para la recuperación emocional de acuerdo con la línea de atención diferenciada a mujeres y grupos étnicos.

En relación con la población OSIGD la CSMLV (2020) informa que “de acuerdo con la información reportada por el MSPS para el año 2019, 7.925 víctimas con OSIGD recibieron atención psicosocial, lo que representa el 5%. El total de víctimas pertenecientes a grupos étnicos fue de 18.221.” (CSMLV, 2020)

En detalle, para el 25 de mayo de 2020 – Día Nacional por la Dignidad de las Mujeres Víctimas de Violencia Sexual con ocasión del Conflicto- la Unidad para las Víctimas publicó que “al 31 de marzo de 2020, ha entregado 8.174 indemnizaciones a mujeres víctimas de violencia sexual, con una inversión de 160.806 millones de pesos. El total de víctimas que han recibido atención psicosocial a través de las distintas estrategias creadas para este fin han sido 3.547”. Asimismo, detalló que en el RUV – con corte al 30 de abril de 2020 – hay 3.792.277 mujeres reconocidas que cumplen con los requisitos para acceder a medidas de atención y reparación en el marco de la Ley 1448 de 2011 (52,1% del total de víctimas registradas). Para el caso de los delitos contra la integridad física y sexual se indicó la inclusión de 32.092 víctimas, de las cuales 29.035 son mujeres (90,5% del total)²⁷.

La CSMLV (2020) en su último informe presenta que: “Entre el 2011 y el 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social ha prestado atención en salud física a 3.141 mujeres víctimas de violencia sexual. Para el mismo periodo, 1.637 mujeres víctimas de estos hechos han recibido atención en salud mental. Si bien el número de mujeres que han recibido este servicio no corresponde con el total de mujeres incluidas en el Registro Único de Víctimas (29.035) por este hecho victimizante, se aclara que la atención física y mental se garantiza de acuerdo a la demanda de mujeres que la solicitan”. (CSMLV, 2020)

Así pues, a pesar de que el Plan Marco de Implementación plantea un indicador específico y de que se esperarían mayores esfuerzos en esta materia (2020), las cifras reportadas en el informe de la Consejería para la Estabilización y en el SIIPO (2020) evidencian una persistencia de la baja cobertura en cuanto a la situación particular y específica de las mujeres, de acuerdo al enfoque de Género. la persistencia de esta limitación ha sido explicada por la UARIV, el MSPS, el DNP y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en el informe al Auto 737 de 2017, en donde sostienen **que la baja cobertura de mujeres víctimas** con atención psicosocial se relaciona con asuntos de articulación entre componentes de atención integral en salud y la atención psicosocial, articulación entre estrategias psicosociales, dificultades asociadas a la contratación y

²⁶ E.G.2 Mujeres Víctimas con atención y/o acompañamiento psicosocial para la recuperación emocional de acuerdo a la línea de atención diferenciada a mujeres y grupos étnicos. Fecha de Corte 31 de diciembre de .2019

²⁷ Tomado de: <https://www.unidadvictimas.gov.co/especiales/ViolenciaSexual/index.html>

asuntos presupuestales que dificultan una mayor ampliación de la cobertura de rehabilitación emocional a las mujeres víctimas del conflicto armado (MHCP, MSPS, DNP & UARIV, 2018)

Adicionalmente, en desarrollo del Plan Marco de Implementación del Acuerdo de Paz -PMI- (Gobierno de Colombia, 2018a), la UARIV ha puesto en funcionamiento **el acompañamiento psicosocial en modalidad individual en los Centros Regionales de Atención a Víctimas** como una estrategia para mermar las brechas en cobertura; esto se ha dado mediante: i) la contratación de profesionales que implementan la modalidad individual del PAPSIVI en el CRAV, ii) la articulación con la Oficina de Promoción Social del MSPS para realizar la transferencia metodológica y cualificación de los 28 profesionales psicosociales que implementan el PAPSIVI en los CRAV, y iii) la atención a 4.036 víctimas en los CRAV en esta modalidad durante el desarrollo del PMI (CSMLV, 2020).

Sin embargo, se reconoce que para avanzar a través de esta estrategia de una manera más significativa en la cobertura es necesario ampliar la financiación para su desarrollo y lograr la concurrencia de los entes territoriales para la contratación de un mayor número de profesionales.

“La cobertura por temas presupuestales es tal vez el mayor reto que seguimos teniendo como Gobierno (...) Entre Gobierno Nacional, MSPS y UARIV desde el Acuerdo de Paz ampliamos la cobertura en el programa de enfoque psicosocial, hoy tenemos un profesional psicosocial en cada uno de los Centros Regionales que permiten que las Víctimas accedan a PAPSIVI realizado desde la UARIV. Adicionalmente para nuestro plan de trabajo de este año, contemplamos la medida de rehabilitación en 105 municipios, de los cuales 85 son PDET. Dado la COVID-19 se redujo a 80 municipios. Pensábamos tener duplas de Psicólogos en esos 105 municipios que permitiera que un poco más de 20.000 víctimas en esos municipios PDET pudieran acceder a la medida de rehabilitación; sin embargo, pensamos que los entes territoriales pudieran también aportar al aumento de la cobertura para la medida de Rehabilitación Emocional.” (Entrevista UARIV, junio de 2020)

Pasando a la segunda limitación mencionada frente al tema de cobertura (zonas rurales y rurales dispersas), que llamaremos **cobertura territorial**; puede decirse que esta ha persistido desde la creación de la Ley y a lo largo del desarrollo de la medida de rehabilitación, como lo ha señalado en diferentes momentos la CSMLV en sus informes.

En el Primer Informe (2013 -2014), la Comisión señaló que a partir de los testimonios de las víctimas podía dar cuenta de que “la prestación de los servicios de salud en zona rural es intermitente, muchas veces por dificultades de acceso geográfico o seguridad, lo que conlleva a que la atención se focalice en las zonas urbanas.” (CSMLV, 2014, p. 116)

En el Quinto Informe, la CSMLV (2018) señaló que los datos de cobertura mostraban una concentración de implementación del programa PAPSIVI en zonas urbanas, y en este sentido recomendó al MSPS realizar un diagnóstico de la población víctima residente en zonas rurales. Sin embargo, en el seguimiento realizado a la recomendación durante la elaboración del Sexto Informe (2019), la CSMLV no evidenció la implementación de ninguna estrategia para obtener información sobre dicha población, esto a pesar de que el MSPS manifestó acoger la recomendación hecha en el Quinto Informe.

Así mismo, el Sexto Informe como parte de sus conclusiones señaló que: “teniendo en cuenta el criterio de implementación del PAPSIVI, que focaliza las zonas con mayor presencia de víctimas, los datos muestran una concentración de implementación del programa en zonas urbanas consolidadas y poca cobertura en las zonas rurales y rurales distantes. A la fecha existen departamentos en donde, a pesar de tener población víctima incluida en el RUV, no han contado con oferta en atención psicosocial” (CSMLV, 2019, p. 127).

En consecuencia, reiteró su preocupación por la falta de información relacionada con la implementación del programa en zonas rurales y rurales distantes, y recomendó al MSPS: “adelantar las estrategias que permitan integrar a la población víctima residente en zonas rurales y rurales dispersas a la oferta de atención psicosocial y de rehabilitación física y mental” (CSMLV, 2019, p. 128)

Y, en el Séptimo Informe, publicado en agosto de este año, a pesar de los avances que la UARIV y el MSPS reportan en cumplimiento de lo planeado en el PMI para fortalecer la medida de rehabilitación en las zonas rurales y apartadas, de nuevo advierte:

“Con relación a los datos de cobertura, se puede afirmar que se observa una concentración de la atención psicosocial en las ciudades, mientras que en las zonas rurales la cobertura continúa en niveles bajos 3.7%. Asimismo, como se señaló en el Sexto Informe de la CSMLV, no es clara la asignación de recursos para ampliar las coberturas poblacionales y territoriales de atención psicosocial. Situación que se agrava con las demoras presentadas en la formalización y asignación presupuestal al Programa Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición.” (CSMLV, 2020, p. 178)

Esta es una necesidad que fue reafirmada en las entrevistas realizadas con actores clave; quienes manifestaron que la falta de cobertura de las medidas de rehabilitación en lo rural y en lo rural disperso²⁸, se traduce en una barrera de acceso a la salud integral y consecuentemente al derecho a la rehabilitación.

²⁸ En el componente de Reparación colectiva se presentan las brechas frente a la falta de articulación entre medidas colectivas e individuales del componente de Rehabilitación.

"Hay dificultades de acceso en las regiones, especialmente rurales y alta ruralidad en el país. Esto genera que las personas no tengan acceso a la salud integral. A las personas se les dificulta poder acceder por la distancia, transporte (...) las barreras se incrementan en situaciones de discapacidades, pues hay barreras de acceso a las ayudas técnicas (...) Es necesario poner el foco más en lo rural" (Entrevista testigos privilegiados, junio de 2019).

Con esto no se pretende desconocer las diferentes iniciativas adelantadas desde la institucionalidad para dar respuesta a las necesidades en rehabilitación de las víctimas en el ámbito rural; sino exaltar que se requieren mayores esfuerzos técnicos, administrativos y de instituciones, no necesariamente relacionadas con la implementación de la medida de rehabilitación, para que esta avance en su cobertura territorial.

Particularmente, se reconoce la iniciativa de la UARIV que históricamente ha enfocado la implementación de la ERE-G en los municipios y no en las ciudades capitales, en donde el cubrimiento del PAPSIVI ha sido mayor. Esto ha permitido llegar tanto a los centros poblados como a las zonas rurales de los municipios, sin que ello signifique la inexistencia de barreras y desafíos, que como se ha reconocido, son de diversa índole: accesibilidad geográfica, disponibilidad de medios de transporte, persistencia en la alteración del orden público en zonas rurales y dispersas, costos más altos de implementación que no cuentan con financiación, carencia de una oferta e infraestructura institucional que atienda de manera integral las necesidades en reparación de las víctimas, desconfianza hacia las instituciones del Estado por el abandono histórico, y dificultades en la focalización de la población que requiere la medida (UARIV, 2020).

La necesidad de ampliar la cobertura territorial en lo rural y rural disperso pone de presente una brecha entre lo establecido en la Ley 1448 y lo que está sucediendo en la práctica; en tanto que la medida de rehabilitación está contemplada como parte de la reparación integral, y por ende, tienen derecho a acceder a ella todas aquellas personas reconocidas como víctimas en los términos establecidos por el Artículo 3, sin ningún distingo más allá del que establece la especificidad del daño sufrido y por el cual se requiere la rehabilitación.

Ahora bien, la UARIV y el MSPS en su encargo de implementar la medida de rehabilitación, atendiendo al principio de gradualidad y buscando la armonización entre la demanda y la oferta, han construido unos criterios básicos para la focalización territorial que les permita avanzar en la implementación de la medida; por ejemplo, "los criterios que la Unidad para las Víctimas tiene en cuenta para la focalización de beneficiarios y de coberturas territoriales son los siguientes: (i) Víctimas identificadas como incluidas en el Registro Único de Víctimas (RUV), (ii) Municipios identificados por las Direcciones Territoriales en los que se estén desarrollando procesos de reparación integral a cargo de la Unidad para las Víctimas, (iii) Municipios en los que no se encuentre la oferta PAPSIVI y

(iv) Municipios con Enfoque Territorial PDET para el postconflicto” (MHCP, MSPS, DNP & UARIV, 2018, p. 13)

Si bien es cierto que los criterios para la focalización de los territorios son razonables, es necesario incorporar también como criterio la focalización de aquellos municipios en los que a través del Plan de Asistencia, Atención y Reparación Integral, las Víctimas (PAARI) identifican necesidades en atención psicosocial²⁹. Es evidente que centrar la priorización del desarrollo de medidas de rehabilitación en municipios en los que hay una alta concentración de víctimas, ha conllevado a que las personas que están situadas en zonas rurales o dispersas no tengan acceso a ellas porque no hay oferta institucional disponible, afectando la cobertura y limitando la posibilidad de mitigar los daños psicosociales y en salud física y mental sufridos como consecuencia del conflicto armado.

“(…) se generaron unos criterios básicos que promueven la armonización entre demanda y oferta, de tal forma que uno de los criterios para focalizar los municipios se relaciona con el número de solicitudes de atención psicosocial. Sin embargo, sigue siendo un **reto y una limitación** que se debe continuar fortaleciendo en tanto se requiere atención en lugares de difícil acceso, que requieren de atención psicosocial, pero a los cuales no ha podido llegar la oferta del Gobierno, en tanto no hay condiciones para la presencia de profesionales psicosociales en estos territorios” (UARIV, 2020, p. 2)

En este caso, la estrategia de priorización desarrollada conlleva el riesgo de que las personas víctimas que se encuentran en zonas en donde la presencia del Estado es más débil, tengan menos posibilidades de acceso a las medidas que garantizan su derecho a la reparación; convirtiéndose esto en un contrasentido del espíritu reparador y transformador que inspira la Ley 1448 de 2011.

Frente a esta necesidad reiterada por años, cabe señalar que la ampliación de la cobertura territorial a la ruralidad, implica mucho más que disponer una oferta institucional para la rehabilitación en territorios a los que no se ha llegado, realmente requiere el “acondicionamiento de la estructura necesaria para garantizar el acceso a la salud por parte de las víctimas del conflicto” (Corporación Vínculos, 2016, p. 11); esto significa tener en cuenta “la ruralidad como condición geográfica y social, de forma tal que se reconozcan los especiales impactos que ha tenido la guerra en la población rural y se facilite así su reparación integral. Así mismo, el conocimiento ancestral que de la salud tienen las comunidades.” (Corporación Vínculos, 2016, p. 11)

En esta línea, la firma del Acuerdo de Paz y los compromisos asumidos por la institucionalidad dentro del Plan Marco de Implementación – PMI (Gobierno de Colombia,

²⁹ En la práctica pareciera que sí tienen en cuenta este criterio, pero no lo incluyeron en el informe que entregaron a la Corte.

2018a) representan una ventana de oportunidad en la medida en que i) favorecen el acceso de las instituciones estatales a las zonas rurales a las que antes no se podía llegar con la oferta estatal; ii) establecen la obligatoriedad y algunos mecanismos para desarrollar la rehabilitación en contextos rurales y zonas apartadas mediante la creación del PNRCNR y iii) dispone de mecanismos para la transformación estructural del campo, cerrando las brechas entre el campo y la ciudad, y creando condiciones para el fortalecimiento de la atención integral en salud física y mental, en articulación con el Plan Nacional de Salud Rural³⁰ (PNSR).

En concreto, en respuesta a esta necesidad el PMI incorporó el indicador “Víctimas atendidas a través de estrategias móviles de rehabilitación psicosocial en los lugares más apartados” (Gobierno de Colombia, 2018a, p. 130). La CSMLV (2020) identificó que aunque en la plataforma SIIPO no se reporta avance frente a esta medición, el MSPS indicó que con corte al primer semestre de 2019 atendió a 5.505 víctimas a través del PAPSIVI que residen o provienen de zonas rurales, este dato no proviene necesariamente de la implementación de una estrategia móvil específica sino del cruce de la base de datos de personas atendidas en PAPSIVI, con la variable de procedencia del Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud -RIPS-, con lo que claramente no se responde a lo establecido literalmente en el indicador, ya que a pesar de que el PAPSIVI es una estrategia extramural como se ha expuesto hasta ahora presenta limitaciones para consolidar su movilidad en zonas rurales y rurales dispersas.

Por su parte, el borrador del PNRCNR (2018) contempla en su segunda línea, como acción estratégica, el fortalecimiento de la oferta de atención psicosocial y en salud a víctimas del conflicto. Allí, plantea que uno de los aspectos a fortalecer es la oferta de servicios, de tal manera que se logre ampliar la cobertura territorial y poblacional del PAPSIVI, así como cubrir los mayores costos que implica llegar a lugares apartados. Para ello, el MSPS se compromete en la gestión para la asignación de recursos a nivel nacional y la ampliación de fuentes de inversión y asignación presupuestal, buscando además la concurrencia de recursos por parte de las entidades territoriales³¹, para dar respuesta a las necesidades de atención psicosocial de las víctimas que residen en los lugares más apartados. Sin embargo una de las principales debilidades del PNRCNR es que no establece metas de cobertura poblacionales, y territoriales. Se remite a los indicadores establecidos en el PMI y define que se vea el anexo del plan de acción.

Se reconoce que los compromisos asumidos por parte del MSPS en materia de gestión presupuestal para el aumento de cobertura de la medida de rehabilitación en las zonas rurales son un aspecto sumamente relevante, máxime cuando el Gobierno Nacional, en la respuesta a la orden 3 del Auto 373 de 2012, ha reconocido el desfinanciamiento de

³⁰ El Plan Nacional de Salud Rural también se encuentra en versión borrador publicado en la página web del Ministerio de Salud, así como la proyección de la resolución por la cual se adoptaría dicho plan.

³¹ Esta concurrencia se buscará amparado en lo establecido en la Ley 715 de 2001 y la Ley 1448 de 2011.

la Ley 1448 de 2011 como uno de los obstáculos para su cumplimiento (Comisión de Seguimiento y Monitoreo a la Implementación del Decreto Ley 4635 de 2011, 2019.)

Si esta ventana de oportunidad se abre para fortalecer la implementación de las medidas de rehabilitación en la ruralidad y la ruralidad dispersa, es clave considerar estrategias metodológicas y operativas ajustadas a las necesidades y afectaciones particulares; así como a los contextos propios de estas personas. Valiéndose además de la experiencia acumulada de algunas iniciativas, como por ejemplo la implementación de la ERE-G³² de la UARIV que ha tenido importantes aciertos y ha podido reconocer limitaciones en la ruralidad, de tal forma que la experiencia acumulada permite mejorar la cobertura y la accesibilidad a la medida en los territorios rurales y rurales dispersos.

“Nuestra estrategia de recuperación emocional se ha centrado en municipios que no son centros urbanos, y no vamos solo al casco, sino que nos movemos a lo rural/vereda (...) la ruralidad tiene otras complicaciones, por ejemplo, altos costos de acceso (...) A pesar de los esfuerzos no ha sido suficiente, hay muchos territorios donde no hemos podido llegar, necesitamos... enfocarnos en los territorios más afectados (...). Aunque nuestra estrategia sirve en la ruralidad (ERE-G) sabemos que el MSPS está haciendo un desarrollo o proceso para poder validar si los daños son diferenciados para víctimas que están y han permanecido en la ruralidad. Este desarrollo nos puede dar luces para poder determinar si con lo que tenemos le estamos dando cubrimiento a las necesidades o si debemos pensar en otras estrategias, por ejemplo, en atención a un daño diferenciado (...). Desde lo metodológico hay grandes avances y aciertos, pero hay que enfocarnos más en la operatividad. Volverlo una realidad. Es el mayor reto y tenemos en contra el tiempo” (Entrevista UARIV, junio de 2020)

“Si bien se ha llegado a la ruralidad con el PAPSIVI, se trata de fortalecer la llegada a la ruralidad dispersa. Estamos hablando de metodologías de atención especializada... incluso donde los profesionales tendrán que vivir en esas zonas. Se trata de comprender también dinámicas y formas de movilidad de la ruralidad lejana. Estamos trabajando en esa estrategia y ahí estamos trabajando los ajustes.” (Entrevista MSPS, junio de 2020)

“Se trata de fortalecer la modalidad individual y la modalidad comunitaria; estamos evaluando si la periodicidad y continuidad se puede garantizar en las personas y procesos de la ruralidad; creemos que hay unos daños asociados a la ruralidad y la tenencia de la tierra; queremos hacer unos énfasis en daño psicosocial y lo estamos evaluando” (Entrevista MSPS, junio de 2020)

³² La Estrategia de Recuperación Emocional Grupal de la UARIV se describe en el anexo 1.

Es necesario hacer seguimiento a estas proyecciones y propuestas institucionales teniendo en consideración que la ampliación de la cobertura en la ruralidad y la ruralidad dispersa no garantiza *per se* la rehabilitación; sino que se requiere alcanzar otros criterios de calidad en la implementación de la medida, tales como la continuidad y disponibilidad de las estrategias en los territorios (esto incluye la permanencia de recurso humano), la complementariedad con las otras medidas para la reparación integral, la disponibilidad de talento humano capacitado y sensible a las necesidades de las víctimas, entre otras.

Sobre estas proyecciones, también se advierte que las dificultades y retrasos que hasta el momento se han tenido en la implementación de la rehabilitación en el marco del Acuerdo de Paz³³, así como el bajo nivel de avance en la implementación de los acuerdos en los diferentes puntos (Instituto Kroc 2019), representan una amenaza para el avance y la consolidación de las acciones propuestas por el borrador del PNRCNR y en el PMI, que favorecerían la ampliación de la cobertura de la medida de rehabilitación en lo rural y en lo rural disperso.

La creciente agudización del conflicto en algunas zonas del país ha puesto en riesgo la posibilidad de ampliar la cobertura. Pues como lo señaló la CSMLV en su Primer Informe: “la persistencia del conflicto no solo genera nuevas victimizaciones, sino que también afecta la materialización de algunas medidas de la Ley” (CSMLV, 2014, p. 402). Así mismo, la coyuntura actual asociada a la pandemia por la COVID -19 se constituye en una limitante importante por lo menos en el corto y mediano plazo para que las comunidades rurales accedan a la medida de rehabilitación, dado que la alternativa para implementar las estrategias que materializan la medida ha sido su virtualización, donde claramente, las dificultades de conectividad y acceso a tecnologías en estas zonas se constituyen en una barrera más.

Finalmente, en relación con el tercer aspecto problemático en materia de cobertura (la no disponibilidad de una oferta en rehabilitación dirigida a las víctimas residentes en el exterior), si bien la UARIV ha venido desarrollando desde el 2016 jornadas de atención a víctimas en el exterior en las que se ha incorporado el acompañamiento psicosocial, es claro que estas acciones focales no corresponden con las características que debe tener una medida de rehabilitación para cumplir su cometido.

Las instituciones encargadas de su implementación reconocen plenamente la necesidad de adoptar medidas de rehabilitación dirigidas a las víctimas radicadas en el exterior, pero han argumentado dificultades presupuestales, operativas y de competencia estatal y territorial para dicha implementación:

³³ Al respecto del enfoque de género en la rehabilitación psicosocial, revisar el Componente de Enfoque Diferencial y de Género donde se analiza cómo el ajuste de medidas de género del Acuerdo Final de Paz a los indicadores de género del PMI implicó la pérdida de relevancia del enfoque y los derechos de las mujeres.

“Con víctimas en el exterior no hay bloqueo normativo, el tema es cómo (costo e institucionalidad). Hicimos una propuesta sobre este tema. Es una gran necesidad que hemos identificado... Nosotros hacemos algunos ejercicios de acompañamiento psicosocial en el exterior. Hacemos algunas acciones focales específicas que se evidencian. Hay una necesidad muy alta por parte de las víctimas en el exterior, pero seguimos haciendo intervenciones focalizadas.” (Entrevista UARIV - Grupo de Enfoque Psicosocial, junio de 2020)

“El Ministerio de Salud tiene toda la razón, el ejecutivo del Estado tiene unas funciones dentro del territorio nacional, el ejecutivo del Estado fuera del país solo se traduce en Cancillería y el ejecutivo del Estado dispone de todo el aparato para acomodar sus programas para la reparación a las víctimas, tiene toda la razón no podemos rehabilitar a víctimas en el exterior. La única manera de rehabilitarlos es volviéndonos su relación y apoyo con cooperantes internacionales que tienen presencia en otros países; por ejemplo, si la OIM está en Suecia, pues tenemos víctimas en Suecia y la OIM dice venga listo yo le implementó su protocolo (...) el ejecutivo del Estado no puede contratar personas que no pueden ejercer por fuera del Estado excepto por las cancillerías (...)” (Entrevista experta en rehabilitación, junio de 2020)

Las víctimas en el exterior han solicitado el reconocimiento de los derechos a la asistencia, atención, generación de ingresos y atención psicológica sin que tengan que regresar a Colombia, además de garantías para su retorno, información y pedagogía para ampliar la comprensión de las medidas a las que tienen derecho en el marco de la ley, los instrumentos reglamentarios y todos los elementos convenidos en el Acuerdo de Paz. (CODHES, 2017)

Las instituciones encargadas de la medida de rehabilitación han logrado el acercamiento a las víctimas residentes en el exterior mediante el desarrollo de acciones focales de acompañamiento psicosocial. La UARIV reporta que a partir de estos espacios se ha logrado una identificación de necesidades con base en las cuales se ha desarrollado un protocolo específico para el acompañamiento psicosocial a víctimas en el exterior, el cual estaba proyectado para ser piloteado en 4 países durante 2020, pero la contingencia de la COVID-19 no lo permitió. (Entrevista UARIV - Grupo de Enfoque Psicosocial, junio de 2020)

“La necesidad de atención Psicosocial de las Víctimas en el exterior es altísimo, nuestra hipótesis alrededor de la experiencia es que los países que han recibido las víctimas no saben cómo atender a las víctimas de conflicto y esta atención que han recibido estas víctimas está generalmente asociada a tratamientos psiquiátricos, que no necesariamente le aportan en su proceso

de recuperación.” (Entrevista UARIV - Grupo de Enfoque Psicosocial, junio de 2020)

Pensar la rehabilitación con las víctimas que han tenido que salir del país como resultado de los hechos de violencia, implica la construcción de estrategias adaptadas a sus necesidades y que aborden los daños específicos causados no solo por los hechos de violencia, sino por la situación misma de su migración. Así mismo, es preciso pensar que estas estrategias puedan adaptarse para acompañar de manera diferenciada en distintos momentos del proceso migratorio: el antes, el durante y el retorno, cuando la persona requiera acceder a la medida.

Si bien la coyuntura actual de la pandemia plantea limitantes, también puede tomarse como un escenario de oportunidad para construir y desarrollar procesos de atención psicosocial no presenciales para las víctimas en el exterior que permitan explorar alternativas a las limitantes financieras y operativas que se han planteado.

En conclusión, este análisis muestra una evidente necesidad de ampliar la cobertura de las medidas de rehabilitación para atender a una mayor cantidad de población víctima, encontrado esta necesidad en la atención a las mujeres, la población OSIGD, los niños y niñas, las víctimas residentes en la ruralidad dispersa, y las víctimas residentes en el exterior.

Para lograr lo anterior no es suficiente el esfuerzo que han realizado el MSPS y la Unidad para las Víctimas. Se requiere que otras entidades se comprometan con la rehabilitación desde la dimensión integral, como se verá más adelante.

Débil garantía del enfoque de género en los procesos de rehabilitación

A pesar de la implementación de acciones para garantizar el enfoque de género en los procesos de rehabilitación, tal como se comentó en el caso del PAPSIVI para la atención de mujeres víctimas de violencia sexual (MHCP, MSPS, DNP & UARIV, 2018), se evidencia la persistencia de desafíos para la garantía plena de este enfoque en la atención a mujeres y población OSIGD y, en especial, a las víctimas de delitos contra la libertad, integridad y formación sexual.

Este brecha se deriva principalmente de los diálogos sostenidos, en tres grupos focales³⁴, con lideresas de organizaciones de mujeres y personas OSIGD víctimas que han accedido a medidas de reparación integral; y del desarrollo de dos estudios de caso³⁵ con organizaciones de mujeres que son Sujetos de Reparación Colectiva; así como de la

³⁴ Realizados en el marco del Componente de Enfoque Diferencial y de Género de este Balance

³⁵ Los estudios de Caso se desarrollan ampliamente en el Componente de reparación colectiva de este balance.

consulta de otras fuentes primarias y secundarias a las que se acudió para la realización del balance general.

En estos espacios de diálogo³⁶ fueron reiterativas las opiniones y percepciones sobre la debilidad en la garantía del enfoque de género en la rehabilitación psicosocial. Primero, se planteó como una debilidad el hecho de que el enfoque de género sea comprendido mayoritariamente desde la línea de derechos de las mujeres, y se desconozca la línea de diversidad sexual. De esta forma, la rehabilitación psicosocial tendría limitaciones frente a la comprensión de las violencias basadas en género (VBG)³⁷ y la atención a la población OSIGD. Por ejemplo, faltarían herramientas y aproximaciones para abordar las afectaciones asociadas al tránsito de sexo y/o género en el marco del conflicto armado o como resultado de los hechos victimizantes.

En atención al enfoque de género, se esperaría el abordaje psicosocial de las discriminaciones históricas contra la población OSIGD, toda vez que estas se asocian a las VBG y/o los hechos victimizantes contra este grupo del enfoque diferencial. Asimismo, es importante el abordaje de estas discriminaciones y violencias dado que se facilitaría el desarrollo de estrategias y/o acciones de recuperación emocional comprensivas de las particularidades y necesidades de esta población.

Desde los informes de implementación y seguimiento al Modelo de Operación con Enfoque Diferencial y de Género³⁸ (UARIV, 2018c) de las Direcciones Territoriales de la Unidad para las Víctimas, se brindan también elementos para profundizar en la existencia de una comprensión restrictiva del enfoque de género desde la atención psicosocial. Al respecto, cabe aclarar que en el componente de enfoque diferencial y de género se analizaron los informes presentados en el año 2019 y 2020 por parte de las 20 Direcciones Territoriales de la Unidad para las Víctimas sobre la inclusión de los enfoques diferenciales en nueve indicadores asociados a medidas y/o componentes de la Ley 1448 de 2011, entre los que se incluye la atención psicosocial. Este indicador se describe como *“acciones relacionadas con el acceso y la adecuación a la oferta de recuperación emocional acorde a las necesidades de los sujetos de especial protección constitucional”* (UARIV, Lineamientos, 2020).

A partir del ejercicio de revisión y análisis de los informes territoriales sobre el Modelo de Operación con Enfoque Diferencial y de Género (UARIV, 2018c), se identificó que frente a la atención psicosocial se reporta que, si bien se abordan las VBG contra las

³⁶ Grupos focales y estudios de caso desarrollados en el marco de la investigación para la construcción de este balance.

³⁷ Se entiende por violencia de género cualquier acto violento o agresión, basados en una situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres que tenga o pueda tener como consecuencia un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas de tales actos y la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si ocurren en el ámbito público como en la vida familiar o personal (CEPAL, 1996)

³⁸ Resolución 3557 de 2018.

mujeres dentro de la estrategia de recuperación emocional, no existe una aproximación a las discriminaciones históricas contra la población OSIGD. Según los informes territoriales, se aduce que el vacío en la identificación y abordaje psicosocial de los daños contra esta población se relaciona con el desconocimiento de lineamientos y recomendaciones al respecto, así como con la falta de profesionales capacitados(as) en derechos de la población OSIGD.³⁹

Segundo, en atención a lo anterior, en los grupos focales se expuso como una debilidad el hecho de que los(as) profesionales no estén capacitados(as) en enfoque diferencial y de género para la atención de las mujeres y población OSIGD; y, en particular, para atender a las personas víctimas de delitos contra la libertad, integridad y formación sexual. En este sentido, una integrante de un colectivo de mujeres víctimas de desplazamiento y delitos de índole sexual manifestó que:

“Hay que contratar profesionales idóneos para el tema de estrés postraumático (...) Aquí muchas compañeras solo piensan en suicidarse. Nosotras debemos tener especialistas no solo en psicología, sino de otros profesionales. A una compañera le dio un daño estomacal durante el proceso, asociado a sus victimizaciones...no pudo ir al día siguiente y no recibió atención médica” (Grupo focal con PETRA-Mujeres valientes, junio 2020).

Al respecto de la falta de sensibilización y capacitación por parte de los(as) profesionales en enfoque de género y diversidad sexual, una promotora del PAPSIVI sostuvo que:

“Yo soy líder OSIGD. Y nos llevábamos estrelladas... en el diligenciamiento de formatos: ponían a las trans como gay, a las mujeres como hombres... Los profesionales no deben suponer la identidad de género y orientación sexual. Siempre hay que tener la sensibilización cuando se va a las casas. (...) Se ha visto que los profesionales no tienen ese enfoque diferencial” (Grupo focal promotores psicosociales PAPSIVI, junio 2020).

La necesidad de formación y capacitación en temas de enfoque de género y diversidad sexual para los(as) profesionales responsables de la medida de rehabilitación psicosocial ya había sido evidenciada por el Centro Nacional de Memoria Histórica (2015). En su informe sobre lesbianas, gays y transgeneristas en el marco del conflicto armado colombiano, citó el testimonio de una mujer trans víctima:

“Me meto en PAPSIVI y contrato con un operador del Ministerio, con el que aprendí muchas cosas, pero dentro de esas, que todavía las personas trans seguimos vistas como enfermas, sobre todo desde la psicología. Y ahí lo

³⁹ Respuesta de la UARIV a la PGN, Delegada para el Seguimiento del Acuerdo de Paz, Radicado No.: * 202072013802931* Fecha: * 2020-07-06 13:09:21 PM. “Anexos”

comprobé porque mis compañeros profesionales del equipo eran psicólogos, y yo no entendía por qué ellos me veían a mí como la rara del paseo” (p.453).

En este sentido, en el grupo focal con testigos privilegiados se propuso que las acciones de formación de los equipos en asuntos del enfoque diferencial sean flexibles ante las necesidades y/o brechas de los territorios. Es decir, deben propender por garantizar tanto el enfoque diferencial como aquel territorial. En efecto, se sostuvo que:

“Lo que hay es que fortalecer el ejercicio de formación a los equipos. Es necesario hacer énfasis en los enfoques según las brechas que identificamos en el territorio. A partir de la lectura del territorio, se pueden adaptar las actividades a partir de las debilidades. En ese sentido, es necesario fortalecer las capacidades técnicas para “sobre terreno” lograr adaptar las metodologías y acciones al enfoque de género y/o étnico según las necesidades territoriales” (Grupo focal testigos privilegiados, junio de 2020).

Lo anterior reviste de particular importancia, puesto que una formación flexible en materia de los enfoques diferenciales no solo permitiría la adecuación de las estrategias y/o acciones en rehabilitación psicosocial, sino que facilitaría el involucramiento y participación activa de las víctimas sujetos de especial protección constitucional en la implementación y eventual ajuste de las medidas. De hecho, tal como se mencionó anteriormente, en los grupos focales se identificó como una buena práctica la apertura y flexibilidad de los(as) funcionarios(as) y las estrategias ante las necesidades y particularidades de los grupos del enfoque diferencial. Al respecto, por ejemplo, una organización de mujeres afro víctimas de desplazamiento forzado y violencia sexual reconoció la apertura y disposición de la Unidad para las Víctimas, junto con el ente territorial, para diseñar e implementar estrategias producto de procesos autónomos como “La Huerta del Perejil” y “El Aguamanil”⁴⁰ (Grupo focal con AFROMUPAZ, junio de 2020).

En los grupos focales se dialogó sobre la “*Estrategia de reparación a mujeres víctimas de violencia sexual*”. A propósito de esta, se identificaron tanto buenas prácticas como la persistencia de debilidades en la atención a las víctimas de violencia sexual con enfoque de género. Esta estrategia comprendía tres momentos de intervención: i) momento de acercamiento y orientación, ii) momento de perspectiva de derechos de las mujeres, en el que se llevaba a cabo un abordaje psicosocial específico, y iii) momento de intercambio de saberes y acto simbólico. Se aclara que, si bien la Estrategia no era equivalente a una de recuperación emocional, sí tenía un componente emocional significativo y entre sus objetivos específicos se identificaba: “*brindar acompañamiento psicosocial a las mujeres víctimas de violencia sexual mediante actividades grupales que contribuyan a su proceso de recuperación emocional y reparación integral*” (UARIV, 2018b, p.11).

⁴⁰ Estas son estrategias de rehabilitación colectiva y se retoman en ese componente.

La UARIV en 2017 construyó la ERE-G para mujeres víctimas de violencia sexual, en la sistematización de la experiencia de implementación de esta estrategia se identificó que la recuperación de las víctimas/sobrevivientes daba cuenta de avances significativos en las diferentes dimensiones del ser: personal, emocional, familiar, comunitario y social (UARIV & UNFPA, s.f.); sin embargo, como ya se mencionó en la brecha de cobertura, tanto PAPSIVI como EREG cuentan con orientaciones específicas para atender a mujeres víctimas de violencia sexual, pero no alcanzan a cubrir a la población que requiere esta atención.

Entre las buenas prácticas y/o logros destacados por las mujeres frente a la Estrategia, se identificó que permitió la reconstrucción del tejido social y la creación de nuevos lazos de empatía y solidaridad entre las integrantes del colectivo, de forma que se reconocieron colectivamente desde la diversidad y la singularidad de cada una (Grupo focal con ANMUCIC, junio de 2020). De hecho, en el año 2016, estas estrategias fueron resaltadas por la CEDAW en su informe de observaciones a Colombia en tanto buscaba materializar una atención diferenciada, integral y adecuada a las mujeres víctimas de este hecho.

Entre las debilidades asociadas a la garantía del enfoque de género se planteó – tal como se reitera en el apartado de “procesos de atención continuos, estables, de mayor duración y accesibles en todo momento” – la existencia de serias limitaciones en materia de los tiempos y la celeridad con que se implementó el proceso de acompañamiento y atención psicosocial. Esto, dado que no correspondió con la recuperación y sanación emocional de las mujeres víctimas de violencia sexual (Grupo focal con ANMUCIC, junio de 2020).

De hecho, esta debilidad fue reiterada por una de las expertas consultadas en el marco del balance, quien desde la perspectiva de género estudió en el año 2014 la estrategia de reparación integral a mujeres víctimas de violencia sexual⁴¹, que incluía acciones psicosociales. Según ella:

“Tuvimos conversaciones con varias de las mujeres en distintas ciudades que estaban participando de la estrategia. Centrándome en el enfoque de género, hubo una preocupación por cómo una estrategia de reparación integral se concentraba en tres sesiones... incorporaba temas de rehabilitación,

⁴¹ Estrategia de Reparación Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual: “Desde la Unidad para la Víctimas consideramos importante abordar de manera diferencial y con enfoque de género la afectación del hecho victimizante “Delitos contra la libertad e integridad sexual”. Ante esta realidad, cobra un valor incalculable adelantar una ruta de reparación integral individual específicamente para las mujeres que han enfrentado esta vulneración de sus derechos humanos. Por lo anterior, se construye esta estrategia de 3 momentos (los dos primero de 1.5 días y el último de 1 día) Momento 1. Acercamiento y orientación. Momento 2. Perspectiva de derechos de las mujeres Momento 3. Intercambio de saberes y acto simbólico. Se busca generar espacios de construcción, diálogo y fortalecimiento del proyecto de vida con enfoque de derechos de las mujeres en el marco de su proceso de reparación integral e individual”. (UARIV, s.f., p.)

indemnización y/o asesoría de los recursos, satisfacción”⁴² (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020).

Asimismo, entre las debilidades de la Estrategia⁴³, las mujeres víctimas consultadas comentaron las limitaciones presupuestales que impidieron que la medida tuviera la cobertura necesaria y la sostenibilidad deseada en el tiempo, de manera más acorde con las necesidades de las mujeres. Si bien las dificultades en materia de cobertura y disponibilidad presupuestal serán abordadas a profundidad más adelante, es importante resaltar que, para las mujeres víctimas de violencia sexual, el hecho de contar con estrategias de rehabilitación psicosocial discontinuas, desfinanciadas y débiles en materia de cobertura pueden redundar en una acción con daño. En detalle, la experta consultada señaló que: *“muchas mujeres muy contentas... pero otras decían que les abrieron esta herida y ya no sabrían qué hacer con esto. Una de las necesidades es que esas medidas puedan ser consensuadas de acuerdo a las necesidades de cada persona”* (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020).

Se aclara que el “Lineamiento de atención psicosocial para víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado” de la Unidad para las Víctimas incluye el enfoque de acción sin daño en la atención psicosocial, lo cual implica el reconocimiento de la integralidad de la experiencia y la historia de las víctimas en cuanto a su sufrimiento, capacidades, recursos y potencialidades como personas; así como, conocer derechos sexuales y reproductivos, revisar y replantear los prejuicios alrededor de la violencia sexual y los diferentes grupos poblacionales víctimas de estos hechos, entre otras.

Es pertinente hacer referencia al reto de proporcionar una rehabilitación transformadora y comprensiva del enfoque de género. Esta abarca la posibilidad de brindar una atención en salud física y psicosocial que “sane” los cuerpos de las mujeres, atendiendo a sus necesidades en salud sexual y reproductiva, al tiempo que permite elaborar el daño emocional y generar autonomía comprendiendo las violencias contra ellas, su sufrimiento, y la afectación que tiene la violencia en sus entornos. Por último, la rehabilitación transformadora y con enfoque de género permite también cambiar la relación de las mujeres consigo mismas, entre mujeres y con sus entornos (SISMA et. al, 2017).

Acudiendo a la importancia de la rehabilitación transformadora y comprensiva del enfoque de género, en el grupo focal con expertos/as en rehabilitación se afirmó que:

“Los procesos de rehabilitación tienen un reto muy importante que tiene que ver con el concepto de rehabilitación transformadora, que tanto las mujeres como los grupos étnicos han ido posicionando (...) Y ellos han dicho que “la

⁴² Es importante aclarar que esta estrategia no hace parte de las medidas de rehabilitación, pero sí incluye el componente psicosocial.

⁴³ Otros componentes de la “Estrategia de reparación a mujeres víctimas de violencia sexual” como la asesoría en la inversión adecuada de los recursos, se abordan en el Componente de Enfoque Diferencial y de Género.

condición anterior era una condición de discriminación y violencia a la que no queríamos volver, por lo tanto, tiene que ser transformadora porque tiene que apuntar no solo a resarcir el daño causado por la violencia, sino también a transformar el lugar histórico de discriminación” (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020).

Así pues, a pesar de la existencia de los esfuerzos institucionales y la puesta en marcha de buenas prácticas para garantizar el enfoque de género en los procesos de rehabilitación, la consulta a fuentes primarias y secundarias en el marco del Balance permitió identificar dificultades y retos que inciden en la garantía del mismo.

¡Yo no estoy loco, eso para qué! Difusión y estigmatización de la medida de rehabilitación

La oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2008) ha reconocido la difusión, en el contexto de las reparaciones, como un aspecto fundamental para facilitar el acceso a los programas diseñados; entendiéndola como los esfuerzos desarrollados por las entidades competentes para dar publicidad a las estrategias, proyectos y programas orientados a la reparación.

La difusión constituye un factor crítico de éxito, ya que inclusive un programa de reparaciones bien diseñado verá limitado su impacto, si una vez establecido, no se acompaña de esfuerzos efectivos de divulgación (OACNUDH, 2008). En este sentido los programas, estrategias y protocolos que se desarrollen como parte de las medidas de rehabilitación requieren la implementación de mecanismos efectivos, adecuados, claros, detallados y concretos de difusión del derecho a la rehabilitación en el marco de la reparación que les corresponde a las víctimas del conflicto armado; así como de los trámites, procedimientos, instituciones y referentes que deben seguirse para acceder efectivamente al derecho. (Corporación Vínculos, 2011)

Particularmente en países en los que existen bajos niveles de educación, dificultades para movilizarse por el territorio, escasa participación política y profundas fracturas sociales la difusión es más importante aún, porque el acceso a los programas de reparación va a requerir mayores esfuerzos por parte de la población para superar las barreras estructurales derivadas de condiciones como las mencionadas (OACNUDH, 2008)

En el caso colombiano, puntualmente con la medida de rehabilitación, las instituciones encargadas de implementarla han construido múltiples estrategias de contacto a partir de la demanda en materia de rehabilitación identificada mediante instrumentos de caracterización como el Plan de Asistencia, Atención y Reparación Integral -PAARI-, órdenes de sentencias judiciales, o por vía de remisión de otras entidades del SNARIV y del SIVJRN. Así mismo han implementado estrategias de oferta de la medida tales como

el desarrollo de convenios con entes territoriales que han identificado la necesidad de medidas de rehabilitación entre la población víctima residente en su municipio, y la identificación de hogares interesados en la medida de rehabilitación a través de promotores psicosociales. A pesar de esto, luego de nueve años de implementación de la Ley 1448, se ha evidenciado que algunas personas no acceden a estas por desconocimiento de su existencia y de las rutas institucionales:

"Se requiere mayor difusión de información frente a la medida y a las rutas para que la población víctima pueda acceder fácil y oportunamente"
(Entrevista Delegados subcomité de rehabilitación, junio de 2017)

La Corte Constitucional (2016) ha expresado que el "desconocimiento y desinterés" por parte de la población, constituyen un obstáculo que ha impedido que la medida de rehabilitación surta los efectos esperados y en sustento de esta afirmación ha señalado que:

"Del 70% de víctimas que conocen su derecho a la reparación integral, solo una tercera parte conoce que tiene derecho a la rehabilitación. La CSMLV advirtió que solo el 4% tiene acceso efectivo a estas medidas de rehabilitación. Al momento de considerar las razones por las cuales las personas que, a pesar de conocer su derecho, no solicitaban acceso a las medidas de rehabilitación se observa que dichas decisiones están relacionadas con razones tanto de desinterés como de desconocimiento. En el caso de las de rehabilitación mental aproximadamente la mitad de las personas no estaba interesada y un 40% afirmó desconocer el procedimiento a seguir." (Corte Constitucional, Auto 373 de 2016)

Los mismos resultados de la evaluación realizada al PAPSIVI por parte del MSPS (2020a) constatan el efecto que el acercamiento a fuentes de información y remisión tiene sobre un mayor acceso a las múltiples ofertas en materia de rehabilitación. Dicha evaluación identificó que cuando las personas acceden al componente psicosocial del PAPSIVI existe una mayor frecuencia y promedio de uso de servicios de salud en general, comparado con el resto de la población víctima incluida en el RUV; así mismo, identificó que la frecuencia de uso de servicios de salud por parte de la población PAPSIVI es similar a la del resto de la población atendida por el SGSSS, que puede tomarse como referente poblacional.

Es así como estos resultados permiten "suponer que el acceso a la atención psicosocial aumenta el uso del sistema de salud en general, lo cual puede estar relacionado con mayor información del sistema, pues los profesionales deben focalizar el acceso al sistema por parte de las víctimas que atienden psicosocialmente." (MSPS, 2020a, p. 46).

En cuanto al mencionado desinterés que se ha evidenciado por parte de la población víctima frente a la medida de rehabilitación vale la pena considerar las razones

relacionadas, teniendo en cuenta que su identificación puede aportar elementos para minimizar esta barrera de acceso al derecho a la rehabilitación. A continuación se presentan algunas que se han podido identificar a través de la exploración de este componente:

i) En Colombia no existe una cultura de reconocimiento de las necesidades psicosociales, ni del cuidado de la salud mental, y mucho menos del acceso a este tipo de servicios. ii) Cuando en los procesos de caracterización en general, se pregunta sobre las necesidades de atención psicosocial⁴⁴ o en salud mental, esto se hace sin un proceso previo de reconocimiento de las necesidades mismas y a destiempo de los momentos en los que los efectos psicosociales y emocionales ocasionados por los hechos de violencia han sido más agudos.

iii) Desconfianza por parte de las víctimas en el sistema de salud y en el efecto reparador que este puede tener para sus vidas. En términos generales, los problemas estructurales del sistema de salud colombiano han fomentado la percepción de que acceder a servicios de salud no necesariamente contribuye a la reparación de los daños causados por los hechos de violencia sobre la salud y el bienestar de las víctimas.

En este sentido, una clara barrera para consolidar la medida de rehabilitación tiene que ver con la persistencia de las dificultades estructurales para la atención y el acceso a servicios de salud física y mental. Así, mientras la medida de rehabilitación esté asociada a un sistema que genera desconfianza frente a su efectividad entre la población, será difícil que las víctimas se interesen en recibir una atención en el marco de este.

iv) Bajos niveles de participación en la formulación de la medida que llevan a que las víctimas consideren que las estrategias para la rehabilitación no responden a sus necesidades y que por ende no van a aportar en nada a su reparación. Este es un factor especialmente relevante en contextos en que existe una débil tradición de consultar con los ciudadanos, o en donde esas tradiciones se interrumpieron como consecuencia del mismo conflicto armado (OACNUDH, 2008).

v) Las víctimas identificadas como interesadas en la medida de rehabilitación durante los procesos de caracterización⁴⁵ no necesariamente reciben orientación sobre la forma de acceso a esta o no son remitidas de manera inmediata. Así, con las dilaciones para que la medida se haga efectiva y con las dificultades para mantener actualizados y centralizados los sistemas de información, se pierde el interés inicial y la oportunidad de tener un contacto efectivo con ellas posteriormente, incrementando la desconfianza en la labor del Estado:

⁴⁴ A través del PAARI, y otras formas de búsqueda activa

⁴⁵ Principalmente a partir de la formulación del Plan de Asistencia, Atención y Reparación Integral a las Víctimas - PAARI

“Las bases de datos para la focalización y contactabilidad de las personas víctimas que requieren medida de rehabilitación no son acertadas, actualizadas, ni efectivas limitando la posibilidad de llegar a las personas que en los procesos de caracterización han manifestado su interés en acceder a la rehabilitación” (Grupo focal testigos privilegiados, junio de 2020)

vi) La implementación de la medida de rehabilitación tuvo demoras en su inicio y no ha estado disponible en todo momento. Esta circunstancia ha llevado a que las personas tengan que mitigar el sufrimiento con sus propios recursos de afrontamiento y que en el momento en que llega la oferta, la rehabilitación sea sentida como menos apremiante frente a otras necesidades en materia de reparación, tales como, la restitución de tierras o la indemnización, que son priorizadas por la población víctima del conflicto armado frente a la persistencia de condiciones de vulnerabilidad material que los exponen a nuevos riesgos de victimización.

De esta manera, la persistencia del desconocimiento y el desinterés frente de la medida de rehabilitación por parte de las víctimas tras nueve años de implementación de la Ley, pone de presente una brecha en el cumplimiento del principio de gradualidad en el sentido en que, a un año del cierre de la vigencia de la Ley, no se ha llegado a la totalidad de población, ni siquiera con la difusión de la medida de rehabilitación, cuando ya debería existir un avance sustancial al respecto.

Claramente, estos dos elementos (desconocimiento y desinterés por parte de las víctimas) son una barrera de acceso que incide en los bajos niveles de cobertura que se han logrado con la medida de rehabilitación (Corte Constitucional, Auto 373 de 2016); por esto es necesario que las entidades encargadas de su implementación generen estrategias que permitan su mitigación.

Una experiencia que se considera puede aportar aprendizajes para minimizar el desconocimiento y desinterés frente a la medida de rehabilitación, es la que el PAPSIVI ha tenido con la figura de los “promotores psicosociales” como una forma de facilitar el contacto y acceso a la población (vía oferta). Esta es una fortaleza que puede ser potencializada en aras de construir redes con las comunidades y sus figuras de liderazgo, las cuales sirvan para sensibilizar e informar frente al derecho a la rehabilitación.

Desde la visión de personas expertas en reparación consultadas en este estudio, la construcción de redes fuertes, estables y confiables por parte de la institucionalidad las redes con actores sociales en los territorios es clave para el éxito en la implementación de medidas de reparación, incluyendo en esto las acciones y estrategias diseñadas para la rehabilitación. (Entrevista ICTJ, junio de 2020)

En este escenario, las redes y vínculos que ya existen en los territorios puedan constituirse en medios para fortalecer el sentido de la medida de rehabilitación, ayudar a

que las personas reconozcan sus propias necesidades en este ámbito y reforzar la confianza y cercanía con la oferta estatal. Esto por supuesto supone el compromiso de que las estrategias de rehabilitación que lleguen a los territorios hayan subsanado limitaciones tales como la falta de profesionales debidamente capacitados, la intermitencia en los procesos y la falta de incorporación de los enfoques diferenciales en la implementación.

En cuanto a la falta de incorporación de los enfoques diferenciales en la difusión de la medida de rehabilitación, se identificaron debilidades en los canales de información, las herramientas de orientación sobre derechos, rutas y oferta para los sujetos de especial protección constitucional. Por ejemplo, el proceso de atención inicial en los Centros de Atención Regional a Víctimas carece de ajustes razonables y apoyos para la atención de las personas en situación de discapacidad, lo que incluiría piezas y materiales informativos para favorecer la comunicación en casos de discapacidad sensorial, así como adecuaciones en la infraestructura para las personas con discapacidades físicas. Este tipo de barreras en la comunicación y acceso impiden la divulgación de información sobre la medida de rehabilitación para las personas en situación de discapacidad con necesidades particulares y prioritarias al respecto.

Por otra parte, la falta de servicios de traducción para personas pertenecientes a grupos étnicos y la implementación de estrategias de acogida para las personas mayores constituye otra barrera y/o dificultad en la comunicación efectiva de la oferta en reparación integral para los sujetos de especial protección constitucional. De esta forma, tal como lo ha evidenciado la Corte Constitucional, persisten las barreras de acceso a las medidas de reparación integral por motivos de edad, pertenencia étnica, situación de discapacidad, entre otras.

Reparación Integral: Complementariedad de la medida de rehabilitación con las demás medidas de reparación y construcción del sentido de reparación integral para las víctimas.

En el desarrollo de este Balance se ha identificado la necesidad de fortalecer la integralidad de la reparación mediante la implementación complementaria y articulada de las medidas de rehabilitación con las otras medidas de reparación. Así mismo, se ha evidenciado que es necesario fortalecer la construcción del sentido que tienen las medidas de reparación para las víctimas.

En relación con el primer aspecto, en el marco del proceso amplio participativo con las víctimas llevado a cabo en mayo de 2017, se solicitó garantizar que la medida de Rehabilitación Psicosocial fuera acompañada de otras medidas como seguridad alimentaria, bienestar habitacional e indemnización, reduciendo los trámites para su acceso de tal forma que su entrega sea ágil y le permita a la persona una condición socioeconómica estable.

Esto evidencia que para las víctimas la reparación debe ser integral y garantizar las complementariedad e implementación de las diferentes medidas de reparación (satisfacción, indemnización, Rehabilitación, restitución, y no repetición), lo cual permite generar cambios y transformaciones a nivel emocional, como de las condiciones de vida materiales que garantizan el bienestar personal, familiar y comunitario; lo que implica además, en un sentido amplio, una sociedad capaz de garantizar el reconocimiento social y la dignificación de las víctimas, la seguridad, la no repetición, así como, el acceso a la verdad y a la justicia.

En este sentido el efecto reparador de la implementación de la medida de rehabilitación no se logra solo por el acceso a esta. En contextos de violencia, conflicto armado y violaciones a los derechos humanos, la posibilidad de la rehabilitación está asociada a los cambios sociales, políticos, económicos y ambientales que se dan en el entorno de las personas, sean estos intencionales o no; es más, se reconoce que la promoción de la salud mental requiere un ambiente que respete y garantice los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos. (Corporación AVRE, s.f.)⁴⁶

Así pues, la Corporación AVRE ha señalado que “la vivencia de las situaciones violentas trasciende la mirada tradicional de la práctica clínica biomédica y psicológica, pues involucra elementos psicosociales y por tanto, la solución de los traumas o las afectaciones psicosociales requieren ser comprendidas y abordadas desde los elementos contextuales y con una mirada socio histórica, que dé cuenta de los procesos violentos que han tenido que afrontar las personas y comunidades víctimas, y los factores sociopolíticos, socioeconómicos y culturales implicados, incluso durante varias generaciones”. (Corporación AVRE, s.f.)

La integralidad en el marco de las medidas de reparación se relaciona directamente con el reconocimiento de los múltiples ámbitos de afectación derivados de la vivencia de hechos de violencia en el contexto del conflicto armado: la afectación emocional, la afectación relacional, la afectación de los derechos de las víctimas donde entra la construcción cultural y política de las personas y comunidades, entre otras; por lo que se considera fundamental que el acompañamiento a las personas víctimas y la implementación de medidas de rehabilitación se realice desde una perspectiva que permita una comprensión compleja y multiaxial de su situación, que rompa la idea clásica de la atención psicológica o psiquiátrica medicalizada, y amplíe las alternativas de acción en ámbitos comunitarios de apoyo. (Corporación Vínculos, 2016)

Las entrevistas desarrolladas en el marco de este proceso evidenciaron la relevancia que tiene el carácter integral de la reparación y de la medida de rehabilitación, y dieron cuenta de que a pesar de que este está ampliamente justificado y de que ha sido señalado

⁴⁶ Intervención de la Corporación AVRE ante la Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional; sentencia T-045 de 2010. Recogiendo conceptos de la OMS, de Gostin y del psicoanalista Bruno Bettelheim.

por la Corte como un elemento para dar cuenta del goce efectivo del derecho, aún no logra materializarse en la práctica. Por lo tanto, concretar este aspecto de la rehabilitación es urgente para que logre el efecto que se espera tener a partir de esta medida:

“Sería importante que el PAPSIVI se viera acompañado con la restitución de tierras” (Grupo focal promotores psicosociales PAPSIVI, junio 2020)

“Hay varios factores que influyen en el proceso de rehabilitación psicosocial de las víctimas: empleabilidad, vida libre de violencias o sin conflicto armado... atender esos otros factores es importante para la rehabilitación. Para hablar de una reparación integral en materia de rehabilitación hay que afectar esos otros determinantes sociales de salud que van a afectar la recuperación de las víctimas. Entre los principales determinantes a intervenir están: conflicto armado y violencia estructural, educación, saneamiento básico, derechos básicos de las víctimas para la superación de la situación de vulnerabilidad” (Entrevista MSPS, junio de 2020)

“Si no tenemos una red fuerte alrededor de la medida de rehabilitación (en educación y vivienda), se queda un poco corto. Se exige la integralidad de la atención. Desde lo psicosocial se logran los objetivos, pero se reclaman otras áreas de los derechos de las víctimas. Con las preocupaciones sobre lo material, la salud mental queda de últimas” (Grupo focal testigos privilegiados, junio de 2020)

Estas informaciones, recogidas para este análisis, evidencian que en la implementación de las medidas de rehabilitación hay una brecha en relación con lo establecido en el Artículo 12 de la Ley sobre la coherencia interna según la cual se procura la complementariedad y armonización entre las medidas consideradas para la reparación integral; así como con lo señalado en el Artículo 21, el cual define el principio de complementariedad: “las medidas de atención, asistencia y reparación deben establecerse de forma armónica y propender por la protección de los derechos de las víctimas”, e indica que tanto las reparaciones individuales, como las reparaciones colectivas deben ser complementarias para alcanzar la integralidad.

En el caso del enfoque de género, la integralidad se relaciona particularmente con reconocer y atender la multiplicidad de violencias que sufren las mujeres y/o la población OSIGD por motivos de sexo, identidad de género y/u orientación sexual desde una apuesta interdisciplinaria. Al respecto, una mirada integral de las violencias basadas en género implicaría reconocer que las mujeres y la población OSIGD sufren daños y/o afectaciones diferentes a aquellas de tipo sexual; en concreto, enfrentan daños de tipo psicológico, físico y patrimonial (Ley 1257 de 2008). En palabras de una mujer víctima de desplazamiento y violencia sexual:

“Una muchacha me decía: *“de qué me sirve ir al proceso psicológico, si cuando yo salgo no tengo que comer, no tengo donde bañarme, no tengo donde dormir.”* De qué le sirve a una mujer de PETRA ir a un proceso de estos: (i) el lugar no es adecuado, (ii) sale de ahí a vivir la realidad de Bogotá y las situaciones de sus hijos... ¿Cuál es el proceso de sanación cuando son unas horas? Volvemos a nuestras realidades y esas realidades son fuertes” (Grupo focal con PETRA Mujeres Valientes, junio de 2020).

En este sentido, se apela a la necesidad de tener una atención y reparación integral, de forma que se vinculen medidas que permitan superar la situación de vulnerabilidad con aquellas de tipo psicosocial.

Cuando la implementación de medidas se hace de manera desarticulada, a destiempo y sin atender la satisfacción de las necesidades y la garantía de los derechos fundamentales de las víctimas, se quebranta la posibilidad de avanzar hacia una reparación integral que además tenga un carácter transformador, sucede que de fondo no se logra un cambio de las condiciones materiales y no materiales que dieron lugar a la ruptura en el sistema de garantía de derechos y por ende no se previenen nuevas vulneraciones a sus derechos.

La falta de articulación y complementariedad en la implementación de las medidas destinadas a garantizar los derechos de la población víctima no es una situación novedosa⁴⁷; ya desde la implementación de la Ley 387 de 1997 se viene presentando. En su momento, se consideraron acciones psicosociales articuladas a medidas de generación de ingresos, educación, atención en salud, entre otras, mediante el desarrollo de estrategias específicas desarrolladas con el apoyo de la cooperación internacional; y aunque siguen siendo discusiones vigentes, persiste la dificultad para avanzar en la resolución de esta limitación, a pesar de que la Ley 1448 establece explícitamente en su Artículo 25 el derecho a la reparación integral.

Ahora, en relación con la necesidad de construir sentido de la reparación con las víctimas, se ha identificado que cuando las medidas se desarrollan de manera desarticulada, las víctimas no se sienten reparadas y se construyen expectativas y significados nocivos frente a la reparación integral, como, por ejemplo: “Cuando una víctima dice vengo a que me paguen a mi hijo...” (Grupo focal expertas en género, junio 2020). Estas narrativas y discursos que se han construido desde tiempo atrás requieren un trabajo muy estructurado y complejo para ser transformadas; no solo dotando de sentido las medidas de reparación, sino también acotando las expectativas que se generan con la reparación y el escenario de construcción de paz.

⁴⁷ Existen múltiples barreras y brechas como se ve en el componente de articulación de este Balance.

Llevar a cabo la medida de rehabilitación, aislada de otras medidas, hace que pierda su valor para las víctimas; ya que cuestionan su pertinencia y sentido en el marco de la reparación integral:

“Otro problema es el rechazo de entrada al programa. La falta de confianza por parte de las víctimas. No se quieren identificar las necesidades de rehabilitación psicosocial... Muchas veces la crítica es que se mueva solo el PAPSIVI, sin indemnización o ayuda humanitaria. Es importante que se pueda complementar con otras medidas. Esto depende de mejorar la articulación de la Unidad con el Ministerio de Salud.” (Grupo focal promotores psicosociales PAPSIVI, junio 2020)

“(...) sienten que les están pagando un familiar que no querían perder o una violencia sexual que no querían vivir (y se vive como prostitución) (...) ¿Qué es lo que tiene el carácter reparador? no es solo la medida, sino su complementariedad con otras medidas en diferentes niveles” (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020)

En este escenario, la transversalización del enfoque psicosocial se ofrece como un eje articulador de las medidas, en tanto que su incorporación permite una comprensión compleja de las realidades que viven las víctimas a raíz de las violaciones a sus derechos y el reconocimiento de los distintos niveles de afectación producto de la victimización, permitiendo que las medidas de reparación se ajusten de manera más precisa a las necesidades de las víctimas y les resulte más fácil dotarlas de sentido⁴⁸.

“Considero que esta medida [rehabilitación] es la que le cambia la vida a las víctimas, contribuye a ese perdón y a esa reconciliación que es al final lo que buscamos cuando se termina un proceso de reparación.” (Entrevista UARIV, junio de 2020)

Así mismo, la incorporación del enfoque psicosocial en el diseño e implementación de las medidas de reparación permite la construcción de discursos y lenguajes institucionales que movilizan a las víctimas a posicionarse desde identidades alternas al dolor, la invalidez, la desconfianza, el desconocimiento o la negación propia; y que adicionalmente, favorecen el establecimiento de una relación entre el Estado y las víctimas,

⁴⁸ En su abordaje sobre los aspectos psicosociales de la reparación integral, el Grupo de Trabajo pro Reparación Integral (2006) señaló que “la identificación del daño desde una perspectiva psicosocial es fundamental para comprender integralmente las dimensiones y alcances de los daños causados, para poder determinar las exigencias de resarcimiento que deban sustentar las personas y comunidades en procesos jurídicos de búsqueda de verdad, justicia y reparación integral” (p. 3). Adicionalmente afirma que el desconocimiento del daño en la dimensión psicosocial “hace que los procesos que se adelantan no sean sólidos y dejen por fuera un aspecto clave para el restablecimiento de las personas y comunidades afectadas” (Grupo de Trabajo pro Reparación Integral, 2006, p.3)

basada en su reconocimiento como sujetos de derecho y distante de una concepción asistencialista o no dignificante de lo que son las medidas de reparación.

En esta línea, la apuesta por transversalizar el enfoque psicosocial en la implementación de la Ley se reconoce como una buena práctica que debe seguir fortaleciéndose; no solo en cabeza de la UARIV como coordinadora del SNARIV, sino entre las entidades que tienen competencia frente a las medidas de rehabilitación, hagan parte del nivel nacional, del territorial o local, y del ámbito gubernamental o privado.

"Sería importante que cuando el PAPSIVI esté operando se articule todo el SNARIV. Sería muy bueno que todo el sistema esté articulado hablando el mismo lenguaje. (...) Se nota el cambio o desajuste cuando se mueve desde Gobernación o Unidad... que se articulen y sepan hablar una misma voz."
(Grupo focal promotores psicosociales PAPSIVI, junio 2020)

Es importante mencionar, que se han evidenciado esfuerzos por parte de la institucionalidad para avanzar hacia la articulación y complementariedad entre las medidas de reparación, particularmente la rehabilitación con otras medidas. En el marco del Acuerdo de Paz, y con apoyo de la OIM, la Unidad para las Víctimas implementó una propuesta para desarrollar una estrategia que articulaba diferentes medidas de reparación integral, denominada "Estrategia de Reparación Integral, Convivencia y Paz" en la que se integraban medidas de satisfacción, rehabilitación e indemnización. Así mismo, desarrolló la Estrategia para la Recuperación Emocional y Reparación Integral (EREARI) que ha sido nombrada como "Hilando", la cual incorpora la satisfacción, rehabilitación y educación financiera para la inversión de los recursos (UARIV, 2019c).

A pesar de que se considera un esfuerzo importante en la articulación de las medidas de reparación, este ejercicio tuvo un impacto dentro de las estrategias psicosociales y es que redujo los encuentros destinados a la rehabilitación y supeditó la decisión de la recuperación emocional a la materialización de las medidas de indemnización (es como si para acceder a la indemnización se volviera obligatorio participar en la medida de rehabilitación), lo cual en sí mismo contradice el principio de voluntariedad necesario en los procesos de atención psicosocial. Por lo que se considera importante que la institucionalidad pueda seguir formulando alternativas que permitan una articulación entre las medidas de reparación, en la que no se reduzcan los tiempos destinados a los procesos psicosociales, ni se supedite o priorice el cumplimiento de algunas por encima de las otras.

La rehabilitación integral: Un compromiso y un deber del Estado en su conjunto

Así como se requiere una acción coordinada y complementada entre las diferentes medidas de reparación para lograr la integralidad y la transformación de las condiciones de vida de las víctimas, se requiere también disponer de una medida de rehabilitación que responda a la complejidad y multiplicidad de daños físicos, mentales y psicosociales. Por

este motivo se considera que en sí misma la medida de rehabilitación debe entenderse desde una perspectiva amplia e integradora que facilite su articulación y continuidad con otras medidas de reparación.

La Corte Constitucional, en el Auto 331 de 2019, al referirse a la rehabilitación puntualizó que esta medida no se limita a la atención médica y psicológica, sino que debe incluir otros servicios sociales, aclarando que estos deben ser diferenciales a los que se brindan al resto de la población y que por ende su desarrollo requiere esfuerzos adicionales por parte del Estado:

“Los programas de *reparación administrativa* hacen referencia al conjunto de acciones jurídicas, médicas, psicológicas y sociales, dirigidas al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas. Esto abarca medidas individuales y colectivas que permitan el desempeño en el entorno familiar, laboral, social y cultural. Por consiguiente, de acuerdo con la Ley 1448 de 2011, el Gobierno Nacional debe implementar un programa de **rehabilitación** que incluya medidas individuales y colectivas que: (i) permitan a las víctimas desempeñarse en su entorno familiar, cultural, laboral y social; y (ii) ejercer sus derechos y libertades básicas (...) La rehabilitación como medida de reparación, se puede garantizar por vía judicial o administrativa, y en ningún caso puede equipararse a los servicios sociales que presta de forma ordinaria el Estado”. (Corte Constitucional, Auto 331 de 2019, p.151)

Igualmente, en el Auto 006 de 2009, al referirse al derecho a la rehabilitación de la población víctima de desplazamiento forzado con discapacidad, la Corte Constitucional hace importantes aportes que permiten avanzar en la comprensión de la medida de rehabilitación para la generalidad de la población víctima. En dicho Auto la Corte ha señalado que esta medida debe contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y a la plena integración de la persona a los diferentes contextos en los que se desempeña; especificando que el carácter reparador de la rehabilitación no se alcanza solo con el hecho de contar con tratamientos médicos o terapéuticos; sino que se requieren medidas efectivas y pertinentes, que transformen las condiciones de vida de las personas mediante la incorporación de acciones en los ámbitos de la salud, del empleo, la educación y los servicios sociales del Estado. (Corte Constitucional, Auto 006 de 2009)

Con base en estas consideraciones, la Corte ha establecido los siguientes elementos para sintetizar lo que comprende el derecho a la rehabilitación por vía administrativa para efectos de la formulación y medición de los Indicadores de Goce Efectivo de Derechos (IGED), los cuales deben analizarse en consonancia con lo establecido para el componente de reparación a las víctimas que se adopta en el marco del SIVJNR y la implementación del Acuerdo Final de Paz (Corte Constitucional, Auto 331 de 2019):

Tabla 5. Síntesis del derecho a la rehabilitación integral por vía administrativa para efectos de la formulación y medición de los IGED. Fuente: Corte Constitucional de Colombia, Auto 331 de 2019, p. 154.

Titular del derecho	Víctimas de desplazamiento forzado que requieran el restablecimiento de condiciones físicas y psicosociales, teniendo en cuenta que esta medida está encaminada a superar las afectaciones derivadas del desplazamiento forzado.
Responsable de la garantía	Esta medida se extiende de acuerdo con las necesidades de las víctimas, y al concepto emitido por el equipo de profesionales. Debe observar las dimensiones que se buscan satisfacer a través de la rehabilitación integral (servicios funcionales, sociales y ocupacionales).
Extensión de la obligación	Esta medida se extiende de acuerdo con las necesidades de las víctimas, y al concepto emitido por el equipo de profesionales. Debe observar las dimensiones que se busca satisfacer a través de la rehabilitación integral (servicios funcionales, sociales y ocupacionales).
Finalidad del derecho	A través de la rehabilitación integral, las víctimas de desplazamiento forzado deben poder acceder al restablecimiento de sus condiciones físicas y psicosociales que les permitan desempeñarse en su entorno familiar, cultural, laboral y social, y ejercer sus derechos y libertades básicas.

Inclusive, cabe señalar que para avanzar hacia el goce efectivo del derecho a la rehabilitación por parte de las víctimas y lograr un efecto integral en la reparación se requiere el desarrollo de acciones de rehabilitación se realice en diferentes niveles: individual, familiar y comunitario, atendiendo a la interacción entre los distintos sistemas de funcionamiento de la persona. Así mismo, implica que las acciones tengan un carácter local y gratuito⁴⁹, que se ajusten a las particularidades del contexto en el que se desarrolla la medida, que estén en función del tipo de violencia que atienden, que logren situarse en el marco cultural de las víctimas y que se aborden desde un enfoque interdisciplinar. (Corte Constitucional, Auto 331 de 2019)

Articulación entre los programas para la rehabilitación psicosocial y el sector salud para la rehabilitación física y mental.

Amplia y repetidamente la Corte Constitucional y los entes de control, entre esos la Procuraduría⁵⁰, han advertido que uno de los obstáculos para que las estrategias de

⁴⁹ De acuerdo con el Auto 331 de 2019, la gratuidad incluye además de los servicios de salud, los medicamentos y la financiación del desplazamiento para acceder al servicio, en los casos que así se requiera.

⁵⁰ Procuraduría General de la Nación. Informe presentado en cumplimiento a lo dispuesto en el auto 298 de 2015, agosto de 2015.

rehabilitación logren el impacto esperado tiene que ver con problemas de articulación entre las entidades del orden nacional y las Secretarías de Salud, y entre las distintas entidades del nivel nacional -MSPS, ICBF y UARIV- (CSMLV, 2015; Corte Constitucional, Auto 373 de 2016); así pues:

"La desarticulación se advierte en dos vías. La primera, entre la oferta institucional del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Unidad para las Víctimas y, la segunda, entre los componentes del PAPSIVI (atención psicosocial y atención integral en salud)" (Corte Constitucional, Auto 737, 2017)

En relación con la primera vía de desarticulación el MSPS y la UARIV emitieron el Comunicado Conjunto No. 1 de septiembre de 2017, brindando orientaciones para la articulación y coordinación de las acciones desarrolladas en el marco de la medida de rehabilitación, las cuales deben ser adoptadas obligatoriamente por los funcionarios y colaboradores responsables de la implementación, con el objeto de minimizar barreras de acceso y de desinformación frente al acceso a la medida. En la respuesta al Auto 737 de 2017 se resaltan las siguientes orientaciones como claves para la articulación (MHCP, MSPS, DNP & UARIV, 2018):

- i) La armonización de la oferta local en rehabilitación para una mayor eficiencia y cobertura,
- ii) La articulación entre la ERE-G y las medidas de rehabilitación física y mental a través de las entidades territoriales,
- iii) El reporte conjunto en el Sistema de Metas de Gobierno, del indicador del PND relativo a la atención psicosocial a víctimas,
- iv) El desarrollo de acciones conjuntas para transversalizar los enfoques psicosocial, de acción sin daño y la interseccionalidad, con las instituciones prestadoras de salud como las Empresas Sociales del Estado (ESE) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), buscando favorecer la implementación del PAPSIVI en su componente de salud integral, y
- v) Un único instrumento de información para la consolidación de información nacional.

Adicionalmente, en su respuesta estas entidades presentaron un plan de trabajo a seis meses (22 de junio al 15 de diciembre de 2018) para mitigar el problema de la desarticulación institucional en el desarrollo de medidas de rehabilitación por parte del MSPS y la UARIV buscando "cualificar los mecanismos estratégicos y operativos sobre los que se desenvuelve la medida de rehabilitación, así como potencializar las instancias ya creadas para mejorar la articulación de la oferta de rehabilitación" (MHCP, MSPS, DNP &

UARIV, 2018, p. 19), dentro de este se establecen 4 actividades que son congruentes con las orientaciones anteriormente expuestas.

“1.1.1. Desarrollar una estrategia programática de coordinación a nivel nacional y territorial de la oferta de atención psicosocial de la Estrategia de Recuperación Emocional a Nivel Grupal – ERE-G y el Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas PAPSIVI.

1.1.2. Elaborar una ruta de articulación entre la oferta de atención psicosocial de la ERE-G y el PAPSIVI, de acuerdo con las disposiciones de complementariedad entre las dos ofertas y atendiendo las necesidades psicosociales de la población víctima.

1.1.3. Continuar los procesos de transferencia técnica y diálogo de saberes entre los equipos de atención psicosocial de la ERE-G y los equipos de atención psicosocial del PAPSIVI.

1.1.4. Desarrollar los procesos de acompañamiento técnico conjunto entre el MSPS y la UARIV a los profesionales de atención psicosocial en los departamentos en donde confluye la oferta del PAPSIVI y la ERE-G.” (MHCP, MSPS, DNP & UARIV, 2018, p. 19)

Dentro de la información revisada para este Balance no se logró identificar informes más recientes sobre el Auto 737 de 2017 que dieran cuenta del avance en la implementación de estas acciones; sin embargo, en la consulta con la instituciones encargadas de la medida de rehabilitación se reportó un avance significativo en el ejercicio de articulación mediante el establecimiento de una mesa técnica que se ha definido como “Mesa Nacional de Rehabilitación”, en la que participan el MSPS y la UARIV y en la que se abordan aspectos técnicos de las estrategias, elementos de focalización y cobertura, y fortalecimiento del talento humano (Entrevista UARIV, Junio de 2020):

“En este espacio de articulación tratamos de abordar la mayor cantidad de temáticas, no solamente desarrollos técnicos para que estemos armonizados. En la UARIV a medida que vamos haciendo estrategias o vamos ampliando nuestras estrategias, se las presentamos al MSPS que es el rector en la materia, las discutimos, ajustamos y recibimos recomendaciones para hacer la puesta en marcha de la implementación. En este espacio también nos centramos en ejercicios de focalización, en compartir los criterios que estamos teniendo para llegar a territorio, (...) año tras año hemos disminuido la posibilidad de duplicar acciones, eso significa que, si vamos a estar las dos Entidades, es porque hay alta demanda, de lo contrario estamos en lugares diferentes, la UARIV con la ERE-G se ha enfocado en lo rural y municipios diferentes a ciudades capitales (...)Eso nos ha permitido que se tenga en cuenta la implementación real y

concreta, que optimicemos los recursos que tenemos y logremos llegar a más lugares (...) discutimos espacios de formación para los profesionales desde el 2018, (...) en el ejercicio de fortalecimiento técnico de los profesionales hemos unificado perfiles, el MSPS participa en nuestros ejercicios de formación y nosotros en los de ellos. Es absolutamente necesario que nuestro profesional conozca: cuál es el rol, quién es, cómo se hace y cómo lo hace en territorio del PAPSIVI y viceversa, porque adicional en el ejercicio de derivaciones el ejercicio grupal y en la implementación podemos identificar casos que muy seguramente requieren una atención en salud mental y es absolutamente clave que el profesional nuestro conozca cómo es la ruta”

Sin embargo, a pesar de estos avances reportados por la institucionalidad; algunas de las voces consultadas dan cuenta de que, si bien se han emprendido esfuerzos por parte de los encargados de la medida de rehabilitación, estos se han quedado en el nivel del diseño y la planificación; mientras que en la implementación la articulación sigue siendo un desafío:

“Cuando se encuentran los equipos hay un lineamiento que establece la articulación. En la fase de alistamiento (formación, acompañamiento a los equipos) se invita a un responsable de la Unidad para que se conozca cómo se está implementando la estrategia en los diferentes territorios; (...) sin embargo, al llegar al territorio, la coordinación no acontece como se previó. De hecho, se pasa de una regional a otra la responsabilidad de con quién debe hacerse la articulación y los equipos empiezan a tener roces entre sí” (Grupo focal testigos privilegiados, junio de 2020)

"Hay PAPSIVI y Tejiendo Esperanzas⁵¹. Pero ni se hablan. Es necesario coordinar esos dos esfuerzos. No tiene sentido separarlos, ideológicamente son muy similares" (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020)

Estos testimonios ponen en evidencia que, si bien se ha avanzado en la articulación en el nivel nacional, la brecha persiste en la implementación territorial en relación con el Artículo 26 de la Ley 1448, el cual ha establecido la colaboración armónica como principio que debe regular el trabajo de las entidades del Estado, señalando la articulación entre ellas para cumplir con los fines previstos en la Ley, sin perjuicio de su autonomía.

En este mismo sentido, el Decreto 1084 de 2015 establece los principios de coordinación, concurrencia y complementariedad (Artículos 2.2.1.11., 2.2.1.12 y 2.2.1.13

⁵¹ Tejiendo Esperanzas fue un proyecto de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, implementado desde el año 2014, brindando atención primaria en salud con enfoque psicosocial y diferencial a población víctima del conflicto armado que habita en la ciudad de Bogotá D.C en el marco de la alcaldía de Gustavo Petro “Bogotá Humana”. No se incluye en el anexo 4 debido a que no tuvo continuidad después del cambio de administración.

respectivamente) como referentes para regular el trabajo articulado entre las entidades del Estado en su cumplimiento de lo definido en la Ley. Sin embargo, la aplicación de estos principios en la implementación de las medidas de rehabilitación en los territorios se pone en duda a partir de los testimonios recogidos en este Balance, en los que se evidencia que priman objetivos institucionales relativos al cumplimiento de metas, sobre la búsqueda de alternativas para la garantía del goce efectivo del derecho de las víctimas a la rehabilitación y sobre la construcción de un sentido reparador con las víctimas en el momento en que se implementan las medidas:

“Interesante que la PGN pueda hacer un seguimiento a qué sucede cuando se encuentran equipos de diferentes líneas en el mismo territorio. Esto deriva en una guerra del centavo que impacta negativamente a las víctimas. Ambos respondemos a una meta y atendemos con diferentes afanes a las personas... ¿Dónde queda la rehabilitación cuando se pierde la figura del Estado?” (Grupo focal testigos privilegiados, junio de 2020)

La duplicidad en la participación de una misma persona en las estrategias para la rehabilitación psicosocial del MSPS y la UARIV a causa de la desarticulación institucional es un factor que va en detrimento de principios como la sostenibilidad y la racionalidad contemplados en la Ley, máxime si se valora el limitado avance que se ha tenido hasta ahora en la implementación de la medida en relación con el universo de víctimas y que se expuso en el apartado sobre cobertura.

Adicionalmente, estas discrepancias evidenciadas en el territorio profundizan la desconfianza de las víctimas en el compromiso por implementar una reparación integral y sobre la efectividad del cumplimiento de la obligación estatal (ICTJ, 2015).

En relación con la segunda forma de desarticulación que se presenta entre los componentes de atención integral en salud y de atención psicosocial del PAPSIVI, esta dificultad está asociada en parte a un hecho estructural: el déficit histórico existente en materia de prestación de salud y, particularmente, de atención psicosocial a víctimas (ICTJ, 2015). La salud física y mental en Colombia, por años, han sido vistas por separado, con un menor interés por la salud mental, además de una estigmatización sobre las atenciones en este ámbito. Esto supone el reto de cualificar los procesos de atención en salud desde una perspectiva integral sin desligar la salud mental de la salud física.

Es así como en el contexto de la salud integral a las víctimas, cuando la atención se hace mediante el Sistema General de Salud y este no ha logrado establecer mecanismos de atención diferenciados que tomen en consideración la condición de víctima de la violencia como un sujeto de especial y reforzada protección constitucional, los problemas estructurales que existen terminan transfiriéndose a estas sin importar ningún tipo de distinción. (Corporación Vínculos, 2016)

El MSPS ha argumentado que la articulación de los componentes del PAPSIVI en los territorios no es “meramente enunciativa”, sino que estos comparten una “raíz natural y estratégica”, en la que las distinciones están dadas por: “i) la distinción técnica y conceptual entre la atención física y mental, de la psicosocial, ii) los instrumentos de operatividad y iii) los actores que la llevan a cabo” (MHCP, MSPS, DNP & UARIV, 2018, p. 8). No obstante, se reconoce que la integralidad en salud es un gran reto que aún no resulta tangible para las personas que reciben atención en el sistema sanitario:

“Varias de las víctimas mencionan que, aunque han sido medicadas, no han recibido la atención y el seguimiento adecuado en salud mental. Una víctima en Granada afirma: “Solo se dedican a medicar”. Además, explican que necesitan de una atención especializada. Afirman que no deberían recibir la atención que se brinda a cualquier paciente psiquiátrico, sino medidas específicas para la elaboración y la superación del trauma” (ICTJ, 2015, p.51)

“Nosotros hablamos mucho de interdisciplinariedad. Pero esa complementariedad de la salud física – mental no lo tenemos muy desarrollado, no tenemos esos sistemas de alertas de salud que pueden derivarse de condiciones de salud mental. (...) Aunque en el PAPSIVI se dio la línea o enfoque para esta complementariedad, todavía está lento” (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio 2020)

Esta dificultad tiene que ver con que en la operatividad de la atención el enfoque de salud integral se ve diluido. Por ejemplo, en el caso del PAPSIVI (concebido como Programa de Atención en Salud Integral) cada uno de sus componentes: Atención integral en salud y atención psicosocial “tiene una ruta de implementación independiente, de modo que el Ministerio de Salud y Protección Social no diferencia cuáles son las atenciones en salud realizadas en virtud del hecho victimizante y cuáles no lo son.” (Corte Constitucional, Auto 737, 2017)

En los informes desarrollados para dar cuenta del acceso a la medida de rehabilitación, el MSPS presenta los datos de atención en salud desagregados de los datos de atención psicosocial, como si se hablase de dos procesos independientes, inclusive en algunos, la información sobre atención en salud se limita a cifras de afiliación de víctimas al sistema de salud (ICTJ, 2015). Es imposible evidenciar datos sobre la complementariedad entre los diferentes tipos de atención, efectividad de las remisiones realizadas desde la atención psicosocial, relaciones entre el malestar físico y mental, etc.⁵².

Desde un enfoque de género el funcionamiento articulado entre los diferentes componentes de la medida de rehabilitación, debe brindar al sistema la capacidad para

⁵² El análisis de esta información puede ser complementado y profundizado en el marco del componente de mediciones que hace parte de este balance.

identificar que, por ejemplo: “mujeres con estrés postraumático tienen altas posibilidades de desarrollar cáncer de útero. No obstante, esta información no circula entre los profesionales o encargados de los programas psicosociales” (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020).

No obstante, tal como se aborda en el componente de enfoque diferencial y de género, la violencia sexual no es lo único que les sucede a las mujeres en el conflicto armado, y centrarse solo en este hecho implica desatender otras necesidades de las mujeres en salud. Por ejemplo, el daño desproporcionado que ha tenido el desplazamiento forzado, el reclutamiento de menores, la desaparición forzada y otros hechos en la vida de las mujeres.

“El enfoque de género está centrado en la violencia sexual, pero el género no se agota en este tema. Pero en efecto no es lo que más le interesa al PAPSIVI implementar. Por ejemplo, no se han identificado las afectaciones físicas de las mujeres derivadas de complicaciones psicológicas. Y esto sería importante incluirlo entre los documentos/manuales de las medidas de rehabilitación” (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio 2020).

En suma, se evidencia que aún dentro del mismo Programa se carece de mecanismos de comunicación y reporte que den cuenta de: i) la atención integral de las personas, ii) de la manera en que las afectaciones en salud integral se asocian a los impactos derivados de los hechos de violencia, y iii) de la incorporación efectiva del enfoque psicosocial en la atención en salud física y mental:

“¿Cómo saber que las personas víctimas atendidas en el SGSSS son atendidas bajo el protocolo? Esa es una dificultad, no es posible determinarlo. Se quiere que pase obligatorio por la atención multidisciplinaria del equipo... y en el aplicativo de PAPSIVI queremos que las entidades nos reporten cuántas han pasado por el equipo multidisciplinar. Queremos medir o tener también un indicador de calidad al respecto” (Entrevista MSPS, junio de 2020)

Las limitaciones en la integralidad y articulación dentro del PAPSIVI develan una brecha en relación con lo establecido en el Artículo 138 de la Ley 1448; el cual define su estructura, funciones y operatividad; estableciendo que la articulación con las entidades territoriales se hará de acuerdo con los artículos 172 y 173 de la misma Ley, especialmente, para el desarrollo de la estrategia del Modelo Único de Atención Integral a Víctimas.

Para el caso de la implementación del PAPSIVI, claramente hay dificultades en la territorialización de las directrices; si bien el MSPS se ha ocupado de brindar la asistencia técnica a las entidades prestadoras de salud a nivel territorial, la implementación de las directrices no se ha hecho efectiva por parte de estos entes territoriales, particularmente en el componente de salud integral:

“Nos hemos ocupado de lograr la articulación con la estructura general de salud (tanto IPS como EPS), de esta forma, nos aseguramos de que todo el personal de salud comprenda el enfoque psicosocial en salud. Se trata de que lo materialicen, y no solo lo señalen. Esto lo hemos reiterado en el Protocolo Nacional de Salud (2016) para que también la gerencia en salud entienda que el enfoque es en la práctica.” (Entrevista MSPS, junio de 2020)

“El protocolo de atención psicosocial no ha sido adoptado por EPS ni IPS. No hay un enfoque diferencial para las víctimas. El protocolo de atención no ha sido incorporado por el sistema de salud y aún no se logra diferenciar el acceso para las víctimas” (Grupo focal testigos privilegiados, junio de 2020)

"La estrategia del PAPSIVI da apoyo, da asistencia, pero si hay un duelo complicado (con depresión grave, algo grave) se debe derivar al Sistema General de Salud, el cual no tiene capacidad de atender; y uno asume que van a tener las capacidades de atender, pero no lo tienen. Hay un abismo entre la estrategia y la demanda... no creo que lo hayamos resuelto (...) En cuanto a la salud física, por ejemplo, en el caso de violencia sexual... cuando yo les pregunto a las mujeres si irían al Sistema General de Salud, dicen que “no hay ni riesgo”... muchas tienen muchas complicaciones que no quieren que se enteren, ni creen serán bien atendidas por los profesionales o por el sistema de salud.” (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020)

Otra situación que ha dificultado la incorporación del enfoque psicosocial en la atención en salud tiene que ver con la alta rotación del personal en ese sector (médicos, enfermeras, auxiliares, administrativos), que lleva a que sean necesarios permanentes procesos de capacitación sobre el mismo tema y que los niveles de apropiación sobre el protocolo no sean siempre los esperados. El MSPS señala:

“Lo que hemos hecho es generar un protocolo de atención integral en salud, pero sabíamos que no se trataba solo de generarlo y entregarlo. Había que desplegar un acompañamiento. Entonces, generamos un esquema de implementación y lo trabajamos en nivel territorial con Córdoba, Cauca y otros dos (...) Luego, dijimos vamos a hacer formación a determinados equipos... pensamos en un esquema de fortalecimiento (formación de formadores): secretaría de salud - EPS – otros; y de ahí dimos una directriz para su implementación” (Entrevista MSPS, junio de 2020)

Evidentemente, la incorporación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (PAISEPV) demanda esfuerzos adicionales a su formulación y difusión. Requiere una implementación acompañada, permanente y sostenible en los territorios, para lo que es necesario contar con el personal capacitado que la desarrolle. Sobre este aspecto vale la pena llamar la atención, pues en

el grupo focal con promotores psicosociales del PAPSIVI (junio de 2020) se evidenció la necesidad de fortalecer dentro de los equipos territoriales el recurso humano que apoya dicha incorporación: “los enlaces en salud son muy pocos para la cobertura, en algunos casos es 1 para 2 o 3 departamentos” (Grupo focal promotores PAPSIVI, junio de 2020)

También, llama la atención que el Ministerio de Salud cuenta con un plan estratégico denominado Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016 - 2021, en el que se “imponen las condiciones frente al mejoramiento de la calidad en la atención y la obtención de resultados evaluables, reconocidos y direccionados para lograr el compromiso de todos los agentes del sistema”, pero en el documento no menciona los procesos de atención en salud a personas víctimas del conflicto armado, ni se retoma el Protocolo de Atención Integral en Salud. Esto evidencia la profunda desarticulación que existe entre la prestación de los servicios de salud a la población en general y la atención a víctimas.

Así mismo, se quiere llamar la atención sobre el nivel de avance en la implementación del Protocolo, ya que este es un proceso que se inició desde el año 2013, cuando entra en funcionamiento el PAPSIVI, y a la fecha no se ha logrado su apropiación por parte de las IPS y EPS como se mencionó anteriormente. De acuerdo con la información suministrada por el MSPS, resulta preocupante que hasta el momento el avance en implementación acompañada del Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial no se ha realizado ni siquiera en el 10% de los departamentos del país, esto genera inquietudes frente a la capacidad para replicar y escalar el modelo en un tiempo razonable en todas las entidades prestadoras de los servicios de salud, y más aún inquieta si existe la posibilidad real para hacer seguimiento y control a la implementación por parte del MSPS sobre las entidades territoriales que brindan servicios de salud a las víctimas.

En el seguimiento realizado por la CSMLV a la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial, por parte de las entidades territoriales; se identificaron avances en la implementación en los departamentos de Antioquia, Córdoba y Meta los cuales reportaron haber implementado totalmente las acciones de coordinación, socialización y capacitación, diagnóstico de la situación de salud de la población víctima, formación al talento humano en salud, y atención en salud a víctimas del conflicto armado. Mientras que Atlántico, Casanare, Cundinamarca y Tolima, manifestaron haber desarrollado acciones parciales. Y por su parte, Santander y Norte de Santander respondieron no haber adelantado ninguna acción en lo concerniente a la socialización del Protocolo (CSMLV, 2020, p. 188), datos que corroboran lo enunciado en líneas anteriores.

En este sentido se insta al MSPS a seguir haciendo esfuerzos para una implementación acompañada y a agilizar este proceso, incorporando inclusive estrategias de seguimiento a la implementación, ya que sus resultados son aún muy incipientes como se indica en el documento de evaluación al PAPSIVI - fase 1 (MSPS, 2020a):

“El MSPS, acompañó de manera directa la implementación del protocolo en 6 Entidades Territoriales con el propósito de fortalecer el proceso de adopción, (...) se señalan las entidades y las EPS cuya implementación ha sido acompañada por el MSPS (versión 2016). Son 18 las IPS priorizadas, en las que se acompañó la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial, entre 2017 y 2018. (MSPS, 2020a, p. 39)

Dentro del análisis desarrollado, no son claros los motivos por los cuales el avance en la incorporación del protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial ha presentado demoras, si bien es cierto el Ministerio ha indicado la ruta seguida, no ha especificado cuáles han sido los factores que han demorado su apropiación por parte de las entidades de salud. En este sentido se insta al Ministerio a hacer un examen minucioso de las limitaciones y a construir un plan de acción que permita su superación para lograr dar cumplimiento efectivo al desarrollo del Programa. Adicionalmente, se evidencia la necesidad de hacer seguimiento a la implementación del Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial en las IPS priorizadas para el desarrollo de la implementación acompañada, valorando sus resultados y los factores críticos de éxito de la experiencia que puedan ser replicados para escalar el modelo a otros territorios.

A pesar de que el MSPS ha argumentado que la concentración en una sola dependencia de la coordinación del diseño y la implementación técnica del PAPSIVI ha facilitado la articulación entre la Nación y los actores territoriales que intervienen en el desarrollo de los dos componentes del PAPSIVI, y que su rol como ente rector de la política pública en salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud le permite formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y hacer seguimiento a la implementación del Programa en el territorio (MHCP, MSPS, DNP & UARIV, 2018, p. 19), lo reportado da cuenta de que las actuaciones del MSPS hasta el momento siguen siendo insuficientes para lograr el objetivo que se pretende en materia de atención en salud integral a las víctimas en el marco de la medida de rehabilitación.

Queda claro que la articulación al interior del PAPSIVI es una responsabilidad no solo de la entidad rectora de la política en salud, el MSPS, sino de las entidades que forman parte del Sistema General de Salud y Seguridad Social que atienden las necesidades de la población víctima y que independientemente de su naturaleza pública o privada tienen bajo su responsabilidad garantizar el derecho a la salud y a la rehabilitación de las víctimas desde los enfoques y principios que ha orientado la ley 1448. En este momento, la prórroga de la Ley brinda la oportunidad de visibilizar y explicitar el rol y la responsabilidad que estos actores del sistema de salud tienen frente a la garantía del derecho a la rehabilitación por parte de las víctimas.

Así mismo, y como lo ha planteado la CSMLV (2020) se considera que las entidades territoriales deben tener un rol más preponderante en la mitigación de las barreras de

acceso y en la garantía del derecho a la rehabilitación de las víctimas, especialmente en lo concerniente a la implementación y buen desarrollo del PAPSIVI en los territorios:

“Es importante que las entidades territoriales planeen adecuadamente el desarrollo de actividades para satisfacer las necesidades de salud de la población víctima. Para esto, deben liderar la articulación las Entidades Administradoras de Planes de beneficios y las IPS, entidades responsables de brindar la atención a las víctimas. Por consiguiente, las comisiones en el cumplimiento de estas funciones o el cumplimiento parcial de las mismas constituyen barreras de acceso a la atención integral en salud de las víctimas del conflicto, en sus componentes psicosocial, asistencia en salud y rehabilitación física y mental.” (CSMLV, 2020, p. 188)

Por otra parte, la firma del Acuerdo de Paz abre posibilidades que favorecen la articulación de los componentes (psicosocial y en salud integral) del PAPSIVI en contextos rurales, en tanto que la formulación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) ha implicado para el Ministerio de Salud y Protección Social la construcción de un modelo especial de salud pública para zonas rurales y rurales dispersas en el marco del proyecto “Salud para la Paz, Fortaleciendo Comunidades”⁵³ (MSPS, 2019). Se considera que poder articular y armonizar en la formulación de este modelo la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial sería un escenario de oportunidad que además de reducir la desarticulación permitiría tener una oferta en salud más ajustada a las necesidades de comunidades que han tenido múltiples experiencias de victimización y que históricamente han estado marginadas del acceso a derechos.

Finalmente, y atendiendo a las necesidades de los grupos del enfoque diferencial, cabe señalar que una atención integral en salud debe propender por la complementariedad de aproximaciones de diversas disciplinas y/o áreas de la salud, descentrar la violencia sexual como “lo único que enfrentan las mujeres y la población OSIGD en el conflicto armado”, de forma que se visibilice y logre atender a las víctimas de estos delitos pertenecientes a otros grupos del enfoque diferencial (por ejemplo, NNAJ y hombres heterosexuales) y avanzar hacia la incorporación del enfoque diferencial en el diagnóstico y atención de las afectaciones a la salud física, emocional y psicológica.

⁵³ El proyecto Salud para la Paz, Fortaleciendo Comunidades es una iniciativa del Ministerio de Salud con el apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) que busco el desarrollo de capacidades locales para la promoción y garantía del derecho a la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva (SSR), salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), salud infantil y desnutrición en 25 municipios y 14 departamentos donde se ubican los 26 Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación ETCR).

Articulación entre SIVJRNR y SNARIV: Atención psicosocial y rehabilitación de las personas que participan en el SIVJRNR y que no son reconocidas como víctimas en el marco del Artículo 3 de la Ley 1448.

El Plan Nacional de Rehabilitación para la Convivencia y la No Repetición plantea como la primera de sus tres líneas estratégicas la articulación con los mecanismos del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y no Repetición, con el objetivo de “avanzar de manera coordinada la definición de rutas que faciliten el acceso a las medidas para la recuperación emocional individual, las medidas de rehabilitación comunitaria y colectiva y el acceso a los servicios de salud, lo que a su vez pueden contribuir a la consecución de los objetivos del SIVJRNR” (MSPS, CNMH, UARIV & ARN, 2018, p. 41).

En aras de dar cumplimiento a este objetivo se ha planteado como acción estratégica para la rehabilitación la identificación de necesidades y acciones de articulación entre las entidades que hacen parte de la implementación del PNRCNR con los mecanismos del SIVJRNR con el objetivo de construir acciones que permitan el acceso a la atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado, al acompañamiento psicosocial a excombatientes, a las medidas de rehabilitación comunitaria y colectiva; así como, a los servicios, programas y estrategias de atención integral en salud física y mental en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud, la ruta de atención integral para la promoción y mantenimiento de salud, y la ruta de atención integral a los diferentes grupos de riesgo en salud. (MSPS, CNMH, UARIV & ARN, 2018).

En este contexto, las entidades que forman parte del SIVJRNR han avanzado en articular conjuntamente el enfoque psicosocial mediante el desarrollo de una estrategia basada en tres componentes: i) orientación de la actuación de acuerdo a principios psicosociales básicos; ii) coordinación para la recepción de casos de acuerdo a las competencias de cada institución, disminuyendo los riesgos de victimización secundaria; y iii) actuación conjunta para el logro de objetivos, integrando enfoques y estrategias de cada institución para una visión conjunta y complementaria de los procesos. (CEV, 2020a)

En relación con la articulación entre las entidades del SIVJRNR y las del SNARIV, pudieron identificarse diferentes experiencias y niveles relacionados con la misionalidad propia de las instituciones. Esta articulación se ha gestado mediante el desarrollo de convenios y acuerdos internos que les han permitido realizar acciones conjuntas con las víctimas; contribuir a la transversalización del enfoque psicosocial; definir rutas para el desarrollo conjunto de acciones con las víctimas y sus familias (por ejemplo el desarrollo de procesos de entrega digna); articularse con entidades que no hacen parte de ninguno de los dos sistemas pero con las que se comparten competencias; o crear estrategias para la remisión de personas que presentan necesidades específicas relacionadas con las competencias propias de cada institución.

“En el caso del componente psicosocial nuestra mayor articulación ha estado con la UBPD, en estas competencias específicas que tiene la UARIV del acompañamiento psicosocial a familiares en búsqueda, entrega y la medida de asistencia en términos de garantía de participación de los familiares en la entrega de cadáveres (...) venimos haciendo acciones si se presentan en terreno, por ejemplo, un ejercicio de contribución que hizo la fiscalía, en donde estuvimos las tres Entidades e hicimos un buen ejercicio de articulación, logrando el acompañamiento y la entrega de unos cadáveres en Villavicencio y Córdoba.” (Entrevista UARIV, junio de 2020)

“los equipos territoriales pues se relacionan permanentemente con los equipos de las entidades del Ministerio de Salud y de la UARIV, nosotros hemos tenido la apuesta porque ese relacionamiento no tenga digamos tanta burocracia ni se limite por una centralización de los procedimientos, entonces nosotros hemos brindado a los equipos territoriales unas orientaciones sobre cómo proceder en esos casos de las remisiones o de establecer contacto,(...) y después podemos llamar y decir qué pasó en esta situación (...) también les pedimos a los equipos territoriales que nos den la información de esas solicitudes que necesitan ser presentadas digámoslo formalmente con el Ministerio y con la UARIV. Por qué pasa eso también, bueno ustedes conocen la UARIV es centralizada, no, tiene equipos en territorio cuando a veces las cosas no funcionan, así como muy fácilmente es necesario moverlas desde el nivel central.” (Entrevista UBPD, junio de 2020)

“Uno de los primeros convenios fue con la UARIV, ha sido fluido en el acceder a la información y a los diagnósticos (...) en términos prácticos y con las medidas de rehabilitación hay coordinación de las oficinas CEV con las oficinas de la DT UARIV (...) la necesidad de la Comisión está más en buscar la atención en pro de la verdad; en la preparación de las entrevistas, los espacios de escucha y reconocimiento; y en activar las medidas que las víctimas requieren por procedimientos adicionales; así que en esto se han hecho acciones puntuales articuladas, por ejemplo se pasa el listado de las personas que se identifican en los actos de reconocimiento” (Entrevista CEV, junio de 2020)

“Desde el año 2019, se han desarrollado entre la UBPD, la Unidad para las Víctimas, y el MSPS, con el apoyo de OIM, cuatro jornadas de diálogo interinstitucional para definir conjuntamente una estructura de articulación en torno a los procesos de búsqueda y entrega de cadáveres que implementan y/o acompañan las tres entidades. Las jornadas se enmarcaron en definir el funcionamiento del esquema de articulación en el marco de la desaparición forzada, concretar canales de intercomunicación y concertar la ruta de articulación para procesos de búsqueda y entrega digna de cadáveres (...)

Actualmente se están desarrollando reuniones de articulación y concertación con la UBPD para definir los criterios y procedimientos a seguir en el proceso de entrega digna de cadáveres y las acciones tanto de acompañamiento psicosocial como asistencia funeraria en las etapas de la búsqueda que quedarán definidas en un convenio interadministrativo suscrito entre las dos entidades” (UARIV, 2020)

A pesar de estos avances derivados de la articulación entre instituciones que hacen parte de los dos Sistemas (SIVJRN y el SNARIV), se evidencia la necesidad de crear mecanismos que articulen sus acciones con el objetivo de impulsar la reparación integral en aplicación al principio de coherencia externa contemplado en la Ley, según el cual: “Lo dispuesto en esta ley procura complementar y armonizar los distintos esfuerzos del Estado para garantizar los derechos a la verdad, justicia y reparación de las víctimas, y allanar el camino hacia la paz y la reconciliación nacional” (Ley 1448 de 2011, artículo 11):

“Las víctimas se pueden sentir reconocidas, los responsables escuchan lo que sintieron las víctimas y eso está bien... pero no han llegado otras medidas de reparación, entonces las víctimas quedan con la sensación de que la CEV aporta a la reparación, pero si no hay un sistema robusto que pueda activar las medidas, las víctimas no van a sentir la reparación integral. Las víctimas pueden sentir que la CEV contribuye a la verdad, pero no se siente que vaya al mismo ritmo y coordinado. Lo que nos preguntamos si el Sistema tiene esa capacidad para la reparación a las víctimas, no porque aparece en el SIVJRN, el SNARIV (...) hay un destiempo” (Entrevista CEV, junio de 2020)

“Se ha trabajado bien el ejercicio de la articulación con la UBPD, con las otras Entidades del Sistema no se ha podido. Más allá de unos encuentros en términos de la transversalización del enfoque Psicosocial, de compartir con la JEP y con la CEV las premisas sobre las cuales cada entidad está basada en término de enfoque Psicosocial. No hemos ahondado en rutas específicas de articulación con la JEP ni con la CEV.” (Entrevista UARIV, junio de 2020)

Desde un enfoque psicosocial el acceso efectivo a procesos de verdad y justicia por parte de las víctimas es fundamental para la rehabilitación y el avance en la recuperación de su autonomía y dignidad; esto sucede en la medida en que la participación en este tipo de procesos “supone la identificación de los agresores, sus intencionalidades e intereses, e implica la calificación de su situación como agredidos y vulnerados, lo cual permite desinstalar la culpa, de sí mismos y sus próximos, para desprenderse de las causalidades construidas por los agresores y exigir reparación” (Corporación Vínculos, 2009, p. 25)

“Parte del trabajo de la Comisión es el cómo hacemos las cosas para que tengan un efecto reparador entre comillas positivo; parte es la verdad, que lo que va a decir la Comisión tenga ese efecto. Qué va a decir la Comisión sobre

ciertos hechos claves, en función en lo que diga la gente, va a sentir que su historia está siendo reconocida por una institución oficial o no, o va decir que esto es más de lo mismo, aquí nos han engañado, o lo va a ver como sí, aquí hay un reconocimiento efectivo, esa verdad reconoce lo que nos ha pasado, le da un estatus de dignidad a lo que nos ha pasado, eso es lo que nosotros tenemos que hacer bien. Otra cosa que tenemos que hacer bien son, las recomendaciones de las políticas para las garantías de no repetición, para la atención de las víctimas (...)" (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 2, junio de 2020)

Paradójicamente, a pesar de la relevancia de estos escenarios para la rehabilitación de las víctimas, en los procesos de participación de las personas en los mecanismos del SIVJRN se evidencia un gran vacío frente a las necesidades de rehabilitación psicosocial, debido a que las instituciones (UBPD, CEV, JEP) no "atienden" el mismo universo de víctimas que el que está reconocido en el marco de la Ley 1448 del 2011, sino un universo de personas más amplio que se estableció en el marco del Acuerdo Final de Paz.

En esos casos, una persona que esté en un proceso de búsqueda de un familiar dado por desaparecido en razón del conflicto armado puede no haber declarado o no haber sido incluido en el RUV, o incluso puede que el hecho victimizante haya ocurrido antes de 1990. Esta situación implica que no puede ser "derivado" ni "remitido" a los programas de rehabilitación a cargo de MSPS ni de la UARIV, y por lo tanto, si tienen necesidades psicosociales o de salud mental o física, no van a ser atendidas bajo el reconocimiento ni las medidas de reparación que establece la Ley 1448.

Esto profundiza los daños de las personas que participan en los procesos tanto de la CEV como de la UBPD, y es preocupante sobre todo en los casos de personas con familiares dados por desaparecidos⁵⁴, por la dimensión de las afectaciones que estos delitos de lesa humanidad generan en la vida de las víctimas y en su entorno. En estos casos, además de la desaparición que de por sí busca eliminar todo rastro de la víctima y del hecho victimizante, algunas familias sufren el hecho no ser reconocidas como víctimas (ya sea porque no declararon o porque no fueron incluidos en el RUV), y por ende, durante el proceso de búsqueda que inician con la UBPD no cuentan con una oferta que atienda sus necesidades psicosociales o en salud física y mental; evidenciándose un vacío jurídico y de complementariedad entre SNARIV y SIVJRN.

Este mismo vacío se manifiesta en los casos de los familiares de las personas víctimas de secuestro, para quienes se debe encontrar una alternativa legal y de articulación entre los Sistemas que les permita acceder a medidas de asistencia, atención y rehabilitación tanto en el momento en que ocurre el secuestro, como en el mediano y largo

⁵⁴ Familiares de personas secuestradas y dadas por desaparecidas, víctimas de desaparición y desaparición forzada en el contexto y con ocasión del conflicto armado.

plazo. Entendiendo que la ausencia de la persona secuestrada genera un sufrimiento y unas afectaciones emocionales y relacionales de manera inmediata en su entorno cercano, y que el sufrimiento no solo aparece luego del secuestro, cuando se configura la desaparición o el homicidio, que es el momento en el que la Ley 1448 de 2011 reconoce a estos familiares como víctimas del conflicto armado. De hecho, no brindar una atención psicosocial oportuna para mitigar el sufrimiento que genera el secuestro puede a futuro, ser un factor que profundiza las afectaciones psicosociales y en salud integral a los familiares.

“Yo siento que la Ley en general hay que actualizarla al contexto del Acuerdo de Paz eso que significa, que se tienen que ampliar las víctimas, que se tienen que ampliar los contextos de las violaciones (...) el Acuerdo de Paz no incluyó un mecanismo de reparación porque dijo la ley de víctimas es el mecanismo de reparación pero habló de que tocaba actualizarlo y eso no se ha hecho (...) que la ley vaya un poco más allá de señalar que la competencia psicosocial es de la UARIV y del Ministerio de Salud y que si bien desde la formulación de la ley se hablaba del PAPSIVI se tenga que hacer una revisión de fondo de ese Programa y del Protocolo de Atención en Salud Integral y que a la luz de esa evaluación se (...) cubra también a un espectro más amplio de víctimas (...) todavía no hay una estabilidad de los programas que brindan la atención, que puedan permanecer en el tiempo y con más amplia cobertura” (Entrevista UBPD, junio de 2020)

Adicional a lo anterior, las entidades del SIVJRN tienen la competencia de incorporar el enfoque psicosocial en sus procesos, mientras que la competencia de la rehabilitación la mantienen el MSPS y la UARIV. Las entidades han buscado alternativas complementarias como remitir a la oferta de servicios de organizaciones no gubernamentales y/o de la academia para buscar la atención psicosocial, pero es necesario y urgente superar esta brecha para lograr garantizar las medidas de rehabilitación a las víctimas.

El trabajo que pueda desarrollar el SIVJRN al dar sentido y valor a la verdad, en respuesta a la expectativa de justicia de las víctimas, y en la participación en los procesos de búsqueda de los desaparecidos, podrá contribuir a su dignificación y rehabilitación, siempre y cuando se construyan condiciones para ellas y se tomen en cuenta las lecciones aprendidas de otros procesos de aplicación de justicia transicional; en el caso colombiano el proceso conocido como “Justicia y Paz o Ley 975”, en donde el sentido de lo que representa la aplicación de justicia y acceso a la verdad para la rehabilitación de las víctimas no fue tenido en consideración.

Por lo anterior es fundamental que las entidades del SIVJRN sigan avanzando en la transversalización de las directrices del enfoque psicosocial en todos sus procesos, valiéndose inclusive de las lecciones aprendidas y de las estrategias exitosas implementadas por parte del SNARIV, como la construcción y armonización de lineamientos

psicosociales entre entidades, el diseño e implementación de procesos formativos con diferentes equipos del nivel nacional y territorial, la incorporación del enfoque psicosocial en los procedimientos propios de cada entidad, entre otros que se considere apropiado.

Procesos de atención continuos, estables, de mayor duración y accesibles en todo momento

Los hechos de violencia ocurridos en el contexto del conflicto armado generan daños e impactos específicos, y en la mayoría de las ocasiones, tan profundos, que se requiere una atención psicosocial especializada, continua, estable y duradera. La experiencia internacional, en particular el Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos, PRAIS de Chile, muestra que el programa de rehabilitación y atención a las víctimas debe estar disponible por todo el tiempo que sea necesario, incluso más allá de la vigencia de las medidas de justicia y sistemas transicionales.

En Colombia, la Corte Constitucional se ha referido a la necesidad de diseñar e implementar estrategias especializadas que respondan a las necesidades particulares que las víctimas, sus familias y comunidades tienen en materia de salud, especialmente en lo referido a la recuperación de los impactos psicosociales, producidos por su exposición a eventos desencadenados por la violencia sociopolítica en el país (Corte Constitucional, T-045, 2010).

Responder a las necesidades de las víctimas tiene que ver con que la atención en salud no puede limitarse únicamente a los planes básicos que se contemplan en el sistema de salud para la población en general, y con que esa atención especializada debe prolongarse en el tiempo de acuerdo con las necesidades mismas (CIDH, Sentencia del 27 de noviembre del 2008; CIDH, Sentencia de 30 de noviembre de 2012; CIDH, Sentencia de 22 de noviembre de 2016). Por su parte el PAPSIVI se ha concebido como una intervención específica, focalizada en aquellas víctimas que han expresado necesidades en materia de recuperación psicosocial y emocional, pero se ha limitado a una atención temporal. (Centro Internacional para la Justicia Transicional – ICTJ, 2015)

Así mismo, las medidas de rehabilitación no pueden supeditarse al desarrollo de acciones focales, por ejemplo se ha identificado que durante el desarrollo de procesos judiciales de casos de abusos y/o delitos contra la libertad, integridad y formación sexual se carece de medidas continuadas en el tiempo para mitigar el impacto del hecho y de la participación misma en los escenarios de búsqueda de justicia. En otros términos, la atención psicosocial no debería concentrarse en el inicio de las diligencias o las declaraciones judiciales, sino que debería ampliarse a todas las etapas del proceso (Ley 1448 de 2011, Artículo 35. Información de asesoría y apoyo. Párrafo 2). Esta debilidad había sido evidencia en audiencias con víctimas, realizadas en el año 2011: “Las víctimas consideraron, de forma unánime, que es insuficiente esta garantía [asistencia psicosocial],

limitada al momento en el cual se rinden declaraciones judiciales, por lo cual debe extenderse a todas las etapas del procedimiento” (PNUD y Fundación Social, 2011, p.29).

Sobre la continuidad en los tratamientos orientados a mitigar las afectaciones en salud integral de las víctimas también se ha pronunciado la Corte Constitucional. En la sentencia T-045 de 2010 sobre el acceso al derecho a la salud integral por parte de un grupo de mujeres de la comunidad de El Salado, hace un análisis que permitió identificar que a pesar de las serias afectaciones, las mujeres no habían contado con tratamientos continuos, los profesionales que atendieron sus dolencias rotaron en varias ocasiones y estaban ubicados en diferentes zonas de la región; lo que imposibilitaba un seguimiento basado en su historia clínica, que los procedimientos médicos tuvieran un hilo conductor y un seguimiento sistemático a la evolución de sus afectaciones.

A pesar de que han pasado 10 años desde la sentencia T-045 estas limitaciones siguen siendo evidenciadas como una necesidad por parte de las víctimas, y son recogidas por quienes implementan y conocen las estrategias de rehabilitación:

Desde la voz de las mujeres:

“Se habló muy bonito en ese espacio; nosotras las mujeres sabemos y compartimos lo que nos pasó... nos hablaron bonito, nos dijeron cosas buenas... Pero no nos han cumplido ni en el dinero (aunque no es lo único). Se trata también de que nos repararan los corazones rotos. Yo tengo tres victimizaciones, pero no he podido salir de mi afectación mental. Yo estoy con tres psicólogos. Para mí no ha sido suficiente. Un proceso de un solo día no es efectivo.” (Grupo focal con PETRA Mujeres Valientes, junio de 2020)

“Nuestros planes de vida como colectivo como organización realmente no se han fortalecido y eso tiene que ver mucho con un tema que más adelante lo miraremos y que va articulado con la salud mental que es el fortalecimiento psicosocial de las lideresas que están, que estamos afectadas de múltiples maneras, hubo un proceso que ayudó en algo, pero que falta por fortalecer” (Estudio de caso ANMUCIC)

Desde la voz de quienes lo implementan:

“(Las estrategias para la rehabilitación) se aterrizan en cuatro meses. Las personas terminan teniendo una atención de cuatro meses, de prisa...” (Grupo focal promotores psicosociales PAPSIVI, junio 2020)

“Las ocho sesiones son muy cortas para la situación de la mayoría de las víctimas (...)” (Grupo focal promotores psicosociales PAPSIVI, junio 2020)

“La medida de rehabilitación ha sido muy buena porque las víctimas lograron mitigar esa afectación que ellas tenían a raíz del conflicto. También ha habido testimonios de familias y parejas que lograron mejorar sus relaciones intrafamiliares: se mejora la comunicación y el ambiente. La medida de rehabilitación es muy buena... lo único es el tiempo que no alcanzó. (Promotores psicosociales PAPSIVI, junio 2020)

Desde la voz de los y las expertas:

"También encontramos que se trata de una medida muy de corto plazo, (...) las víctimas lo ven como un abre bocas que deja un sin sazón frente a algunas necesidades" (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020)

“Sería necesario que PAPSIVI tuviera mayor continuidad. Es necesario que se logre mayor continuidad.” (Grupo focal expertos en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020)

Algunas valoraciones externas a la implementación del PAPSIVI también han señalado la falta de continuidad y de disponibilidad permanente de la atención como una de las principales falencias del Programa. Las estrategias con intervenciones cortas y predeterminadas no suplen la necesidad de una atención de mayor profundidad, que hagan un abordaje integral de la situación de las víctimas y que les permitan contar con apoyo psicosocial en diferentes momentos de su vida (ICTJ, 2015).

En un estudio realizado en el año 2015 sobre la implementación del Programa de Reparación Individual en Colombia, el ICTJ señaló que el enfoque lineal de implementación del PAPSIVI, en el que se asume que las víctimas tras su intervención se rehabilitan y se dan “de alta definitivamente”, “no corresponde con otras experiencias que afirman la recurrencia y naturaleza cíclica de los efectos que hechos de esta naturaleza suelen causar” (p. 47).

La rehabilitación vista como un proceso lineal no es coherente con el enfoque psicosocial que propone la Ley, por el contrario, deja vacíos que no permiten un cierre adecuado del ciclo de violencias y de heridas individuales y colectivas que aún están sin resolver. Como bien los señala el ICTJ (2015) en su estudio:

“Programas de esta naturaleza requieren de la disponibilidad continua o recurrente de servicios, para enfrentar situaciones que puedan requerir nuevas necesidades de atención, aun después de que la persona haya dicho sentirse bien.” (P. 48)

Es frecuente que en la experiencia de implementación del PAPSIVI sea necesario atender necesidades actuales en salud mental de las víctimas, ya que para ellas el daño no

se circunscribe a las consecuencias que en su momento produjo el hecho victimizante, sino que trasciende a su vida presente. Las víctimas esperan que un apoyo en salud mental o de carácter psicosocial les permita afrontar también esas consecuencias que a largo plazo han traído los hechos de violencia y que se convierten en situaciones actuales (impactos en lo relacional y transgeneracionales).

“La historia de las víctimas se conecta con las situaciones actuales que viven, en este sentido la necesidad tiene que ver con que los lineamientos deben tener cierta flexibilidad que permita reconocer si esas necesidades responden a manifestaciones del impacto de la violencia para ser atendidos dentro de la medida de rehabilitación y si se requiere un acompañamiento dentro de la ruta de atención en salud mental de tal manera que la medida de rehabilitación tenga sentido para las víctimas.” (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio 2020)

“Muchas veces esas atenciones ni siquiera tienen que ver con el conflicto: “qué hago para no pegarle a mi hijo, así yo tenga un duelo de desaparición con mis padres” (Grupo focal promotores psicosociales PAPSIVI, junio 2020)

Si bien, como lo ha expuesto el ICTJ (2015) refiriéndose al PAPSIVI, una intervención psicosocial debe tener un momento de cierre, también es cierto que no puede asumirse que tras la participación de las personas en un programa de atención psicosocial (que incluye de 8 a 10 sesiones) estas quedarán “rehabilitadas” y no requerirán nuevos apoyos. Es necesario considerar que la recuperación no puede medirse en términos de participación en un número determinado de sesiones, sino que tiene que ver con cambios significativos en las dimensiones de la vida de la persona que se han visto afectadas como consecuencia de los hechos de violencia.

Así mismo, es importante señalar que las estrategias de recuperación emocional a cargo de la UARIV han tenido una reducción en cuanto al número de encuentros destinados a la rehabilitación, lo cual a la luz de este análisis también resulta problemático.

Las posibilidades de rehabilitación están relacionadas no solo con la intervención, sino con aspectos como la profundidad y especificidad de los daños y con las condiciones del entorno para favorecer el afrontamiento, lo cual difiere de persona a persona. En este sentido es útil reconocer que otras experiencias de atención psicosocial a víctimas de violaciones masivas a los derechos humanos, consisten precisamente en programas de larga duración que ofrecen atención en el momento en el que ellas lo requieran, de acuerdo con sus necesidades y posibilidades de recuperación.

La mirada lineal que conlleva a la no continuidad en las medidas de rehabilitación (especialmente en las que atienden el daño psicosocial) no es consistente con la incorporación del enfoque psicosocial mismo, y mucho menos con el enfoque transformador

que recoge la Ley. Como se ha dicho, el enfoque psicosocial permite una mirada amplia, compleja y contextualizada de las situaciones que viven las víctimas, en este sentido favorece una comprensión de elementos de tipo socio histórico, socio político, socio económico, cultural que han contribuido, inclusive por varias generaciones, a la gestación de condiciones para que se den los hechos de victimización (Corporación Vínculos, 2016; Corporación AVRE, s.f.). Cuando los procesos se asumen desde una lógica lineal de situación → efecto se tiene el riesgo de atender lo superficial, la queja, la necesidad inmediata y se dejan de lado elementos que contribuirían a transformaciones en la situación de las víctimas y su contexto (Urueña, K 2020).

La ausencia de continuidad plantea una brecha importante entre la forma en que se están concibiendo las medidas de rehabilitación y el sentido que estas tienen en el marco de la Ley 1448, sobre la cual es necesario llamar la atención. Dicha discrepancia puede evidenciarse al examinar el Artículo 136, que ha establecido que el acompañamiento psicosocial orientado a la rehabilitación “deberá ser transversal al proceso de reparación y prolongarse en el tiempo de acuerdo con las necesidades de las víctimas, sus familiares y la comunidad” (Ley 1448, 2011). Es más, en el Artículo 137, cuando establece los criterios a los que debe ajustarse la creación del Programa de Atención Psicosocial y en Salud Integral a las Víctimas, se indica respecto al criterio de duración que “la atención estará sujeta a las necesidades particulares de las víctimas y afectados, y al concepto emitido por el equipo de profesionales”.

En esta misma línea se ha formulado el Decreto 1356 de 2019⁵⁵, que establece los lineamientos técnicos para la fijación de criterios de salida de la reparación administrativa de las víctimas en sus dimensiones individual y colectiva, y especifica que el cumplimiento de criterios para determinar el momento de culminación del proceso de reparación administrativa “no implica que niegue el acceso a las víctimas a los procesos de rehabilitación psicosocial, física o mental”, lo que permite deducir que se busca que las medidas puedan ser estables en el tiempo hasta que se avance efectivamente en la recuperación de las afectaciones.

Adicionalmente, sobre este criterio han conceptualizado la CIDH y la Corte Constitucional. Así, la permanencia en el tiempo del tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico que se debe brindar a las víctimas es un criterio que la CIDH ha señalado en sus sentencias sobre el Estado colombiano: “{...} los tratamientos respectivos deberán prestarse, en la medida de lo posible, en los centros más cercanos a sus lugares de residencia por el tiempo que sea necesario” (CIDH, Sentencia de 30 de noviembre de 2012; CIDH, Sentencia de 22 de noviembre de 2016)

⁵⁵ **ARTÍCULO 2.2.7.9.1 PARÁGRAFO.** La medida de rehabilitación no es objeto de la medición toda vez que responde a procesos que permanecen en el tiempo y que se brindan de manera preferencial y diferencial a las víctimas del conflicto armado interno.

Por su parte la Corte Constitucional, en la Sentencia T-045 de 2010, al identificar la falta de continuidad en la atención como uno de los problemas más frecuentes a los que se enfrentan las víctimas en el acceso al derecho a la salud señaló que: “Debe garantizarse que se disponga (...) también de los recursos materiales necesarios para el abordaje de la problemática expuesta, durante el tiempo que sea necesario” (Corte Constitucional, Sentencia T-045, 2010).

En este sentido, el MSPS (2020a) ha identificado que hay cerca de 30.000 personas que participan en los procesos de PAPSIVI y también en la ERE-G, frente a los cual se podría inferir que para algunas personas esta oferta institucional es insuficiente y buscan la atención psicosocial en una y otra oferta, una y otra vez. Esto debería indicarle al Gobierno colombiano que para algunas personas se requieren procesos más largos y permanentes en el tiempo. Sin embargo, esta situación tiene un impacto en términos de cobertura y financiación.

A pesar del amplio sustento jurídico sobre la necesidad de que los tratamientos sean continuados en el tiempo y de que el criterio para su cierre tenga que ver con indicadores de recuperación, los programas de rehabilitación, en particular PAPSIVI y ERE-G, se han estructurado para ser implementados por ciclos, con una duración determinada *a priori*, que no necesariamente se ha establecido en relación con las necesidades particulares de las víctimas en materia de rehabilitación, ni con indicadores de recuperación para cada caso.

La naturaleza cíclica de estas estrategias puede ser justificada con base en indicadores de acceso a servicios de salud mental por parte de la población general, lo que permitiría dar cuenta de que efectivamente sí se trata de una atención especializada para las víctimas, aunque no necesariamente amoldada a necesidades particulares. Esto puede considerarse razonable y estratégico en un escenario en el que existen recursos limitados y un alto número de víctimas que necesitan de la medida de rehabilitación, si se compara con otras experiencias de reparación integral en el mundo.

“La Unidad da más de lo que los ciudadanos reciben en materia de salud mental en cuanto a calidad en la atención, lo que tú y yo recibiríamos si no somos víctimas y vamos al psicólogo de la EPS. La encuesta de Salud Mental demuestra que los ciudadanos van máximo a 5 sesiones, la Unidad daba 9; la adherencia de proceso a la Unidad es alta, era más del 90%; más del 70% era la medición de la recuperación que es normal porque es una dimensión irreparable del daño para que las víctimas salgan al 100%” (Entrevista experta en rehabilitación, junio de 2020)

Las dificultades en la continuidad de las estrategias relacionadas con su diseño y operatividad se ven profundizadas por aspectos de tipo administrativo tales como:

i) La implementación de las estrategias psicosociales se desarrolla a través de operadores contratados anualmente, esto genera cambios frecuentes en los profesionales, lo que limita la continuidad en los procesos de las personas.

ii) Los tiempos que se toman los procesos contractuales disminuyen los periodos de ejecución, en este sentido, la disponibilidad de la oferta queda reducida a solo algunos meses del año;

iii) Cuando surgen nuevas necesidades de atención entre la población, el acceso se ve limitado por razones como pérdida de contacto con los profesionales con los que se ha establecido una relación de confianza, falta de información sobre cómo volver a la ruta para la rehabilitación, ausencia de una oferta disponible que atienda la necesidad de manera inmediata, entre otras; y

iv) “Hay una alta rotación de funcionarios y funcionarias asociados a los cambios de gobierno; estas circunstancias fracturan los procesos y las dinámicas que llevan los territorios” (Grupo focal testigos privilegiados, junio de 2020)

v) Los obstáculos de continuidad en el componente psicosocial del PAPSIVI están estrechamente asociados a la disponibilidad en el tiempo de los recursos de acuerdo con la fuente presupuestal que el legislador ha concedido para tal fin.” (MHCP, MSPS, DNP & UARIV, 2018, p. 14)

Ante esta multiplicidad de factores de corte administrativo que limitan la continuidad en la atención psicosocial, vale la pena resaltar que desde el 2015 y de manera reiterada la CSMLV (2015, 2017)⁵⁶ ha señalado que “es responsabilidad del Ministerio de Salud garantizar la sostenibilidad del Programa, específicamente en la continuidad de la Atención Psicosocial a las víctimas. En este sentido la contratación de profesionales encargados del PAPSIVI no debe interrumpirse, como infortunadamente ha sucedido en algunos casos.” (p. 660)

Preocupa de manera particular la incidencia que tiene el manejo presupuestal sobre la posibilidad de continuidad de los programas y estrategias que hacen parte de la medida

⁵⁶ Segundo Informe CSMLV (2015): “71. Los retrasos en la ejecución del programa por contratación de profesionales y la falta de continuidad de los procesos han sido puestos de relieve como factores que afectan la calidad de la atención brindada a las víctimas, quienes todavía plantean dudas sobre la idoneidad de los prestadores de estos programas de apoyo psicosocial. Por tal razón es necesario garantizar la continuidad de los procesos de atención para poder mantener la confianza de las víctimas hacia quienes van a realizar intervenciones en un área tan delicada como la de la salud mental.” (p.270) y “72. Los entes territoriales deben tener en cuenta dicha necesidad de continuidad al momento de dar inicio a los procesos contractuales de profesionales de atención y asistencia, para disminuir los tiempos que transcurren entre los periodos en los que se ejecuta el programa, y no se genere entre las víctimas una percepción de falta de continuidad del mismo.” (p. 270). Cuarto Informe CSMLV (2017) “Una de las principales preocupaciones respecto a la implementación de los programas de atención psicosocial es precisamente la sostenibilidad de los mismos a largo plazo, como ya se indicó anteriormente, las deficiencias presupuestales ponen en riesgo el sostenimiento de los programas en el tiempo. Las deficiencias no sólo son expresadas a nivel nacional sino también en los territorios en donde las administraciones municipales no disponen de recursos propios para la atención psicosocial de las víctimas.” (p.128).

de rehabilitación, especialmente en el componente psicosocial. Frente a esto el MSPS ha señalado que los recursos destinados a este programa han tenido que gestionarse a través de los mecanismos dispuestos en el marco del principio de anualidad presupuestal⁵⁷, generando que en la práctica, para cada vigencia de implementación del componente de atención psicosocial del PAPSIVI, el MSPS deba esperar el desarrollo de trámites que van desde la aprobación y liquidación por parte del Congreso de la República del Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal siguiente, hasta los procesos de celebración de convenios de asociación o asignación de recursos a las entidades territoriales. (MHCP, MSPS, DNP & UARIV, 2018)

El mismo MSPS ha hecho evidente que el desarrollo de estos actos y gestiones administrativas, algunos fuera de su competencia, “redunda en contra de la capacidad de mantener equipos en el territorio habilitados para la atención, es decir, plantean una tensión en perjuicio de los fines del Estado y, en este caso, en la continuidad de la atención psicosocial.” (MHCP, MSPS, DNP & UARIV, 2018)

En coherencia con ello, el MSPS, en el marco de sus competencias, ha generado estrategias institucionales para mitigar el impacto de estas limitaciones sobre la implementación de la medida de Rehabilitación Psicosocial, tal y como lo reportó a la Corte en el informe de junio de 2018 al Auto 737 de 2017:

“Las medidas institucionales que el Ministerio ha adoptado para abordar estas dificultades han sido: (i) realizar la planeación anticipada de la atención psicosocial con la articulación de las Entidades Territoriales Departamentales; (ii) Gestionar ante las Entidades Territoriales Departamentales la disposición de recursos de concurrencia que permitan avanzar en la contratación mientras el Ministerio adelanta las gestiones de transferencia; (iii) Priorizar al interior del Ministerio la gestión y producción del acto administrativo que permite la asignación de recursos a las entidades territoriales tratándose de recursos de transferencia y en la gestión de la celebración de los convenios de asociación, lo anterior ha permitido mejoras progresivas en los tiempos y oportunidad de los procesos administrativos y de gestión de recursos. Si bien es cierto que esta medida no responde estructuralmente al reto sobre la continuidad, el Ministerio ha conseguido mitigar el impacto, pues estas medidas han permitido pasar de cuatro (4) meses de atención, continuidad por vigencia, como en el año 2014, a ocho (8) meses ininterrumpidos de atención como se alcanzó en la vigencia 2017 e, inclusive, apalancar vigencias futuras para que la atención en 2018 pudiera iniciar en el mes de febrero” (MHCP, MSPS, DNP & UARIV, 2018, p. 14)

⁵⁷ Este principio se fundamenta en “el poder realizar, de manera continua y periódica, un control al ejecutivo sobre la gestión realizada en un periodo de año y facilitar, así, la toma oportuna de decisiones correctivas” (MHCP, MSPS, DNP & UARIV, 2018, p. 14)

De esta misma manera la UARIV también ha buscado estrategias para minimizar las dificultades relacionadas con la continuidad y la cobertura derivadas de aspectos administrativos y financieros:

“El ejercicio de la Unidad de conseguir aliados en la Cooperación ha permitido extender la implementación de la medida; por ejemplo, en Cauca y Caquetá con Blumont... también con recursos de OIM (Fondo Multidonante), GIZ (Norte de Santander)... incluso nos han ayudado a ingresar a municipios donde históricamente era difícil ingresar por temas de seguridad. Esto ha sido de mucho apoyo para las víctimas que están ahí” (Entrevista UARIV, junio 2020)

Se reconoce que estas acciones de parte de la institucionalidad son alternativas que muestran una efectividad práctica a la hora de superar las limitaciones en continuidad dadas por factores de orden administrativo, a pesar de la persistencia de elementos estructurales. En opinión de organizaciones no gubernamentales especializadas en atención y acompañamiento a víctimas del conflicto armado, los ajustes deben hacerse sobre los aspectos estructurales para evitar que los cambios en la implementación de las medidas de rehabilitación dependan de gestiones y elementos coyunturales; garantizando así estabilidad en el acceso a sus derechos por parte de las víctimas (Mesa Psicosocial, 2016; Corporación Vínculos, 2016).

Así mismo, expertos/as en materia de rehabilitación han señalado que desarrollar estrategias de acompañamiento basadas en lo comunitario y el apoyo mutuo, en las que se conjugan el saber y la experiencia institucional, comunitaria y de profesionales especializados, puede ser una alternativa para mitigar las brechas en materia de continuidad y cobertura en ciertas zonas del país; además de ser una alternativa que permite dejar capacidad instalada en los territorios.

“Proceso de formadores y multiplicadores en la ruralidad, fortalecer capacidades de resistencia de la gente, ayudarlos a prever lo que puede venir, a mitigar, fortalecer apoyo mutuo, construcción de comunidad, incorporar profesionales con un rol de apoyo y acompañamiento al desarrollo de estrategias propias de las comunidades, apoyarse en líderes (emocionales) comunales y sociales, dar valor y relevancia al rol de los promotores psicosociales: ayudan a que las personas reconozcan necesidades y son una primera línea de acción. Retomar aprendizajes de modelos de salud comunitaria. Esto garantiza la sostenibilidad de los procesos. Otra cosa importante es la capacitación a las personas. Es imposible dar atención a todos con el número de personas por recibir atención. Es necesario dar capacitación a las personas de la comunidad porque no hay forma de dar continuidad sin esta parte. (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020)

“Es importante insistir en el apoyo social. No se necesita tanta remisión. “Apoyo mutuo y liderazgo efectivo”. Los primeros enemigos de eso son los profesionales de la salud mental por el sesgo que tienen. Hay que formar a la gente y no dejarla sola.... Eso también ayuda a recuperar la confianza mutua, la solidaridad. (...) Me parece positivo esa apuesta de la UARIV en ese sentido. Esas medidas de formación comunitaria.” (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020)

Se evidencia que las estrategias basadas en lo comunitario y el apoyo mutuo favorecen la garantía de las necesidades y particulares de grupos del enfoque diferencial; por ejemplo: género, étnico y etario⁵⁸.

‘Llegamos tarde’ Atención oportuna y pertinente a los daños generados por el conflicto armado a través de la medida de rehabilitación.

En los traumatismos sociales existen dos momentos: (a) el de las violaciones a los derechos humanos y (b) el de la impunidad o inacción por parte del Estado con respecto al resarcimiento de las consecuencias dañinas de dichas violaciones.

En este caso, el primer momento “tiene la consistencia de un acontecimiento puntual y devastador” (p. 14) pero el segundo es un período “que puede durar años, y esos años pueden dejar secuelas irreparables en las víctimas” (p. 14) ya que tiene el significado psíquico simbólico de un ocultamiento o negación (por acción u omisión) del sufrimiento que les comportó el primer acontecimiento. Guilis (S.F)

Como ya se expuso en el capítulo anterior, las medidas de reparación y el reconocimiento de las víctimas y del conflicto armado, se dan muchos años después de lo sufrido, y las víctimas tuvieron que afrontar muchos de los daños con sus propios recursos, o con el acompañamiento de las organizaciones de la sociedad civil. Lo anterior, implica reconocer que hay una deuda histórica con las víctimas, y por eso en la actualidad las víctimas exigen que su reparación e indemnización sea adecuada y se brinde en el momento oportuno.

La oportunidad en rehabilitación se relaciona con la posibilidad de atender con criterios de calidad, a las necesidades de las personas en el menor tiempo posible, a partir

⁵⁸ Esto se desarrolla con mayor detalle en el componente de reparación colectiva.

del momento en el que ocurren los hechos victimizantes o en el momento en que las personas solicitan algún tipo de atención. Cuando las medidas de asistencia, atención y reparación no se desarrollan bajo estos criterios, se incurre en un riesgo de revictimización:

“Puede presentarse fijación en una identidad: víctima-victimizada, debido a la falta de atención oportuna y dignificante, que revierte sobre el anclaje del sufrimiento como narrativa que ocupa y explica el mundo a través del cual se relaciona. De esta forma, una invariable negación como sujetos en dignidad y derechos, genera un vínculo con una identidad de víctima” (Corporación Vínculos, 2012, p. 52)

Si bien desde la incorporación del enfoque psicosocial, el Gobierno Nacional, en particular la UARIV, han construido nociones que permiten mitigar este riesgo de revictimización en el relacionamiento institucional con las víctimas, como por ejemplo la noción de “sobreviviente”, y no solo de “víctima” en el desarrollo de sus estrategias para la rehabilitación psicosocial, estas apuestas resultan insuficientes si el goce efectivo de derechos no se concreta. Es estos casos el intento por contribuir a la reconstrucción de la identidad se queda en una apuesta discursiva, que debe ser construida a partir de la experiencia de las personas en el marco de sus procesos de recuperación del daño y reparación.

Retomando el asunto de la oportunidad, vale la pena mencionar que el desarrollo de la medida de rehabilitación en Colombia en el marco de la Ley 1448 de 2011 recibió fuertes cuestionamientos por la demora en su inicio. La ley ordenó que en los seis meses posteriores a su promulgación se creara un programa de rehabilitación que incluyera medidas tanto individuales como colectivas; sin embargo, el PAPSIVI inició su funcionamiento en el año 2013, mientras que la UARIV, comenzó la implementación de estrategias en 2012⁵⁹.

El avance en la implementación de las estrategias sigue siendo asunto de crítica y discusión en años posteriores. En debate de control político a la “Atención Psicosocial en el Marco del Conflicto Armado” desarrollado por la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes del Congreso de la República, el 18 de mayo de 2016, las organizaciones de la sociedad civil que forman parte de la Mesa Psicosocial expusieron lo siguiente:

“A cinco años de la promulgación de la Ley 1448 de 2011 (...) la respuesta del Estado a la atención psicosocial y salud integral a las víctimas, ha sido una serie de “estrategias” y guías desarticuladas de la Unidad de Víctimas y un Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI- ineficaz en su alcance e implementación, deficiente en cuanto a cobertura y calidad del servicio, incapaz de articularse a la exigencia y apuesta nacional de

⁵⁹ Que para ese momento hacían parte de las medidas de satisfacción.

reconocimiento de los daños causados por el conflicto y su consecuente obligación de reparación. En suma, un programa improcedente desde su origen, al pretender funcionar desde la lógica del inoperante sistema de salud vigente”

Aún se perciben las repercusiones que tuvo entre las víctimas la demora por parte del Estado en la implementación de medidas para la rehabilitación. Cuando se presentan y se ofrecen los programas y estrategias que conforman la medida, las víctimas del conflicto manifiestan que esta necesidad de atención no fue suplida en el momento en que más lo necesitaban y es frecuente escuchar que ya no lo consideran pertinente, por varias razones: i) tienen otras necesidades vitales que consideran más urgentes o prioritarias, ii) porque a través de sus propios recursos lograron afrontar los daños, y iii) porque son heridas tan dolorosas que se requiere tener disposición para la atención de las mismas y al no haber confianza en los programas prefieren no abordar el daño.

Lo anterior se convierte en una dificultad y una barrera para la implementación de la medida de Rehabilitación Psicosocial, tal como se expresa en el siguiente testimonio:

"Las víctimas se quejan de que la atención psicosocial llegó tarde (...) años después de haber vivido los hechos victimizantes." (Grupo focal testigos privilegiados, junio de 2020).

En ese mismo sentido, y debido a la reconfiguración del conflicto armado y la situación de riesgo de algunas comunidades y líderes sociales, se revive y/o profundiza la necesidad de atención psicosocial de manera pertinente y oportuna al momento de la ocurrencia de los hechos victimizantes, es decir, durante la etapa de emergencia y ayuda humanitaria inmediata.

Lo anterior señala la necesidad de que las medidas de rehabilitación psicosocial y en salud estén disponibles de manera inmediata o cercana en el tiempo a cuando suceden situaciones de emergencia que exponen a las personas a sufrir daños en su salud y a nivel psicosocial, para prevenir la profundización de los daños. Adicionalmente las medidas de rehabilitación deben contribuir al fortalecimiento de los recursos de las comunidades y familias para afrontar los riesgos derivados de nuevos contextos de violaciones a los derechos humanos que vienen sucediendo.

"Se debe reconocer cómo manejar esa problemática donde todavía existe el conflicto armado, la grave situación del asesinato de líderes, intervenir y darles un apoyo en medio del miedo que tienen" (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020)

"En las comunidades que se encuentran confinadas, una necesidad que tenemos es cómo podemos llegar a atenderlos porque no podemos acceder a ellas de manera presencial y eso no significa que no tenemos necesidad específica de atención Psicosocial (...)" (Entrevista UARIV, junio de 2020)

En este sentido, la Ley 1448 de 2011 establece la relevancia de brindar una atención en emergencia que permita mitigar el impacto inmediato de los hechos de violencia que afrontan las comunidades:

“ARTÍCULO 47. AYUDA HUMANITARIA. Las víctimas de que trata el Artículo 3º de la presente ley, recibirán ayuda humanitaria de acuerdo a las necesidades inmediatas que guarden relación directa con el hecho victimizante, con el objetivo de socorrer, asistir, proteger y atender sus necesidades de alimentación, aseo personal, manejo de abastecimientos, utensilios de cocina, **atención médica y psicológica de emergencia**, transporte de emergencia y alojamiento transitorio en condiciones dignas, y con enfoque diferencial, en el momento de la violación de los derechos o en el momento en el que las autoridades tengan conocimiento de la misma.⁶⁰

Las víctimas de los delitos contra la libertad, integridad y formación sexual recibirán **asistencia médica y psicológica especializada de emergencia** (...) ⁶¹

Parágrafo 1º. Modificado por el art. 122, Ley 1753 de 2015. Las entidades territoriales en primera instancia, la Unidad Administrativa Especial de Atención y Reparación a Víctimas, y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar subsidiariamente, deberán prestar el alojamiento y alimentación transitoria en condiciones dignas y de manera inmediata a la violación de los derechos o en el momento en que las autoridades tengan conocimiento de la misma.

(...) Parágrafo 2º. Las instituciones hospitalarias, públicas o privadas, del territorio nacional, que prestan servicios de salud, tienen la obligación de prestar atención de emergencia de manera inmediata a las víctimas que la requieran, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios y sin exigir condición previa para su admisión, cuando estas lo requieran en razón a una violación a las que se refiere el Artículo 3º de la presente Ley.” (Ley 1448 de 201, Art. 47)

Por lo tanto, aunque la Ley contempla la atención médica, y psicológica (con enfoque psicosocial) especializada de emergencia, se presentan al menos dos dificultades actuales:

1. Si la persona no está incluida en el RUV no puede ser atendida por los programas o estrategias de rehabilitación existentes.
2. Si la persona ya está incluida en el RUV por otros hechos previos, igual presenta dificultades para la atención, debido a la falta de continuidad de los procesos de rehabilitación, ya que no existe una oferta permanentemente disponible en los territorios.

⁶⁰ Texto subrayado declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-438 de 2013. Texto en negrita resaltado fuera del texto.

⁶¹ Texto resaltado en negrita fuera del texto.

En este sentido la Unidad para las víctimas ha señalado que: “Lo que siempre nos han pedido las víctimas, desde la atención ‘en caliente’ de las emergencias humanitarias, es la atención psicosocial. No siempre los profesionales que los atienden son psicólogos; siempre lo primero que buscamos es la alimentación y la vivienda, pero existe un vacío en lo psicosocial: ¿quién escucha lo que les acaba de pasar a las víctimas?,” (Rodríguez, 2019, citado en UARIV, 2019c); en consecuencia, avanzaron en realizar una alianza con la organización Heartland Alliance International para dar atención psicosocial inmediata a víctimas en emergencias humanitarias. (UARIV, 2019c).

La UARIV (2016) desarrolló una estrategia para atención psicosocial en emergencias, que está dirigida a: “funcionarios públicos, contratistas y colaboradores de las entidades del Estado, gobiernos locales y departamentales que en su quehacer diario pueden ser llamados a brindar la atención psicosocial de una emergencia humanitaria generada por el conflicto armado; profesionales de salud, equipos básicos de respuesta inmediata, miembros de los Comités de Justicia Transicional (CJT), docentes, cuidadores, líderes comunitarios. La actuación de cada uno de los actores institucionales y comunitarios referidos anteriormente cobra relevancia en momentos diferentes de la emergencia” con el objetivo de fortalecer una respuesta integral y en atención psicosocial durante la fase de emergencia.

Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social (2017b) desarrolló unos lineamientos y orientaciones metodológicas para brindar atención psicosocial en emergencias, sin embargo, en el desarrollo del análisis de este componente no se focalizó el seguimiento a la atención psicosocial en fase de emergencia sino de reparación integral, por lo que seguimiento a la difusión de estas orientaciones y la aplicación de las mismas por parte de las entidades territoriales encargadas de la atención en la fase de emergencia, así como la articulación posterior con los procesos de rehabilitación a través del PAPSIVI o la ERE-G, será una acción sobre la que se continuará realizando seguimiento.

En este mismo sentido, la metodología establecida para la formulación de los planes de contingencia en el marco del conflicto armado ha contemplado la atención psicológica como uno de los componentes que deben valorar las entidades territoriales (ET) en el marco de los Comités Territoriales de Justicia Transicional (CTJT) para la atención de las emergencias humanitarias. Esa metodología es construida y asistida técnicamente desde la UARIV, a través de la Subdirección de Prevención y Atención de Emergencias (SPAÉ).

Se considera pertinente hacer el llamado a que estas acciones deben articularse con las medidas de rehabilitación propiamente dichas, para darle continuidad y potencializar el alcance de los procesos que se adelantan tanto en el marco de las medidas de asistencia y atención, como de rehabilitación.

Dentro de estos importantes esfuerzos se considera fundamental poner especial atención a las necesidades que surgen en materia de atención psicosocial y en salud física

y mental entre las víctimas que se ven afectadas por hechos que se materializan directamente sobre el cuerpo; como por ejemplo la violencia sexual, la tortura, la afectación por minas antipersonal (MAP) y municiones sin explotar (MUSE). En estos casos la atención de emergencia en salud integral y su articulación con la atención psicosocial es fundamental para garantizar un mejor pronóstico de las afectaciones a mediano y largo plazo tanto en lo individual como en lo familiar; adicionalmente, es necesario fortalecer mecanismos para que el tránsito entre las medidas en emergencia y las de reparación no genere nuevas victimizaciones, sino que se dé como un proceso con continuidad temporal y conceptual.

En este sentido, la necesidad de atención psicosocial durante la situación de emergencia plantea un reto adicional en términos de articulación y complementariedad entre la asistencia y la reparación, es decir, entre las medidas de asistencia psicosocial y de rehabilitación, porque debería existir una continuidad en el proceso de atención psicosocial y en salud mental, en el marco de la rehabilitación.

Como ya se mencionó frente a la ampliación de la cobertura, la persistencia del conflicto en algunas regiones del país también es una amenaza para el logro efectivo de la rehabilitación a las víctimas, pues las afectaciones se profundizan por los nuevos sucesos y de hecho, puede hasta cuestionarse si lo pertinente es avanzar en la rehabilitación; o si lo que se requiere es que desde la asistencia se articulen acciones para mitigar el impacto de la emergencia, para que luego la rehabilitación sea un proceso menos extenuante:

“Hemos hecho de todo en Bojayá, pero la valoración de la gente todavía es que la rehabilitación no se da, si hablas con alguno de ellos te dicen, aquí todavía no hemos tenido un verdadero proceso de rehabilitación; tal vez la sensación de la gente es porque a pesar de que estamos tratando de reconstruir esto en el marco de un posconflicto, la gente si se devolvió a la guerra otra vez y eso es bien complejo. No se puede ignorar si alguien se conectó al espacio de ayer donde decían que no tenemos una crisis comunitaria, sino que tenemos una tragedia humanitaria con 60 jóvenes asesinados. Como que también nos devolvimos a todo esto, las garantías de no repetición tan claves en el proceso de rehabilitación están extraviadas y en los territorios están totalmente extraviadas, entonces la sensación es como habernos devuelto a la época dura de la guerra y ahí estamos en un punto cero” (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 2, junio de 2020)

En efecto, en el caso de las víctimas de los delitos contra la libertad, integridad y formación sexual, la llegada tardía de la atención y asistencia psicosocial conduce a que en el desarrollo de otras medidas de reparación (por ejemplo, de satisfacción y/o los programas

de asesoría en inversión adecuada de los recursos) emerja el sufrimiento⁶² y se evidencien las necesidades de rehabilitación y recuperación psicosocial.

Tal es el caso de las mujeres víctimas de violencia sexual que han accedido a la Estrategia de *“Vivificarte: Estrategia de reparación integral para el fortalecimiento de capacidades desde el enfoque de derechos para mujeres víctimas de violencia sexual”*, centrada en la educación financiera y la reparación simbólica, quienes comentaron la ocurrencia de crisis emocionales en las jornadas de la Estrategia (Grupo focal con AFROMUPAZ, junio de 2020).

“bueno la recuperación psicosocial, sin lugar a dudas llamémoslo recuperación, no lo llamemos recuperación, sino que sería como una especie de un paliativo digámoslo así, dentro de ese proceso porque la recuperación psicosocial es más profunda y falta mucho” (Estudio de caso ANMUCIC, junio de 2020).

Aun en este complejo panorama resulta evidente que implementar estrategias para la rehabilitación psicosocial puede traducirse en un menor número de afectaciones en salud mental en el mediano y largo plazo, lo que representa unas mejores condiciones de vida para la población y una menor carga al sistema de salud. En esta línea la evaluación realizada al PAPSIVI ha reportado algunos datos interesantes:

“(…) se observa cómo luego de la atención psicosocial las personas demandan 24% menos y 32% menos atenciones en salud mental que la población víctima y el total nacional respectivamente. Lo anterior nos lleva a concluir que las atenciones en salud mental muestran que la población víctima luego de la atención psicosocial PAPSIVI presenta menos morbilidad atendida en estas patologías que la población RUV (cerca de un 30% para todo el periodo); sin embargo, para la cohorte 2017 la tendencia se revierte y se iguala con el total del SGSSS. Con esto, surge la hipótesis de la existencia de una asociación entre la intervención psicosocial de PAPSIVI y la menor demanda de servicios en salud mental” (MSPS, 2020a, P. 48)

⁶² Es normal que en todas las fases y procesos de implementación de la política de atención y reparación integral a las víctimas, se presenten momentos o eventos donde se expresa el sufrimiento. Si este sufrimiento ha sido atendido y acompañado a través de procesos de atención y rehabilitación psicosocial, esa expresión emocional se logra integrar, controlar y transitar. pero en los casos donde este sufrimiento no ha sido atendido, las personas se desbordan, presentan crisis, reviven síntomas y/o afectaciones, y normalmente se refieren a ese tipo de experiencias como “Volver a dejar la herida abierta”. Eso indica que la herida no ha cerrado, y que requiere atención y acompañamiento de calidad, oportuno, pertinente, continuo y especializado-

Talento humano suficiente, sensible y especializado en rehabilitación a víctimas del conflicto armado.

En relación con el talento humano el Decreto 1084 de 2015 (Artículo 2.2.7.5.7) han consagrado la obligación de que las entidades capaciten a su personal para brindar una atención de calidad a las víctimas. Puntualmente el Decreto 1084 de 2015 señala:

“Con la finalidad de promover la calidad de la atención a las víctimas referidas en el Artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 e incorporar el enfoque psicosocial, las entidades responsables de la asistencia, atención y reparación, deberán capacitar progresivamente al personal encargado en dicha materia de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO. Las entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas gestionarán el desarrollo de estrategias y programas continuos de autocuidado y capacitación para los servidores públicos que orientan y atienden a las víctimas.”

Sin embargo, a pesar de lo dispuesto en la normatividad, lograr el desarrollo de capacidades y la experticia para acompañar el proceso de atención psicosocial de víctimas ha implicado un desafío a lo largo de la implementación de la Ley 1448.

En el primer informe presentado al Congreso de la República, se incluye como recomendación de las víctimas que son ellas quienes “deben hacer parte del recurso humano que las atiende, toda vez que los profesionales que lo hacen, en la gran mayoría, no son sensibles a sus necesidades.” (CSMLV, 2014, p. 116).

En respuesta a estas limitaciones, el MSPS ha brindado lineamientos para el desarrollo del talento humano y ha realizado la respectiva socialización en el marco de la articulación Nación-Territorio con los equipos que desarrollan el PAPSIVI. En 2018, expidió la Resolución 1166 mediante la cual se adoptan los lineamientos para el talento humano que orienta y atiende a las víctimas del conflicto dentro de las entidades responsables de su asistencia, atención y reparación. Por su parte, la UARIV, en desarrollo de la ERE-G, ha conformado un equipo nacional que realiza acompañamiento y seguimiento a la implementación de las estrategias psicosociales y a los equipos territoriales, brindando fortalecimiento técnico y desarrollando lineamientos para el mejoramiento continuo de la ERE-G en un proceso de gestión del conocimiento. (MHCP, MSPS, DNP & UARIV, 2018)

Asimismo, teniendo en cuenta los vacíos formativos de los profesionales, equipos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social, y de la Unidad para Atención y Reparación Integral de las Víctimas han optado como estrategia para hacer frente a esta dificultad la elaboración de protocolos y formatos que los profesionales deben seguir. Sin embargo, la aplicación de instrumentos y protocolos preestablecidos conlleva un riesgo,

que Villa define como “racionalidad instrumental”, es decir, “los procesos de acompañamiento se están limitando a procesos técnicos, metas medidas en cifras, llenar formatos, convirtiendo el quehacer de los profesionales en acción ciega, centrada en resolver problemas técnicos, e incapaz de responder a las verdaderas vicisitudes, problemas y sufrimientos de la gente” (Martín-Baró, 1989; Nusbbaun, 2011 citado en Villa & cols, 2017)

“Esta medida del PAPSIVI ha sido muy escasa. No ha sido una medida tomada frente a cada caso individual. Así como tenemos este enfoque diferencial, también tenemos que cada persona es un individuo... no ha sido posible individualizar esta experiencia a nivel individual. Nosotras tuvimos una experiencia con las mujeres del territorio y el equipo psicosocial... Por ejemplo, al espacio asistieron 25 mujeres y todas entraron al mismo costal “depresión”. No se individualizó la experiencia de cada una. El PAPSIVI debe ser más aterrizado a cada terreno y cada individuo.” (Estudio de caso ANMUCIC, junio de 2020)

“Trabajar con protocolos estrictos no es tan “buena solución”, en especial porque las personas no están compartimentalizadas. Es más importante que tu lectura permita identificar las necesidades y aplicar medidas de rehabilitación con enfoque. No se trata de generar protocolos inflexibles. Sino generar mejores capacidades de lectura y adaptación de los profesionales (...).” (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020).

“Los profesionales encargados de implementar las políticas tienen que tener unos marcos y unas comprensiones claves para que esto realmente se pueda operar, ese es el primer elemento que creo que está ahí impidiendo (...) lo que pasa es que garantizar calidad con endurecimientos de protocolos asegura que un procedimiento, sí o sí incorpora un enfoque no es tan fácil, el protocolo siempre tiene un problema y es que depende de con quien lo usas, depende de la valoración que haces de la situación en la que estás” (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020)

Por el contrario, desde el Ministerio de Salud consideran que los protocolos de atención psicosocial solo son una guía y los profesionales deben responder a las necesidades de las víctimas a partir de lo planteado en el protocolo.

“Si bien el PAPSIVI tiene 71 orientaciones, nunca queremos que sea una camisa de fuerza, sino que sea acorde con las necesidades de las víctimas. Lo que el programa busca es fortalecer a las víctimas, entendiendo que ellas tienen sus propios caminos.” (Entrevista MSPS, junio 2020)

Esta situación evidencia un dilema que tiene que ver con que efectivamente los protocolos imponen limitaciones en la atención, estableciendo generalizaciones y haciéndola menos flexible a la hora de responder a las condiciones y necesidades particulares de las personas; pero al mismo tiempo son las herramientas que permiten de alguna manera garantizar estándares en la calidad y una misma línea técnica de la atención a las víctimas.

Frente a este dilema, se considera acertado el paso que el MSPS ha dado con la expedición de la Resolución 1166 de 2018, ya que esta plantea el desarrollo de procesos formativos centrados en competencias lo que contribuiría al fortalecimiento del talento humano para la atención a víctimas, al permitirles salir de enfoques tradicionales frente a la rehabilitación, como el enfoque médico, para situarse en el campo de los derechos humanos, el conflicto armado, la violencia sociopolítica, etc. Sin embargo, que aún persistan voces que evidencian la formación del talento humano como una limitación para la implementación de la medida de rehabilitación, insta al MSPS a dar cuenta de cuál ha sido el impacto real de la resolución sobre el desarrollo del talento humano que adelanta las medidas de rehabilitación y los procesos de asistencia, atención y reparación a víctimas.

Además de los protocolos, otro mecanismo que han diseñado las entidades ya mencionadas, son los procesos de formación de una semana para capacitar al talento humano para implementar los protocolos y guías. Cabe resaltar que en el 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social, actualizó y “adoptó los lineamientos para el talento humano que orienta y atiende a las víctimas del conflicto armado” (Resolución 1166, 2018). Desde el Ministerio consideran que el proceso formativo permite:

“Construir una masa crítica en la atención del daño psicosocial. Año a año hemos formado a profesionales psicosociales. Todo el tiempo estamos pensando en la formación de talento humano. Para nosotros, esto constituye la calidad del programa: tener profesionales formados en atención psicosocial diferencial en materia de conflicto armado. Podemos decir que en el país hay psicólogos que cuentan con formación y habilidades terapéuticas para atención diferencial. Esto, en conjunto con el SENA”. (Entrevista MSPS, junio 2020)

Sin embargo, estos procesos de formación no son suficientes, los y las profesionales no pueden adquirir los conocimientos, las herramientas y la experticia necesaria para desarrollar procesos de atención individual, familiar, comunitaria y colectiva que propendan por la rehabilitación integral de las víctimas. Además, las modalidades de contratación y los largos periodos de tiempo que dura el PAPSIVI sin implementarse por temas relacionados con la contratación, generan una alta rotación de personal, por lo que siempre hay que volver a iniciar el proceso de formación desde cero, limitando la posibilidad de profundizar y especializar los contenidos y desarrollo de habilidades.

Si bien se han tomado algunas medidas que buscan cualificar a los profesionales que brindan atención psicosocial a las víctimas, estas no son suficientes teniendo en cuenta que, en los tiempos destinados a la formación en el marco de los procesos contractuales no es posible suplir los conocimientos y las habilidades que se supone se adquieren en los programas de educación superior. Inclusive:

“Una cosa que yo veo muy frágil y que ha sido un obstáculo serio para la implementación de las políticas, de todo el tema psicosocial y de la rehabilitación es el tema de la formación. Y creo que ahí hay una falencia enorme y es que nuestro sistema universitario no forma ni al psicólogo, ni al trabajador social, ni antropólogos en una perspectiva, incluso los chicos se gradúan sin tener claro en qué contexto se inscribe su accionar y desconocen totalmente discusiones” (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020)

Las limitaciones en el talento humano para desarrollar la medida de rehabilitación con las víctimas, tienen su asiento en un problema estructural relativo a la formación en competencias frente a la salud mental de los profesionales en el país; dicho problema ha sido reconocido inclusive en la formulación de la Política Nacional de Salud Mental, como se señala en el CONPES 3992 de 2020:

“(…) en la actualidad el talento humano, que trabaja en instituciones de salud de baja complejidad, presenta falencias de formación en conocimientos específicos para la atención integral de problemas o trastornos mentales. Adicionalmente, existe baja disponibilidad de talento humano para la atención especializada en zonas rurales y rurales dispersas (...) Así, cuando una persona ingresa al SGSSS, el personal en salud que realiza el primer contacto es quien cuenta con la mayor probabilidad de identificar y gestionar la atención integral. Sin embargo, el talento humano presenta desconocimiento para la detección y atención de los problemas o trastornos mentales (Fondo Multidonante de las Naciones Unidas para el postconflicto, 2018). Lo anterior está relacionado con los planes de estudio para la formación debido a que los profesionales egresan con limitaciones para realizar los diagnósticos y los manejos de primer nivel de personas con problemas o trastornos mentales en los procesos de baja complejidad.” (CONPES 3992, 2020, p.46).

Esta situación se agudiza en el contexto territorial en donde existe un acceso limitado a educación superior, la cual está disponible mayoritariamente en ciudades grandes e intermedias. Con frecuencia los profesionales especializados se encuentran en las ciudades capitales, lo que limita la posibilidad de contar con talento humano idóneo en zonas dispersas para ampliar la cobertura con calidad de las estrategias psicosociales para la rehabilitación.

“En lo territorial hay muy poca capacidad de atención para el tema psicosocial, se ha ido ganando en algunas cosas, las organizaciones de la sociedad civil con su trabajo de muchos años han formado profesionales; muchos de nosotros aprendimos a hacer trabajo psicosocial, no desde la universidad sino entrando en las organizaciones y hoy en día hay más programas de formación en este tema, pero esos programas siguen siendo pocos y están muy centralizados en capitales.” (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 2, junio 2020)

“Estoy hablando de universidades de Bogotá, imagínense lo que son en universidades en la región... y creo que hay una falencia que se cobra a la hora de intentar que los profesionales sean los que ejecuten estas políticas en los territorios, para mí hay un problema fuerte de formación, pero gravísimo, no existe lo psicosocial (...) sé que plantear ahorita que hay que reformar las universidades, no; pero yo sí creo que hay cosas que se pueden hacer en pro de cómo los profesionales salen sobre todo en los territorios (...) tienes unos profesionales que se están formando ahí y ahí hay que subsanar un problema que es del ámbito universitario, pero que le compete subsanarlos a las entidades que son las que implementan estas políticas.” (Grupo focal a expertos/as en rehabilitación - Panel 2, junio 2020)

Este último testimonio conduce a la reflexión sobre la necesidad de que otros sectores se articulen para favorecer la implementación de la medida de rehabilitación, considerando especialmente el deber que tiene el Estado con las víctimas. Para este caso concreto el Ministerio de Educación sería el llamado a dar lineamientos para que las universidades incorporen en sus programas, estrategias y herramientas para la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas según se requiera, de tal manera que en Colombia se cuente con profesionales con los conocimientos y herramientas necesarios para dar respuesta a una realidad de país que atañe a todos.

Inclusive, esta es una propuesta que se considera viable en el contexto actual y que puede tomar forma articulándose a una de las estrategias contenidas en la línea de acción dos⁶³ del CONPES de Salud Mental; según la cual, el MSPS a partir del primer semestre del 2021 “elaborará y realizará un documento de análisis para promover en zonas de difícil acceso geográfico el servicio social obligatorio y práctica clínica de profesionales en psicología, trabajo social, enfermería, medicina general y especializada, incluyendo especialistas en neurología y en psiquiatría.” (CONPES 3992 de 2020, p. 56)

Es pertinente entonces, diseñar una estrategia de formación (puede ser presencial, semipresencial y/o virtual), para que los profesionales que van a prestar el servicio social

⁶³ Línea de acción 2: “Preparación del talento humano para la identificación y atención oportuna de afectaciones en salud mental”. (CONPES 3993 de 2020)

obligatorio a estas zonas rurales, reciban a modo de inducción formación en enfoque psicosocial y herramientas de atención a víctimas del conflicto armado, tal como se verá en el capítulo 3 de este documento.

Evaluaciones externas de los programas y medidas de rehabilitación

Como se ha mencionado, un amplio campo de debate en relación con la medida de rehabilitación tiene que ver con el efecto de las estrategias que la materializan. Se habla de que en Colombia hemos tenido un avance importante en construir estrategias para mitigar los impactos en salud mental derivados del contexto de conflicto armado, pero que la evaluación de estas intervenciones siempre ha estado rezagada:

“Para poder funcionar bien en un sistema de Salud Mental tienen que haber tres estrategias que son: prevención, intervención y evaluación, los programas de prevención son incipientes, tenemos programas de intervención que nos han funcionado bien, lo que no tenemos es programas de evaluación a largo plazo, eso nos hace mucha falta. Si hay un marco que me parece se debe institucionalizar es el marco en el cual se puedan canalizar, se puedan definir estrategias de prevención, intervención y evaluación. Sin evaluación no vamos a tener algo útil para nosotros.” (Grupo focal expertos en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020)

El sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación de resultados de la implementación de la medida de rehabilitación está diseñado principalmente para dar cuenta de la cobertura de la medida, en términos de quiénes han accedido o no a las estrategias y programas dispuestos por el Estado para este fin. Así por ejemplo, el MAARIV permite a la Unidad para las Víctimas saber quiénes han accedido a las estrategias de rehabilitación, pero no le permite dar cuenta del impacto que estas han tenido en la vida de las personas, ni dimensionar el alcance reparador y transformador de su implementación. Esto es coherente con los hallazgos en el componente de mediciones de este Balance, en donde se señala que no se cuenta con indicadores de resultado para la medida de rehabilitación.

En este sentido se ha ido perfilando la necesidad de contar con estrategias de medición que permitan dar cuenta del impacto y el alcance de su implementación, no solo en términos cuantitativos de cobertura, sino también a nivel cualitativo para identificar de qué manera se está garantizando el derecho a la rehabilitación para las víctimas.

"A mí me preocupa que no hayamos decidido cómo evaluar. Tenemos implementación, tenemos cobertura, pero no hay evaluación... con muchas evaluaciones que uno mismo diseña, que nos da las respuestas que queremos, no lo que deberíamos indagar/evaluar (...) Me gustaría dar una recomendación: Que la evaluación se haga independiente del organismo que

la administre." (Grupo focal expertos/as en rehabilitación - Panel 1, junio de 2020)

El MSPS y la UARIV han buscado alternativas para medir el impacto de sus propias intervenciones de tipo psicosocial; así mismo, se han desarrollado algunos análisis de corte cualitativo que dan cuenta de los alcances y limitaciones que ha tenido la implementación de las estrategias para la rehabilitación (ICTJ, 2015; Harvard, 2014; Villa, 2015, 2016, 2017, 2017).

Las evaluaciones por parte de las instituciones están centradas en medir la percepción de recuperación por parte de la población víctima y se basan en instrumentos de auto reporte desarrollados en el marco del monitoreo y seguimiento a sus propias estrategias. De acuerdo con el MSPS estas valoraciones evidencian niveles altos de satisfacción frente al PAPSIVI por parte de la población (Entrevista MSPS, junio de 2020), y en el Sexto Informe presentado por la CSMLV (2019) se indica:

“En cuanto a la percepción de recuperación de la población atendida (...) Se conoce que el PAPSIVI cuenta con instrumentos de seguimiento y de evaluación de resultados del proceso de rehabilitación psicosocial. De acuerdo a la respuesta suministrada por el MSPS, el producto del diligenciamiento de estos instrumentos ya está reportado en el aplicativo PAPSIVI y actualmente es objeto de análisis” (p. 125)

Recientemente se realizó la primera fase de evaluación del PAPSIVI, cuyo objetivo fue diseñar la metodología y analizar la información interna disponible en el MSPS derivada del periodo de operación del Programa 2013 a 2018 (la segunda fase pretende ser una evaluación de los objetivos y alcances propuestos). En el mes de marzo del 2020 el MSPS presentó a la Procuraduría la evaluación de la primera fase del PAPSIVI, en donde se evidencia una alta satisfacción de las víctimas atendidas en relación con el logro de sus objetivos (MSPS, 2020a), pero llama la atención que esta primera fase de evaluación haya sido apenas en el 2019, y que no se cuente con estas evaluaciones de manera sistemática y periódica durante los 6 años de implementación del Programa.

Los desarrollos adelantados hasta el momento favorecen la validación de las estrategias como una metodología para el abordaje de impactos específicos en víctimas del conflicto armado y brindan resultados para fortalecer las intervenciones, pero no necesariamente dan cuenta del avance en el desarrollo de políticas públicas para garantizar el goce efectivo del derecho a la rehabilitación.

“(La evaluación) (...) se centra en lo que cada programa o estrategia quiera apuntar. Se mide entonces en función de cada programa (PAPSIVI) Hay toda una batería de indicadores que están en evaluación. Es una de las grandes ventajas que tiene el programa frente a otras estrategias. Implica un desafío

porque implica información robusta, tener un sistema de consolidación y luego tener un sistema de evaluación con pares” (Entrevista MSPS, junio de 2020)

En este sentido, se estima que estos resultados son insuficientes para tener un panorama global del impacto de la implementación de la medida de rehabilitación de la población víctima en Colombia:

“Más allá de las evaluaciones sobre perspectivas y opiniones individuales que ha logrado recoger el Ministerio de Salud y Protección Social o la Unidad para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas para medir los resultados de sus estrategias, el Gobierno Nacional no ha desarrollado una evaluación de política pública a la medida de rehabilitación lo que impide contar con resultados robustos sobre el impacto de esta medida en la población víctima.” (CSMLV, 2018)

Este escenario evidencia que aún nueve años después de la implementación de la Ley, no se han definido claramente indicadores para medir “el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales” de las víctimas y que permitan dar cuenta de la efectividad, en su conjunto, de la implementación de las estrategias, planes y programas de carácter jurídico, médico, psicológico y social que forman parte de la medida de rehabilitación (Artículo 135, Ley 1448, 2011).

Cuando se analizan los indicadores relativos al goce efectivo del derecho a la rehabilitación que se han formulado para el caso de la población desplazada, se evidencian elementos interesantes para dar cuenta del impacto y alcance que deben tener las medidas de rehabilitación, como puede verse en el indicador: “Todas las víctimas de desplazamiento forzado obtienen todas las medidas de rehabilitación⁶⁴ que requieren para enfrentar el daño que les fue infligido en virtud de ese y otros crímenes.” (Corte Constitucional, Auto 116 de 2008, p.25)

En este indicador se pone el énfasis en el acceso por parte de toda la población, pero también en la necesidad de disponer de las medidas de rehabilitación necesarias para mitigar efectivamente el daño derivado del desplazamiento forzado y de otros hechos victimizantes concurrentes. De esta manera el reto que pone el indicador a las entidades encargadas de la medida de rehabilitación para su logro, tiene que ver con determinar los mecanismos para evaluar que efectivamente las medidas de rehabilitación son suficientes y pertinentes para resarcir el daño sufrido por las víctimas.

Cuando se pasa al ámbito de la Ley de Víctimas los indicadores contenidos en el documento CONPES 3726 de 2012 y en concordancia con este, los planteados en los

⁶⁴ La Corte señala atención médica, psicológica, psicosocial, y servicios jurídicos

Planes Nacionales de Desarrollo 2014 - 2018 y 2018 - 2022⁶⁵, están centrados en el acceso a la medida de rehabilitación, dejando de lado otros criterios relacionados con el impacto que esta tiene en la vida de las personas y que se asocian a aspectos como calidad, cobertura, sostenibilidad y no solo accesibilidad.

Esta brecha entre lo que se establece en el Artículo 135 de la Ley 1448 y los criterios actuales para valorar los programas y el goce del derecho a la rehabilitación, evidencia la necesidad de generar alternativas que permitan reconocer el avance de la medida de rehabilitación al cumplirse el primer término establecido para su implementación. Una medición de este tipo debe examinar la medida de rehabilitación en sus diferentes dimensiones (psicológica, psicosocial, médica y jurídica), a la luz de los criterios que se han sentado desde la jurisprudencia nacional e internacional y evidenciando el nivel de respuesta que se ha tenido frente a las necesidades de las víctimas.

En relación con el Modelo de Operación con Enfoque Diferencial y de Género de la Unidad para las Víctimas (UARIV, 2018c) se cuenta con un indicador para medir la asistencia psicosocial brindada desde la institucionalidad local de la Unidad para las Víctimas (Direcciones Territoriales, CRAV y Puntos de Atención a Víctimas) y desde el PMI se contempla un indicador de género en materia de rehabilitación (bajo la responsabilidad de MSPS y UARIV), pero se carece de indicadores con enfoque de género que midan el efecto de las estrategias y/o acciones de la medida de rehabilitación.

Aunque a la fecha los sistemas de información y registro⁶⁶ han avanzado en incluir variables para la desagregación por sexo, identidad de género y orientación sexual, se carece de variables óptimas para el análisis de género en el proceso de formulación e implementación de planes, programas y estrategias de tipo psicosocial (CONPES 3784 de 2013). En particular, atendiendo al enfoque de género, los instrumentos e indicadores susceptibles de medir la atención psicosocial – más allá de los datos de cobertura – deberían estar orientados a evaluar, por ejemplo: (i) la incidencia de los prejuicios y estereotipos de género durante el proceso de atención, (ii) la integralidad de la atención en salud frente al conjunto de violencias basadas en género que pudieron vivir los sujetos de especial protección constitucional en el marco del conflicto armado, (iii) el goce de la autonomía sexual y reproductiva, así como los derechos sexuales y reproductivos, para las víctimas de delitos contra la integridad y formación sexual, (iv) el acceso a servicios y/o apoyos adecuados y pertinentes según las necesidades de las niñas, adolescentes y mujeres en situación de discapacidad, entre otros.

⁶⁵ Indicador 1. Víctimas con atención psicosocial en modalidad individual, familiar, comunitaria y/o grupal. Indicador 2: Víctimas que acceden a rehabilitación en salud física y/o mental

⁶⁶ Las debilidades y/o brechas de los sistemas de información y registro desde los enfoques diferenciales, se profundiza en el componente de enfoque diferencial y de género del Balance.

Ampliación de la financiación para la implementación de los programas de rehabilitación

En algunos autos, la Corte Constitucional ha reconocido el avance en la adopción de medidas de rehabilitación por parte del Estado colombiano, en virtud del desarrollo de estrategias especializadas para la atención psicosocial y la reconstrucción del tejido social. Sin embargo, ha señalado problemas en su ejecución con la disminución de metas y presupuesto destinado en particular al PAPSIVI. (Corte Constitucional, Auto 373 de 2016; Corte Constitucional, Auto 474 de 2017)

La Corte señala, con base en información proporcionada por la CSMLV, que en el año 2015 hubo un recorte presupuestal de aproximadamente el 40% de los recursos destinados a la ejecución de PAPSIVI, lo que se tradujo en el incumplimiento de las metas fijadas. Así pues, para el 2015 estimó una cobertura de atención para un total de 62.162 víctimas del conflicto armado, meta inferior a la alcanzada en el 2014, cuando se indicó haber atendido a 82.156 víctimas en las modalidades individual, familiar y comunitaria. (Corte Constitucional, Auto 373 de 2016)

Al examinar los datos del presupuesto comprometido para la medida de rehabilitación posterior a 2015 se observa que han persistido las fluctuaciones. Como se evidencia en la tabla 6 en el año 2016 hubo un aumento significativo, pero en el año 2017 la inversión tuvo nuevamente un descenso significativo de lo invertido en 2016⁶⁷. De 2018 en adelante se observa un incremento progresivo en los recursos comprometidos para el desarrollo de la medida de rehabilitación, pero que no se volvieron a corresponder con la inversión realizada en 2016. Es clave que se busque mantener esta tendencia de aumento progresiva en los últimos años para evitar que se limite el avance del derecho a la rehabilitación por parte de las víctimas, como sucedió en 2015, impactando directamente dimensiones como la cobertura y la continuidad de los procesos.

⁶⁷ El cálculo del 60% en la disminución se obtuvo a partir de una regla de tres.

Tabla 6. Presupuesto total comprometido para la medida de rehabilitación dentro de la Ley 1448 de 2011 (2012-2020). Elaboración propia a partir de los datos del Séptimo Informe de la CSMLV (2020)⁶⁸.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sin SG P	91 mil millon es	58 mil millon es	11 mil millon es	9 mil millon es	36 mil millon es	13 mil millon es	19 mil millon es	18 mil millon es	24 mil millon es
SG P	-	10.91 0	-	-	-	10.256	249	-	Sin dato

La necesidad de que exista una estabilidad en la financiación de la medida de rehabilitación es sentida por la población y fue expresada de la siguiente forma en los grupos focales desarrollados para esta investigación:

"También recomendaría la formulación de un CONPES para revisar el dinero destinado a este programa". (Grupo focal promotores psicosociales PAPSIVI, junio 2020)

Así mismo, se identificó que los problemas en la financiación también afectan la atención con enfoque diferencial, en zonas rurales y rurales dispersas, donde mujeres víctimas y la población con orientaciones sexuales diversas exigen sus procesos de reparación así como procesos de atención psicosocial, según el testimonio recogido en el marco de este estudio:

"la reparación psicosocial de las mujeres víctimas de la violencia de este país no se tocó, no se hizo absolutamente nada y ahí es donde las mujeres requieren que se replantee y realmente se tome ese tema del apoyo psicosocial, porque es lo que afecta la salud mental de las mujeres rurales en este país que son víctimas de la violencia en el marco de la guerra, aparte de las demás violencias que estamos inmersos, de la misma manera, el presupuesto, lo decía la presidenta nuestra, un presupuesto mínimo, un presupuesto que incluso desde el comienzo cuando se definió determinados recursos para la atención de esta reparación fueron recortándose y recortando, si entonces finalmente es muy poco lo que sea hecho en este país el gobierno

⁶⁸ Las tablas que aparecen en el séptimo informe de la CSMLV (2020), fueron construidas por la Contraloría General de la República (CGR) entre febrero y marzo de 2020, con base en los valores comprometidos en el Presupuesto General de la Nación (PGN) (funcionamiento e inversión), considerando los gastos de funcionamiento de las entidades del SNARIV (Fuente Min hacienda y SIIF); datos de presupuesto y ejecución del Fondo de Reparación de Víctimas; así como el reporte de proyectos marcados para la política pública de víctimas en el SPI, cruzada con la Base Estandarizada de proyectos del DNP; y Base de Datos Gesproy.

la institucionalidad tiene una deuda con las mujeres rurales” (Grupo focal con ANMUCIC, junio de 2020)

Este es un tema especialmente sensible, debido a que lo presupuestal no puede ser un argumento para justificar un posible retroceso en la atención psicosocial a las víctimas, ya que se estaría vulnerando “una de las reglas básicas del cumplimiento progresivo de las facetas prestacionales del derecho a la reparación”. (Corte Constitucional, Auto 474, 2017).

Estas fluctuaciones presupuestales evidencian entonces una brecha en relación con lo que la Ley establece en el Artículo 17 sobre el principio de progresividad, que supone el compromiso de iniciar procesos que garanticen el goce efectivo de los derechos de la población, considerando unos mínimos de satisfacción para esos derechos y buscando acrecentarlos paulatinamente.

Es más, si se retoma el análisis sobre el avance en cobertura poblacional logrado a partir en la implementación de la medida de rehabilitación, es evidente que hasta la fecha, la inversión presupuestal ha sido insuficiente para avanzar de manera significativa en el cumplimiento de la meta CONPES; y si bien se ha dado cumplimiento a lo proyectado en los PND, esto no ha sido suficiente para satisfacer las necesidades de las víctimas como se documentó en la brecha sobre cobertura.

Inclusive en el análisis sobre el financiamiento de la Ley 1448 realizado por la CSMLV en el Séptimo Informe, se señala que los recursos invertidos para el cumplimiento de la ley, superan lo establecido en los CONPES 3712 de 2011 y 3726 de 2012, evidenciando que “los recursos programados fueron insuficientes frente al crecimiento del universo de la población víctima por atender y las medidas requeridas para garantizarles el goce efectivo de sus derechos.” (CSMLV, 2020, p. 63)

Ante este panorama, es clave valorar las oportunidades que puedan surgir de la implementación del Acuerdo Final de Paz (AFP); así como, de la prórroga y posibilidad de realizar una reforma a la Ley 1448. En relación con lo primero es clave lograr la articulación de los diferentes actores territoriales y nacionales para avanzar en la implementación de las medidas de reparación integral para la construcción de paz que prevé el punto 5 del AFP en el componente de rehabilitación, de tal manera que se logre una concurrencia importante de recursos y capacidades institucionales (Corte Constitucional, Auto 474 de 2017).

En este sentido es importante que las entidades territoriales puedan aportar o gestionar recursos que se sumen como contrapartida a los aportes provenientes del nivel nacional para ser destinados a la medida de rehabilitación. Así mismo en la gestión de recursos resulta clave el rol de actores como la Cooperación Internacional con quienes ya se han tenido experiencias que vale la pena valorar como una alternativa para fortalecer la financiación de esta medida en particular.

Así mismo, se requiere la articulación entre los diferentes actores y sectores comprometidos con “las acciones contempladas en el Plan Marco de Implementación sobre las medidas de recuperación emocional a nivel individual y el Plan de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición, con las acciones contempladas para contener el posible *retroceso* en la atención psicosocial a las víctimas de desplazamiento forzado, en particular del PAPSIVI.” (Corte Constitucional, Auto 474 de 2017).

En relación con el escenario de prórroga y posible modificación a la Ley 1448, se retoma la advertencia realizada por la CSMLV (2020) sobre la necesidad de hacer modificaciones a los CONPES o expedir uno nuevo que permita garantizar la destinación de recursos y fuentes de financiación, considerando el universo de víctimas que requieren en la actualidad la medida de rehabilitación y los ajustes que en distintos informes de los entes de control y de las instituciones se han referido para fortalecer la calidad de la medida.

Se reconoce que este es un ejercicio exigente, pues requiere ponderar la progresividad con la racionalidad y la sostenibilidad, por ello es fundamental que se aúnen esfuerzos y se formulen alternativas que hagan que la medida de rehabilitación pueda desarrollarse atendiendo al principio de progresividad:

“Las metas de atención son altas, en términos de que se requiere la reparación y los daños son muy grandes; adicionalmente, demanda por parte del Estado una especialización muy alta (...) otro reto es la ampliación de la ley, en clave de lo vigente y lo necesario para hacer... se requiere abordarlo con principios de racionalidad esto implica saber en dónde se va a hacer un énfasis en la política pública, no es hacerlo todo, incluyendo lo malo (...) hay que darse la pela por preguntar cómo ha sido la sostenibilidad, en especial frente al panorama de continuidad del conflicto armado... hoy puede haber una víctima que ya pasó por todo el proceso de rehabilitación y puede volver a ser víctima por otro hecho victimizante (...) una persona que ya pasó por el PAPSIVI podría volver a pasar si hubo una nueva afectación” (Entrevista MSPS, junio 2020)

Adicional a lo anterior, la situación actual de emergencia sanitaria generada por la pandemia por la COVID-19, ha generado que la Unidad para las Víctimas (UARIV) haya tenido que redireccionar recursos para atender la ayuda humanitaria, según el director de la Unidad, “las cosas han cambiado y las víctimas están solicitando nuevamente atención humanitaria”. “El pago de las indemnizaciones, es importante, pero más la atención humanitaria, porque el tema es de hambre y de necesidades puntuales, por eso estamos revisando qué otros recursos de la vigencia del 2020 se pueden trasladar para fortalecer la atención humanitaria, sin desconocer los procesos de reparación colectiva o reparación individual en los que también se debe avanzar” (Rodríguez, R, 2020). Aún se debe evaluar el impacto que la pandemia puede generar en los procesos de reparación integral y en la medida de rehabilitación en particular.

Fortalecimiento de la medida de rehabilitación con enfoque reparador, psicosocial, y diferencial a las víctimas de la fuerza pública.

En el contexto del conflicto armado colombiano los miembros de la Fuerza Pública han sido víctimas de infracciones al DIH y violaciones a sus DDHH, en el marco de acciones como accidentes con MAP, MUSE, AEI, secuestro, tortura, homicidio y desaparición forzada, como ha quedado reconocido en el parágrafo 1, del Artículo 3 de la Ley 1448 de 2011. Sucesos que sin duda generan impactos a nivel psicosocial y en la salud integral de este grupo específico de personas y de sus familiares.

La Ley 1448 de 2011 en el parágrafo 1 del Artículo 3, ha reconocido como víctimas a los miembros de la Fuerza Pública y ha definido que de manera particular las medidas de reparación económica se corresponderán con las delimitadas dentro del régimen especial que les sea aplicable, pero exceptúa las medidas de satisfacción y garantías de no repetición, indicando que estas serán las contempladas dentro de la ley.

Esta disposición no deja explícito lo que sucede con las medidas de rehabilitación, por lo que la Corte Constitucional ha aclarado que la norma “solo excluye las medidas de reparación económica, por lo cual los miembros de la Fuerza Pública que sean víctimas del conflicto armado de conformidad con la Ley 1448 de 2011, tendrán derecho a las medidas de reparación que no son de naturaleza económica y están previstas en la normativa mencionada, esto es, la rehabilitación por el daño causado, la satisfacción, y la garantía de no repetición (...) a las que tendrían derecho conforme al Artículo 25 de la Ley 1448, siempre y cuando no se encuentren previstas en los regímenes especiales que los rigen.” (Corte Constitucional, Sentencia C-161/16)

Así, cuando las víctimas que son parte de la Fuerza Pública pretenden hacer efectivo su derecho a la rehabilitación lo hacen a través del acceso a servicios de salud en el régimen especial creado para ellos. Específicamente, en casos en los que la victimización genera algún tipo de discapacidad la atención se brinda siguiendo el modelo de rehabilitación integral para la Fuerza Pública el cual contempla cinco programas: actividad física y movilidad, vida activa y productiva, interacción con el entorno, comunicación y cognición y programa de habilidades sociales (CONPES 3591 de 2009)⁶⁹.

Sin embargo, se presenta un vacío y es que dicho régimen especial no necesariamente incorpora los criterios y el enfoque psicosocial que se determina para los programas de rehabilitación creados en el marco de la Ley 1448, a los que acceden las personas víctimas que no hacen parte de la Fuerza Pública.

⁶⁹ “La rehabilitación integral comprende elementos terapéuticos, educativos y de gestión que permiten alcanzar la autonomía de la persona con discapacidad en un nuevo proyecto de vida, con inclusión al medio familiar y social, y está dirigida a los miembros de la Fuerza Pública” (Artículo 1. Ley 1471 de 2011)

En este sentido el CNMH (2019), en el informe “Recuerdos de Selva” evidencia que en algunos casos existe poca satisfacción en relación con la atención en salud mental recibida por parte de miembros de la Fuerza Pública víctimas de secuestro. En dicho informe se muestra que este tipo de atención tuvo un enfoque medicalizado y que la información proporcionada a las víctimas respecto a los tratamientos fue mínima, lo que les llevó a sentir que ese modelo no respondía a sus necesidades, ni tenía un enfoque reparador (CNMH, 2019)

Los servicios prestados por el régimen especial han tenido un enfoque centrado en la salud, que ha sido definido como “un servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado” (Sentencia C-161/16), que como se evidencia deja de lado el componente psicosocial de la rehabilitación y deja de lado el reconocimiento particular de la condición de víctima, lo cual hace que no sea reparador.

En este sentido las víctimas miembros de la Fuerza Pública han venido haciendo un ejercicio de incidencia y concertación para que la implementación de las medidas de rehabilitación que se desarrollan mediante el sistema de salud del régimen especial, incorporen los mismos criterios establecidos en la ley para el Programa de Atención Psicosocial y en Salud Integral a las Víctimas; incluyendo la transversalización del enfoque psicosocial y la atención no solo a la afectación individual, sino familiar, social y comunitaria que se deriva para ellos de la vivencia de las violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH.

“Las víctimas de la Fuerza Pública son atendidas por el régimen especial y no tienen acceso a las mismas medidas de rehabilitación que las demás víctimas por la Ley 1448, lo cual es visto por ellas como una falta al derecho a la igualdad” (Grupo focal Delegados Subcomité de Rehabilitación, junio 2020)

Por otra parte, el régimen especial está diseñado para brindar una atención en salud integral a los miembros de la Fuerza Pública sean víctimas o no, surge entonces la pregunta ¿Dónde queda el carácter reparador de las acciones de atención en salud integral que se brindan a los miembros de la fuerza pública que han sido víctimas de violaciones a los DDHH e infracciones al DIH?

“(…) es un régimen especial en protección social, salud, vivienda, etc... pero no existe un régimen especial en reparaciones. La noción de régimen especial se pierde frente al derecho internacional de las víctimas porque el derecho de las víctimas es por ser víctima, el régimen especial existe en la esfera del interés social no de la reparación a las víctimas” (Entrevista experta en rehabilitación, junio de 2020)

De esta manera es necesario que las medidas para la rehabilitación en salud de los miembros de la Fuerza Pública que han sufrido victimizaciones, independientemente del régimen en el que se desarrollen, sean diferenciadas, transformadoras y efectivas para dar respuesta al daño causado en toda su magnitud y dimensiones, no solo en la dimensión física o biológica.

“(…) Se hace necesario generar programas o estrategias específicas para atender el daño diferencial de policías, militares... que sean diferenciales.”
(Entrevista MSPS, junio de 2020)

Sin duda alguna, se reconoce que los servicios prestados dentro del régimen de sanidad especial de la Fuerza Pública cuentan con un alto nivel de especialización en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación funcional de afectaciones físicas y psíquicas que son propias o más frecuentes entre miembros de la Fuerza Pública por el riesgo particular que involucra su labor⁷⁰.

Sin embargo, dada la complejidad del contexto en el que se produce la afectación y las particularidades de los hechos victimizantes que viven los miembros de la Fuerza Pública se considera pertinente trascender el campo de la salud y contar con un abordaje desde la perspectiva psicosocial que es mucho más comprensiva que la perspectiva médica cuando se abordan los impactos derivados de un contexto de conflicto armado o de violencia sociopolítica sobre las personas, sus familias y sus comunidades.

Las entidades encargadas de la medida de rehabilitación en el marco del SNARIV han desarrollado espacios para favorecer la incorporación del enfoque psicosocial en la atención en salud integral que se brinda a los miembros de la Fuerza Pública; sin embargo se considera que se trata de avances incipientes, en la medida en que no se conoce la formulación de una estrategia diferenciada por parte del régimen especial que incorpore los criterios de la reparación integral en materia de rehabilitación en salud física y mental.

“En el marco del subcomité de rehabilitación se creó una mesa de Fuerza Pública, donde se está trabajando con ellos para generar unos lineamientos. Se les han brindado todos los desarrollos que ha tenido el Ministerio desde la medida de rehabilitación porque es importante que esas estrategias se creen de manera diferenciada por parte de la Fuerza Pública” (entrevista MSPS)

Respecto a la rehabilitación en su dimensión psicosocial las limitaciones están dadas más por la definición de obligaciones frente a su desarrollo, pues si bien el MSPS ha

⁷⁰ Por ejemplo, Uscátegui, (2018) ha documentado que la rehabilitación integral que se brinda a miembros de la Fuerza Pública víctimas de MAP está mejor estructurada que la que se brinda a víctimas civiles, en tanto existen centros especializados para este fin mientras que con frecuencia la población civil debe acudir al SGSSS con las limitaciones propias de este.

señalado haber favorecido la participación de miembros de la Fuerza Pública en el componente Psicosocial del PAPSIVI, también se reconoce que es necesario que la entidad encargada de la medida de rehabilitación a este grupo de víctimas cuente con sus propias estrategias diferenciadas y especializadas.

“La implementación de la medida de Rehabilitación Psicosocial, tiene dificultades con las víctimas de las Fuerzas Militares porque hay ese vacío que tiene que asumir el Sistema Especial que los cobija, pero ellos dicen que no pueden, que no tienen capacidad de hacerlo y es una eterna discusión que hemos tenido en el marco del Subcomité con Fuerzas Militares, a pesar de que hemos hecho varios ejercicios de transversalización del enfoque Psicosocial con ellos cada año sobre todo con Policía. Con Ejército hemos estado avanzando, no tanto como con Policía. Estoy de acuerdo que en este grupo necesitamos tener claridad frente a quién debe asumir su atención.”
(Entrevista UARIV, junio de 2020)

En el informe de seguimiento a la Política Pública de Acción Integral contra Minas Antipersonal (AICMA) de 2020, la Procuraduría ha evidenciado este tipo de limitaciones, específicamente en relación con las víctimas de MAP, MUSE y AEI. Allí se señala que el hecho de que Colombia aún no haya adoptado el Estándar Internacional de Asistencia a Víctimas y por ende no cuente con un Estándar Nacional de Atención a Víctimas, genera un vacío normativo y una falta de claridad sobre la responsabilidad de las entidades territoriales al momento de atender víctimas, lo cual sucede para víctimas tanto civiles como de la Fuerza Pública. En concreto el informe señala:

“En estricto sentido, no puede hablarse de una “ruta” sin existir un Estándar de Asistencia a Víctimas, ya que la AIV requiere de un desarrollo conceptual que permita entender las etapas de la ruta, las responsabilidades de las entidades e instituciones y el ajuste de las acciones a las necesidades de las víctimas en los territorios.” (PGN, 2020, p. 61)

La Procuraduría en el marco de su participación en las dos últimas Subcomisiones Técnicas de AIV evidenció un vacío en la atención a las víctimas de la Fuerza Pública. “Aunque el 60% de las víctimas por MAP/MUSE y artefactos explosivos de tipo improvisado son miembros de la Fuerza Pública, la estrategia de AIV de la OACP no contempla a este grupo de personas como víctimas que también tienen derecho a que se les garantice una atención, asistencia y rehabilitación integral” (PGN, 2020, p.63), por lo que llama la atención sobre las acciones de coordinación que se deben establecer entre el Ministerio de Defensa Nacional la Oficina del Alto Comisionado para la Paz (OACP) y la UARIV en materia de Atención Integral a Víctimas (AIV) para este tipo de víctimas.

Otra limitante relacionada con la implementación de la medida de rehabilitación para miembros de la Fuerza Pública, tiene que ver con la cobertura y el acceso a los servicios

especializados en salud integral en el lugar en donde residen las víctimas. Esta es una cuestión que se evidencia en diferentes fuentes consultadas (Uscátegui, 2018; CNMH, 2019; PNG, 2020).

Uscátegui (2018) ha señalado que se han identificado limitaciones en materia de accesibilidad a la medida de rehabilitación por parte de las víctimas de MAP, MUSE y AEI, ya que los lugares especializados para la rehabilitación se ubican en las principales ciudades, por lo que tanto la víctima como su cuidador o su familia deben trasladarse para poder acceder a las medidas necesarias, esto se complejiza en mayor medida cuando las personas requieren tratamientos continuados y a largo plazo para su rehabilitación.

Por su parte, el CNMH (2019) cita testimonios de miembros de la Fuerza Pública que fueron víctimas de secuestro, los cuales suscitan la incógnita sobre si la calidad y cantidad de atención en salud mental que reciben las víctimas depende del lugar en donde residen: “la mayoría de mis compañeros se fueron para Cúcuta. Para Santander, el pastusito se fue para el Llano y el chino se estresó y tomó la mala decisión de suicidarse” (CNMH, 2019, p. 273)

Así mismo, en el informe de seguimiento a la Política Pública de Acción Integral contra Minas Antipersonal la Procuraduría señala que “De los 199 municipios clasificados como tipología I, con corte a 30 de abril del presente año, solo 9 de ellos tenían ruta municipal de AIV implementada” (PNG, 2020, p. 61) Los municipios de tipología I son los que tienen mayor afectación por artefactos explosivos, evidenciando que la multiplicidad de brechas en las rutas de atención integral a víctimas en los territorios, están relacionadas con “falta de aplicación del enfoque territorial, poco conocimiento en la materia por parte de las entidades territoriales y falta de claridad sobre las responsabilidades en las diferentes etapas de la ruta.” (PNG, 2020, p. 116)

Otra limitante identificada a partir de la revisión de fuentes de prensa, y que está relacionada con la cobertura tiene que ver con el limitado número de profesionales para atender las necesidades en salud mental de los miembros de la Fuerza Pública, víctimas y no víctimas. La fuente señala que:

“Entre el Ejército y la Armada, fuerzas que a mayo de 2017 sumaban más de 225.000 efectivos, hay poco más de 150 psicólogos y una decena de psiquiatras. Esto es, alrededor de un profesional de salud mental por cada 1.400 hombres, una razón por lo menos 1,75 veces menor a la indicada por estudios del Ejército estadounidense. Si a esto sumamos que la mayoría de los psicólogos y psiquiatras se encuentran en centros urbanos importantes, encontramos que un porcentaje significativo de las Fuerzas Armadas no tiene acceso o tiene dificultades para acceder a un profesional de la salud mental.” (Wills, 2017, s.p)

Por otra parte, se ha identificado que al igual que entre la población civil, los miembros de la Fuerza Pública que han sido víctimas también se han relacionado con la salud mental desde el desconocimiento, el temor a la estigmatización y los imaginarios que dificultan la identificación de las afectaciones en este ámbito y la posibilidad de que accedan a los servicios requeridos de manera oportuna, lo que termina por profundizar los impactos y daños derivados de los hechos de violencia. Por lo que es clave contar con un análisis sobre la incidencia de estos factores en el acceso a las medidas de rehabilitación por los miembros de la Fuerza Pública que han padecido hechos victimizantes.

“Más allá de los protocolos establecidos en papel, no parece existir mayor educación sobre temas de salud mental en el Ejército y la Armada. Pocos de los veteranos a los que entrevisté conocían los síntomas de los desórdenes mentales comúnmente asociados a la guerra y ninguno consideró la posibilidad de visitar un psicólogo en el batallón para acabar con las pesadillas, la depresión, y los cambios de ánimo repentinos. (Muchos, de hecho, recurren al alcohol o a las drogas –un problema considerable que se calla en las Fuerzas Armadas, de acuerdo con exsoldados y organizaciones no gubernamentales). Ninguno recibió atención psicológica inmediata luego de regresar de un combate, incluso después de haber sido heridos. Y una vez dados de baja, ninguno recibió ayuda para facilitar la transición a la vida civil, lo que en ocasiones produjo problemas con sus parejas y familias” (Wills, 2017, s.p)

Es clave considerar que el Acuerdo de Paz abre una ventana de oportunidad para generar mecanismos que permitan contar con unas medidas de rehabilitación ajustadas a los estándares normativos nacionales e internacionales para las víctimas que hacen parte de la Fuerza Pública, al señalar que "el Gobierno Nacional fortalecerá las medidas de atención y reparación para los miembros de la Fuerza Pública víctimas de graves violaciones a los derechos humanos o infracciones al DIH." (Acuerdo Final de Paz, 2016, p. 186)

Así por ejemplo, en la medida en el que el Acuerdo de Paz considera víctimas a los miembros de la Fuerza Pública y les concede el acceso a la justicia mediante la JEP (Caso 001 "retención ilegal de personas por parte de las FARC- EP"), en el que se aborda la situación de soldados y policías víctimas de secuestro, va a ser necesario realizar los ajustes normativos e institucionales a los que haya lugar con el objetivo de garantizar los derechos que allí se reconozcan a estas víctimas y de armonizar las actuaciones entre los dos sistemas -SNARIV y SIVJNR, por supuesto atendiendo al principio de progresividad.

CAPÍTULO 3. RECOMENDACIONES FRENTE A LA MEDIDA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

El presente capítulo plantea recomendaciones y alternativas que permitan avanzar de manera gradual, progresiva y sostenible en la superación de las brechas y dificultades para lograr la satisfacción plena del derecho a la rehabilitación integral como medida de reparación de las víctimas en el marco de la construcción de la paz y la justicia transicional.

Como se plantea en el capítulo 1 de este componente, Colombia cuenta con un marco normativo⁷¹ y un desarrollo de la jurisprudencia⁷² que es garantista de los derechos de las víctimas; ha diseñado e implementado un programa de reparación complejo, que reconoce la importancia de mitigar el sufrimiento ocasionado por una amplia gama de hechos victimizantes, y en ese sentido, pone de presente la dignidad de las víctimas.

Este marco normativo, incluye el enfoque transformador, y busca generar reconocimiento, dignidad y autonomía superando las relaciones de dependencia, y asistencialismo que se han generado históricamente.

La Ley de Víctimas logró reconocer la medida de rehabilitación como un componente de la reparación integral que debía responder de manera adecuada y diferencial al daño causado a las víctimas del conflicto armado interno. Gracias a esta normatividad se lograron crear los programas especiales de rehabilitación (PAPSIVI y ERE-G), que reconocen que se debe atender el sufrimiento, alejándose de las nociones clásicas de enfermedad o minusvalía. Así mismo, se logró reconocer que no se podían equiparar los programas de atención en salud de la política social del Estado, ni considerar el aseguramiento en salud como medida de rehabilitación en marco de la reparación integral.

En el marco del Acuerdo de Paz y con el principio de centralidad en las víctimas, se fortalece la reparación como uno de los pilares de la construcción de una paz estable y duradera. En ese sentido la medida de rehabilitación tiene un papel prioritario y fundamental en el que el enfoque transformador se materializa en la capacidad de agencia, de recuperación y de ciudadanía de las personas víctimas.

Adicionalmente, la Ley de Víctimas y el Acuerdo de Paz reconocen el papel articulador y de construcción de sentido sobre la reparación que aporta la incorporación del enfoque psicosocial, el cual además favorece la construcción de confianza entre la ciudadanía y el Estado. En este sentido, el marco normativo ampara la transversalización del enfoque en el SNARIV y el SIVJNRN por lo cual se espera que las entidades que hacen

⁷¹ Ley 387 de 1997, Ley 418 de 1997, Ley 975 de 2005, Decreto 1290 de 2008, Ley 1448 de 2011, Decreto 4800 de 2011, Acuerdo Final de Paz de 2016.

⁷² Sentencia T-025 de 2004 y los Autos de seguimiento más relevantes en el tema: Autos 176, 177 y 178 de 2005; Autos 218 y 266 de 2006; Autos 027, 109 y 233 de 2007; Auto 116 de 2008; Auto 008 de 2009; Auto 219 de 2011; Auto 373 de 2016; Auto 509 de 2018; Auto 734 de 2018; y Auto 331 de 2019.

parte de estos sistemas generan estrategias, acciones, lineamientos y herramientas para reconocer y acompañar el sufrimiento de las víctimas, más allá de la medida de rehabilitación.

A pesar de estos desarrollos, en el capítulo dos de este componente, se evidencian las principales situaciones que el Estado colombiano debe atender para lograr los compromisos establecidos en materia de rehabilitación integral en la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras; así como en lo establecido sobre las medidas de reparación a las víctimas en el marco del Acuerdo Final de Paz. En resumen, en el capítulo dos se evidencian las siguientes brechas:

El conflicto armado ha generado una afectación masiva, generalizada, un número muy alto de población víctima del conflicto armado y una afectación diferencial y desproporcionada en la población más vulnerable y en los sujetos de especial protección constitucional (niños, niñas, jóvenes, mujeres, adultos mayores, grupos étnicos, población en situación de discapacidad o población con orientaciones sexuales e identidades de género diversas y no hegemónicas). Esto es un desafío para toda la política, pero en particular, para la reparación integral y específicamente para la rehabilitación, debido que se requiere lograr llegar a un amplio y diverso segmento de la población, con particularidades, expectativas y necesidades específicas respecto al daño que han sufrido por el conflicto armado interno.

En particular, en cuanto al enfoque de género, se evidencia que aunque existen avances y desarrollos para incorporarlo en los procesos de rehabilitación, persisten debilidades y desafíos para su garantía plena en la atención a mujeres y población OSIGD y, en especial, a las víctimas de delitos contra la libertad, integridad y formación sexual. Esta debilidad se asocia con una comprensión restrictiva del enfoque de género que la limita al reconocimiento de los derechos y las afectaciones diferenciales de las mujeres, desconociendo la diversidad sexual y/o la población OSIGD. No obstante, esta brecha también hace referencia al hecho de que los(as) profesionales no estén capacitados(as) en enfoque diferencial y de género para la atención de las mujeres y la población OSIGD víctima. En específico, se observa con preocupación la persistencia de debilidades en la atención a la violencia sexual. Empero, se presenta como un reto de los procesos de rehabilitación, el lograr garantizar una rehabilitación transformadora y comprensiva del enfoque de género.

En materia de cobertura, aun cuando el Gobierno Nacional a través de instituciones como el MSPS y la UARIV ha presentado un crecimiento y un avance en la cobertura de atención para las víctimas, es claro que son varias las falencias que se mantienen frente a su óptimo cumplimiento y que tienen que ver con por lo menos tres aspectos generales. Por un lado, el bajo número de personas atendidas en el marco de las medidas de rehabilitación con relación al universo total de víctimas identificado en el CONPES 3726 de 2012; por otro lado, que la implementación de las medidas de rehabilitación se han concentrado en

municipios en los que hay una alta presencia de personas víctimas registradas en el RUV, lo que deja un déficit de cobertura en zonas rurales y rurales dispersas; y finalmente, que las víctimas residentes en el exterior no tienen una oferta institucional disponible para acceder a medidas de rehabilitación. En su último informe la CSMLV ha dicho de manera contundente que “A este ritmo, el tiempo necesario para atender al 72% de la población víctima, es de 24 años aproximadamente. Lo anterior, sin contar con las nuevas victimizaciones que puedan surgir de la persistencia del conflicto armado”. (CSMLV, 2020, p. 174).

Pese a los esfuerzos realizados por las instituciones encargadas de implementar las medidas de rehabilitación⁷³ en la construcción de múltiples estrategias de contacto y de promoción de la medida (difusión), y luego de nueve años de la ejecución de la Ley 1448, es evidente que muchas personas aún no acuden a este recurso no solo por el desconocimiento de su existencia y de las rutas institucionales, sino también por la desconfianza y falta de credibilidad en el sistema de salud, en el efecto reparador que este puede tener para sus vidas, por la histórica estigmatización que ha tenido la salud mental en Colombia, y por la falta de reconocimiento en cuanto a las necesidades psicosociales y de cuidado de la salud mental. Lo cual se ha configurado en una importante barrera de acceso que incide en los bajos niveles de cobertura logrados con la medida de rehabilitación. En particular, esta brecha se acrecienta en el caso de las personas en situación de discapacidad, pertenecientes a grupos étnicos y/o adultos mayores teniendo en cuenta que la primera barrera se asocia con las dificultades de comunicación por ausencia de servicios de traducción y/o ajustes adecuados y razonables frente a sus necesidades y capacidades.

Se presenta una fragmentación externa e interna en torno a la integralidad de la reparación y de la rehabilitación. La primera vía de desarticulación se da porque no hay una implementación armónica y articulada de todas las medidas de reparación integral; la segunda, se da cuando no hay articulación entre PAPSIVI y ERE-G, y la tercera, está dada por una desarticulación interna en el programa PAPSIVI, tal como se muestra en el capítulo dos de este balance, falta comunicación y articulación entre el componente de atención psicosocial a cargo de los equipos interdisciplinarios de PAPSIVI y el componente de atención integral en salud con enfoque psicosocial a cargo de las IPS, EPS y EAPB, lo cual genera que las víctimas no puedan sentirse reparadas integralmente, sino que accedan de una manera fragmentada a las medidas, por lo que no se logra una transformación en sus condiciones de vida y se aumenta la percepción de que siempre queda faltando algo, es decir, una percepción de incompletud, que a largo plazo, sigue manteniendo una relación de dependencia entre las víctimas y el Estado. En efecto, tal es el caso de víctimas de VBG ante las cuales la atención se ha concentrado en violencias de tipo física y/o sexual, desatendiendo los daños de otra índole.

⁷³ La medida de Rehabilitación está en cabeza del MSPS y la UARIV realiza acciones complementarias en Rehabilitación.

Se presenta una falta de continuidad en la medida de rehabilitación, que afecta en mayor medida los procesos de atención psicosocial, lo cual va en detrimento de la confianza y la credibilidad que las víctimas le otorgan a la medida de Rehabilitación Psicosocial. Esto se asocia al diseño por ciclos de las estrategias, pero sobre todo a los procesos contractuales y presupuestales que impiden que la medida de rehabilitación esté disponible durante todo el tiempo y en cualquier momento que las víctimas lo requieran.

Para la implementación de la medida de rehabilitación se requiere contar con un talento humano especializado y capacitado en enfoque psicosocial, diferencial y de género para la atención a víctimas del conflicto armado, y sensible a las necesidades y realidades de esta población, lo cual es una debilidad y reto que persiste en el país a pesar de que se han emprendido esfuerzos importantes desde la institucionalidad por mitigar esta falencia mediante la implementación de procesos formativos y de fortalecimiento del talento humano. Parte de la limitación en este aspecto tiene un tema estructural en la formación y los enfoques que desde la educación superior reciben los profesionales de las áreas del conocimiento que tienen competencia en el desarrollo de la medida de rehabilitación.

En la actualidad, no se cuenta con indicadores adecuados para medir los resultados o el impacto de la implementación de la medida de rehabilitación, y por lo tanto no hay información oportuna y pertinente para generar acciones estructurales de mejora a la medida de rehabilitación. Hasta el momento los indicadores planteados para dar cuenta del avance de la medida de rehabilitación a las víctimas en el CONPES 3726 de 2012, en los PND (2014-2018 y 2018-2022) y en el PMI solo permiten tener información sobre la cobertura de la medida y con esa información se asume que el acceso de una persona a la oferta institucional garantiza *per se* el goce del derecho a la rehabilitación, pero no se puede saber si logró mitigar o superar los daños y el sufrimiento generado por el conflicto armado, así como tampoco incorporan lineamientos y/o estándares desde el enfoque de género. Tal como lo ha señalado la CSMLV y la Corte Constitucional en el auto 331 de 2019.

Se resalta un avance en este sentido ya que el MSPS (2020a) realizó una primera fase de la evaluación del programa PAPSIVI en la que se incluyen unas mediciones de satisfacción respecto al cumplimiento de los objetivos propuestos en el proceso de atención psicosocial.

Se presenta un desfase “histórico-temporal” entre el momento que las víctimas reconocen que necesitan atención psicosocial y el momento en el que se ofrece la atención, esto sucede de entrada por que la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras es una respuesta del Estado posterior al largo y prolongado conflicto armado que se ha vivido en Colombia; pero también porque los tiempos de ejecución de los programas, hacen que estos no siempre estén disponibles cuando las personas sienten la necesidad de acudir a ellos, o porque no hay articulación entre la atención que se ofrece en fase de emergencia o asistencia y las medidas de rehabilitación en el marco de la reparación, lo que entre otras

cosas exige una articulación entre entidades territoriales, departamentales y nivel central a través del MSPS.

Con el Acuerdo de Paz y la consecuente creación de los mecanismos del SIVJRNR, se ha evidenciado un universo de personas que requieren atención psicosocial pero que no cumplen con los criterios establecidos en el Artículo 3 de la Ley de Víctimas por lo que no pueden acceder a la oferta de rehabilitación psicosocial establecida en el marco de dicha Ley.

Frente a este panorama general, a continuación se presentan las principales **recomendaciones** para que las entidades del SNARIV y del SIVJRNR avancen en la garantía del derecho a la rehabilitación a las víctimas del conflicto.

En ese sentido, se recomienda *aprobar* el Decreto que adopta el Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición, ya que su aprobación y su implementación favorecerá avanzar hacia la superación de brechas relacionadas con la cobertura poblacional y territorial, calidad de la atención psicosocial, la integralidad en la medida de rehabilitación, la articulación entre el SIVJRNR y el SNARIV, la articulación territorial, el fortalecimiento del talento humano para la atención a las víctimas; así como la rehabilitación psicosocial comunitaria y colectiva y la generación de condiciones de convivencia que contribuyan a la no repetición de los hechos de violencia en los territorios.

Finalmente, en desarrollo del Plan Marco de Implementación del Acuerdo Final de Paz se recomienda a la UARIV continuar con los esfuerzos para garantizar la atención psicosocial individual en los Centros Regionales de Atención a las Víctimas (CRAV), mediante la incorporación de profesionales psicosociales que puedan brindar de manera permanente este tipo de atención a la población víctima, contribuyendo a mitigar las limitaciones en cobertura, difusión y continuidad de la medida de rehabilitación en los territorios. En esta misma línea se aconseja a los entes territoriales encargados de la administración de los CRAV realizar los esfuerzos presupuestales y administrativos necesarios, para la adecuación de los espacios físicos en los que se brinda la atención psicosocial individual, considerando que estos deben contar con condiciones idóneas para garantizar la confianza y confidencialidad del proceso de atención⁷⁴.

A continuación se realizan las recomendaciones específicas para cada una de las brechas identificadas en este componente:

⁷⁴ Así como los espacios para las ludotecas. Espacios diseñados para los NNA, donde se desarrollen actividades de atención psicosocial u otras que tienen un potencial de reparación integral, pero que enfrentan dificultades presupuestales, de articulación/coordinación entre Unidad para las Víctimas y entes territoriales, falta de personal, entre otras. Esto se ahonda más en detalle en el componente de enfoque diferencial y de género.

Cobertura de las medidas de rehabilitación

En relación con las metas de cobertura poblacional, la PGN y la CSMLV han resaltado en sus informes la necesidad de revisar, asignar y definir las metas en atención psicosocial a las víctimas en los PND⁷⁵ ⁷⁶ de manera que respondan a la planeación establecida de los CONPES 3712 y 3726⁷⁷ y al universo de víctimas que requieren rehabilitación (CSMLV 2018, 2019, 2020). Con especial énfasis en mujeres y población OSIGD⁷⁸. En este sentido se recomienda a la UARIV, y al DNP *formular* un nuevo CONPES para la nueva vigencia de la ley con metas claras, progresivas, que se desarrollen coherentemente en los PND y nuevas y diversas fuentes de financiación.

En relación con la cobertura de diferentes grupos poblacionales, en el análisis desarrollado llama la atención, de manera particular, el hecho de que en los informes en los que se consolida el acceso a la medida de rehabilitación por parte de la población víctima no aparece información específica para el grupo de niñas, niños y adolescentes. Al revisar los informes de gestión del ICBF emitidos entre el 2015 y 2019, no se evidencia el número total de NNA que han accedido a medidas de rehabilitación psicosocial y en salud física y mental desde que al ICBF se le asignó la competencia en materia de rehabilitación en el año 2015⁷⁹. Según informó el MSPS, el ICBF no realizó acciones complementarias en materia de rehabilitación, sino que continuó prestando atención psicosocial en el marco del restablecimiento de derechos de los NNJ.

⁷⁵ Al Departamento Nacional de Planeación, asignar nuevas metas para medir el avance de la medida de rehabilitación en el próximo cuatrienio, tanto en la atención psicosocial como en la salud física y/o mental. Es necesario realizar un diagnóstico de la población víctima identificada en las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud que ha manifestado necesitar esta atención en comparación a la población que efectivamente ha accedido a estos servicios, para determinar con mayor certeza el avance en este componente. (CSMLV, 2018)

⁷⁶ Al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de Salud y Protección Social, definir las metas de cobertura en atención psicosocial y acceso a medidas de rehabilitación física y/o mental en consideración con el universo estimado de 3.472.453 de población víctima que requiere atención psicosocial. En este sentido, la oferta vigente debe ser reforzada en arreglo a las competencias propias de las entidades, buscando ampliar la cobertura y atender las afectaciones generadas por el conflicto armado en zonas rurales distantes del territorio. (CSMLV, 2019)

⁷⁷ La meta definida en el CONPES 3726 de 2012 es de 3.000.000 de víctimas con atención o acompañamiento psicosocial en modalidad individual, familiar, comunitaria y/o grupal.

⁷⁸ Como se puede ver en el componente de enfoque diferencial y de género de este balance.

⁷⁹ Ley 1753 de 2015 “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014 -2018 “Todos por un nuevo país”: ARTÍCULO 120. Enfoque psicosocial. Adiciónese el párrafo segundo del Artículo 137 de la Ley 1448 de 2011, el cual quedará así: “PARÁGRAFO SEGUNDO. El Gobierno Nacional, a través del Departamento para la Prosperidad Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Unidad Administrativa Especial de Atención y Reparación a Víctimas y el Ministerio de Salud y Protección Social, complementará las acciones del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, a fin de avanzar en la rehabilitación y recuperación emocional con enfoque psicosocial de las víctimas, organizaciones y comunidades que han sufrido daño a causa del conflicto armado”.

A las dificultades en cobertura poblacional se suma el hecho de que la implementación de las medidas de rehabilitación se han concentrado en municipios en los que hay una alta presencia de personas víctimas registradas en el RUV, lo que deja un déficit de cobertura en zonas rurales y rurales distantes, donde la población se encuentra dispersa en el territorio y no cuenta con una oferta institucional disponible, evidenciando la necesidad de ampliar la cobertura de la implementación de la medida de rehabilitación a las zonas rurales y rurales dispersas (CSMLV 2019).

Finalmente se destaca que las víctimas residentes en el exterior no cuentan con una oferta institucional para acceder a medidas de rehabilitación de tipo psicosocial por dificultades presupuestales, operativas y de competencia estatal y territorial para su implementación en el exterior.

Frente a estas importantes limitaciones la prórroga de la vigencia de ley se convierte entonces en una oportunidad para repensar la planeación de la medida y lograr *establecer* las metas de atención a la población que requiere atención psicosocial y rehabilitación física y mental con enfoque psicosocial, en especial a la población víctima en zonas rurales y rurales dispersas; por lo que se considera pertinente brindar las siguientes recomendaciones:

Se recomienda al Gobierno Nacional *alinear* las metas del PND en materia de rehabilitación psicosocial y en salud física y mental con lo establecido en el CONPES 3726 de 2012, planteando objetivos para el cuatrienio que permitan avanzar de una manera congruente con el tiempo y con las metas ya establecidas por dicho CONPES. Se aclara que el avance en aseguramiento al SGSSS no representa necesariamente una garantía efectiva del derecho a la rehabilitación física y mental, por lo cual no puede ser tomado como un indicador de avance de la medida de rehabilitación a las víctimas.

Así mismo, se reitera la recomendación ya realizada por la CSMLV (2019) al DNP y al MSPS, sobre *desarrollar* un diagnóstico rápido y participativo⁸⁰ con la población víctima para identificar claramente las necesidades en rehabilitación física y mental; de tal forma que se logren establecer metas de atención ajustadas a la realidad que permitan una planificación adecuada del alcance, la cobertura, el presupuesto y los tiempos necesarios para garantizar de manera efectiva el derecho a la población víctima, y medir el impacto de rehabilitación en el marco de la reparación integral.

Por otro lado, la CSMLV (2019) ha reconocido “un avance normativo en lo relacionado con la necesidad de complementar las acciones del PAPSIVI, mediante la incorporación de competencias de entidades como el Departamento para la Prosperidad Social (DPS), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Unidad Administrativa

⁸⁰ Dicho diagnóstico debe estar seguido y complementado con la implementación de medidas de rehabilitación psicosocial, físico y mental para garantizar la acción sin daño. (diagnóstico sin atención es acción con daño).

Especial de Atención y Reparación a Víctimas”⁸¹ (p. 127). Se requiere avanzar en esa línea, y por ello, se recomienda al Congreso *establecer y ampliar* las competencias en materia de rehabilitación psicosocial, para que UARIV, DPS e ICBF de manera articulada con el MSPS complementen las acciones de rehabilitación psicosocial.

En este sentido, se recomienda a las entidades: UARIV, ICBF, UBPD, JEP, y CEV *fortalecer* y continuar realizando acciones psicosociales focales, que favorezcan el cuidado y el bienestar de las víctimas en diferentes escenarios de implementación de la política pública y del Acuerdo de Paz (como por ejemplo, acciones de acompañamiento en una actividad de recuperación de cuerpos/exhumación, una entrega digna de cuerpos, o la participación en las versiones de la JEP o en los actos de reconocimiento de la Comisión de la Verdad), cuidando siempre que dichas acciones puedan ser continuadas a través de procesos de rehabilitación cargo del MSPS.

Sobre la cobertura de la medida de rehabilitación a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, se considera necesario que el ICBF asuma la competencia en materia de rehabilitación psicosocial y que la UARIV, el MSPS y el ICBF *articulen* esfuerzos para que niños, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas del conflicto armado reciban medidas de rehabilitación que respondan de manera específica y diferenciada a los daños ocasionados por el conflicto armado.

Esto implica, en el marco del Subcomité de Rehabilitación, u otro espacio técnico que el MSPS *lidere*: el fortalecimiento de criterios técnicos para la rehabilitación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes; el intercambio y transferencia de desarrollos técnicos y metodológicos; el establecimiento de rutas y competencias en materia de cobertura poblacional y territorial; la definición de rutas para la remisión y complementariedad de la oferta institucional en materia de rehabilitación; y el desarrollo de estrategias de intercambio y consolidación de información que permitan dar cuenta de los avances en cobertura de la medida con niños, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas del conflicto armado por parte del Estado colombiano.

Concretamente, se recomienda al ICBF, como entidad responsable de la protección y atención de esta población; y en particular a las Direcciones de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Juventud, y Familias y Comunidades a:

1. *Desarrollar* en coordinación con el MSPS una caracterización que permita reconocer las afectaciones psicosociales y en salud mental que el conflicto armado ha dejado en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, considerando particularmente situaciones que han generado afectaciones desproporcionadas en ellos, como por ejemplo: la desaparición forzada de padres y madres, la violencia sexual contra

⁸¹Tal como está establecido en la Ley 1753 de 2015 “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.

ellos o siendo testigo de la violencia sexual contra sus seres queridos (madres, hermanas, cuidadoras, etc), el reclutamiento forzado, las minas antipersonal (MAP) y municiones sin explotar (MUSE), y el desplazamiento forzado.

2. *Consolidar* el “lineamiento técnico de estrategia de acompañamiento psicosocial para el restablecimiento de derechos y contribución a la reparación integral de niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado”, en coordinación con el MSPS, incorporando criterios que permitan a los profesionales de los equipos psicosociales identificar necesidades de atención en salud mental y contar con una ruta diferenciada para el acceso a estos servicios cuando así se requiera.
3. *Diseñar e implementar* estrategias cuyo propósito sea específicamente aportar a la rehabilitación de los impactos y daños psicosociales derivados de la vivencia de hechos de violencia por parte de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. En este sentido es importante retomar las experiencias y desarrollos técnicos adelantados por la UARIV con la ERE-G – para niños y niñas, y la estrategia DIME (Anexo 1) y aprovechar la capacidad operativa que el ICBF tiene en términos de cobertura a través de los Centros Zonales, de las modalidades comunitarias y familiar, entre otras.
4. *Incorporar* indicadores y mediciones para las estrategias de acompañamiento psicosocial que permitan dar cuenta del avance en la rehabilitación de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas del conflicto armado tras el acompañamiento desarrollado por la entidad.
5. *Incorporar* en sus procesos de planificación, el establecimiento de metas de cobertura en relación con la rehabilitación psicosocial de niños, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas del conflicto armado.
6. *Proporcionar* información consolidada a la CSMLV sobre las acciones que se desarrollen en cumplimiento de sus obligaciones como parte del SNARIV, especificando la cobertura y el impacto en términos de la garantía de los derechos a la atención, asistencia y reparación de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas del conflicto armado, y especificando avances en relación con la medida de rehabilitación.
7. *Adelantar* procesos de gestión del conocimiento que permitan profundizar la comprensión sobre los daños transgeneracionales del conflicto armado en la niñez y la juventud colombianas; esto en articulación con la academia, organizaciones de la sociedad civil y la CEV, quienes vienen trabajando el tema.

Frente a la ampliación en la cobertura territorial se recomienda al MSPS que en cumplimiento de los compromisos establecidos en el PMI *diseñe e implemente* la estrategia

móvil⁸² para la rehabilitación a las víctimas en las zonas rurales y rurales dispersas. Si bien, la estrategia móvil puede retomar elementos y aprendizajes derivados del PAPSIVI, es necesario que esta estrategia conlleve un esfuerzo presupuestal específico; que se diseñe buscando superar las limitaciones que este Programa y otras estrategias para la rehabilitación han tenido para la cobertura en zonas apartadas; que amplíe la cobertura a víctimas que no necesariamente están reconocidas en el marco de la Ley 1448, porque su ámbito de aplicación es el Acuerdo de Paz; que tome en consideración aspectos técnicos que den respuesta al daño específico que sufren estas comunidades; y que consideren para su implementación variables de contexto que puedan limitar su ejecución en los territorios rurales y dispersos.

En esta misma línea se considera que el MSPS y la UARIV, deberán buscar una estrategia para *fortalecer y articular* la capacidad institucional disponible en los territorios rurales, rurales dispersos para la implementación de las estrategias para la rehabilitación. Lo cual implica *generar alianzas* con los actores locales nacionales e internacionales, no solo externos, sino del sector de inclusión social (salud, inclusión social, educación) para que se conviertan en aliados y promotores de la rehabilitación.

Así mismo, y como lo ha manifestado la UARIV (2020, p. 9) se recomienda “*Promover y fortalecer* en los planes de acción de las entidades del SNARIV y en los planes de acción territorial de las entidades territoriales, acciones relacionadas con las medidas de rehabilitación”, de acuerdo con el Artículo 174 de la Ley 1448 y el Artículo 2.2.7.5.2 del Decreto 1084 del 2015; puedan implementar procesos de atención psicosocial especializados y con recursos humanos y financieros para la implementación de la medida de rehabilitación, bajo el lineamiento técnico y acompañamiento del MSPS y la UARIV⁸³.

Al mismo tiempo que el MSPS debe *articular e incorporar* acciones y estrategias orientadas específicamente a la rehabilitación psicosocial y en salud física de las víctimas del conflicto armado en las diferentes líneas del Modelo Especial de Salud Pública para zonas rurales dispersas, contemplado en el Plan Nacional de Salud Rural (MSPS, 2018)⁸⁴.

⁸² A pesar de que PAPSIVI es una estrategia extramural que realiza atención en los lugares de residencia de las víctimas, y con la cual el MSPS reporta el avance del indicador del PMI en 5500 personas atendidas en zonas rurales, no se considera que sea la estrategia móvil que se requiere para superar las brechas identificadas, a no ser que realicen ajustes estructurales para lograr ampliar la cobertura y mejorar la calidad para la atención en las zonas rurales.

⁸³ Revisar la experiencia previa con los proyectos de cofinanciación en los que las Entidades territoriales implementaron la ERE-G y la experiencia con Blumont.

⁸⁴ El MSPS podría aportar en la construcción de los directorios con oferta de rutas y servicios para grupos de los enfoques diferenciales construidos en las Direcciones Territoriales de la UARIV, buscando fortalecer los procesos de gestión de la oferta particularmente para los grupos poblacionales sujetos de especial protección y la población OSIGD.

Igualmente, en términos de **rehabilitación comunitaria**, es preciso avanzar en la implementación de la Estrategia para la Rehabilitación Psicosocial Comunitaria para la Convivencia y no Repetición que construyó el MSPS en el 2019.

Es importante que la rehabilitación comunitaria se realice bajo los lineamientos establecidos la Estrategia de Rehabilitación Psicosocial Comunitaria para la Convivencia y no Repetición cuyo objetivo es “Contribuir desde la rehabilitación psicosocial a los procesos de convivencia y garantías de no repetición, a través de escenarios comunitarios que convoquen la participación de víctimas, excombatientes, comunidades afectadas por el conflicto armado, fuerza pública, sociedad civil, Estado y sociedad en su conjunto” (MSPS, 2019) y con los siguientes componentes: 1) Espacios de diálogo y duelo colectivo. 2) Recuperación y generación de prácticas sociales asociadas al intercambio y la convivencia. 3) Reflexión sobre imaginarios colectivos de proyectos de vida futuros. 4) Creación de escenarios de pedagogía social. 5) Promoción de pactos de convivencia. 6) Construcción de vínculos familiares que hayan sido afectados en ocasión al conflicto armado.

En este sentido la Estrategia de Rehabilitación Psicosocial Comunitaria para la Convivencia y no Repetición define que: “En cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Línea 3 del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición sobre Medidas de Rehabilitación Comunitaria y Colectiva, las bases de la presente Estrategia deberán ser aplicadas por parte de: Las entidades del sector salud que implementen Estrategias psicosociales comunitarias para la convivencia y la no repetición que convoquen la participación de víctimas, excombatientes, comunidades afectadas por el conflicto armado, fuerza pública, el Estado y la sociedad en su conjunto”.

Se recomienda *definir* la cobertura poblacional y territorial de esta estrategia. Se recomienda también *definir* claramente los actores y entidades responsables de su implementación ya que el sector salud es muy amplio y no es claro quién debe realizar la implementación de la Estrategia, y las fuentes de financiación de dicha estrategia.

Así mismo la Estrategia establece en el “Principio de concurrencia: La rehabilitación psicosocial comunitaria debe articularse en el nivel territorial intersectorialmente para que su implementación facilite lo que efectivamente se va a poner en diálogo con las comunidades” pero no define cómo sería esa articulación intersectorial, ni con qué sectores prioritariamente, ni establece los escenarios para dicha articulación.

Adicionalmente, se recomienda al MSPS *articular, coordinar, complementar* esta estrategia de rehabilitación comunitaria para la convivencia y no repetición y el PNRCNR con el Plan Nacional de Educación en Derechos Humanos que el Acuerdo de paz fortalece mediante:

“La inclusión del Acuerdo Final y del Informe Final de la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición al Plan Nacional de Educación en Derechos Humanos.

La articulación con los programas de promoción de cultura política democrática y participativa del Punto 2: “Participación Política: Apertura democrática para construir la paz”, en particular para la superación de la estigmatización asociada al conflicto.

El fortalecimiento de las medidas de educación no formal a través de la puesta en marcha de campañas públicas de reconocimiento de los derechos humanos y prevención de su violación” (Gobierno Nacional & FARC-EP, 2016, p. 190)

Así mismo, se recomienda al MSPS, armonizar el PNRCNR y esta estrategia específica, con el Programa de Reconciliación, Convivencia y Prevención de la Estigmatización; esta articulación permitirá aunar esfuerzos frente a objetivos comunes, y realizar acciones coordinadas y articuladas en los territorios con el fin de promover la rehabilitación psicosocial comunitaria, la convivencia, la no repetición y la no estigmatización.

Finalmente, en materia de rehabilitación psicosocial comunitaria para la convivencia y la no repetición, se recomienda *fortalecer* las capacidades locales para brindar acompañamiento psicosocial. Por lo que se recomienda al MSPS, la UARIV, el ICBF y Prosperidad Social, *formular y desarrollar* un modelo que permita contar con una primera línea de respuesta frente a las necesidades psicosociales y en salud mental de las comunidades rurales y rurales dispersas, en el que se fortalezca y/o instale capacidad en el territorio a través de la formación a miembros de la comunidad que históricamente han tenido roles de cuidado y apoyo, y del trabajo en dupla con profesionales especializados en el campo psicosocial. Se recomienda que el modelo contemple por lo menos:

1. Estar articulado y alineado al Modelo Especial de Salud Pública contemplado en el Plan Nacional de Salud Rural⁸⁵. El Modelo toma en consideración las características de población y territorios ubicados en la ruralidad, reconociendo que se requiere de ajustes al SGSSS con el fin de responder a las particularidades y necesidades de la población que reside en la zona rural. Desde este Modelo los correctivos al SGSSS tienen que ver con: i) mayor énfasis en la atención extramural y en el uso de tecnologías que contribuyen a superar barreras de acceso (ejemplo la telemedicina);

⁸⁵ Este Modelo toma en consideración el hecho de que variables propias del ámbito rural tales como la dispersión de la población, las condiciones geográficas y la poca infraestructura vial dificultan el acceso efectivo a la oferta de servicios de salud; así como, la inexistencia de competencia a nivel del aseguramiento, las limitaciones en la oferta de recurso humano especializado, las condiciones culturales complejas y la baja capacidad técnica y administrativa de los territorios. (MSPS, 2018)

- ii) fortalecimiento de la red de prestación de servicios en los territorios mediante la inversión en infraestructura y la complementariedad con redes externas; iii) articular en torno a la atención primaria en salud las acciones de salud pública, promoción de la salud y atención de la enfermedad; iv) ajustar la operación del aseguramiento, con la posibilidad de tener un único asegurador para el territorio y un mecanismo financiero que garantice el manejo integral y el flujo de recursos; y v) fortalecer la participación comunitaria, atendiendo a su condición étnica y cultural. (MSPS, 2018)
2. Incorporar perfiles específicos para el involucramiento de agentes comunitarios/promotores psicosociales en los territorios, garantizando que cuenten con habilidades y reconocimiento de la comunidad para el cuidado, el apoyo, la escucha, el trabajo comunitario, entre otras. Es importante considerar la experiencia que el ICBF, Prosperidad Social y la UARIV tienen en el trabajo con agentes comunitarios y tejedores/as.
 3. Realizar procesos de rehabilitación psicosocial comunitaria en dupla entre los agentes comunitarios formados y profesionales especializados en atención psicosocial y en salud mental.
 4. Formar exhaustiva a los agentes comunitarios involucrados en: herramientas para el acompañamiento psicosocial individual y comunitario, herramientas para la atención primaria en salud mental, habilidades personales para el acompañamiento, identificación de las afectaciones psicosociales y en salud mental en el contexto del conflicto armado, y rutas institucionales y cuidado emocional.
 5. Desarrollar una ruta y criterios claros y suficientes para que profesionales y agentes comunitarios involucrados en la primera línea de atención psicosocial y en salud mental puedan remitir a servicios con un mayor nivel de especialización y pertinencia para atender la necesidad en rehabilitación a PAPSIVI.
 6. Desarrollar procesos de tipo individual, familiar, grupal y comunitario que permitan mitigar el daño generado por el conflicto armado.

Esta recomendación está en línea con experiencias desarrolladas a nivel nacional e internacional⁸⁶ basadas en un enfoque de salud mental comunitaria. Estas acciones han buscado fortalecer las capacidades locales para dar una respuesta primaria en salud mental y acompañamiento psicosocial sostenible en el tiempo, basadas en el apoyo mutuo.

⁸⁶ Se considera que algunas experiencias relevantes para la construcción de un modelo son: “Terapeutas populares y multiplicadores en acciones psicosociales”, de la Corporación AVRE (Corporación AVRE, 2002); “Promotoras de vida y salud mental -PROVISAME-” (Conciudadana, CINEP & Amor, 2007), en Antioquia; Trabajadores Comunitarios Psicosociales Alianza con Organizaciones para lo Emocional (ACOPLE), implementado por Heartland Alliance International (HAI) en Antioquia (Aranguren & Rubio, 2018); Tejedoras y tejedores de la estrategia “Entrelazando” (UARIV, 2012); promotores psicosociales del PAPSIVI y “Promotores de salud mental comunitaria”, de ECAP – Guatemala (ECAP, 2006).

Asimismo, estas experiencias y/o procesos tienen el potencial de incluir el enfoque territorial y diferencial, según la comunidad y/o grupo que la implemente.

En el marco de la necesidad y oportunidad que ofrece el Acuerdo de Paz para ampliar la cobertura de la medida de rehabilitación en las zonas rurales y rurales dispersas, se recomienda al MSPS, la UARIV y el ICBF *fortalecer* la articulación con la CEV, para que en este momento de formulación y diseño de la atención rural y rural dispersa, incorpore la lectura del daño y las recomendaciones que la Comisión va perfilando en materia de rehabilitación, de tal manera que cuando la CEV presente su informe final, las indicaciones en torno al componente psicosocial, de rehabilitación, convivencia y no repetición ya hayan tenido un espacio de alistamiento para su implementación.

En conclusión, se recomienda que el Gobierno Nacional haga mayor énfasis en el carácter comunitario de la rehabilitación, a través del cual puede complementar y articular la política de salud mental con la política de víctimas, cuidando siempre que las acciones generales de salud mental no reemplacen las acciones especializadas y específicas que requieren las víctimas en materia de rehabilitación psicosocial.

Por último, en relación con la rehabilitación a las **víctimas que se encuentran en el exterior**, y frente a las limitantes expuestas previamente, se recomienda que a través de la Cancillería se instalen los recursos humanos, financieros y técnicos para disponer una oferta en rehabilitación psicosocial a víctimas que residen en el exterior. La construcción de esta oferta debería desarrollarse con apoyo y en articulación técnica con la UARIV y el MSPS, de tal manera que se logre el diseño e implementación de estrategias específicas para atender las necesidades en rehabilitación psicosocial de las víctimas en el exterior.

Se recomienda a la UARIV *realizar* un mapeo de organizaciones especializadas en rehabilitación y atención psicosocial y analizar la posibilidad de desarrollar convenios o gestiones frente a la cooperación internacional para que en un proceso de articulación técnica, dichas organizaciones puedan brindar servicios y desarrollar procesos que contribuyan a la rehabilitación psicosocial de las víctimas en el exterior.

Así mismo, se recomienda a la UARIV, *desarrollar* estrategias de rehabilitación psicosocial virtuales que permitan el desarrollo de procesos de atención psicosocial a nivel individual, familiar y/o grupal haciendo uso de medios tecnológicos, lo cual contribuiría a disminuir las limitantes financieras y operativas que se han planteado.

La siguiente tabla presenta las brechas y recomendaciones en materia de cobertura de la medida de rehabilitación.

Tabla 7. Brechas y recomendaciones en relación con la cobertura de la medida de rehabilitación dentro de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance

Brechas	Tipo/Subtipo	Recomendaciones	Responsable	Articulado
Brecha Operativa 1: Baja cobertura respecto a las metas CONPES	Articulación Institucional / Territorialización e implementación de la política de víctimas	Recomendación 1.1: Formular un nuevo CONPES en el marco de la ampliación de la vigencia de la ley, en el que se establezcan metas que amplíen la cobertura y nuevas y más amplias fuentes de financiación	DNP, UARIV, MSP, ICBF	
		Recomendación 1.2: realizar una planeación de las metas de cobertura de la medida de rehabilitación en los PND de manera coherente, para que gradual y progresivamente se logre la meta del CONPES 3726 de 2012, y de la nueva planeación de los próximos 10 o 15 años	DNP, UARIV, MSPS, ICBF	
		Recomendación 1.3: Realizar un Diagnóstico rápido y participativo, que permita identificar las necesidades en rehabilitación; de tal forma que se logren una planificación adecuada del alcance, la cobertura, el presupuesto y los tiempos necesarios para garantizar de manera efectiva el derecho a la población víctima, y medir el impacto de	DNP, UARIV, MSPS, ICBF, PS	

		rehabilitación en el marco de la reparación integral.		
		Recomendación 1.4: Brindar procesos de Atención psicosocial permanente y continua en los CRAV, y ampliar la modalidad de atención a familiar, y grupal.		
Brecha Jurídica 2: Baja cobertura Poblacional (NNA)	Articulación Institucional/Territorialización e implementación de la política de víctimas	Recomendación 2.1 Ampliar la competencia en rehabilitación psicosocial al ICBF, para que en el marco de sus programas puedan realizar procesos de rehabilitación psicosocial a NNAJ	GOBIE RNO NACIONAL CONGR ESO MSPS, UARIV ICBF	Adiciona Parágrafo al artículo 137 de la ley 1448: El Gobierno Nacional, a través de Prosperidad Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Unidad Administrativa Especial de Atención y Reparación a Víctimas y el Ministerio de Salud y Protección Social, complementará las acciones del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, a fin de avanzar en la rehabilitación psicosocial y recuperación emocional con enfoque psicosocial de los NNAJ víctimas, las víctimas, organizaciones y comunidades que han sufrido daño a causa del conflicto armado.

		<p>Recomendación 2.2: Realizar lineamientos y transferencia metodológica con el fin de que ICBF desarrolle nuevas estrategias de rehabilitación a NNA y/o implemente los desarrollos contenidos en el PAPSIVI y la EREG</p>	MSPS, UARI ICBF	
<p>Brecha Operativa 3: Baja cobertura Poblacional Mujeres y OSIGD</p>	<p>Articulación Institucional/Territorialización e implementación de la política de víctimas</p>	<p>Recomendación 3.1: Establecer metas y recursos específicos destinadas a la rehabilitación física, psicosocial y mental de esta población, así como mejorar la calidad de los procesos de rehabilitación a las mujeres víctimas de violencia sexual y población OSIGD con enfoque transformador y de género.</p>	MSPS, UARIV	
<p>Brecha Operativa 4: Baja cobertura territorial en zonas rurales y rurales dispersas</p>	<p>SNARIV - SIVJRNR - ACUERD O DE PAZ / Enfoque transformador en el contexto del acuerdo de paz</p>	<p>Recomendación 4.1 Ampliar los criterios de focalización de la oferta de las medidas de rehabilitación y establecer como criterio las zonas rurales y rurales dispersas.</p>	MSPS, UARIV, ICBF	
		<p>Recomendación 4.2 Diseñar e implementar estrategias móviles que permitan llegar a zonas rurales dispersas tal como se establece en el PMI.</p>	MSPS, UARIV,	
		<p>Recomendación 4.3 Desarrollar procesos psicosociales que</p>	MSPS, UARIV,	

		fortalezcan las capacidades locales de acompañamiento psicosocial y apoyo mutuo en estos territorios		
Brecha Operativa 5: necesidad de desarrollar procesos de rehabilitación psicosocial de carácter comunitario, no a las víctimas del conflicto armado sino al conjunto de la población de los territorios más afectados por el conflicto armado, orientados a la convivencia y no repetición.	SNARIV - SIVJRNR - ACUERD O DE PAZ / Enfoque transformador en el contexto del acuerdo de paz	Recomendación 5.1 Establecer las metas, la cobertura, los territorios, los responsables (del sector salud), los mecanismos de articulación intersectorial, y la financiación para implementar de la estrategia para la rehabilitación psicosocial comunitaria para la convivencia y no repetición	MSPS	
		Recomendación 5.2. Articular el PNRCNR con el Plan nacional de educación en derechos humanos y con el programa de reconciliación, convivencia y prevención de la estigmatización, con el fin de aunar esfuerzos e intervenciones territoriales articuladas, específicamente frente a los componentes de pedagogía social, imaginarios colectivos, y pactos de convivencia.	MSPS, UARIV, Ministerio de Educación, la Defensoría del Pueblo y la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, y los consejos nacional	

			es y territoriales de paz, reconciliación y convivencia.	
Brecha Operativa 6: No hay cobertura para las víctimas en el exterior	Articulación Institucional/Territorialización e implementación de la política de víctimas	Recomendación 6.1: Implementar estrategias de atención psicosocial a nivel individual, familiar y grupal de manera virtual para las víctimas que residen en el exterior y que pueden tener conectividad y acceso a internet.	UARIV	
		Recomendación 6.2: contratar profesionales psicosocial a través de la Cancillería que bajo el lineamiento técnico de MSPS y la UARIV implementen los procesos de rehabilitación psicosocial a víctimas que residen en el exterior.	Cancillería, MSPS, UARIV	

Difusión de la medida de rehabilitación

Es necesario trabajar en torno al conocimiento y construcción de sentido de la medida de rehabilitación, difundir cómo acceder, pero sobre todo para qué sirve. Poner de presente que no se trata de una medida para personas “traumatizadas o enfermas” sino que son acciones que favorecen el fortalecimiento de los recursos propios de las personas, la escucha, el manejo de las afectaciones del conflicto, que son normales, por las situaciones tan adversas que se han vivido.

Frente a la difusión se hace necesario *divulgar* la ruta e información de acceso definida por el MSPS y la UARIV, pero además, que todas las entidades del SNARIV y del SIVJNR coadyuven en esta difusión, dando a conocer a las víctimas cómo acceder; pero

sobre todo, fortalecer la construcción de sentido de la medida; reconocer las afectaciones, la necesidad, la pertinencia, la oportunidad que puede representar tener un proceso de fortalecimiento personal, familiar, comunitario y social. Es preciso que la difusión permita dar cuenta de que se trata de una oferta que atiende el sufrimiento, que reconoce que la vida antes y después de los hechos victimizantes no es la misma, más allá de las situaciones de enfermedad física o mental; y sobre todo, que sirve para sentar las bases para la convivencia, la no repetición y la construcción de paz.

Es indispensable construir puentes y fortalecer los ya existentes,⁸⁷ para que las entidades del SNARIV identifiquen a las personas que en sus programas requieren medidas de rehabilitación, para que, de esta manera, puedan: *informar, sensibilizar y remitir* a la oferta de rehabilitación, que debe estar disponible para atenderlas.

Se sugiere que tanto la UARIV como las Entidades territoriales puedan *generar alianzas* con los medios de comunicación públicos y privados, que permitan la difusión y sensibilización de toda la sociedad. Se recomienda *realizar* un mapeo de actores en tres niveles: 1. a nivel local a través de medios de comunicación locales, emisoras u otras alternativas comunitarias, 2. a nivel municipal y departamental, y 3 a nivel nacional.

En este mismo sentido, la UARIV, el MSPS, el CNMH, la CEV, la ANR, podrían *generar* una estrategia nacional de comunicación para el cambio social⁸⁸, en la que se trabaje en torno a los imaginarios sociales y colectivos que han legitimado y validado las diferentes formas de violencia en el marco del conflicto armado, pero que adicionalmente permita *crear* un marco social de escucha que acerque a la sociedad colombiana a conocer la verdad, la memoria y por el otro lado, honrar, dignificar y reconocer a las víctimas del conflicto armado. Dicha estrategia podría adaptarse a nivel departamental y/o municipal de acuerdo a las particularidades locales y culturales del territorio.

Adicionalmente, en este momento donde la emergencia sanitaria por la COVID-19, ha volcado toda la oferta de servicios a través de medios telefónicos o virtuales, se reconoce la oportunidad para que mediante una articulación con el Ministerio de Tecnologías de la Información, se logre *diseñar y desarrollar* de aplicaciones o herramientas favorables para el acercamiento de las víctimas a la institucionalidad del Estado, con información, y sobre todo, con una comunicación fluida respecto a sus procesos y necesidades de atención, lo que a nivel de rehabilitación, podría ser una oportunidad para generar confianza con las víctimas.

En este mismo escenario, de manera conjunta MSPS y UARIV, con el apoyo del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, podrían generar

⁸⁷ Fuentes de información, sistemas interoperables, y canales de remisión adecuados y efectivos.

⁸⁸ Lo anterior podría darse en el marco del PNRCNR y de manera articulada con la el Plan Nacional de Educación en Derechos Humanos y la Política de Paz, Reconciliación, Convivencia y no Estigmatización.

estrategias masivas de difusión y comunicación permanente. Se sugiere por ejemplo el *desarrollar* de una aplicación (APP) para telefonía móvil, a través de la cual las víctimas puedan acceder a orientación e información sobre su proceso de atención y reparación integral, actualizar sus datos, tener información sobre las rutas para acceder a la oferta estatal e informar sobre la necesidad de acceder a la medida de rehabilitación y obtener orientación al respecto.

En detalle, la apropiación y uso de las estrategias masivas de difusión y comunicación permanente representa una oportunidad para atender a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (2006), la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad de la OEA (1999) y sus desarrollos, en cuanto al acceso a nuevos sistemas y tecnologías de información para las personas en situación de discapacidad. Esto, atendiendo a las dificultades en la comunicación y orientación de la oferta existente para este grupo del enfoque diferencial.

Por otra parte, se ve como una oportunidad vincular al Ministerio de Cultura al proceso de construcción de sentido, difusión y pedagogía de la reparación integral, porque a través del arte se logra construir nociones, significados, narrativas favorables a los procesos de atención y reparación integral.

El Ministerio de Cultura podría a través de sus programas⁸⁹ *incentivar* acciones artísticas y culturales que promuevan la cultura de los derechos humanos y el reconocimiento de los derechos de las víctimas, así como estrategias que permitan sensibilizar a la sociedad frente a la vivencia del conflicto armado. En particular frente al componente de rehabilitación, sería necesario que este Ministerio logrará promover acciones encaminadas a la comprensión del otro, validación de la diferencia, reconocimiento de la experiencia particular del sufrimiento y del agenciamiento, cuestionar imaginarios colectivos que legitiman y validan la violencia entre otras acciones encaminadas a la difusión y a fortalecer el carácter sociocultural de la rehabilitación.

Al respecto, se recomienda, por un lado, propender por el reconocimiento y visibilización de los impactos diferenciales del conflicto armado en los sujetos de especial protección constitucional, así como velar por la creación e implementación de acciones que eviten la estigmatización, la reproducción y validación de estereotipos y prejuicios por motivos de género, edad, pertenencia étnica, situación de discapacidad, entre otras. En la medida de lo posible, sería pertinente realizar los ajustes mínimos para atender las necesidades y capacidades de las víctimas en situación de discapacidad.

⁸⁹ El Ministerio de Cultura este año abrió 91 convocatorias de estímulos dentro de los que se encuentran becas y reconocimientos. Existen algunas a las que podrían acceder grupos de víctimas del conflicto armado para fortalecer procesos en sus territorios, priorizar temas que sea de su interés visibilizar, posicionar o difundir.

En este mismo sentido, se requiere que la UARIV y el MSPS *diseñe y genere* estrategias de comunicación y difusión sensibles a las particularidades y/o diversidad de sexo, identidad de género, orientación sexuales diversas, pertenencia étnica, de ciclo vital, entre otras y adaptables a diferentes contextos⁹⁰, de tal manera que las víctimas reconozcan en la atención psicosocial una oportunidad de potenciar sus capacidades y recursos de afrontamiento para mitigar el daño y el sufrimiento vivido, y de esta manera, seguir adelante con su vida y con el ejercicio pleno de su ciudadanía.

La siguiente tabla presenta de manera puntual las brechas y recomendaciones en materia de difusión de la medida de rehabilitación.

Tabla 8. Brechas y recomendaciones en relación con la difusión de la medida de rehabilitación dentro de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance.

Brecha	Tipo/Sub tipo	Recomendaciones	Responsable	Articulado
Brecha Operativa 1: baja difusión y desconocimiento de la medida de Rehabilitación y de las rutas de acceso	Articulación Institucional/Territorialización e implementación de la política de víctimas	Recomendación 1.1: Generar estrategias de difusión de las rutas para la atención psicosocial, en las que se explique claramente cómo acceder y el sentido de la medida de Rehabilitación	UARIV, MSPS,	Brechas
		Recomendación 1.2 Generar estrategias de comunicación y difusión con enfoque diferencial y de género, poniendo especial atención en la población con discapacidades sensoriales, grupos étnicos, NNAJ, y adultos mayores	UARIV, MSPS,	
Brecha Operativa 2: escasa orientación para acceder a la	Articulación Institucional/Territorialización	Recomendación 2.1 Informar, sensibilizar y remitir (cuando sea el caso) a las víctimas a la medida de rehabilitación	SNARIV, SIVJNR (UARIV, MSPS)	

⁹⁰ Desde el 2008, OACNUDH ha venido haciendo énfasis y recomendaciones en este sentido.

medida cuando se identifica la necesidad de atención.	n e implementación de la política de víctimas	para atención psicosocial, médica y/o psicológica		
		Recomendación 2.2 Construir y/o fortalecer canales de remisión y seguimiento para que las víctimas puedan acceder a la medida de rehabilitación	SNARIV, SIVJRNR (UARIV, MSPS)	
		Recomendación 2.3 Construcción de una APP que permita la comunicación e información permanente y constante entre las víctimas y el Estado sobre sus proceso de asistencia, atención y reparación integral.	MIN TI, UARIV	
Brecha Operativa 3: falta de reconocimiento de las necesidades psicosociales ni del cuidado de la salud mental	SNARIV - SIVJRNR - ACUERD O DE PAZ / Enfoque transform ador en el contexto del acuerdo de paz	Recomendación 3.1: Generar estrategias de comunicación y sensibilización que favorezcan el reconocimiento de las necesidades de atención psicosocial pero que además posicione la medida de rehabilitación como una oferta para atender el sufrimiento y no está centrada en la enfermedad.	UARIV, MSPS,	
		Recomendación 3.2: Articular las estrategias de comunicación para el cambio social y el PNRCNR con el componente de no estigmatización de la salud mental y con la política de paz, reconciliación,	UARIV, MSPS, CEV, MIN EDUCACIÓN, CONSEJERÍA PRESIDENC IAL PARA LOS	

		convivencia y no estigmatización, y el Plan nacional de Educación en Derechos Humanos	DERECHOS HUMANOS, MIN INTERIOR, CONSEJOS DE PAZ, RECONCILIACIÓN Y CONVIVENCIA.
Brecha Operativa 4: Estigmatización de los procesos de salud mental y atención psicosocial.	SNARIV - SIVJNR - ACUERDO DE PAZ / Enfoque transformador en el contexto del acuerdo de paz	Recomendación 4.1 Generar estrategias desde el arte, la cultura y la comunicación para el cambio social que favorezcan la desestigmatización de la salud mental y la atención psicosocial	UARIV, MSPS, MIN CULTURA, MIN EDUCACIÓN, CONSEJERÍA PRESIDENCIAL PARA LOS DERECHOS HUMANOS, MIN INTERIOR, CONSEJOS DE PAZ, RECONCILIACIÓN Y CONVIVENCIA.

Reparación Integral: Complementariedad de la medida de rehabilitación con las demás medidas de reparación y construcción del sentido de reparación integral para las víctimas.

Otra de las debilidades en la implementación de la Ley, como se ha visto en este documento, está en la articulación de las medidas de rehabilitación con otras medidas de reparación, así como la necesidad de fortalecer la coherencia interna de la rehabilitación para procurar la complementariedad y armonización. Ya que, como se ha explicado, la implementación de medidas de reparación de manera desarticulada, a destiempo y sin atender la satisfacción de las necesidades y la garantía de los derechos fundamentales de las víctimas, quebranta la posibilidad de avanzar hacia una reparación integral con carácter transformador, y finalmente no permite que se logre un cambio de las condiciones de vida y en el goce efectivo de sus derechos.

De otro lado, la desarticulación genera vacíos y carencia en el sentido que las víctimas le dan a las medidas, nos les permiten sentirse reparadas y por el contrario, se construyen expectativas y significados nocivos frente a la reparación integral. Por su parte, el enfoque psicosocial se ofrece como eje articulador y de construcción de sentido de la reparación integral a las víctimas del conflicto armado. Lo anterior implica al MSPS como a la UARIV *fortalecer* el proceso de transversalización del enfoque psicosocial⁹¹ en el SNARIV y en el sector salud, para que cada oportunidad y cada relacionamiento con la población víctima del conflicto armado se convierta en una forma particular de mitigar el sufrimiento.

En este sentido, se recomienda que el Grupo de Enfoque psicosocial de la UARIV sea desligado de la dirección de reparación y se *traslade* a la Dirección General, lo cual debe traducirse en que se logre una mayor transversalización del enfoque psicosocial en toda la política de atención y reparación integral a las víctimas, más allá de las medidas de rehabilitación y reparación propiamente dichas.

Pero, además, se recomienda que estas entidades (UARIV y MSPS) no se queden solas en esta tarea, sino que cada entidad del SNARIV⁹² a nivel nacional y territorial *asigne* un enlace, o área encargada de la transversalización del enfoque psicosocial, para que de manera articulada y bajo el lineamiento de la UARIV, se encargue de realizar los lineamientos, procedimientos, formación y demás acciones dentro de cada componente de la política (prevención, protección, atención, asistencia, reparación integral, no repetición, verdad y justicia) y al interior de cada entidad.

Así mismo a nivel territorial, la secretarías distritales y departamentales de salud, deben *realizar* procesos de difusión del enfoque y sobre todo, *formación* del protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial, en todas las instituciones del sector salud de los municipios y departamentos.

Buscar que los entes territoriales a través de los Comités Territoriales de Justicia Transicional, en el marco de sus funciones de articulación de la oferta, *vinculen* la atención psicosocial a las demás medidas de reparación que se desarrollen en el territorio y si esto no es posible, buscar siempre realizar, en el desarrollo de las acciones de atención y

⁹¹ “Es el proceso mediante el cual el Enfoque Psicosocial se incorpora como parte integral en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas, programas y estrategias en todas las entidades del SNARIV, entendiéndolo como una lectura transversal del enfoque psicosocial en la reparación integral. “Un componente existente en todas y cada una de las dimensiones de la reparación integral (...)”. La transversalización busca la realización de la atención teniendo en cuenta el enfoque psicosocial velando por la reconstrucción de la confianza entre las víctimas y el Estado. (Rondón Daza, 2013, p. 5), (Torres Flores, 2014, p.9) UARIV. Guía elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en el sistema de atención y reparación integral a las víctimas. 2016, p. 17.” UARIV (2019)

⁹² El SIVJRNR ya avanzó en disponer equipos encargados de incorporar el enfoque psicosocial en sus procesos, por ejemplo. La CEV cuenta con un grupo de enfoque psicosocial, la UBPD lo hace a través de la Dirección de Participación y la JEP tiene un grupo encargado del tema en la Dirección de Atención a Víctimas.

asistencia a las víctimas, acciones focales que permitan escuchar y contener el sufrimiento emergente.

Para *ampliar* la transversalización del enfoque psicosocial, se recomienda definir en el marco del CTJT procesos de formación en herramientas del enfoque y atención psicosocial para todos los funcionarios y contratistas de las entidades del SNARIV y del SIVJNR en el nivel territorial y departamental, de manera que puedan realizar acciones focales en cada momento de la ruta de prevención, protección, asistencia, reparación integral, y no repetición, así como en la participación en los procesos de búsqueda de personas dadas por desaparecidas, en los procesos de verdad y de justicia.

En este sentido se considera importante *potenciar* la pedagogía social que establece la Ley 1448⁹³ y el Decreto 1084 de 2015⁹⁴ para transversalizar el enfoque psicosocial y de derechos con las víctimas. Lo anterior le permitiría a la UARIV, con el apoyo de ICBF, Ministerio de Educación y Cultura favorecer la construcción de sentido de las medidas de reparación integral. Se recomienda vincular a esta estrategia de pedagogía social a las mesas de participación municipales, departamentales y nacionales, para que en conjunto logren transmitir un mensaje unificado, estructurado y reparador a las víctimas del conflicto armado.

En la actualidad esta pedagogía social podría *articularse* al Plan Nacional de Educación en Derechos Humanos y a la Política de Paz, Reconciliación, Convivencia y no Estigmatización.

Lo anterior puede hacerse de manera virtual y/o presencial con otros aliados del sector privado que se unan en lo que se ha llamado comunicación transformadora, o comunicación para el cambio social, buscando construir sentido a las medidas de reparación, reconocer los derechos, validar el daño, reconocer el sufrimiento y también los afrontamientos y las resistencias.

En conclusión, cuando se realizan procesos de transversalización del enfoque psicosocial se hace un aporte a la integralidad y a la complementariedad porque se

⁹³ Capítulo X. Garantías de no repetición, Artículo 149: literal e). La creación de una pedagogía social que promueva los valores constitucionales que fundan la reconciliación, en relación con los hechos acaecidos en la verdad histórica.

⁹⁴ Artículo 2.2.7.7.20. De la pedagogía para la reconciliación y construcción de paz. La Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a Víctimas, (...), en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, diseñará e implementará una pedagogía social para la reconciliación que sea replicada en el territorio nacional. Dicha pedagogía deberá tener en cuenta los criterios específicos de la población y del territorio al igual que un enfoque diferencial determinado. Se implementará en los diferentes escenarios comunitarios con el apoyo de gobernaciones y alcaldías, así como en los centros comunitarios de rehabilitación y en los centros de encuentro y reconstrucción del tejido social, escuelas públicas y otros escenarios de relación entre las víctimas y el Estado.

favorecen elementos para que las víctimas empiecen a comprender y a dimensionar el por qué y el para qué de cada medida de reparación.

La siguiente tabla presenta las brechas y recomendaciones en materia de reparación integral: complementariedad de la medida de rehabilitación con las demás medidas de reparación y la construcción del sentido de reparación integral para las víctimas.

Tabla 9. Brechas y recomendaciones en relación con la complementariedad de la medida de rehabilitación con las demás medidas de reparación y la construcción del sentido de reparación integral para las víctimas en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance.

Brechas	Tipo/Subtipo	Recomendaciones	Responsable	Articulado
Brecha Operativa 1: Desarticulación de la implementación de las medidas de reparación integral (la rehabilitación como rueda suelta)	Articulación Institucional/ Modelos de articulación, coordinación y gestión de la oferta	Recomendación 1.1: Articular la medida de rehabilitación psicosocial a las demás medidas de reparación que se desarrollen en territorio logrando armonizar la oferta para garantizar la integralidad de la reparación	CTJT, UARIV, MSPS, SEC SALUD	
Brecha Operativa 2: Baja complementariedad entre las medidas de rehabilitación individual y colectiva (PAPSIVI, EREG, ENTRELAZANDO)	Articulación Institucional/ Modelos de articulación, coordinación y gestión de la oferta	Recomendación 2.1 Fortalecer la articulación entre los diferentes programas y estrategias que hacen parte de la rehabilitación integral con el fin de que sean una oferta articulada y complementaria a nivel territorial	SNARIV, SIVJRNR (UARIV, MSPS)	
Brecha Operativa 3: falta fortalecer la construcción del sentido y significado de la	SNARIV - SIVJRNR - ACUERDO DE PAZ / Enfoque transformador en el	Recomendación 3.1: Fortalecer la estrategia de pedagogía social de la ley 1448, vinculando el enfoque psicosocial, y fortaleciendo el carácter transformador de la	UARIV, MSPS, MIN EDUCACIÓN, CONS EJERÍA PRESIDENCIAL	

rehabilitación y la reparación integral con las víctimas.	contexto del acuerdo de paz	pedagogía de manera que se construyan nuevos significados frente a las víctimas y la reparación integral	PARA LOS DERECHOS HUMANOS, MINISTERIO INTERIOR, CONSEJOS DE PAZ, RECONCILIACIÓN Y CONVIVENCIA
Brecha Operativa 4: persiste la necesidad de transversalizar enfoque psicosocial en SNARIV y SIVJNR el desarrollo de acciones focales que atiendan el sufrimiento emergente en los procesos de verdad, justicia, reparación, y no repetición	Articulación Institucional / Territorialización e implementación de la política de víctimas	Recomendación 4.1 Fortalecer y mantener el proceso de transversalización del enfoque psicosocial	UARIV, MSPS
		Recomendación 4.2 Trasladar el Grupo de enfoque psicosocial a la dirección general de la UARIV	UARIV
		Recomendación 4.3 Establecer un enlace o área psicosocial en todas las entidades del SNARIV de manera que transversalicen el enfoque psicosocial al interior de los planes, programas y proyectos de sus entidades. y generen acciones focales para	SNARIV

		acompañar el sufrimiento emergente de las víctimas en el marco de su participación en los procesos de verdad, justicia, reparación integral, no repetición.		
		Recomendación 4.4 Realizar procesos de formación en herramientas del enfoque psicosocial y atención psicosocial a los funcionarios del SNARIV y del SIVJRN a nivel municipal y departamental de manera que puedan desarrollar acciones focales para mitigar el sufrimiento emergente.	UARIV	
Brecha Operativa 5: Débil incorporación del protocolo de la atención integral en salud con enfoque psicosocial	Articulación Institucional/ Territorialización e implementación de la política de víctimas	Recomendación 4.5 Capacitar en el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a todo el sector salud de los municipios y departamentos (EAPB; IPS, entre otros)	MSPS, Direcciones territoriales de la UARIV y Secretarías municipales, distritales y departamentales de Salud	
		Recomendación 5.5: Expedir una resolución en la que se establezcan responsabilidades específicas y obligatorias del SGSSS, para la aplicación del protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial.	MSPS	
		Recomendación 5.6: Realizar la inspección, vigilancia, y control de la implementación del protocolo de atención integral en salud con	Superintendencia Nacional de salud	

<p>Brecha Operativa 6: Falta de articulación interna entre los procesos de la atención psicosocial y la atención física y mental en la medida de rehabilitación</p>	<p>Articulación Institucional/ Modelos de articulación, coordinación y gestión de la oferta</p>	<p>enfoque psicosocial a cargo de las EAPB e IPS. Recomendación 6: Fortalecer el seguimiento que los equipos psicosociales pueden hacer a las derivaciones de las personas víctimas a la atención en salud física y/o mental, y establecer mecanismos idóneos de interconsulta para el abordaje integral de los daños e impactos a la salud de las víctimas del conflicto armado.</p>	<p>UARIV, MSPS, Secretarías de salud</p>	
--	---	--	--	--

La rehabilitación integral: Un compromiso y un deber del Estado en su conjunto

Respecto a la integridad de la rehabilitación, la Corte Constitucional ha señalado que: “el marco normativo vigente tiene por objetivo que la rehabilitación como una medida reparadora, sea de carácter integral por cuanto esta debe abarcar un conjunto de acciones multidimensionales que no se agotan en los aspectos médicos y psicológicos, ni se reduce a una rehabilitación funcional, pues comprende servicios jurídicos y sociales que se encaminan a restablecer el ejercicio de derechos y libertades fundamentales, y a lograr en la mayor medida posible que las víctimas puedan desenvolverse en el entorno familiar, laboral, social y cultural” (Corte Constitucional, 2019).

Esta integralidad de la medida de rehabilitación supera las competencias del Ministerio de Salud, ente rector del sector salud, quien se ha encargado de diseñar e implementar el programa PAPSIVI que responde a los componentes psicológicos y médicos de esta medida.

Sin embargo, cabe la pregunta ¿qué otros actores y sectores son complementarios en materia de rehabilitación sobre todo respecto al carácter social y jurídico de las medidas de rehabilitación? Siguiendo las orientaciones del Auto 331 de 2019 de la Corte Constitucional, también vale la pena preguntarse ¿qué otras entidades pueden ofrecer servicios jurídicos y sociales que se encaminen a restablecer el ejercicio de derechos y libertades fundamentales, y a lograr en la mayor medida posible, que las víctimas puedan desenvolverse en el entorno familiar, laboral, social y cultural?

En este sentido, ya se ha mencionado la importancia del ICBF, sin embargo, pensando en la integralidad, sería importante considerar otras entidades que pueden complementar y fortalecer acciones que contribuyan a la rehabilitación de las víctimas más

allá de la rehabilitación médica, psicológica y psicosocial, que actualmente están a cargo del MSPS y la UARIV.

El PND 2014 - 2018 incluyó al DPS como actor complementario en la medida de rehabilitación a las víctimas, buscando que esta entidad desarrollara estrategias para mitigar el sufrimiento y coadyuvar, a que a través de esta medida y de los programas de dicha entidad, la población víctima del conflicto armado pudiera superar las condiciones de pobreza y vulnerabilidad en las que se encuentra.

Se recomienda entonces a esta entidad tomar la oportunidad para armonizar sus acciones con el MSPS, la UARIV y el ICBF, y adoptar lineamientos que permitan articular e incorporar las medidas de rehabilitación a través de los programas que desarrolla el DPS con las víctimas del conflicto armado. Por ejemplo, que en los programas como Familias en su Tierra (FEST) se incorpore la medida de rehabilitación a través de una acción coordinada para que la oferta del PAPSIVI o la ERE-G llegue simultáneamente, o a través del desarrollo de nuevas estrategias de rehabilitación psicosocial a nivel familiar y comunitario que respondan al daño que generó el desplazamiento forzado, pero que sobre todo impulsen y fortalezcan las capacidades y recursos de las familias en el marco de los retornos y las reubicaciones. Lo anterior adicionalmente contribuiría a mitigar las limitaciones de cobertura de la rehabilitación en las zonas rurales y a llegar como Estado a un territorio de manera armónica y articulada.

Así mismo, se recomienda al MSPS y a la UARIV, desarrollar lineamientos, protocolos y procesos de formación para que Prosperidad Social a través de la estrategia para la superación de la pobreza extrema, Unidos, pueda realizar una identificación temprana de necesidades de rehabilitación en las víctimas del conflicto armado, así como favorecer el acceso a la medida de rehabilitación.

Además de lo anterior se recomienda a las entidades del SNARIV la creación de convenios y/o acuerdos interadministrativos⁹⁵ o interinstitucionales para que cada entidad pueda articular a sus programas la implementación de la medida de rehabilitación, es importante sobre todo programas que estén orientados a la implementación de los PATR, en los programas e iniciativas de prevención, protección, convivencia y reconciliación en los PDET.

⁹⁵ Se recomienda revisar experiencias previas como la implementación del programa Comunidades-es Arte, biblioteca y cultura, en la que se estableció una alianza entre tres entidades del Gobierno que hacen parte del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas - SNARIV, como lo son Ministerio de Cultura, la Unidad de Víctimas y la ANSPE. (en su momento)

También se recomienda revisar la experiencia en la que la UARIV, MSPS realizaron la transferencia metodológica de la Estrategia DIME a las cajas de compensación quienes de esta forma implementaron la medida de rehabilitación.

Finalmente, se recomienda a las entidades comprometidas en el CONPES 3992 del 2020, de salud mental, que las acciones establecidas puedan incorporar las directrices del enfoque psicosocial y focalizar de manera especial y significativa a la población víctima del conflicto armado. En este sentido y en armonía con el CONPES de salud mental se recomienda puntualmente:

Al Ministerio de Cultura promover el acceso de la población víctima a las “actividades culturales que inciden positivamente en la salud mental” (CONPES 3992, 2020), de tal forma que pueda dar cuenta del impacto en términos de participación y resultados de las acciones desarrolladas en el marco de las tres estrategias propuestas por este Ministerio: i) el Programa Nacional de Bibliotecas Itinerantes, dirigido a zonas rurales del país y que brinda la oportunidad de fortalecer el tejido social fragmentado por el conflicto armado; ii) los Talleres Escuela que permitirían a las comunidades victimizadas potencializar espacios para la construcción de la memoria colectiva y la reivindicación de la dignidad en torno a los oficios y saberes tradicionales; y iii) los procesos de arte y atención psicosocial dirigidos a niñas, niños, adolescentes y jóvenes para el desarrollo de competencias socioemocionales y la promoción y prevención en la salud mental, mitigando el impacto psicosocial y transgeneracional del conflicto armado entre estas poblaciones.

Al Departamento Nacional de Planeación que en cumplimiento de su aporte a la investigación en salud mental, mediante la identificación de los determinantes sociales que inciden en la salud mental de la población colombiana, por medio del desarrollo de un modelo predictor (CONPES 3992, 2020, focalice una parte de su análisis de manera específica y especializada en víctimas del conflicto armado (sin equipararse con otras violencias, como la intrafamiliar) de manera que se puedan identificar los determinantes sociales que inciden en la salud mental de las víctimas del conflicto armado, de tal manera que esto contribuya al fortalecimiento de los programas y estrategias de rehabilitación integral y al fortalecimiento y articulación entre las políticas públicas de víctimas y salud mental.

Al Ministerio de Salud y Protección Social, que más allá del primer semestre del 2020, continúe brindando asistencia técnica a entidades territoriales, a EAPBS y a IPS para la implementación del lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y del pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas; y articule la asistencia técnica necesaria para que estos Entes Territoriales implementen el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial orientado a las víctimas del conflicto armado en Colombia.

Estas tres acciones del CONPES 3992, son complementarias y contribuyen a la salud mental de los colombianos y por ende son pertinentes para las víctimas, pero no

reemplazan las medidas de rehabilitación física, psicológica, psicosocial que establece la ley 1448/2011⁹⁶.

La siguiente tabla presenta de manera puntual las brechas y recomendaciones en materia de rehabilitación integral.

Tabla 10. Brechas y recomendaciones en relación con la rehabilitación integral en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance.

Brechas	Tipo/Subtipo	Recomendaciones	Responsable	Articulado
Brecha Jurídica 1: la integralidad de la rehabilitación supera las acciones que han desarrollado el MSPS y de la UARIV que se han enfocado en la atención médica y psicosocial de las víctimas del conflicto armado.	Articulación Institucional/ Modelos de articulación, coordinación y gestión de la oferta	Recomendación 1.1: Vincular a PS como actor complementario en la medida de rehabilitación psicosocial de manera que se implementen procesos de rehabilitación psicosocial a las víctimas que están en los programas para la superación de la pobreza y vulnerabilidad.	GOBIERNO NACIONAL, CONGRESO, DNP, UARIV, MSPS, PS	Parágrafo al artículo 137 de la ley 1448: El Gobierno Nacional, a través de Prosperidad Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Unidad Administrativa Especial de Atención y Reparación a Víctimas y el Ministerio de Salud y Protección Social, complementar á las acciones del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, a fin de avanzar en la rehabilitación psicosocial y

⁹⁶ Como ya lo ha señalado la CIDH y la corte constitucional los servicios sociales del Estado no pueden reemplazar las medidas de reparación y en este caso de rehabilitación.

				recuperación emocional con enfoque psicosocial de las víctimas, organizaciones y comunidades que han sufrido daño a causa del conflicto armado.
		Recomendación 1.2: Realizar transferencia técnica y metodológica de lineamientos y estrategias para la rehabilitación a las víctimas, así como capacitar al talento humano encargado de su implementación en el marco de los programas de PS	UARIV, MSPS	
		Recomendación 1.3: Realizar una identificación temprana de necesidades de rehabilitación, con el lineamiento de MSPS y UARIV, a través de estrategias como “Unidos” y/o otros programas que desarrolla la Entidad	Prosperidad Social	
Brecha Operativa 2: Baja complementariedad entre las medidas de rehabilitación individual y colectiva (PAPSIVI, EREG, ENTRELAZANDO)	Articulación Institucional/ Modelos de articulación, coordinación y gestión de la oferta	Recomendación 2.1 Fortalecer la articulación entre los diferentes programas y estrategias que hacen parte de la rehabilitación integral con el fin de que sean una oferta articulada y complementaria a nivel territorial	SNARIV, SIVJRNR (UARIV, MSPS)	
Brecha Operativa 3: falta fortalecer la	SNARIV - SIVJRNR - ACUERD	Recomendación 3.1: Fortalecer la estrategia de pedagogía social de la ley	UARIV, MSPS,	

construcción del sentido y significado de la rehabilitación y la reparación integral con las víctimas.	O DE PAZ / Enfoque transformador en el contexto del acuerdo de paz	1448, vinculando el enfoque psicosocial, y fortaleciendo el carácter transformador de la pedagogía de manera que se construyan nuevos significados frente a las víctimas y la reparación integral		
Brecha Operativa 4: persiste la necesidad de transversalizar enfoque psicosocial en SNARIV y SIVJRNR el desarrollo de acciones focales que atiendan el sufrimiento emergente en los procesos de verdad, justicia, reparación, y no repetición	SNARIV - SIVJRNR - ACUERD O DE PAZ / Enfoque transformador en el contexto del acuerdo de paz	Recomendación 4.1 Fortalecer y mantener el proceso de transversalización del enfoque psicosocial	UARIV, MSPS	
		Recomendación 4.2 Trasladar el Grupo de enfoque psicosocial a la dirección general de la UARIV	UARIV	
		Recomendación 4.3 Establecer un enlace o área psicosocial en todas las entidades del SNARIV de manera que transversalicen el enfoque psicosocial al interior de los planes, programas y proyectos de sus entidades. y generen acciones focales para acompañar el sufrimiento emergente de las víctimas en el marco de su participación en los procesos de verdad, justicia,	SNARIV	¿cómo se vuelve esto obligatorio?

		reparación integral, no repetición.		
		Recomendación 4.4 Realizar procesos de formación en herramientas del enfoque psicosocial y atención psicosocial a los funcionarios del SNARIV y del SIVJNR a nivel municipal y departamental de manera que puedan desarrollar acciones focales para mitigar el sufrimiento emergente.	UARIV	

Articulación entre los programas para la rehabilitación psicosocial y el sector salud para la rehabilitación física y mental

Los esfuerzos en la implementación de la articulación para las medidas de rehabilitación permanecen como una tarea pendiente. Los testimonios recogidos en este documento dan cuenta de que la coordinación, concurrencia y complementariedad establecidos como principios para el trabajo articulado en entre las entidades del Estado en su cumplimiento con lo definido por la Ley son opacados por la primacía que tienen los objetivos institucionales enfocados al cumplimiento de metas, sobre la búsqueda de alternativas para la garantía del goce efectivo del derecho a la rehabilitación que tienen las víctimas.

Igualmente se presenta una desarticulación entre los componentes de atención integral de salud y atención psicosocial del PAPSIVI asociada con el déficit histórico en materia de prestación de salud y, particularmente, de atención psicosocial. De tal forma que el mismo programa carece de mecanismos de comunicación y reporte que den cuenta de la atención integral y de cómo las afectaciones en este campo se relacionan con los impactos generados por los hechos de violencia, así como la efectividad de la incorporación del enfoque en la atención.

Se recomienda al MSPS *expedir* una resolución en la que establezca las responsabilidades específicas y obligatorias del SGSSS, que deben cumplir las EAPB y las IPS en materia de rehabilitación física y mental, sobre todo el obligatorio cumplimiento de los lineamientos, las directrices y las acciones que dictaminen el MSPS, especialmente el Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial.

En esta medida, es necesario que la Superintendencia Nacional de Salud pueda en el marco de su competencia, realizar la *inspección, vigilancia, control* de la oportuna y adecuada implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial a cargo de las EAPB e IPS.

También es pertinente que los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, como mecanismo de articulación establecido por el MSPS en el marco del PAPSIVI, y las gobernaciones a través de las Secretarías Departamentales de Salud articulen en la formulación de los Planes de Acción Departamental, el desarrollo de medidas de rehabilitación por parte de las entidades competentes; buscando que a través de esta herramienta de planificación se pueda fortalecer la cobertura poblacional y territorial, la financiación de la medida, y las estrategias de medición del impacto de su implementación en el goce efectivo del derecho a la rehabilitación.

De esta misma forma, es clave que estas entidades del orden territorial puedan incorporar en los Planes de Acción Departamental, estrategias y acciones que permitan avanzar de manera significativa en la implementación del Protocolo de Atención en Salud Integral con Enfoque Psicosocial en las entidades encargadas de prestar los servicios de salud a las víctimas, considerando el limitado avance que se ha evidenciado al respecto.

Mejorar los mecanismos de reporte y comunicación entre los sistemas de información de manera que los actores del SGSSS involucrados puedan tener acceso a la información necesaria para atender a una víctima de acuerdo con la información pertinente y disponible. Que el sector salud pueda, en sus sistemas de información, identificar a una persona que esté incluida en el RUV y de esta manera activar el protocolo de atención en salud con enfoque psicosocial.

En este momento de emergencia sanitaria, es aún más difícil que el sector salud apropie el Protocolo de atención en salud con enfoque psicosocial, pero se requiere que de manera progresiva el MSPS utilice diversos mecanismos y estrategias para realizar procesos de formación virtuales para brindar asistencia técnica a más secretarías de salud, IPS, EAPB, en la adopción de este protocolo.

Para favorecer la articulación entre las medidas de rehabilitación psicosocial y las de rehabilitación en salud física y mental, se recomienda al MSPS *diseñar, concertar y socializar* con las demás entidades encargadas de desarrollar acciones para la rehabilitación psicosocial y en salud física y mental; unos canales de articulación entre la oferta psicosocial y en salud integral, que permita contar con: i) criterios unificados, basados en la observación y en parámetros clínicos, que permitan a los profesionales de los equipos psicosociales definir en qué situaciones es pertinente remitir a una persona a una atención especializada en salud; ii) mecanismos de seguimiento a las remisiones realizadas; iii) acceso por parte de los profesionales en salud a los antecedentes e información de las personas que han participado en procesos de atención psicosocial y que pueda ser de

relevancia para el desarrollo de la atención especializada, y iv) mecanismos para medir el impacto que el desarrollo de las acciones psicosociales y en salud física y mental tuvieron en el proceso de rehabilitación de la persona.

Se recomienda al MSPS que en articulación con las entidades que hacen parte del SGSSS *generar* estrategias para que en el marco del PAPSIVI se fortalezca la comunicación y articulación entre las líneas del programa psicosocial y salud física y mental, de manera que los equipos psicosociales puedan tener comunicación con el personal del sector salud, para brindar una atención integral.

El seguimiento a las derivaciones a salud física y mental es fundamental de manera que una remisión no implica que se termine un proceso de atención sino que lo acompañe. En ese sentido, se recomienda *fortalecer* los procesos de “interconsulta” en los que desde una mirada interdisciplinar se aborde una misma situación que está sufriendo una misma persona. Favorecer mecanismos eficaces de diálogo entre el sector salud, salud mental y atención psicosocial, donde la prioridad y el centro sea la persona.

La siguiente tabla presenta de manera puntual las brechas y recomendaciones en materia articulación entre las medidas de rehabilitación, así como, entre los componentes de rehabilitación física y mental y el de atención psicosocial.

Tabla 11. Brechas y recomendaciones en relación con la articulación entre los programas para la rehabilitación psicosocial y la rehabilitación física y mental en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance.

Brechas	Tipo/Subtipo	Recomendaciones	Responsable	Articulado
Brecha Operativa 1: Débil incorporación del protocolo de la atención integral en salud con enfoque psicosocial	Articulación Institucional/ Territorialización e implementación de la política de víctimas	Recomendación 1.1 Capacitar en el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a todo el sector salud de los municipios y departamentos (EAPB; IPS, entre otros)	MSPS, Direcciones territoriales de la UARIV y Secretarías municipales, distritales y departamentales de Salud	

		Recomendación 1.2: Expedir una resolución en la que se establezcan responsabilidades específicas y obligatorias del SGSSS, para para la aplicación del protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial	MSPS	
		Recomendación 1.3: Realizar la inspección, vigilancia, y control de la implementación del protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a cargo de las EAPB e IPS	Superintendencia Nacional de salud	
Brecha Operativa 2: Falta de articulación interna entre los procesos de la atención psicosocial y la atención física y mental en la medida de rehabilitación	Articulación Institucional/ Modelos de articulación, coordinación y gestión de la oferta	Recomendación 2: Fortalecer el seguimiento que los equipos psicosociales pueden hacer a las derivaciones de las personas víctimas a la atención en salud física y/o mental, y establecer mecanismos idóneos de interconsulta para el abordaje integral de los daños e impactos a la salud de las víctimas del conflicto armado.	MSPS, Secretarías de salud	
		Recomendación 2.2: Mejorar los mecanismos de reporte y comunicación entre los sistemas de información de manera que los actores del SGSSS involucrados puedan tener acceso a la información necesaria para atender a una víctima de acuerdo con el Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial.	MSPS	

Atención psicosocial y rehabilitación de las personas que participan en el SIVJNR y que no son reconocidos como víctimas en el marco del Artículo 3 de la Ley 1448

No obstante los logros en articulación entre las instituciones que hacen parte de los dos Sistemas (SIVJNR y el SNARIV), actualmente se evidencia un vacío jurídico y de complementariedad frente a las necesidades de rehabilitación integral de la población que participa de los mecanismos establecidos para la garantía de sus derechos en el Acuerdo de Paz. Esto teniendo en cuenta que el SIVJNR acompaña el universo de personas establecido en el marco del Acuerdo Final de Paz, y no solo a las víctimas reconocidas en el marco de la Ley 1448 del 2011. Por lo tanto, si una persona participa en los mecanismos establecidos por el Acuerdo de Paz y tiene necesidades de atención psicosocial, de salud mental o física, pero no está incluida en el RUV, no puede acceder a las medidas de rehabilitación que establece la Ley 1448.

Se ha evidenciado que esta situación afecta diferenciadamente a los familiares de personas dadas por desaparecidas en el marco del conflicto armado y a los familiares de personas víctimas de secuestro.

En este sentido, la recomendación al MSPS⁹⁷ es *diseñar e implementar* estrategias en el marco del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición, para la atención psicosocial continua y oportuna; considerando que el sufrimiento generado por estos hechos victimizantes es continuado en el tiempo, y que los diferentes sucesos y procesos en los que las familias deben participar para la búsqueda, recuperación, liberación y encuentro de sus seres queridos conllevan diferentes necesidades de acompañamiento psicosocial. En particular, en el caso de las labores adelantadas por la UBPD es fundamental incorporar el enfoque de género y diversidad sexual.

Esto implica que los tiempos diseñados y destinados a la medida de rehabilitación⁹⁸ deben ser incluso más amplios que los tiempos del SIVJNR, tal como enseña la experiencia chilena⁹⁹.

En este mismo sentido, la rehabilitación psicosocial y con enfoque de construcción de paz, debe poder atender los daños transgeneracionales que producen el conflicto armado y ciertos hechos victimizantes, en particular, los delitos que prologan el sufrimiento

⁹⁷ Con la participación de la UBPD

⁹⁸ Esto además del tiempo, implica ampliación en cobertura poblacional y presupuesto destinado a la rehabilitación.

⁹⁹ En el caso chileno la dictadura terminó en 1991, para ese año se creó el Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos - PRAIS como respuesta del sector salud al compromiso asumido por el Estado chileno de reparar a las víctimas de violaciones a los DDHH ocurridas entre septiembre de 1973 y marzo de 1990 en el periodo de dictadura. El PRAIS busca brindar una atención integral en salud de forma vitalicia y gratuita a las víctimas.

a lo largo del tiempo, como la desaparición forzada, o las otras formas de desaparición en razón del conflicto armado, la tortura, la violencia sexual, en particular cuando nacen hijos no deseados producto de estas violencias, el secuestro, y en algunos casos el desplazamiento forzado, entre otros, ya que generaciones de niños, niñas y jóvenes que no vivieron los hechos, ni sufrieron los daños de manera directa, los están heredando¹⁰⁰. Por lo que una intervención en rehabilitación psicosocial con enfoque de paz debe orientarse a que esta población elaboren esos daños para que no se sigan transmitiendo de generación en generación¹⁰¹.

El MSPS deberá *establecer* estrategias individuales, familiares y comunitarias que le permita atender personas que no necesariamente están incluidas en el RUV pero que estén relacionadas con las víctimas directas.

Otro asunto que deben resolver las instituciones del SNARIV y del SIVJRNR, es avanzar en la construcción de confianza, coordinación, articulación, integración, complementariedad para que de manera conjunta puedan satisfacer los derechos de las víctimas, lo anterior se desarrolla de manera más precisa en el componente de articulación interinstitucional de este balance.

La CEV y la UBPD han venido creando mecanismos de articulación con la UARIV y MSPS como mesas de trabajo y convenios para la articulación de acciones en territorio, la remisión de casos, la transferencia de información, y/o conocimientos, entre otras; pero se requiere *formalizar* los mecanismos de articulación, fortalecerlos y establecer su funcionamiento, de manera que se conviertan en acciones de obligatorio cumplimiento, para que no se dilaten ni se dejen de hacer, sino que se mantengan a pesar de las múltiples funciones y obligaciones del día a día de las instituciones.

¹⁰⁰ En Colombia aún no ha sido muy documentado el daño transgeneracional porque los NNJ siguen estando expuestos a la situación de conflicto armado, sin embargo sí existen diversos estudios del tema en países como Argentina, Chile, Alemania, España, entre otros. ver:

Daud A, Skoglund E, Rydelius P. Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *Int J Social Welfare*. 2005;14(1):23-32.

Madariaga C. Daño transgeneracional en Chile. *Apuntes para una conceptualización*. *Rev Reflexión*. 2003;30. Barocas H, Barocas C. Manifestations of concentration camp effects on the second generation. *Am J Psych*. 1973;103(7):810-21.

Lagos M, Brasil VV, Brinkmann B, Scapucio M, Editores. *Daños transgeneracional consecuencia de la represión política del Cono Sur*. Santiago: LOM Ediciones; 2009.

Rowland-Klein D. The transmission of trauma across generations: Identification with parental trauma in children of Holocaust survivors. In: Cayherall DR, Editor. *Handbook the stress, trauma and family*. New York: Brunner-Routledge; 2004. p. 117-38

Faúndez X, Cornejo M. Aproximaciones al estudio de la Transmisión Transgeneracional del Trauma Psicosocial. *Rev. Psicol*. 2010;19(2):31-54

¹⁰¹ La Corporación Vínculos y el Tejido Juvenil de Rafael Uribe Uribe (2020) entregaron a la Comisión de la Verdad un informe titulado: *Los Niños y Jóvenes de Rafael Uribe Uribe no le copiamos a la guerra, le jalamos a La Paz*. En el que en el capítulo 3, presenta una aproximación a los daños e impactos transgeneracionales que vive la población infantil y juvenil. .

La siguiente tabla presenta de manera puntual las brechas y recomendaciones en materia atención psicosocial y rehabilitación para las personas que participan en el SIVJRNR.

Tabla 12. Brechas y recomendaciones en relación con la atención psicosocial y rehabilitación para las personas que participan en el SIVJRNR. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance.

Brechas	Tipo/Sub tipo	Recomendaciones	Responsable	Articulado
Brecha Jurídica 1: Personas que participan en el SIVJRNR no tienen acceso a rehabilitación física, mental y/o psicosocial si no están reconocidas en el RUV	SNARIV - SIVJRNR - ACUERDO DE PAZ / Enfoque transformador en el contexto del acuerdo de paz	Recomendación 1.1 Diseñar e implementar estrategias y procesos de atención psicosocial continua y oportuna en el marco del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición.	MSPS	
		Recomendación 1.2: Establecer estrategias individuales, familiares y comunitarias que le permita atender personas que no necesariamente están incluidas en el RUV.	MSPS	
		Recomendación 1.3 Estrategias de atención psicosocial a NNJ orientadas a mitigar y prevenir la transmisión intergeneracional de daño.	MSPS, ICBF	
		Recomendación 1.4 Formalizar los mecanismos de articulación, fortalecerlos y establecer su funcionamiento, de	MSPS, ICBF, UARIV, CEV, JEP, UBPD	

		manera que se conviertan en acciones de obligatorio cumplimiento		
--	--	--	--	--

Procesos de atención continuos, estables, de mayor duración y accesibles en todo momento

En apartes anteriores se ha mencionado que los hechos de violencia ocurridos en el contexto del conflicto armado generan impactos específicos y que en muchas ocasiones son tan profundos que demandan una atención psicosocial estable y continua. De ahí que una de las brechas evidenciadas es la falta de continuidad y de disponibilidad permanente de la atención, donde las estrategias con intervenciones cortas no subsanan la necesidad de las víctimas para un abordaje integral de su situación. Además, cabe destacar que las posibilidades de rehabilitación se relacionan con aspectos como la profundidad y la especificidad de los daños y un contexto que favorezca el afrontamiento.

Como ya se mencionó en el capítulo dos, la falta de continuidad es uno de los elementos de mayor gravedad en el componente de rehabilitación, (otras medidas de reparación no enfrentan la misma dificultad). Por ejemplo, la indemnización es una medida que se hace efectiva una sola vez, al igual que la restitución de tierras, el retorno o la reubicación. La rehabilitación tiene la particularidad de ser una medida que en sí misma requiere estar disponible y accesible durante el tiempo que la persona lo requiera, en cualquier momento de la ruta de prevención, protección, y reparación integral. Casi que se podría establecer que la rehabilitación a las víctimas cuestiona o reta el carácter transicional de este componente de reparación integral.

Es decir, la rehabilitación debe ser una medida y un recurso permanente y continuo y frente al cual, aunque se cumplan las metas, las personas puedan volver a acceder cuando lo consideren necesario.

En este sentido, buscando ampliar la disponibilidad de la oferta de rehabilitación psicosocial, se recomienda al MSPS articular el servicio social obligatorio que cobija a los profesionales de la salud¹⁰² con los procesos de rehabilitación a víctimas. Ya la Resolución 6357 de 2016 dictó disposiciones para prestar el servicio social obligatorio (SSO) en las Zonas Veredales Transitorias de Normalización (ZVTN), lo cual es un antecedente importante para que el MSPS fortalezca y articule el servicio social obligatorio a los procesos de rehabilitación en el marco de la construcción de paz.

¹⁰² Actualmente las carreras que deben prestar este servicio social obligatorio son enfermería, medicina, odontología y bacteriología.

Se recomienda al MSPS, en línea con lo dispuesto en el CONPES 3992 de 2018, *ampliar* el servicio social obligatorio a otras carreras de las ciencias humanas y sociales, como psicología, trabajo social, antropología, sociología, que, bajo la formación, acompañamiento y con lineamientos del MSPS y de la UARIV puedan desarrollar procesos de rehabilitación psicosocial a las personas y en las comunidades donde prestan su servicio social.

Se recomienda a la UARIV liderar y articularse con el MSPS y el SENA para *desarrollar* una oferta formativa de obligatorio cumplimiento y que haga parte de los procesos de fortalecimiento del talento humano de cada entidad contemplados en la resolución 1166 de 2018; la cual esté orientada a todos los funcionarios y funcionarias del SNARIV y del SIVJRNR y permita formar a quienes atienden a las víctimas (con independencia del tipo de vinculación laboral) en herramientas para el desarrollo de capacidades básicas para el acompañamiento psicosocial, primeros auxilios psicológicos, identificación de impactos psicosociales y habilidades personales para el acompañamiento; de tal manera que puedan contener en un primer momento las expresiones de la afectación psicosocial y en salud mental y mitigar la profundización de los impactos en caso de que no se cuente con una oferta de rehabilitación disponible en el territorio de manera inmediata.

Reconociendo los avances que han logrado las entidades para mejorar los tiempos del ciclo de planeación- contratación- ejecución, que repercute directamente en la disponibilidad de la medida de rehabilitación en los territorios se requiere seguir avanzando en esta vía. *Mejorar y optimizar* los procesos contractuales que desarrollan, explorando vigencias futuras u otras estrategias que favorezcan que las víctimas puedan acceder y contar con los procesos de rehabilitación de manera oportuna.

Generar un nuevo lineamiento o modalidad de atención psicosocial, en el PAPSIVI, que no se desarrolle por ciclos sino que permita una oferta continua y sostenida en el tiempo, de manera que las personas puedan acceder a la atención psicosocial en el momento que lo requieran, y por el tiempo que sea necesario.

Por otro lado, reconociendo la oportunidad que trae la virtualidad, se recomienda al MSPS y a la UARIV evaluar el impacto que ha tenido en estos meses la atención del PAPSIVI de manera virtual y considerar si pueden incluir una modalidad de atención virtual, que sea adicional a los procesos presenciales, y que sirva de estrategia de seguimiento. Es decir, configurar la oferta de atención virtual, de tele psicología, telemedicina y demás ofertas como parte del programa PAPSIVI para favorecer el acceso oportuno y continuo a medidas de rehabilitación psicosocial y en salud integral en el marco de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y demás normatividad vigente.

La siguiente tabla presenta de manera puntual las brechas y recomendaciones en materia de la continuidad, duración, y permanencia de la rehabilitación

Tabla 13. Brechas y recomendaciones en relación con la continuidad, duración, y permanencia de la medida de rehabilitación en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance.

Brechas	Tipo/Subtipo	Recomendaciones	Responsable	Articulado
Brecha operativa 1. Procesos de atención psicosocial cortos, sin continuidad, disponibilidad, ni permanencia	Articulación Institucional/Territorialización e implementación de la política de víctimas	Recomendación 1.1: Ampliar el servicio social obligatorio a otras carreras de las ciencias humanas y sociales, como psicología, trabajo social, antropología, sociología, que, bajo la formación, acompañamiento y con lineamientos del MSPS y de la UARIV puedan desarrollar procesos de rehabilitación psicosocial a las personas y en las comunidades donde prestan su servicio social	MSPS	
		Recomendación 1.2: Desarrollar una oferta formativa de obligatorio cumplimiento y que haga parte de los procesos de inducción y fortalecimiento del talento humano de cada entidad contemplados en la resolución 1166 de 2018; la cual esté orientada a todos los funcionarios y funcionarias del SNARIV y del SIVJNR y permita formar a quienes atienden a las víctimas (con independencia del tipo de vinculación laboral) en herramientas para el desarrollo de capacidades básicas para el acompañamiento psicosocial, primeros auxilios psicológicos, identificación de impactos psicosociales y habilidades personales para el acompañamiento	MSPS, UARIV, SENA	
		Recomendación 1.3: Mejorar y optimizar los procesos contractuales que desarrollan, explorando vigencias futuras u otras estrategias que favorezcan que las víctimas puedan acceder y contar con los procesos de rehabilitación de manera	MSPS, UARIV	

		oportuna, y por el tiempo que sea necesario.		
		Recomendación 1.4 Generar un nuevo lineamiento o modalidad de atención psicosocial, que permita una oferta continua y sostenida en el tiempo, de manera que las personas puedan acceder a la atención psicosocial en el momento que lo requieran, y por el tiempo que sea necesario.	MSPS	
		Recomendación 1.5: Generar una oferta de atención virtual permanente ¹⁰³ , de tele psicología, telemedicina como parte del programa PAPSIVI para favorecer el seguimiento y atención oportuna y continua en rehabilitación psicosocial y en salud integral	MSPS	

Atención oportuna y pertinente a los daños generados por el conflicto armado a través de la medida de rehabilitación.

A lo largo de los años entre las víctimas del conflicto armado permanece el sentimiento de que las medidas de reparación y su reconocimiento llegan tarde, sin una oportuna respuesta por parte del Estado, viéndose obligadas a gestionar los daños con sus propios recursos y, en muchos casos, con el acompañamiento de organizaciones sociales que llegan a sus territorios. De la mano de esto, se evidencia la necesidad de reconocer la deuda histórica que se tiene con quienes han sufrido los daños de la guerra y que en la actualidad no solo reclaman una indemnización por lo que han tenido que afrontar si no reparación integral, incluyendo atención médica, psicológica, y psicosocial adecuada y oportuna.

¹⁰³ que no reemplace la oferta presencial, pero que la complemente, sobretodo en el seguimiento a los procesos.

Tal como se ha expuesto en el planteamiento de las brechas, la rehabilitación se relaciona con la calidad de la atención en un lapso corto de tiempo desde que la persona la requiere, la omisión de este criterio puede llevarla a vivir una revictimización, además de generar una sensación de abandono o de apreciaciones como la falta de pertinencia, porque en el momento en el que llega la atención, las víctimas ya tienen otras necesidades vitales que consideran más urgentes o prioritarias; y porque las heridas son tan dolorosas que al no haber confianza en los programas prefieren no abordar el daño.

La CSMLV ha venido recomendando al Ministerio de Salud y Protección Social, *focalizar* la implementación del PAPSIVI en los departamentos donde actualmente se ha registrado un aumento de las dinámicas de confrontación armada relacionadas con el desplazamiento, riesgo de desplazamiento, confinamiento y otros hechos victimizantes (CSMLV 2019). Esta recomendación se reitera con el objetivo de poder atender los impactos derivados del conflicto de manera oportuna y buscando evitar que se profundicen las afectaciones ya existentes.

Adicionalmente, se considera pertinente retomar y considerar las lecciones aprendidas y los resultados obtenidos de experiencias como la “Estrategia de Atención Psicosocial en Emergencias Humanitarias en el Marco del Conflicto Armado Interno” construida por la UARIV. El ideal es fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos que brindan atención en el marco de las emergencias humanitarias derivadas del conflicto armado interno, para brindar una respuesta psicosocial en el primer momento en que suceden los hechos de violencia, buscando minimizar las afectaciones psicosociales y en salud integral en el mediano y largo plazo (UARIV, 2016)

Así mismo, se recomienda que MSPS y UARIV logren brindar una oferta de atención psicosocial en fase de emergencia articulada a las medidas de rehabilitación en el proceso de reparación, es decir, conectar las acciones o medidas de asistencia con la reparación integral de tal manera que las víctimas puedan recibir atención durante la etapa de crisis, pero también cuando hayan superado la situación de vulnerabilidad que genera el desplazamiento y los otros hechos victimizantes. Entre dichas acciones y protocolos debe haber canales de comunicación y articulación. Lo anterior requiere interoperabilidad en los sistemas, protocolos de remisión, informes de caso, canales de comunicación directos, para que los entes territoriales encargados de la asistencia inmediata puedan conectar y remitir de manera efectiva a las personas víctimas, a los programas de rehabilitación, apenas sea reconocida su inclusión en el RUV.

Así mismo, las entidades del SIVJNRN (CEV, JEP y UBPD) deben fortalecer los canales de coordinación, comunicación y articulación con el MSPS y la UARIV para que las personas que participan en los procesos de verdad, justicia y reparación en el marco del SIVJNRN puedan contar con acciones focales que favorezcan la atención del sufrimiento emergente en estos procesos de manera inmediata y oportuna, pero que además, cuando

alguien lo requiera pueda acceder a la atención especializada a través de la medida de rehabilitación que brinda MSPS y UARIV.

La siguiente tabla presenta de manera puntual las brechas y recomendaciones sobre atención oportuna y pertinente a los daños generados por el conflicto armado a través de la medida de rehabilitación.

Tabla 14. Brechas y recomendaciones en relación con la atención oportuna y pertinente a los daños a través de la medida de rehabilitación contemplada en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance.

Brechas	Tipo/Subtipo	Recomendaciones	Responsable	Articulado
Brecha Operativa 1. Débil implementación de atención psicosocial especializada en fase de emergencias humanitarias	Articulación Institucional/ Territorialización e implementación de la política de víctimas	Recomendación 1.1: Implementar los lineamientos de Atención psicosocial especializada en fase de emergencia construidos por el MSPS y la UARIV, con el fin de garantizar atención psicosocial como parte de la ayuda humanitaria de emergencia.	Entidades Territoriales	
Brecha operativa 2. Falta de oportunidad en la atención psicosocial y medidas de rehabilitación psicosociales, físicas y mentales.	Articulación Institucional/ Territorialización e implementación de la política de víctimas	Recomendación 2.1: focalizar la implementación del PAPSIVI en los departamentos donde actualmente se ha registrado un aumento de las dinámicas de confrontación armada relacionadas con el desplazamiento, riesgo de desplazamiento, confinamiento y otros hechos victimizantes.	MSPS	

		<p>Recomendación 2.2: fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos que brindan atención en el marco de las emergencias humanitarias derivadas del conflicto armado interno, para brindar una respuesta psicosocial</p>	<p>MSPS, UARIV, SENA</p>	
		<p>Recomendación 2.3: Articular la atención psicosocial en fase de emergencia a las medidas de rehabilitación en el proceso de reparación, es decir, conectar las acciones o medidas de asistencia con la reparación integral de tal manera que las víctimas puedan recibir atención durante la etapa de crisis, pero también cuando hayan superado la situación de vulnerabilidad que genera el desplazamiento y los otros hechos victimizantes.</p>	<p>EETT, MSPS</p>	

Talento humano suficiente, sensible y especializado en rehabilitación a víctimas del conflicto armado

Como se ha mencionado, contar con talento humano capacitado y sensible a las necesidades de la población víctima en materia de rehabilitación es un factor crítico para el éxito de la implementación de la medida. Es un error pensar que basta con el diseño de protocolos para que la medida de rehabilitación se desarrolle desde los estándares técnicos deseables.

Atendiendo a las limitaciones identificadas en el análisis de brechas y considerando que el conflicto armado ha sido una realidad nacional que ha impactado todas las esferas de la sociedad, se considera pertinente que las instituciones que imparten la educación superior incluyan en los pensum de las carreras que tradicionalmente están asociadas a los escenarios de rehabilitación, contenidos que favorezcan que los estudiantes tengan un acercamiento a los impactos del conflicto armado y las graves violaciones a derechos humanos sobre las poblaciones, a las conceptualizaciones que se han hecho sobre la afectación a las víctimas no solo desde el modelo médico sino desde el psicosocial, al contexto de las violaciones a los DDHH e infracciones al DIH, entre otras que sean pertinentes para que los profesionales en nuestro país cuenten con los conocimientos y habilidades necesarias para ejercer su profesión de una forma contextualizada a la realidad nacional.

De esta manera el Ministerio de Educación sería el llamado para que, a través de los procesos de acreditación institucional de las universidades públicas y privadas, establezca mecanismos y estándares que incentiven dentro de las instituciones de educación técnica, tecnológica y superior, impartir los contenidos requeridos para que el país cuente con profesionales sensibles y competentes en la atención y reparación integral a las víctimas.

Como estrategia complementaria se recomienda que las gobernaciones y alcaldías, en el marco de los Planes de Acción Territorial a las víctimas, adelanten convenios con instituciones de educación superior y con organizaciones gremiales de profesionales, para el desarrollo de ofertas de educación formal y no formal que permitan que perfiles específicos amplíen sus competencias y conocimientos para la rehabilitación a víctimas en contextos de conflicto armado.

Esto ha de hacerse con el apoyo técnico de la UARIV y el MSPS, que cuentan con un acumulado de saberes y experiencia en el marco de sus procesos de gestión del conocimiento. Hacerlo en asociación con entidades educativas permitiría procesos certificables que puedan desarrollarse de manera presencial y virtual para favorecer la formación de calidad a profesionales ubicados en zonas en donde la oferta educativa es reducida.

Con el objetivo de garantizar la experiencia y el conocimiento especializado por parte de los profesionales que implementan las medidas de rehabilitación, se recomienda que el MSPS y la UARIV, en sus procesos de contratación para la implementación de las estrategias para la rehabilitación, incorporen criterios que en la selección permitan ponderar positivamente la experiencia con la que cuentan organizaciones territoriales, de víctimas y de la sociedad civil para la implementación de las medidas de rehabilitación psicosocial.

Por otro lado, en aras de cultivar el recurso humano necesario para el desarrollo de la medida de Rehabilitación a las Víctimas, se recomienda a las entidades a cargo, buscar

alternativas para garantizar la continuidad en la contratación de talento humano que implementa los procesos de atención psicosocial en el marco de la rehabilitación integral, para que la capacitación sea continua en el tiempo.

Lo anterior permitirá lograr la permanencia de los y las profesionales que han superado la curva de aprendizaje, convirtiéndose en una inversión y valor agregado para las entidades, lo cual repercute directamente en la calidad de la atención. Un mecanismo sugerido es que el MSPS y la UARIV, puedan exigir a los proponentes, en los pliegos de condiciones y anexos técnicos de los programas de rehabilitación a contratar, presentar un porcentaje de hojas de vida de personas que tengan experiencia específica en la implementación previa de la medida, pero que además cuenten con evaluaciones favorables de su desempeño o del cumplimiento de sus actividades contractuales.

Con el fin de humanizar los procesos de atención, de fortalecer la implementación del Protocolo de Atención en Salud Integral con Enfoque Psicosocial y de reconocer que en muchos casos las enfermedades físicas tienen un correlato emocional que tiene que ver con el sufrimiento de la población víctima, se recomienda al MSPS, a las EPS e IPS fortalecer la formación a los profesionales de la salud, en enfoque psicosocial y en el reconocimiento de las afectaciones particulares que se generan como resultado de la vivencia de hechos de violencia en el contexto del conflicto armado. Se recomienda enmarcar estas acciones específicas de formación en el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. (MSPS, 2016)

En relación con los promotores psicosociales del PAPSIVI se recomienda que el MSPS:

- i) Amplíe y diversifique los procesos de convocatoria, ya que en este momento la participación se circunscribe a personas postuladas por las mesas de víctimas y no necesariamente todas las víctimas que podrían contar con habilidades para desenvolverse como promotores psicosociales se encuentran vinculadas a procesos organizativos y a espacios de participación formal.
- ii) Fortalezca los procesos de selección para que se dé un estricto cumplimiento de los perfiles solicitados y se garantice que realmente se trata de personas con las habilidades y aptitudes requeridas para el adecuado desarrollo de la medida de rehabilitación. Entre lo que se incluye la atención con enfoque diferencial
- iii) Continúe fortaleciendo los procesos de formación, acompañamiento y seguimiento adecuados, continuados y pertinentes, para que los promotores psicosociales se sientan reconocidos, y con la confianza de acompañar la situación de las víctimas en los momentos que más lo necesitan.
- iv) Desarrollo de procesos de formación y capacitación en enfoque diferencial que permitan a los(as) profesionales apropiar y adaptar los lineamientos, orientaciones y/o

guías previstas desde los enfoques diferenciales a la atención psicosocial. En este sentido, se debe propender por ir más allá y también instalar capacidades técnicas que permitan la adaptación flexible y adecuada del enfoque diferencial y territorial.

Se reconoce como una buena práctica el desarrollo de acciones formativas y de cuidado emocional que las instituciones encargadas de la medida de rehabilitación han venido desarrollando con los y las profesionales que la implementan. Sin embargo, atendiendo a que la Resolución 1166 se expidió desde el 8 de abril de 2018 y que en este análisis se evidencia que persisten falencias en la formación del talento humano. Se recomienda hacer una valoración del impacto de la implementación de la resolución, que determine los avances en el diseño e implementación de los planes, programas, estrategias o proyectos de formación y cuidado emocional en las entidades del SNARIV; así como un análisis de las fortalezas, limitaciones y factores críticos de éxito que permitirían que la adopción de la Resolución cumpliera el efecto pretendido.

En esta valoración es clave considerar los diferentes ámbitos de aplicación que contempla la Resolución: entidades que hacen parte del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas –SNARIV y personas jurídicas con quien celebren vínculos contractuales, evidenciado el avance en la efectiva transversalización del enfoque psicosocial en los procesos tanto de atención, como de orientación y el fortalecimiento al talento humano que desarrolla la medida de rehabilitación en el componente psicosocial.

La siguiente tabla presenta de manera puntual las brechas y recomendaciones en materia de la talento humano para la medida de rehabilitación

Tabla 15. Brechas y recomendaciones en relación con el talento humano para la implementación de la medida de rehabilitación contemplada en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance.

Brechas	Tipo/Subtipo	Recomendaciones	Responsable	Artículo
Brecha Operativa 1. Existe un vacío estructural en la formación y enfoques, de los profesionales que atienden víctimas, así como una alta rotación del talento humano capacitado y sensible a las necesidades de la población víctima en materia de rehabilitación	Articulación Institucional/Territorialización e implementación de la política de víctimas	Recomendación 1.1: incluir en los procesos de acreditación institucional de las instituciones de educación superior, técnica y tecnológica los contenidos necesarios para la formación de profesionales sensibles y competentes en la atención y reparación a las víctimas.	Ministerio de Educación	

		<p>Recomendación 1.2: incorporar criterios en los procesos precontractuales que permitan la permanencia del talento humano con formación y experiencia.</p>	MSPS, UARIV	
		<p>Recomendación 1.3: Fortalecer la formación de los profesionales del sector salud en enfoque psicosocial, y el reconocimiento de los daños e impactos que genera el conflicto armado en las personas y sus familias. Enmarcado en el propósito de humanizar la atención que propone el plan nacional de mejoramiento de la calidad en salud.</p>	MSPS, UARIV, EETT, SENA	
		<p>Recomendación 1.4: fortalecer los procesos de convocatoria, selección, formación y el rol de los promotores psicosociales en la rehabilitación de las víctimas.</p>	MSPS	
		<p>Recomendación 1.5 desarrollar procesos de formación y capacitación en enfoque diferencial y de género a los profesionales que implementan la medida de rehabilitación, haciendo énfasis en la transformación de prejuicios y estereotipos que legitiman y validan la VBG, particularmente frente a la población OSIGD.</p>	MSPS, UARIV	

Evaluaciones externas de los programas y medidas de rehabilitación

Tal como se ha señalado, se presenta un rezago en la evaluación de las intervenciones y una necesidad de generar opciones para identificar los avances de la medida de rehabilitación; una medición que debería abordarse desde sus diferentes dimensiones (psicológica, psicosocial, médica y jurídica), a la luz de los criterios que se han sentado desde la jurisprudencia nacional e internacional para evidenciar el nivel de respuesta que se ha tenido frente a las necesidades de las víctimas.

De igual forma, es claro que nueve años después de la implementación de la Ley aún no se han definido indicadores¹⁰⁴ determinantes para medir “el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales” de las víctimas y para dar cuenta de la efectividad de las estrategias que forman parte de la medida de rehabilitación. Por otro lado, se evidencia una carencia de evaluaciones de manera sistemática y periódica durante los seis años de implementación del PAPSIVI.

También se presenta una debilidad en la evaluación de las intervenciones y una necesidad de generar opciones para identificar los avances de la medida de rehabilitación; una medición que debería abordarse desde sus diferentes dimensiones (psicológica, psicosocial, médica y jurídica), a la luz de los criterios que se han sentado desde la jurisprudencia nacional e internacional para evidenciar el nivel de respuesta que se ha tenido frente a las necesidades de las víctimas.

En el marco de la prórroga de la Ley, y teniendo en cuenta que la medida de rehabilitación debe ser una oferta constante, continua, con oportunidad, calidad y demás criterios mencionados anteriormente, que requiere la realización permanente de acciones de mejora, las entidades encargadas deberán incluir la obligación de realizar evaluaciones intermedias y finales a los procesos que desarrollan. Es decir, un acuerdo programático que incluya que las entidades realicen evaluaciones externas periódicas, por especialistas en rehabilitación desde una perspectiva psicosocial y de derechos humanos, en las que se puedan evaluar los niveles de satisfacción, cambio y transformación de los daños que el conflicto armado ha generado en las víctimas, a nivel individual, familiar, organizativo, social, comunitario, político y cultural.

Se reitera la recomendación que la CSMLV ha realizado al DNP y al MSPS en sus informes de seguimiento a la Ley (2019), referente a *implementar* mecanismos que permitan fortalecer la medición de los indicadores de cobertura de la medida de rehabilitación en salud física y mental, tras evidenciar importantes discrepancias en los porcentajes de cumplimiento de las metas establecidas dentro del PND y entre los datos de

¹⁰⁴ La calidad específica que deberían contener los indicadores para medir el goce efectivo de derechos se define en el componente de mediciones.

atención que aparecen en los diferentes sistemas de información del Estado, presentados por el MSPS a la CSMLV.

Se recomienda que el DNP, el MSPS y la UARIV realicen una evaluación amplia y suficiente de la medida de rehabilitación a nivel individual y colectiva, integrando una mirada desde la política de víctimas, el Acuerdo de Paz, y en coherencia con la ley de salud mental y el CONPES 3992, incorporar acciones de mejora a las que se les pueda hacer seguimiento posterior.

Por otro lado, es urgente que la Unidad para las Víctimas mejore y fortalezca el sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación de resultados de la implementación de la medida de Rehabilitación Psicosocial, y que cuente con un sistema de información que le permita reportar y medir los avances en la población que recibe atención psicosocial, dado que el MAARIV no tiene dicho alcance.

Así mismo, y en sintonía con lo que se plantea en el componente de mediciones de este balance, se ha identificado que los indicadores actuales son solo de gestión, cobertura y proceso, por lo que no permiten medir el goce efectivo del derecho, no establecen las diferencias entre la rehabilitación física, mental y psicosocial, no están desagregados geográficamente, no evalúan el resultado ni la efectividad del PAPSIVI y de la ERE-G; ni atienden a principios y estándares propuestos desde el enfoque de género; de tal manera que se recomienda construir indicadores de rehabilitación que permitan medir el resultado de las acciones implementadas y no solo la cobertura dada por la participación de las víctimas en las estrategias o las atenciones en el SGSSS.

La siguiente tabla presenta las brechas y recomendaciones respecto a la evaluación externa de los programas y medidas de rehabilitación

Tabla 16. Brechas y recomendaciones en relación con la evaluación de los programas y medidas de rehabilitación contempladas en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de salida construida para el Balance.

Brechas	Tipo/Sub tipo	Recomendaciones	Responsable	Articulado
Brecha Operativa 1. Falta de evaluaciones periódicas y externas que permitan dar cuenta de la efectividad de las estrategias que forman parte de la medida de rehabilitación y que permitan generar	Mediciones e impactos/ Criterios técnicos e impactos de las mediciones	Recomendación 1.1: Realizar evaluaciones externas periódicas, por especialistas en rehabilitación desde una perspectiva psicosocial y de derechos humanos, en las que se puedan evaluar los cambios y la	DNP, MSPS, UARIV	

acciones estructurales de mejora a las mismas.	es realizada s	transformación de los daños que el conflicto armado ha generado en la vida de las víctimas.		
		Recomendación 1.2: Realizar una evaluación amplia y suficiente de la medida de rehabilitación a nivel individual y colectiva, integrando una mirada desde la política de víctimas, el Acuerdo de Paz, y en coherencia con la ley de salud mental y el CONPES 3992, incorporar acciones de mejora a las que se les pueda hacer seguimiento.	DNP, MSPS, UARIV	
Brecha Operativa 2. Falta de indicadores de resultado e impacto para medir “el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales” de las víctimas	Mediciones e impactos/ Criterios técnicos e impactos de las mediciones realizadas	Recomendación 2.1: Construir indicadores de resultado e impacto, que permitan medir el goce efectivo del derecho a la rehabilitación, estableciendo las diferencias entre rehabilitación física, mental y psicosocial, desagregados geográficamente, poblacionalmente y que atiendan a los principios y estándares del enfoque diferencial y de género.	DNP, UARIV, MSPS	

Fortalecimiento de la medida de rehabilitación con enfoque reparador, psicosocial, y diferencial a las víctimas de la fuerza pública.

Frente a la necesidad expresada por las víctimas miembros de la Fuerza Pública en relación con que las medidas de rehabilitación incorporen el enfoque y la atención psicosocial contemplados en la Ley 1448 para las demás víctimas, se ha evidenciado un vacío dejado en términos de las medidas de rehabilitación para esta población. Las recomendaciones para la superación de esta brecha se enmarcan en el compromiso asumido por el Gobierno Nacional en el Acuerdo de Paz en relación con el fortalecimiento de “las medidas de atención y reparación para los miembros de la Fuerza Pública víctimas de graves violaciones a los derechos humanos o infracciones al DIH.” (Gobierno Nacional y Farc -EP, 2016, p. 185)

Si bien la sentencia C-161 de 2016 determinó que la medida de rehabilitación debe brindarse dentro de los parámetros establecidos en la Ley 1448 a menos de que estas medidas se encuentren previstas en los regímenes especiales que los rigen; lo anterior ha generado controversia entre las entidades involucradas dentro del Subcomité de Rehabilitación (UARIV y MSPS) sobre las competencias de cada una para implementar medidas de atención psicosocial con las víctimas que hacen parte de la fuerza pública y los alcances que cada una tiene frente a este componente de la rehabilitación, que se considera oportuno solventar en este momento del balance la Ley, buscando determinar con claridad las responsabilidades de cada entidad frente a la incorporación de los principios y lineamientos determinados para la efectiva rehabilitación de las víctimas.

En principio se asume una posible complementariedad de servicios en la implementación de las medidas de rehabilitación psicosocial que permita el acceso de las víctimas a la rehabilitación en las condiciones que se han establecido en el Capítulo 7 de la Ley. En este sentido sería necesario desarrollar en este apartado, las competencias que corresponden al MSPS y a la UARIV como entidades que actualmente implementan las medidas de rehabilitación a las víctimas; así como a las que corresponde el manejo del régimen especial de la Fuerza Pública.

En esta misma línea se evidencia la necesidad de crear mecanismos para incorporar los parámetros establecidos para la medida de rehabilitación en la Ley de víctimas, a los servicios de atención para la rehabilitación física y mental previstos en los regímenes prestacionales especiales, para que efectivamente tengan un efecto reparador diferencial, esto es incorporar de una manera efectiva los enfoques psicosocial y diferencial en la atención en salud integral a las víctimas que hacen parte de la Fuerza Pública.

Por otro lado, es necesario generar un mecanismo de articulación entre la atención en salud integral que se brinda a las víctimas de la Fuerza Pública, con las estrategias para la rehabilitación psicosocial que se han desarrollado a otras víctimas, considerando no solo la dimensión individual de la rehabilitación, sino la familiar y la colectiva. Esta articulación exige además, el diseño de estrategias específicas que se ajusten a las necesidades

especiales que tienen las víctimas de la Fuerza Pública de acuerdo con las formas de victimización que han vivido y los escenarios particulares en los que esta se presentó.

Se recomienda Ministerio de Defensa Nacional como garante de la atención a víctimas de la Fuerza Pública *coordinar* con la OACP, la UARIV y el MSPS las acciones necesarias para fortalecer la medida de rehabilitación a los miembros de la FFPP que han sido reconocidos como víctimas en el marco de la Ley 1448. Inclusive, *disponer* de mecanismos adicionales a los ya existentes¹⁰⁵ que faciliten el acceso a servicios especializados por parte de las víctimas pertenecientes a la Fuerza Pública.

Se recomienda a las entidades a cargo de la formulación y puesta en marcha del PNR CNR *contemplar e incorporar* como acción estratégica del Plan, el desarrollo de estrategias, planes y programas específicos orientados a fortalecer las medidas de rehabilitación existentes para víctimas que han sido miembros de la Fuerza Pública. Disponiendo inclusive de los mecanismos de articulación con las entidades competentes en la materia y garantizando la incorporación de los enfoques que contempla el Plan en la totalidad de las medidas de rehabilitación dispuestas para este grupo poblacional.

En el marco del compromiso gubernamental de fortalecer de las medidas de reparación para miembros de la FFPP víctimas de graves violaciones a los DDHH y de infracciones al DIH, se recomienda al Ministerio de Defensa Nacional y a las Direcciones de Sanidad:

1. *Desarrollar y apoyar* un mayor número de procesos de investigación que permitan tener una caracterización frente a los impactos psicosociales y en salud integral (física y mental entendidas de manera interdependiente) derivados de los hechos victimizantes; la cual a su vez permita *fortalecer y diseñar* estrategias pertinentes y adecuadas en el marco de la medida de rehabilitación. Se sugiere hacer especial énfasis en identificar los índices de afectación psicosocial y de la salud mental entre las víctimas; los factores de riesgo y determinantes sociales que inciden para que los impactos se profundicen y se hagan crónicos; y en desarrollar indicadores de resultado que permitan medir el goce efectivo del derecho a la rehabilitación de los miembros de la FFPP que han sido víctimas.
2. *Fortalecer y aumentar* la disponibilidad del recurso humano en salud mental necesaria para atender las necesidades en rehabilitación para de los miembros de la FFPP que han sido víctimas. Garantizando la descentralización de los servicios y la disponibilidad de una oferta especializada en los lugares en los que residen las víctimas.

¹⁰⁵ En el CONPES 3591 de 2009 las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional reportan la existencia de 298 establecimientos de sanidad militar y policial a nivel nacional, se observa que sólo 1 tiene nivel IV de atención y 2 nivel III, que son los niveles en los que se ubican los servicios de atención especializada que generalmente requiere la medida de rehabilitación. De los restantes 295 32 corresponde a nivel II de atención, 226 nivel I y 37 son consultorios auxiliares

3. *Fortalecer y usar* los procesos de caracterización y sistemas de información existentes como por ejemplo el “Sistema Integrado de Miembros de la Fuerza Pública Víctimas del Conflicto Armado”¹⁰⁶, para identificar de manera temprana necesidades en materia de rehabilitación por parte de las víctimas y a partir de ello movilizar la oferta existente para su atención. Considerando que la justificación para la creación de este Sistema aduce la necesidad de contar con un registro al interior del Sector Defensa que contribuya a los derechos a la verdad, a la justicia y a la construcción de una paz duradera.

4. *Incorporar* en los procesos de asistencia primaria a las afectaciones derivadas del hecho victimizante, acciones desde el enfoque psicosocial orientadas a mitigar el impacto inicial de la victimización, garantizando que estas acciones puedan tener continuidad en el proceso de rehabilitación. La atención psicosocial debe hacer parte integral de la atención primaria integral considerando una óptica de la prevención, control y alivio de los efectos emocionales de los hechos vividos (Jiménez, 2009)

5. *Ampliar y fortalecer* los procesos de atención orientados a mitigar el impacto psicosocial de la victimización de tal manera que se garantice el involucramiento tanto de la víctima, como de su núcleo familiar y comunitario. Esto cobra especial relevancia en el escenario actual de pos acuerdo, ya que el trabajo en salud mental comunitaria es fundamental para favorecer la readaptación a la vida civil de la población excombatiente (Jiménez, 2009)

6. *Desarrollar* estrategias de educación sanitaria que promuevan actitudes favorables frente a la medida de rehabilitación integral (no sólo física) y el acceso a servicios de salud mental que permitan la mitigación y eviten la profundización de los impactos de la victimización.

La siguiente tabla presenta las brechas y recomendaciones respecto a la implementación de las medidas de rehabilitación de las víctimas de la fuerza pública

¹⁰⁶ La constitución del “Sistema Integrado de miembros de la Fuerza Pública víctimas del conflicto armado” está contemplado en la directiva permanente No. DIR2014 – 16 del 10 de junio de 2014, emitida por el Ministerio de Defensa Nacional. Tiene como propósitos: i) obtener información actualizada sobre hechos constitutivos de infracciones al DIH y violaciones a los DDHH en contra de miembros de la Fuerza Pública y sus familias, cometidos con ocasión del conflicto armado y que se enmarcan en lo establecido en la Ley 1448 de 2011; ii) coadyuvar a la consecución de información útil para la defensa técnica del Estado y de los miembros de la Fuerza Pública en instancias nacionales e internacionales; y iii) implementar un método de verificación del trámite de las denuncias de las víctimas que hacen parte de la Fuerza pública ante autoridades judiciales.

Tabla 17. Brechas y recomendaciones en relación con la rehabilitación como medida de reparación de las víctimas de la fuerza pública contemplada en el marco de la Ley 1448 de 2011. Elaboración propia a partir de la Matriz de Salida construida para el Balance.

10	Tipo/Subtipo	Recomendaciones	Responsable	Artículo
Brecha Operativa 1. Débil incorporación del enfoque psicosocial y reparador de la medida de rehabilitación a las víctimas de la FFPP.	Articulación Institucional/Territorialización e implementación de la política de víctimas	Recomendación 1.1: En el marco del régimen especial crear estrategias especializadas y diferenciadas para las víctimas de la fuerza pública.	Ministerio de Defensa Nacional Direcciones de Sanidad	
		Recomendación 1.2: incorporar de una manera efectiva los enfoques psicosocial y diferencial en la atención en salud integral a las víctimas que hacen parte de la Fuerza Pública.	Ministerio de Defensa Nacional Direcciones de Sanidad	
		Recomendación 1.3 Fortalecer el acompañamiento a través de estrategias psicosociales individuales, familiares y colectivas en el tránsito a la vida civil cuando por la victimización son retirados del servicio.	Ministerio de Defensa Nacional Direcciones de Sanidad	
		Recomendación 1.4 Incorporar en los procesos de asistencia primaria a las afectaciones derivadas del hecho victimizante, acciones desde el enfoque psicosocial orientadas a mitigar el impacto inicial de la victimización, garantizando que estas acciones puedan tener continuidad en el	Ministerio de Defensa Nacional Direcciones de Sanidad	

		proceso de rehabilitación.		
		Recomendación 1.5: Incorporar como acción estratégica del PNRCNR el desarrollo de estrategias, planes y programas específicos orientados a fortalecer las medidas de rehabilitación existentes para víctimas de la Fuerza Pública.	MSPS UARIV	
Brecha operativa 2: Falta de aplicación del enfoque territorial, poco conocimiento en la materia por parte de las entidades territoriales (secretarías de salud) y falta de claridad sobre las responsabilidades en la rehabilitación a miembros de la FFPP.	Articulación Institucional/ Territorialización e implementación de la política de víctimas	Recomendación 2.1 <i>Coordinar</i> las acciones necesarias para fortalecer la medida de rehabilitación a los miembros de la FFPP que han sido reconocidos como víctimas en el marco de la ley 1448.	OACP, la UARIV y el MSPS, Ministerio de Defensa Nacional Direcciones de Sanidad	
		Recomendación 2.2 Disponer de mecanismos adicionales a los ya existentes que faciliten el acceso a servicios especializados por parte de las víctimas pertenecientes a la Fuerza Pública.	OACP, la UARIV y el MSPS, Ministerio de Defensa Nacional Direcciones de Sanidad	
Brecha Operativa 3: Limitaciones en la cobertura y el acceso a los servicios especializados para la rehabilitación integral en los	Articulación Institucional/ Modelos de articulación, coordinación y gestión de la oferta	Recomendación 3.1 Fortalecer y aumentar la disponibilidad del recurso humano en salud mental con enfoque psicosocial necesario para atender las necesidades en rehabilitación para de	Ministerio de Defensa Nacional Direcciones de Sanidad	

lugares en donde residen las víctimas.		los miembros de la FFPP que han sido víctimas.		
		Recomendación 3.2 <i>Desarrollar</i> estrategias de educación sanitaria que promuevan actitudes favorables frente a la medida de rehabilitación integral (no sólo física) y el acceso a servicios de salud mental	Ministerio de Defensa Nacional Direcciones de Sanidad	
Brecha operativa 4: No existe información unificada frente al impacto psicosocial y en salud mental derivado de la victimización a miembros de la FFPP.	Mediciones e impactos/ Criterios técnicos e impactos de las mediciones realizadas	Recomendación 4.1 Fortalecer y usar los procesos de caracterización y sistemas de información existentes para identificar de manera temprana necesidades en materia de rehabilitación por parte de las víctimas de la FFPP	Ministerio de Defensa Nacional y a las Direcciones de Sanidad	
		Recomendación 4.2 Desarrollar procesos de caracterización frente a los impactos psicosociales y en salud integral y evaluaciones de resultado de la implementación de las medidas de rehabilitación	Ministerio de Defensa Nacional y a las Direcciones de Sanidad	

		Recomendación 4.3: Desarrollar indicadores de resultado que permitan medir el goce efectivo del derecho a la rehabilitación de los miembros de la FFPP	Ministerio de Defensa Nacional y a las Direcciones de Sanidad, UARIV, MSPS
Brecha operativa 5: el subcomité de rehabilitación no ha logrado brindar suficiente claridad en torno a la competencia de la rehabilitación como medida de reparación integral para miembros de la FFPP.	Articulación Institucional/ Modelos de articulación, coordinación y gestión de la oferta	Recomendación 5.1 Comité Ejecutivo ¹⁰⁷ defina las competencias y la ruta de reparación en general para esta las víctimas de la fuerza pública y en particular de la medida de rehabilitación física, mental y psicosocial.	
Brecha jurídica 6: Colombia no ha adoptado el Estándar Internacional de Asistencia a Víctimas por lo que no cuenta con un Estándar Nacional de Atención a Víctimas, esto ha generado un vacío normativo que se reflejan en falta de claridad sobre la responsabilidad de las entidades territoriales al momento de atender víctimas MAP, MUSE, MUNE y AEI.	Articulación Institucional/ Territorialización e implementación de la política de víctimas	Recomendación 6.1 Adoptar el Estándar Internacional de Asistencia a Víctimas y a partir de este desarrollar e implementar un Estándar Nacional de Asistencia a Víctimas de MAP, MUSE, MUNE y AEI.	Gobierno de Colombia (Presidencia) AICMA Subcomisión Intersectorial Técnica de Asistencia Integral a Víctimas de MAP y MUSE

¹⁰⁷ Esta recomendación está enmarcada en el componente de Articulación de este Balance

<p>Brecha operativa 6.1: El 60% de las víctimas por MAP/MUSE y artefactos explosivos de tipo improvisado son miembros de la Fuerza Pública, y la Ruta Integral de Atención en Salud y de Rehabilitación Funcional para Víctimas de MAP/MUSE, construida por MSPS, en el marco del comité de rehabilitación no establece distinción frente a la ruta de atención y rehabilitación de las víctimas de la FFPP</p>	<p>Articulación Institucional/Territorialización e implementación de la política de víctimas</p>	<p>Recomendación 6.2: Complementar la ruta de Atención en salud y rehabilitación funcional para las víctimas de la fuerza pública,</p>	<p>MSPS AICMA Subcomisión Intersectorial Técnica de Asistencia Integral a Víctimas de MAP y MUSE</p>	
--	--	---	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Aranguren, J.P. & Rubio, N. (2018). Formación en herramientas terapéuticas a sobrevivientes del conflicto armado en el Pacífico colombiano: reflexividad y cuidado de sí. *Revista de Estudios Sociales* 66: 18-29. <https://doi.org/10.7440/res66.2018.03>
- Centro Internacional para la Justicia Transicional - ICTJ. (2015). Estudio sobre la implementación del Programa de Reparación Individual en Colombia. Recuperado de: <https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ-COL-Estudio-reparacion-individual-2015.pdf>. 4 de junio de 2020.
- Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH). (2015). "Aniquilar la diferencia: lesbianas, gays, Bisexuales y transexuales en el marco del conflicto armado colombiano". Bogotá: Imprenta Nacional.
- Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH). (2019). Recuerdos de Selva: memorias víctimas de secuestro, integrantes de la Fuerza Pública. CNMH: Bogotá.
- Comisión de Seguimiento y Monitoreo a la Implementación del Decreto Ley 4634 de 2011. 20 de agosto de 2019. Séptimo informe de seguimiento y monitoreo a la implementación del decreto Ley 4634 de 2011 para las víctimas del conflicto armado del pueblo Rrom o gitano. Recuperado de: https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Informe_Decreto_4634.pdf. 4 de mayo de 2020.
- Comisión de Seguimiento y Monitoreo a la Implementación de la Ley 1448 de 2011 "Ley de Víctimas y Restitución de Tierras". (2014). Primer Informe de Seguimiento al Congreso de la República 2013-2014. Recuperado de: <https://www.contraloria.gov.co/documents/20181/462047/Primer+Informe+Comisi%C3%B3n+de+Seguimiento+y+Monitoreo+al+cumplimiento+de+la+Ley+1448+de+2011/8f9c7781-d311-43ff-9f63-199b90aeb263?version=1.0>. 7 de mayo de 2020.
- Comisión de Seguimiento y Monitoreo a la Implementación de la Ley 1448 de 2011 "Ley de Víctimas y Restitución de Tierras". (2017). Cuarto informe de Seguimiento al Congreso de la República 2016 - 2017. Recuperado de: <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/CUARTO-INFORME-VICTIMAS-CONGRESO-PGN.pdf>. 7 de mayo de 2020.
- Comisión de Seguimiento y Monitoreo a la Implementación de la Ley 1448 de 2011 "Ley de Víctimas y Restitución de Tierras". (2018). Quinto informe de Seguimiento al Congreso de la República 2017 - 2018. Recuperado de: https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Info17_08_17.pdf. 7 de mayo de 2020.
- Comisión de Seguimiento y Monitoreo a la Implementación de la Ley 1448 de 2011 "Ley de Víctimas y Restitución de Tierras". (2019). Sexto informe de Seguimiento al Congreso de la República 2018 - 2019. Recuperado de:

https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/sexta_informe_seguimiento_congreso_republica_2018_2019.pdf. 7 de mayo de 2020.

Comisión de Seguimiento y Monitoreo a la Implementación de la Ley 1448 de 2011 “Ley de Víctimas y Restitución de Tierras”. (2020). Séptimo informe de Seguimiento al Congreso de la República 2019 - 2020. Recuperado de: <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/informe%20seguimiento%20Ley%20de%20V%C3%ADctimas.pdf>. 2 de septiembre de 2020.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (1996). Violencia de género: un problema de derechos humanos. En: Serie Mujer y Desarrollo, no. 16. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5855/1/S9600674_es.pdf. 4 de septiembre de 2020.

Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición (CEV). (2020a). Mandato y funciones. Comisión de la Verdad. Recuperado de: <https://comisiondelaverdad.co/la-comision/mandato-y-funciones>. 2 de septiembre de 2020.

Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición (CEV). (2020). Enfoque psicosocial. Comisión de la Verdad. Recuperado de: <https://comisiondelaverdad.co/en-los-territorios/enfoques/psicosocial>. 2 de septiembre de 2020.

Comité contra la Tortura. Naciones Unidas. (2012). Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Observación general N° 3. Rescatado de <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhskvE%2BTuw1mw%2FKU18dCyrYrZkEy%2FFL18WFrnjCriIKQJsZfYmSYHVLZV%2BI5C60qdSOVLGjH%2BTTGf77VGGmZMqeinnHBpiaiJofawsUbOESFhx>. 2 de agosto de 2020.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (2016). Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia. Recuperado de: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/COL/CEDAW_C_COL_CO_7-8_Add-1_15578_S.pdf

Congreso de Colombia. (2017) Acto Legislativo 001 de 2017. <https://jepvisible.com/images/normatividad/actolegislativo01-2017.pdf>

Consejería para la Estabilización. (2020). Avances en la implementación de los 51 indicadores del género del plan marco de implementación del acuerdo final. Recuperado de: <http://www.portalparalapaz.gov.co/loader.php?IServicio=Tools2&ITipo=descargas&Funcion=descargar&idFile=333>. 15 de septiembre de 2020

Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES 3591 de 2009. Sistema de Rehabilitación Integral para la Fuerza Pública. Recuperado de [file:///C:/Users/Vinculos/Downloads/CONPES%203591%20SISTEMA%20RHI%20FFMM%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Vinculos/Downloads/CONPES%203591%20SISTEMA%20RHI%20FFMM%20(2).pdf). 12 de septiembre de 2020.

Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES 3784 de 2013. Lineamientos de Política Pública para la prevención de riesgos, la protección y garantía de los derechos de las mujeres víctimas del conflicto armado. Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3784.pdf>

Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES 3993 de 2020. Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá. Recuperado en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/CONPES/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>. 10 de septiembre de 2020.

Consultoría para los Derechos Humanos (CODHES). (2017).13 Propuestas para la adecuación participativa de la normatividad sobre víctimas en el Acuerdo Final de Paz entre las FARC-EP y el Gobierno de Colombia. Papeles para la Incidencia no. 3. Recuperado de http://www.codhes.org/~codhes/images/TRECE_propuestas.pdf. 15 de septiembre de 2020.

Corporación AVRE. (s.f). Intervención de la Corporación AVRE ante la Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional; sentencia T-045 de 2010. Documento no público.

Corporación AVRE. (2002). Proceso de formación de Terapeutas Populares y Multiplicadores (as) en Acciones Psicosociales, en un contexto de violencia sociopolítica. Bogotá: Dimensión Educativa.

Corporación para la Participación Ciudadana -Con ciudadanía-; Centro de Investigación y Educación Popular -CINEP-; Asociación de Mujeres del Oriente Antioqueño -Amor-. (2007). Entre pasos y abrazos: Las promotoras de vida y salud mental, PROVISAME, se transforman y reconstruyen el tejido social del Oriente Antioqueño. Sistematización de la experiencia del modelo formativo 2004-2006.

Corporación Vínculos. (2009). Acompañamiento Psicosocial en Contextos de Violencia Sociopolítica. Recuperado de <http://corporacionvinculos.org/index/wp-content/uploads/2017/08/Acompa%C3%B1amiento-psicosocial-en-contextos-de-violencia-sociopolitica.pdf>. 15 de julio de 2020.

Corporación Vínculos. (2011). Protocolo de abordaje psicosocial para la adopción de medidas de atención integral, atención y acompañamiento psicosocial a las víctimas del conflicto armado. Recuperado de http://corporacionvinculos.org/index/index.php/biblioteca_psicosocial/. 15 de julio de 2020.

Corporación Vínculos. (2012). Plan local de atención psicosocial a víctimas de la violencia sociopolítica del municipio de Bosconia, departamento del Cesar. Recuperado de:

http://corporacionvinculos.org/index/index.php/biblioteca_psicosocial/. 15 de julio de 2020.

Corporación Vínculos. (2016). Acceso a la salud integral para las víctimas del conflicto armado. Recuperado de: http://corporacionvinculos.org/index/wp-content/uploads/2017/08/ACCESO-A-LA-SALUD-INTEGRAL-PARA-LAS-V%C3%8DCTIMAS-DEL-CONFLICTO-ARMADO-EN-COLOMBIA_Abonia-y-Arevalo.pdf. Consultado el 7 de agosto de 2020.

Corte Constitucional de Colombia. Auto 116 de 2008. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/Autos/2008/A116-08.htm>. 4 de mayo de 2020.

Corte Constitucional de Colombia. Auto 006 de 2009. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2009/a006-09.htm>. 24 de agosto de 2020.

Corte Constitucional de Colombia. Auto 009 de 2015. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/T-025-04/AUTOS%202015/Auto%20009%20del%2027%20de%20enero%20de%202015%20seguimiento%20ordenes%20%20y%203%20del%20auto%20092-08.pdf>. 7 de agosto de 2020.

Corte Constitucional de Colombia. Auto 443 de 2015. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2015/A443-15.htm>. 7 de agosto de 2020.

Corte Constitucional de Colombia. Auto 373 de 2016. Recuperado de: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2016/A373-16.htm#_ftn691. 4 de mayo de 2020.

Corte Constitucional de Colombia. Auto 474 de 2017. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2017/a474-17.htm>. 4 de mayo de 2020.

Corte Constitucional de Colombia. Auto 737, 2017. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2017/A737-17.htm>. 4 de mayo de 2020.

Corte Constitucional de Colombia. Auto 331 de 2019. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2019/a331-19.htm>. 7 de agosto de 2020.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T 025 de 2004. Recuperado de: https://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/Gactv/Normatividad/sentencia_t025_de_2004.pdf. 7 de mayo de 2020.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T 025 de 2004. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>. 25 de agosto de 2020.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-370 de 2006. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-370-06.htm>. 31 de agosto de 2020

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T 045 de 2010. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-045-10.htm>. 4 de mayo de 2020.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-161 de 2016. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/C-161-16.htm>. 31 de agosto de 2020

Cruz, A., Calderón, A., Flórez, S. & Córdoba, L. (2018). El papel del cuidado en la sanación del dolor. Experiencia desde víctimas sobrevivientes de violencia sexual en el contexto colombiano. *Memorias: Revista Digital de Arqueología e Historia desde el Caribe* (septiembre - diciembre), 128-145. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/memor/n36/1794-8886-memor-36-128.pdf>

Decreto 1290 de 2008. Por el cual se crea el Programa de Reparación Individual por vía Administrativa para las Víctimas de los Grupos Armados Organizados al Margen de la ley. Recuperado en: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/decreto-1290-de-2008.pdf>. 22 de abril de 2008.

Decreto 4800 de 2011. Por el cual se reglamenta la Ley 1448 y se dictan otras disposiciones. Bogotá. Recuperado en: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/decreto-4800-de-2011.pdf>. 20 de diciembre de 2011.

Decreto 1084 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación. Recuperado en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=77715. 10 de agosto de 2020.

Decreto 588 de 2017. Por el cual se organiza la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición. Recuperado en:

Decreto 589 de 2017. Por el cual se organiza la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado. Recuperado en:

Decreto 1356 de 2019. Por medio del cual se adiciona el capítulo 9 al título 7 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1084 de 2015, se reglamenta el Artículo 118 de la Ley 1753 de 2015 y se establecen los lineamientos técnicos para la fijación de los criterios de salida de la reparación administrativa de las víctimas en sus dimensiones individual y colectiva y se dictan otras disposiciones. Recuperado en:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=98271>. 26 de julio de 2019.

Departamento Nacional de Planeación. CONPES 3726 de 2012. Lineamientos, plan de ejecución de metas, presupuesto y mecanismo de seguimiento para el Plan nacional de atención y reparación integral a víctimas. Bogotá. Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/CONPES/Econ%C3%B3micos/3726.pdf>. 7 de mayo de 2020.

Departamento Nacional de Planeación. (2014). Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por un nuevo país. Recuperado de : <https://www.minagricultura.gov.co/planeacion-control-gestion/Gestin/Plan%20de%20Acci%C3%B3n/PLAN%20NACIONAL%20DE%20DESARROLLO%202014%20-%202018%20TODOS%20POR%20UN%20NUEVO%20PAIS.pdf>. 7 de mayo de 2020.

Departamento Nacional de Planeación. (2018). Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: Pacto por Colombia, pacto por la equidad. Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/BasesPND2018-2022n.pdf>. 7 de mayo de 2020.

Departamento Nacional de Planeación. (2018). Informe de seguimiento a los avances en el cumplimiento de las metas establecidas en el Documento CONPES 3726 de 2012. Recuperado de: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Politica%20de%20Victimas/Informe_CONPES_3726_junio%202018.pdf. 7 de mayo de 2020.

Departamento Nacional de Planeación. (2019). Informe de seguimiento documento CONPES 3726 de 2012. Avances en el cumplimiento de metas Reporte 2019 - diciembre 2019. Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Politica%20de%20Victimas/Avances-cumplimiento-metas-CONPES-3726-Reporte-2019%E2%80%93.pdf>. 11 de Julio de 2020.

Gobierno de Colombia (SS) Anexo: Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas. Recuperado de: https://campusvirtual.univalle.edu.co/moodle/pluginfile.php/472930/mod_resource/content/1/Plan%20Nal%20de%20Reparacion%20a%20Victimas%20COL.pdf. 7 de mayo de 2020.

Gobierno de Colombia (2018a) Anexo B: Plan Marco de Implementación Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una Paz estable y duradera. Recuperado de: [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3932_Anexo%20B_Plan%20Marco%20de%20Implementaci%C3%B3n%20\(PMI\).pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3932_Anexo%20B_Plan%20Marco%20de%20Implementaci%C3%B3n%20(PMI).pdf). 7 de mayo de 2020

Gobierno de Colombia. (2018b). XIII Informe sobre los avances de la política pública de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto. Recuperado de

<https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/politica-de-atencion-reparacion-victimas.pdf>. 3 de septiembre de 2020

Gobierno de Colombia. (2020). Balance de la Política Pública para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado. Documento no publicado.

Gobierno Nacional y Farc –EP. (2016). Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera. Recuperado de: https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Fotos2016/12.11_1.2016nuevoacuerdofinal.pdf. 7 de mayo de 2020.

Grupo de Trabajo pro Reparación Integral. (2006). Voces de Memoria y Dignidad. Módulo Aspectos Psicosociales de la Reparación Integral. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.

Guilis, G. (s. f.). El concepto de reparación simbólica. Buenos Aires: Equipo de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales - CELS.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-. (2015). Informe de Gestión 2015. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/informe_gestion_icbf_2015_version_30de_abril_190516.docx. 1 de septiembre de 2020.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-. (2016). Lineamiento técnico de la estrategia de acompañamiento psicosocial para el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/lm10.p_lineamiento_tecnico_acompanamiento_psicosocial_a_ninos_ninas_y_adolescentes_victimas_de_conflicto_armado_v1.pdf. 1 de septiembre de 2020.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-. (2016a). Informe de Gestión 2016. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/informe_gestion_icbf_300117__1.pdf. 1 de septiembre de 2020.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-. (2017). Informe de Gestión 2017. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/informe_de_gestion_2017_-_30_de_enero_de_2018_1.pdf. 1 de septiembre de 2020.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-. (2018). Informe de Gestión 2018. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/informe_de_gestion_icbf_enero_31_de_2019.pdf. 1 de septiembre de 2020.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-. (2019). Informe de Gestión 2019. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/informe_de_gestion_2019_icbf.pdf. 1 de septiembre de 2020.

Instituto Kroc. 2019. Actualización Informe 3 del Instituto Kroc: Hacia una paz de calidad en Colombia. Recuperado de: https://kroc.nd.edu/assets/315919/190408_actualizacio_n_informe_3_instituto_kroc_feb19.pdf. 15 de junio de 2020.

Instituto Latinoamericano para una Sociedad y un Derecho Alternativos –ILSA-. (2014). El derecho a la reparación integral en Justicia y Paz. El caso Mamujan, las Brisas y Veredas de San Cayetano. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/ilsa/20170808031721/pdf_301.pdf. 15 de junio de 2020.

Jiménez, W.A. (2009). Salud mental en el posconflicto colombiano. *Revista Criminalidad*, 51, No 1, junio 2009, pp. 179-192. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v51n1/v51n1a07.pdf>. 12 de septiembre de 2020

Jurisdicción Especial para la Paz (JEP). (2020). Ramírez, A. M. En: El enfoque psicosocial en el Sistema Integral de Justicia, Reparación y Garantías de No Repetición. Conversatorio Con ciudadanía. Evento virtual Junio 1 de 2020. Recuperado de: <https://www.facebook.com/723662807747561/videos/215316202917747>

Ley 387 de 1997. Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y esta estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. Recuperado de: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-387-de-1997.pdf>. 27 de mayo de 2020.

Ley 418 de 1997. Por la cual se consagran unos instrumentos para la búsqueda de la convivencia, la eficacia de la justicia y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/leyes/Documents/Juridica/Ley%20418%20de%20diciembre%20de%201997.pdf>. 27 de mayo de 2020.

Ley 975 de 2005. Por la cual se dictan disposiciones para la reincorporación de miembros de grupos armados organizados al margen de la ley, que contribuyan de manera efectiva a la consecución de la paz nacional y se dictan otras disposiciones para acuerdos humanitarios. Recuperado de <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/wp-content/uploads/2013/04/Ley-975-del-25-de-julio-de-2005-concordada-con-decretos-y-sentencias-de-constitucionalidad.pdf>. 4 de mayo de 2020.

Ley 1448 de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf>. 4 de mayo de 2020.

Ley 1471 de 2011. Por medio de la cual se dictan normas relacionadas con la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de las escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil del

Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1471_2011.html#:~:text=Por%20medio%20de%20la%20cual,Fuerzas%20Militares%20y%20personal%20n o. 15 de septiembre de 2020.

Ley 1616 de 2013. Ley de Salud Mental. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. Recuperado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Ley 1957 de 2019. Ley Estatutaria de la Administración de Justicia en la Jurisdicción Especial para la Paz.. recuperado en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1957_2019.html#:~:text=Los%20objetivos%20del%20componente%20de,plena%20seguridad%20jur%C3%ADdica%20a%20quienes

Mesa Psicosocial. (2016). Documento macro de denuncias y recomendaciones debate control político 18 de mayo de 2016. Atención psicosocial en el marco del conflicto armado. Recuperado de: https://www.equitas.org.co/sites/default/files/biblioteca/Documento%20Mesa%20Psicosocial_debate%20control%20poli%CC%81tico_VERSIO%CC%81N%20FINAL.pdf. 23 de julio de 2020.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Nacional de Planeación y Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2018). Informe al Auto 737 de 2017. Julio de 2018. Documento no público.

Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 1592 del 29 de septiembre de 2017. Por el cual se dictan disposiciones transitorias para la puesta en funcionamiento de la Justicia Especial para la Paz. Recuperado de: https://www.jep.gov.co/Marco%20Normativo/Normativa_v2/04%20DECRETOS%20Y%20LEYES/PM02.pdf

Ministerio de la Protección Social -MPS-. (2005). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Eds. Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social. Cali: Gráficas Ltda.

Ministerio de salud y Protección Social (MSPS) & Colciencias. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/C0031102015-salud_mental_tomol.pdf

Ministerio de salud y Protección Social (MSPS). (2016). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS). Plan Estratégico 2016 – 2021. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>. 1 de septiembre de 2020.

Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS-. (2017a) Programa de Atención Psicosocial y en Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado. Documento Marco. Bogotá. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Documento-Marco-papsivi-2017.pdf>. 7 de mayo de 2020.

Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS-. (2017b). Atención psicosocial en emergencias. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Atencion-psicosocial-en-emergencias.pdf>. 15 de septiembre de 2020.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2018). Plan Nacional de Salud Rural. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/mssp-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>. 15 de Junio de 2020.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2019). Informe de rendición de cuentas: construcción de paz – enero de 2018 a diciembre de 2018. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-rendicion-cuentas-construccion-paz-2018.pdf>. 15 de diciembre de 2019.

Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS-. (2020a). Respuesta a requerimiento de la Defensoría del Pueblo con Radicado No. 202016100625121 del 04 de mayo de 2020. Anexo 6. Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI – Fase I. Documento no público.

Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS-. (2020b). Respuesta a requerimiento de la Defensoría del Pueblo con Radicado No. 202016100625121 del 04 de mayo de 2020. Anexo 2. Solicitud de la Procuraduría pregunta 2. Documento no público.

Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS-. (2020c). Respuesta a requerimiento de la Defensoría del Pueblo con Radicado No. 202016100625121 del 04 de mayo de 2020. Anexo 3. Solicitud de la Procuraduría pregunta 3. Documento no público.

Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS-. (2020d). Respuesta a requerimiento de la Defensoría del Pueblo con Radicado No. 202016100625121 del 04 de mayo de 2020. Documento no público.

Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS-, Centro Nacional de Memoria Histórica - CNMH-, Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas -UARIV- &

- Agencia para la Reincorporación y la Normalización -ARN-. (2018). Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición (documento en construcción). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/plan-nacional-rehabilitacion-psicosocial.pdf>. 3 de abril de 2020.
- Organización de las Naciones Unidas. (1979). Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Recuperado en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>. 10 de Julio de 2020.
- Organización de las Naciones Unidas (1984) Resolución 217 A III. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado en: <http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Documents/NormativaNacional/Declaraci%C3%B3n%20Universal%20de%20Derechos%20Humanos%20de%201948.pdf>. 10 de Julio de 2020.
- Organización de las Naciones Unidas (1993) Declaración y Programa de acción de Viena: 20 años trabajando por tus derechos. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Recuperado en: https://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf. 10 de Julio de 2020.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH). (2008). Instrumentos del Estado de Derecho para Sociedades que han salido de un Conflicto. Programas de Reparaciones. Recuperado de <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/ReparationsProgrammesSP.pdf>. 10 de abril de 2020.
- Observatorio Nacional de Salud (ONS). (2017). Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Informe técnico 9. Recuperado de: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/9%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en%20la%20Salud%20en%20Colombia.pdf>. 6 de agosto de 2020.
- Palacios, C. (2018). Análisis de la Sentencia T-025 de 2004 que declara el estado de cosas inconstitucional por parte de la Corte Constitucional de Colombia frente a la protección tutelar de los derechos de las víctimas de desplazamiento armado en el marco del conflicto interno colombiano. DIXI, 20 (27). <https://doi.org/10.16925/di.v20i27.2388>.
- Procuraduría General de la Nación –PGN-. (2009). Valoración de los programas oficiales de atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado interno en Colombia. <https://uniclaretiana.edu.co/didmm/cursos2016/posgrado/esp-gestion-procesos->

psicosociales/modelos-intervencion-psicosocial/docs/s1r3-valoracion-de-programas-oficiales-atencion-victimas.pdf. 10 de marzo de 2020.

Procuraduría General de la Nación (PNG) - Procuraduría Delegada para el Seguimiento al Acuerdo de Paz. (2020). Informe de seguimiento a la Política Pública de Acción Integral contra Minas Antipersonal (AICMA). Recuperado de [https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Informe%20final%20AICMA%2021_09_2020\(1\).pdf](https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Informe%20final%20AICMA%2021_09_2020(1).pdf). 15 de septiembre de 2020.

Programa de Apoyo al Proceso de Paz y Conciliación Nacional (PCON). (2006). Módulos de Salud Mental Comunitaria para la Formación de Promotores en Guatemala. Guatemala: Magna Terra Editores.

Programa de Iniciativas para la Paz y la Convivencia (PIUPC). (2012). La reparación administrativa a las víctimas de la violencia en Colombia. Análisis del decreto 1290 del 2008. Recuperado de: <http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/594/1/L-140-PIUPC-2012-460.pdf>. 20 de Julio de 2020

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Fundación Social. (2011). Las víctimas tienen la palabra, la Ley de Víctimas a la luz de las audiencias públicas congresionales 2008. Recuperado de: <https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/18.%20Las%20v%C3%ADctimas%20tiene%20la%20palabra,%20La%20ley%20de%20v%C3%ADctimas%20a%20la%20luz%20de%20las%20audiencia%20p%C3%ABlicas.pdf>

Red Nacional de Información (RNI). (2019). Boletín Fichas Estadísticas: Ley de Víctimas. Red Nacional de Información. Bogotá.

Resolución 1166 de 2018. Por la cual se adoptan los lineamientos para el talento humano que orienta y atiende a las víctimas del conflicto armado y se dictan otras disposiciones. Recuperada de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1166-de-2018.pdf>. 23 de julio de 2020.

Resolución 60/147 de 2005. Principios y directrices básicas sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. Resolución aprobada por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2005.

Resolución 61/177 de 2006. Asamblea General, Convención Internacional para la Protección de todas la Personas de las Desapariciones Forzadas, RES 61/177, 20 diciembre 2006.

Rondón, L. (2020). Acoger el Sufrimiento. Estándares en la implementación de medidas de Rehabilitación psicosocial en Colombia. Tesis Maestría Defensa de los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario ante Organismos, Cortes y Tribunales Internacionales. Universidad Santo Tomas.

Salvioli, F. (2019). Informe del Relator Especial sobre la promoción de la verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición. En Consejo de Derechos Humanos 42o periodo de sesiones. 9 a 27 de septiembre de 2019. Recuperado de: <https://www.refworld.org/es/pdfid/5dc1af414.pdf>. 4 de septiembre de 2020.

SISMA Mujer, CODHES, Narrar para Vivir & CNOA (2017). Reparación colectiva, incluyente y transformadora: lineamientos de reparación colectiva con enfoque de género y étnico en la política de reparación colectiva. Bogotá, Colombia: USAID.

Sistema Integrado de Información para el Postconflicto (SIIPO). (2020). E.G.2 Mujeres Víctimas con atención y/o acompañamiento psicosocial para la recuperación emocional de acuerdo a la línea de atención diferenciada a mujeres y grupos étnicos. Fecha de Corte 31 de diciembre de 2019. Recuperado de: <https://siipo.dnp.gov.co/detalleindicador/ThTqYcbAbaxJEguMrLVr>. 29 de septiembre de 2020.

Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas (UBPD). (2020). Quintero, Y. En: El enfoque psicosocial en el Sistema Integral de Justicia, Reparación y Garantías de no Repetición. Conversatorio Con ciudadanía. Evento virtual Junio 1 de 2020. Recuperado de: <https://www.facebook.com/723662807747561/videos/215316202917747>.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas Colombia (UARIV). (s.f.). Estrategia de Reparación Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual. Recuperado de: <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/estrategias-de-reparacion-integral-con-enfoque-diferencial-y-de-genero/43933>. 3 de septiembre de 2020.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2012) Estrategia para la reconstrucción del tejido social. Entrelazando. Documento preliminar.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2014a). Estrategia de recuperación emocional a nivel grupal: Dignidad y memoria - DIME - para adolescentes y jóvenes. Recuperado de: https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/procesos_caracterizados/ESTRATEGIA_DE_RECUPERACION_EMOCIONAL_A_NIVEL_GRUPAL_DIGNIDAD_Y_MEMORIA_PARA_ADOLESCENTES_Y_JOVENES_V1.pdf.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2014b). Estrategia de recuperación emocional a nivel grupal con adultos ERE-G. Recuperado de:

<https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/3912-estrategia-de-recuperacion-emocional-nivel-grupal-con-adultos-ereg-v1.pdf>

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2016). Estrategia de atención psicosocial en emergencias humanitarias en el marco del conflicto armado interno. Bogotá: Procesos Digitales SAS.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2017). Lineamientos de las estrategias de recuperación emocional y reparación integral. Recuperado de: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/metodologiaparalasestrategiasdereparacionintegralv1.pdf>

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2018a). Estrategia Convivencia y Paz. Recuperado de: <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/estrategia-convivencia-y-paz/42899>. 30 julio de 2020.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2018b). Estrategia de Reparación Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual. Recuperado de: <https://colombia.unwomen.org/es/biblioteca/publicaciones/2018/01/estrategiareparacionintegralamujeresvictimasdeviolenciasexual>. Septiembre de 2020.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2018c). Resolución 3557 de 2018. Lineamientos para la implementación del Modelo de Operación con Enfoque Diferencial y de Género en las Direcciones Territoriales. Recuperado de: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/lineamientosinstrumentalizaciondemodeloconenfoquediferencialydegenero.pdf>. 2 de junio de 2020.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2019a). Alianza para dar atención psicosocial inmediata a víctimas en emergencias humanitarias. Bogotá. Recuperado de: <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/prevencion-y-atencion-de-emergencias/alianza-para-dar-atencion-psicosocial-inmediata-victimas-en>

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2019b). Procedimiento enfoque psicosocial – transversalización. Recuperado de: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/41procedimientoenfoquepsicosocial-transversalizacionv5.pdf>

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2019c). Metodología para la estrategia de recuperación emocional y acompañamiento para la reparación integral (EREARI) - Enfoque Étnico. Recuperado de: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/459met>

odologiaparalaereyacompanamientoparalareparacionintegralerearienfoqueetnicov2.pdf

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) – Grupo de Enfoque Psicosocial. (2020). Asunto: Balance Componentes PP Víctimas. Documento preparatorio entrevista junio de 2020. Documento no público.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) – Grupo de Enfoque Psicosocial. (2020a). Sistematización de las Estrategias de Atención y Acompañamiento Psicosocial en la Unidad para las Víctimas. Documento no publicado.

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas Colombia (UARIV) & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (s.f) Experiencia de la Estrategia de Recuperación Emocional con Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Colombia. Recuperado de: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Mujeres%20V%C3%ADctimas%20de%20Violencia%20Sexual%20Col.pdf>. 3 de septiembre de 2020.

Urueña, K. (2020). Nuevas Reflexiones sobre la Rehabilitación a las víctimas del conflicto armado en Colombia a la luz del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la no Repetición. Documento no publicado.

Uscategui, A. (2018). Experiencias de reparación a víctimas de minas antipersonal: el caso de civiles y miembros de la Fuerza Pública en Colombia. Trabajo de grado presentado como requisito previo para optar al título de Politóloga. Recuperado de: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/34586/Tesis%20Alejandra%20Uscategui%20Monta%C3%B1a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 16 de septiembre de 2020.

Villa, J. D., Arroyave, L. M., Betancur, Y. & Muñoz, A. (2017). Vicisitudes de los proyectos institucionales de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado colombiano. *El Ágora U.S.B.*, 17, No. 1, pp. 157-175. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-80312017000100009&lng=en&tlng=es. 25 de marzo de 2019

Wills, S. (11 de septiembre de 2017). Sólo un psicólogo por cada 1.400 soldados. *El Espectador*. Recuperado de <https://www.elespectador.com/colombia2020/pais/solo-un-psicologo-por-cada-1400-soldados-articulo-855774/>. 10 de septiembre de 2020.

Sentencias Judiciales

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 5 de julio de 2004. Serie C No. 109. Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_109_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 12 de septiembre de 2005. Serie C No. 132. Caso Gutiérrez Soler Vs. Colombia. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_132_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C No. 140. Caso de la masacre de Pueblo Bella Vs. Colombia. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_140_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 1 de julio de 2006. Serie C No. 148. Caso de las masacres de Ituango Vs. Colombia. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_148_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 4 de julio de 2007. Serie C No. 165. Caso Escué Zapata vs. Colombia. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_165_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 11 de mayo de 2007. Serie C No. 163. Caso de la masacre de La Rochela Vs. Colombia. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_163_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos - CIDH. Sentencia de 27 de noviembre del 2008. Caso Jesús María Valle Jaramillo Vs Colombia. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_192_esp.pdf. 7 de mayo de 2020.

Corte Interamericana de Derechos Humanos - CIDH. Sentencia de 26 de mayo de 2010. Caso Manuel Cepeda Vs Colombia. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_213_esp.pdf. 7 de mayo de 2020.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 30 de noviembre de 2012. Serie C No. 259. Caso Masacre de Santo Domingo vs. Colombia. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_259_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos - CIDH. Sentencia de 22 de noviembre de 2016. Yarce y otras Vs. Colombia. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_325_esp.pdf. 7 de mayo de 2020.

Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Penal. (27 de abril de 2011). Sentencia 34547. [MP María del Rosario Gonzáles de Lemos].

Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Penal. (24 de octubre de 2012). Sentencia Justicia y Paz 39.957.[MP José Luis Barceló Camacho].

Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Penal. (23 de septiembre de 2015). Sentencia 12969-2015. [MP Eugenio Fernández Carlier].

Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala de Justicia y Paz. (29 de junio 2010). Sentencia 2006 80077. [MP Uldi Teresa Jiménez López].

Tribunal superior de Distrito Judicial de Bogotá. Sala de Justicia y Paz. (7 de diciembre de 2011). Radicado 110016000253-200681366.. [MP Léster María González Romero].

Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala de Justicia y Paz. (7 de diciembre de 2011). Radicados 2008-83194 y 2007-83070. [MP Léster María González Romero].

Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala de Justicia y Paz. (31 de enero de 2012). Sentencia Justicia y Paz 80585. [MP Uldi Teresa Jiménez López].

Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala de Justicia y Paz. (16 de abril de 2012). Sentencia Radicado 2008-83280. [MP Eduardo Castellanos Roso].

Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala de Justicia y Paz. (4 de septiembre de 2012). Sentencia Radicado 2008 - 80786. [MP Léster maría González Romero].

Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala de Justicia y Paz. (30 de octubre de 2013). Sentencia Justicia y Paz Radicado 1100160002532006810099 . [MP Eduardo Castellano Roso].

Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala de Justicia y Paz. (11 de diciembre de 2014). Sentencia Radicado 2006-80014. [MP Léster M. González R].

Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala de Justicia y Paz. (9 de diciembre de 2015). Sentencia Justicia y Paz Radicado 110016000253200680012-02. [MP Uldi Teresa Jiménez López].